LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

IMPRIMERIE LEVÉ

17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

JOURNAL PARAISSANT TROIS FOIS PAR SEMAINE

QUATRE-VINGTIÈME ANNÉE

1907

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1907

N° 1. — MARDI 1er ET JEUDI 3 JANVIER 1907. 80e ANNÉE. MARDI 1er ET JEUDI 3 JANVIER 1907. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de **10f** par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — **1** an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — **1** an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — PATHOLOGIE INTERNE ET MÉDECINE LÉGALE. — *Epreuve orale de trois quarts d'heure.* — Séance du 28 décembre 1906. — M. Breton (Lille) : « Rétrécissement mitral. » — M. Martin (Lyon) : « Complications pleuro-pulmonaires de la fièvre typhoïde. » — M. Carles (Bordeaux) : « La mort dans la fièvre typhoïde. »

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 28 décembre 1906 : MM. Cesbron et Mascarenhas, 12; Velter et Verdoux, 11; Berger, Houlmann et Sorrel, 10; Bachy, 9; Delort, 8.

Séance du 31 décembre : M. Labande, 13; Mlle Bouteil, MM. di Chiara et Mock, 11; Ménard, 10; de Cumont et Miginiac, 9; Sevestre, 8.

Pathologie. — Séance du 28 décembre 1906 : MM. Guénot, 12; Dubosc, 11; Clarac et Vuillet, 10; Mornet, 8; Mlles de Jong et Lévi et M. Mosqueron, 7; MM. Guerrero et Leibovici, 6.

HOPITAUX DE PROVINCE. — CLERMONT-FERRAND. — Le concours pour une place de chirurgien suppléant des hôpitaux de Clermont vient de se terminer par la nomination du docteur Paul Piollet.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

INTÉRIEUR. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Blum et Florand, médecins des hôpitaux de Paris.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Weill, dit Weill-Mantou, médecin divisionnaire de la police municipale à Paris; Barié, Jacquet, Lion, médecins des hôpitaux de Paris; Bazy, chirurgien des hôpitaux de Paris; Rotillon, Arthaud, Guépin et Maurange (de Paris), Sollier (de Boulogne-sur-Seine), Thiercelin et Henri Tissier (de Paris), Guiter (de Cannes), Lesigne (de Lisieux), Truc (de Montpellier), Vidal (de Paulhaguet), Isch-Wall (de Paris), Peroz (de Plancher-Bas); Wallich, professeur agrégé à la Faculté de médecine; Laurent (de Paris).

GUERRE. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin-inspecteur Strauss, directeur du service de santé au ministère de la guerre; — M. le médecin-inspecteur Geschwent, directeur du service de santé du 17e corps d'armée.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux Carayon, médecin-chef de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains; — Chupin, directeur du service de santé du 10e corps d'armée; — Eude, médecin-chef de l'hôpital militaire de Versailles; — Follenfant, de l'hôpital militaire de Versailles; — M. le médecin-major de première classe Richard, du 28e d'artillerie.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Delom-Sorbé, du 18e d'infanterie; — Deumie, du 1er génie; — Mendès-Bonito, du 5e d'infanterie; — Millière, du 16e d'infanterie; — Pierron, du 39e d'infanterie; — de Schuttelaere, du 52e d'infanterie; — Viéla, du 59e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Arnavielhe, du 7e bataillon de chasseurs à pied; — Blanc, du 28e bataillon de chasseurs à pied; — Chéreau, du 36e d'infanterie; — Guillaume, du 19e bataillon de chasseurs à pied; — Lœuillet, du 3e bataillon d'artillerie à pied; — Louis, du 11e bataillon de chasseurs à pied; — Mignon, du 4e cuirassiers; — Rossignot, du 13e escadron du train des équipages; — Sénesse, du 53e d'infanterie; — Wavelet, du 14e hussards.

MARINE. — *Au grade d'officier.* — M. Féraud, médecin en chef de deuxième classe.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe Autric, Denis, Préboist, Duranton et Defressine; du Mouza, médecin de première classe de réserve; Emonet, médecin de deuxième classe de réserve.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — *Tableau d'avancement.* — Pour le grade de médecin principal de première classe : MM. les médecins principaux de deuxième classe Grivet, Dubrulle, Dziewonski, Monart, Renault, Lèques, André, Polin, Altemaire, Barois, Richard, De Santi.

Pour le grade de médecin principal de deuxième classe :

MM. les médecins-majors de première classe Toussaint, Petit, Boisson, Brousse, Vedel, Couillault, Ferry, Sanglé-Ferrière, Boppe, Hublé, Billet, Ferraton, Sieur, Gauthier, Duval, Carlier, Clavelin, Loison.

Pour le grade de médecin-major de première classe : MM. les médecins-majors de deuxième classe Labougle, Courtet, Zumbiehl, Patris de Broë, Biscons, Chambaud, Spillmann, Maré, Iversenc, Pichon, Vialaneix, Malafosse, Deumier, Merlat, Busquet, Roy, Tessier, Vielle, Vuillaume, Pouy, Manceaux, Mutet, Cultin, Vialle, Moinet, Fournial, Matignon.

Pour le grace de médecin-major de deuxième classe : MM. les médecins aides-majors de première classe Do, Villa, Monod, Melnotte, Duchesne, Cornet, Dreyfus, de Gauléjac, Notin, Vennat, Bailiart, Prat, Ferron, Casaux, Guilhaumon, Borie, Téchoueyres, Talabère, Clement, Dusserre, Evrard, Marland, Miécamp, Bertrand.

LE CERTIFICAT D'ÉTUDES MÉDICALES SUPÉRIEURES ET LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES DEVANT LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur vient de discuter dans sa session ordinaire divers projets de décrets inscrits à son ordre du jour et parmi lesquels figurait celui qui concerne le certificat d'études médicales supérieures.

Aux termes de ce projet de décret, le certificat d'études médicales supérieures, qu'avait institué le décret du 25 juillet 1906, prendra le nom de « certificat d'admissibilité à l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie ».

D'après l'économie du projet, le ministre, avant chaque session, fixerait, d'après les besoins des établissements publics d'enseignement supérieur médical, le nombre maximum des certificats qui pourraient être délivrés.

Nous doutons que le changement de nom et la limitation des diplômes, modifications qui auraient certainement paru suffisantes il y a quelques mois, donnent une entière satisfaction aux praticiens.

Ils sont payés pour ne pas accueillir sans quelque méfiance les autres projets dont s'est occupé le conseil supérieur :

Projet de décret relatif aux médecins et aux étudiants en médecine étrangers; projet de décret relatif aux sessions d'examen pour le certificat d'études exigé des aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste; projet d'arrêté modifiant les programmes pour l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (P. C. N.).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX (M. le professeur F. RAYMOND). — *Cours complémentaire et pratique (2e série) de neuropathologie*, sous la direction du docteur Henri Claude, agrégé, avec le concours et la collaboration de MM. Lejonne, chef de clinique de la Faculté; Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste des hôpitaux, chef du service ophtalmologique; Alquier, chef des travaux d'anatomie pathologique; Huet, chef du service d'électrothérapie ; Gellé, chef du service otologique.

Le second cours commencera le 21 janvier 1907 et durera un mois. Il aura lieu tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à cinq heures de l'après-midi à la Salpêtrière, salle d'examen de la Clinique. Les leçons auront un caractère essentiellement pratique; la symptomatologie et le diagnostic seront particulièrement développés et exposés avec présentation de malades. Les pièces anatomiques et les préparations histologiques du laboratoire seront mises à la disposition des auditeurs pour les études anatomo-pathologiques.

Programme du cours. — 1. Séméiologie générale du système nerveux. Manière d'examiner un malade. — 2. Hémiplégie. Hémorragie et ramollissement cérébral. — 3. Tumeurs cérébrales. — 4. Aphasies. — 5. Encéphalopathies infantiles (maladie de Little, hémiplégie infantile). — 6. Méningites, hémorragies méningées, ponction lombaire. — 7. Syndrome cérébelleux. Maladie de Friedreich. — 8. Syndromes bulbo-protubérantiels. Paralysies bulbaires. — 9. Myélites aiguës. — 10. Paralysie infantile. — 11. Sclérose en plaques. — 12. Sclérose latérale amyotrophique. — 13. Syringomyélie. — 14-15. Tabes. Scléroses combinées. — 16. Compressions de la moelle. Syndromes de Brown-Sequard et de la queue de cheval. — 17. Tuberculose des centres nerveux. — 18 et 19. Syphilis des centres nerveux. — 20. Paralysie générale. — 21. Atrophie musculaire progressive. Atrophies musculaires en général. — 22. Myopathies. — 23. Polynévrites. — 24. Paralysies des plexus. Névralgies (faciale, sciatique, etc.). — 25. Epilepsies. — 26. Hystérie. — 27. Neurasthénie. — 28. Psychoses. — 29. Maladie de Parkinson. Chorée. Tics. Tremblements. — 30. Examen électrique. — 31 et 32. Electrothérapie. — 33. Examen des oreilles. — 34. Examen des yeux.

Les dates exactes de chaque leçon seront fixées ultérieurement. Des certificats d'assiduité pourront être délivrés à la fin du cours aux personnes qui en réclameront. Trois séries de leçons du même genre sont faites tous les ans : la première en octobre et novembre ; la seconde en janvier et février ; la troisième en mai.

Le droit à verser est fixé à 80 francs.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts). — COURS DE 1907 (7e ANNÉE). — *Hypnotisme thérapeutique.* (M. le docteur Bérillon, professeur.) — Objet du cours : 1° Psychothérapie générale : La thérapeutique des maladies de la volonté et l'éducation du caractère. Les lundis à cinq heures, à partir du lundi 14 janvier.

2° L'hypnotisme et l'orthopédie mentale : Les enfants et les adolescents anormaux. Retardataires, instables, timides, indociles, pervers et nerveux. Les jeudis à cinq heures, à partir du jeudi 10 janvier.

Hypnotisme expérimental. (M. le docteur Paul Magnin, professeur.) — Objet du cours : L'hypnotisme et la psychothérapie chez les hystériques. Les lundis et les jeudis à cinq heures et demie, à partir du jeudi 10 janvier.

Psychologie générale. (M. Lionel Dauriac, professeur honoraire de l'Université de Montpellier.) — Objet du cours : Etude des sentiments. Les vendredis à cinq heures et demie, à partir du vendredi 11 janvier.

Psychologie pathologique. (M. le docteur Paul Farez, professeur.) — Objet du cours : Les états de mort apparente. Les samedis à cinq heures, à partir du samedi 12 janvier.

Psycho-physiologie de l'art. (M. Félix Régamey, professeur.) — Objet du cours : Les principes du dessin. Influence des procédés routiniers sur la décadence de l'art de la peinture. Les mardis à cinq heures et demie, à partir du mardi 15 janvier.

CLINIQUE MÉDICALE
(Hôpital Saint-Antoine.)

LES ÉTATS DIABÉTIQUES

Par M. THIROLOIX.

Messieurs,

Vous avez pu voir et suivre, du 12 novembre au 16 de ce mois, un diabétique couché au lit n° 2 de notre salle Béhier. Ce malade a succombé aux progrès d'une intoxication diabétique. Je voulais tout d'abord vous exposer simplement son histoire, mais j'ai pensé qu'étudier avec vous ce mode de *terminaison* du diabète sucré, mode qui a des rapports *certains* avec l'état diabétique, mais douteux, *lointains* avec son symptôme hyperglycémique, sans vous avoir donné une vue d'ensemble sur la maladie *initiale*, était illogique. Aussi, dans cette séance, je voudrais vous faire connaître les *principales données physiologiques*, expérimentales, *anatomo-pathologiques* et *cliniques* sur lesquelles repose la conception actuelle de ces états morbides que l'on décrit, en clinique, sous le nom de diabètes sucrés.

Mais je ne veux pas aller plus loin, entrer dans le détail de ces données, sans d'abord *déterminer* ce que j'entends par *diabète sucré*. Vous comprendrez mieux ainsi, en possession d'une large définition, les développements ultérieurs.

Pour moi, dans le *diabète sucré*, l'hyperglycémie et par suite la glycosurie, ne constituent *nullement* la maladie; elle n'est même pas le trouble physiologique initial.

L'hyperglycémie est au contraire, *en grande partie*, un moyen de défense, un procédé *de salut*, que met en œuvre, aveuglément je le veux bien, l'organisme menacé de famine, menacé d'inanition.

Mais, parler de *défense*, de *salut*, c'est implicitement admettre qu'il y a attaque, menace pour l'existence de l'organisme dans la lésion d'un organe essentiel qui normalement empêche cette famine, assure la nutrition. Aussi voici comment je comprends (et je vais vous exposer longuement mes arguments) la pathogénie des glycosuries, de toutes les glycosuries avec *hyperglycémie*.

Un *agent morbide externe lèse* directement ou indirectement le pancréas, fragile par acquisition ou hérédité. Le pancréas lésé devient dès lors incapable ou insuffisant pour fournir la substance *indispensable*, la *sensibilisatrice*, si vous voulez, qui rend la glycose assimilable par toutes les cellules de l'organisme.

Dès lors tous ces éléments, aussi bien les cellules hépatiques que les autres cellules de l'organisme baignent dans l'aliment, la glycose qu'elles ne peuvent utiliser, et c'est là l'essence même des états diabétiques, la *famine dans l'abondance*.

Mais pourquoi cette abondance, cette décharge hyperglycémique, même alors que le malade est au régime carné? C'est parce que nos cellules, à l'état normal, dès qu'elles ont besoin de réparer leurs pertes glycogéniques, exigent, par la manifestation des sensations de *soif* et de *faim*, que nous nous alimentions pour que le foie leur fournisse l'un des matériaux nécessaires à leur vie, c'est-à-dire la glycose. Cette *exigence est excessive* parce qu'instinctive; car la matière vivante n'a qu'un but, vivre.

Le foie adapte alors son fonctionnement à ces besoins *impérieux* : il fabrique aux dépens des albumines et des graisses (car lui aussi, la *sensibilisatrice* faisant défaut, ne peut arrêter et utiliser qu'imparfaitement la glycose alimentaire comme les autres cellules de l'organisme) une quantité exagérée de glycose, et la verse sans cesse dans le sang; mais dès que la quantité dépasse un certain chiffre, *cette glycose non sensibilisée force la barrière* rénale et s'échappe. La polydipsie, la polyphagie, plus tard l'autophagie sont le résultat de la manifestation impérieuse des sensations de soif et de faim. La polyurie dépend de la polydipsie. Enfin la glycosurie n'est que le corollaire de l'hyperglycémie qui a forcé la barrière du rein. Les symptômes fondamentaux du diabète sucré sont ainsi créés sans que l'un dépende de l'autre; mais tous dépendent de l'état diabétique, de la non-sensibilisation pancréatique de la glycose. Je puis résumer ainsi tout cet exposé en disant : la *maladie est au pancréas*, la souffrance est dans l'*organisme entier*, dans toute la substance qui n'a plus à sa disposition qu'une glycose en grande partie inutilisable. La défense est dans le foie.

Cette idée s'accorde avec la clinique et l'expérimentation qui montrent que, si le pancréas est malade, le foie est toujours *sain*. La cause qui rend insuffisant l'un, n'a rien à voir avec celle qui fait hyperfonctionner l'autre.

Je vais maintenant vous exposer en détail les données qui permettent d'*animer* cette conception.

L'état diabétique est dû à ce que toutes les cellules ne peuvent plus assimiler la glycose non mordancée.

Voyons les notions physiologiques indispensables à rappeler dans un tel sujet : je commence par l'élément fondamental, la glycose.

La GLYCOSE est le seul sucre normal du sang. Elle est l'origine de la chaleur animale, la source de toute énergie.

Elle est à l'organisme, ce que le charbon est à la machine à vapeur. C'est donc l'*élément absolument indispensable* au fonctionnement de la machine animale.

Il ne peut donc y avoir d'état diabétique si grave qu'on le suppose, sans une certaine sensibilisation et par suite utilisation de cette glycose. La vie serait impossible sans elle.

Quelles en sont les origines? La glycose peut être absorbée, elle est alors arrêtée par un seul organe — nous dirons pour éviter toute contestation par un principal organe — le foie, ainsi que l'a montré Claude Bernard en 1847. Cet auteur en effet a démontré ce rôle d'*arrêt* par l'analyse des sangs porte et *sus-hépatique*. Si l'on introduit dans le tube digestif d'un animal des féculents, cette introduction amène une augmentation de glycose dans la veine porte, mais non dans les veines sus-hépatiques.

Le foie est donc un organe d'*équilibre*, de RÉSERVE de la glycose, mais de la glycose sensibilisée.

La situation sous-jacente du pancréas par rapport au foie, explique que la glycose portale soit influencée par le premier organe avant son arrivée au second. Mais le foie est non seulement un organe qui arrête la glycose en nature, la met en réserve sous forme de glycogène, mais un organe *producteur* de glycose.

Et il la fabrique aux dépens des matériaux suivants : hydrates de carbone (sucre en nature, substances amylacées), albumines (fibrine, gluten, caséine) et des graisses. Ces dernières substances, le foie les utilise surtout à l'état de jeûne. Fait-on jeûner des animaux, ceux-ci brûlent d'abord leurs réserves glycogéniques (foie et muscles), puis les reconstituent aux dépens des albumines et des graisses en réserve. C'est l'autophagie. C'est ainsi qu'un animal de 10 kilos perd 175 grammes par jour de son poids.

La quantité de sucre que *normalement* le foie fabrique pour un poids de 65 kilos, est de 1870 grammes par jour.

Le *foie* paraît être le seul organe glycopoiétique, car Moleschott (1855) et Minkowski, après l'ablation du foie, ont vu la glycose disparaître du sang.

Toute la glycose circulante vient donc du foie. Mais le sucre n'est versé dans le sang par le foie que dans des proportions *bien déterminées*.

Normalement, la quantité de glycose qui est contenue dans le liquide sanguin oscille entre 0g08 et 0g17 p. 100. C'est la *glycémie normale*, pour 65 kilos il y a donc 52 grammes de sucre circulant, et avec ce taux, les émonctoires (les reins) n'éliminent jamais — normalement — de glycose sensibililisée. Mais si cette quantité dépasse 0g20 à 0g30 p. 100 du poids de l'animal (pour 65 kilos, le sucre égale 195 grammes) s'il y a *hyperglycémie*, la barrière rénale se lève et la glycose non sensibilisée apparaît dans l'urine. Il y a glycosurie.

L'élément rénal dans le diabète est donc constant. Mais que devient cette glycose normale, cette glycose sensibilisée ? Elle est comburée par l'organisme, en particulier dans les muscles. Chauveau et Kauffmann ont montré que le muscle masséter se contractant, brûlait 3 fois plus de sucre qu'au repos. Et *toujours* le sang veineux des muscles est moins riche en sucre que le sang artériel.

La quantité que brûle un homme de 65 kilos par ses *muscles* est de 370 grammes, c'est-à-dire le cinquième de la masse totale de la glycose formée. Aussi pendant le jeûne et les exercices musculaires forcés, l'organisme épuise ses réserves glycocémiques dont les deux foyers sont le foie (120 à 200 grammes de glycogène) et les muscles (100 grammes environ).

Pour que l'organisme *fonctionne normalement*, ait toujours à *sa disposition de la glycose* dont il a absolument besoin, et que cette glycose n'arrive dans le sang qu'à un *taux déterminé* (0g08 p. 100), il faut que le foie fonctionne comme un APPAREIL RÉGULATEUR de la teneur du sucre dans le sang.

En résumé, le foie est un organe d'arrêt, de *formation* et de régulation de la glycose. Suivant les *besoins de l'organisme*, il abandonne ou retient ses réserves glycogéniques.

Tel est le bilan des constatations physiologiques qui permettent d'établir le mécanisme de la glycoformation et de la glyco-comburation. Demandons-nous maintenant comment on peut perturber cet appareil *régulateur* si merveilleusement agencé. On peut le perturber par des processus normaux et anormaux.

Voyons le processus hypernormal. Faisons ingérer à différents individus normaux en apparence, des quantités de glycose allant de 70 grammes à 300 grammes.

Voici ce qu'on observe, dès qu'on dépasse le coefficient normal de sensibilisation ; pendant les deux premières heures, très légère glycosurie ; après quatre heures, la glycosurie est maxima ; elle cesse au bout de sept à huit heures. Nous dirons que dans ce cas le coefficient d'arrêt du foie et le coefficient d'utilisation musculaire et général est diminué. C'est là la glycosurie alimentaire que beaucoup ne regardent pas comme pathologique : elle tient pourtant en germe tout le processus diabétique, si l'on veut ainsi interpréter le phénomène : la sensibilisatrice qui modifie normalement l'état moléculaire de la glycose absorbée, et la rend utilisable pour le foie d'abord, les autres cellules ensuite, est en déficit ; dès lors, cette glycose non sensibilisée que le foie ne peut arrêter et que les cellules ne peuvent consommer, passe en excès dans le sang et s'élimine.

Expérimentalement, c'est la glycosurie la plus facile à réaliser par rétrécissement du champ pancréatique.

Passons maintenant aux processus anormaux. Si l'on pratique la piqûre du quatrième ventricule (Claude Bernard, 1849), voici ce qu'on observe :

Si la piqûre porte au milieu de l'espace compris entre l'origine des nerfs acoustiques et des nerfs pneumogastriques, on obtient une glycosurie avec polyurie.

Si la piqûre porte au-dessus de ce point, c'est la polyurie avec albuminurie ; enfin au-dessous, c'est la glycosurie sans polyurie. Ces lésions montrent bien l'indépendance des symptômes. Si l'on réunit les expériences de Claude Bernard à celles de Chauveau et Kauffmann, on obtient la disposition suivante des centres nerveux glyco-formateur et glyco-comburateur.

Le bulbe renferme deux centres, un principal, excito-secréteur du pancréas, et un accessoire, frénateur hépatique. Leur lésion par la piqûre livre le foie et le pancréas à l'influence de leurs centres excito-sécréteur hépatique et frénateur pancréatique. Cette glycosurie expérimentale est toujours passagère.

Mais de tous les procédés expérimentaux qui permettent le plus facilement de reproduire les états diabétiques, ce sont les lésions du pancréas, lésions qui permettent d'obtenir toutes les variétés de glycosurie observées en clinique, depuis la plus bénigne, la plus éphémère, jusqu'à la plus grave, continue, en passant par les glycosuries intermittentes. Elles forment un chapelet continu dont les grains repré-

sentent les formes, et le fil la lésion pancréatique.

L'ablation, l'exérèse totale du pancréas que pratiqua Méring (1889), inspiré par les travaux anatomo-cliniques de Lancereaux (1875), réalise l'état diabétique le plus grave; je vous en donne les résultats constants.

Ablation totale du pancréas. — La main de l'expérimentateur, en pratiquant l'extirpation totale du pancréas crée d'une façon constante une véritable maladie (cause *externe*, lésion organique, évolution définie) caractérisée par une glycosurie persistante, l'augmentation de la sécrétion urinaire, de la soif et de l'appétit, et par un amaigrissement extrêmement rapide. L'apparition de la glycosurie dans l'urine est, dans l'immense majorité des cas, le phénomène initial du diabète; elle suit parfois, presque immédiatement, l'extirpation. Puis apparaissent simultanément les phénomènes fondamentaux de ce diabète expérimental : polyphagie, polydipsie, polyurie et amaigrissement. La voracité des animaux opérés est toujours considérable, ils absorbent deux et trois fois une quantité d'aliments suffisante pour un chien à l'état normal. Les poids de sucre excrété varient dans des proportions considérables d'un jour à l'autre suivant l'alimentation.

Malgré l'énorme quantité de nourriture qu'on leur fournit, les chiens maigrissent avec une grande rapidité.

L'amaigrissement est ici contemporain des quatre phénomènes décrits plus haut. La maladie commence chez l'animal par la période de marasme. Toutes les expériences faites (ligature, section) permettent d'attribuer à cet amaigrissement une double pathogénie : au déficit du suc pancréatique dans l'intestin, à la perte de sucre. Parallèlement à cet amaigrissement on observe une perte progressive des forces. Vers la fin de leur maladie, les animaux ne peuvent plus descendre de leur cage, uriner debout, marcher.

La sclérose lente du pancréas par oblitération de ses canaux excréteurs produit une symptomatologie qu'on peut diviser en deux phases, une première marastique par déficit du suc digestif, une deuxième de suppléance pendant laquelle l'animal récupère son poids, le dépasse, devient gras.

Si, pour activer la destruction du parenchyme sécréteur, on adjoint à la sclérose des résections successives du champ pancréatique, on observe successivement, après chaque résection d'abord, une glycosurie alimentaire pour les amylacés, glycosurie discontinue, ensuite une glycosurie continue avec maxima après les repas; enfin, après l'ablation totale, un diabète à évolution lente qui peut durer des mois (six et huit) : cette variété est bien différente de celle qui succède à l'ablation totale sans préparation de l'animal. L'expérimentation permet ainsi de conclure que toutes les formes de diabète ont une source, une origine commune, dans la lésion du *pancréas*.

Diabète gras expérimental. Sclérose lente du pancréas et résection parcellaire du champ pancréatique. — A un chien adulte du poids de 13k500 on injecte le 1er mars 1892 dans les canaux pancréatiques, 3 centimètres cubes et demi d'un mélange d'huile de vaseline et de noir de fumée stérilisé à l'autoclave à 120 degrés, pendant vingt minutes. La portion duodénale du pancréas est réséquée.

Jusqu'au 15 avril, c'est-à-dire pendant un mois et demi, l'animal, malgré une polyphagie considérable, présente une dénutrition profonde, maigrit, perd ses forces, pas de sucre.

Le 18 avril, on pratique une deuxième laparotomie. On enlève toute la partie moyenne pancréatique, en rasant aussi près que possible la paroi intestinale. On ne laisse plus ainsi dans l'abdomen qu'une bande pancréatique noirâtre dont le volume est à peine le quart du pancréas normal.

L'extrémité intestinale de cette bande est isolée dans une étendue de 1 centimètre environ. Pendant les mois de mai, juin, juillet, l'état général reste parfait. Le 14 juillet le chien pèse 16 kilogs. Pas de sucre. Le 1er août, troisième laparotomie. Le pancréas est réduit à l'état d'un cordonnet noirâtre, irrégulier à sa surface, malléable, qui n'a que quelques millimètres dans tous ses diamètres. On laisse les choses en place, après avoir constaté que l'extrémité intestinale, libérée dans la laparotomie précédente, a contracté avec les feuillets péritonéaux voisins des adhérences solides. Jusqu'au 7 septembre, on n'observe aucun phénomène nouveau. On donne à l'animal de la viande, du pain, du lait. Les urines ne renferment pas trace de sucre.

Le 7 septembre quatrième laparotomie (les urines, l'animal étant au régime mixte, n'ont jamais, jusqu'ici, renfermé de sucre). Le cordonnet noirâtre pancréatique n'a pas, depuis la dernière laparotomie, changé d'aspect. On en enlève la plus grande partie par simple arrachement, sans placer une seule ligature. On ne laisse dans l'abdomen que l'extrémité intestinale adhérente aux tissus voisins. La portion, ainsi abandonnée, n'a pas 1 centimètre d'étendue, et par comparaison avec ce que nous avons enlevé ne doit certainement pas peser un demi-gramme. Le pancréas sclérosé ainsi arraché pèse 1g650.

On assiste alors au développement d'une glycosurie d'abord alimentaire (avec les amylacés seulement) puis définitive (diabète). L'animal n'est mort dans le marasme que le 27 avril, ayant ainsi présenté un diabète à allures très lentes (six mois).

Mais quel est l'élément constituant du pancréas dont la suppression radicale amène l'hyperglycémie? Pour cette démonstration on pratique l'opération de la Marcotte.

Marcotte pancréatique sous-cutanée (portion duodénale de la glande) dix-neuf jours après, ablation totale du reste du pancréas. Glycosurie passagère. Douze jours après cette dernière intervention, extirpation de la glande greffée. Diabète sucré. — Le 15 mai 1892, à huit heures du matin, on pratique sur un chien pesant 19 kilogs l'opération de la marcotte pancréatique. Toute la portion verticale ou duodénale de cette glande est isolée de ses replis péritonéaux par arrachement; on respecte

les gros vaisseaux qui aboutissent à l'extrémité inférieure libre. La portion pancréatique libérée est attirée aussi fortement que possible hors de l'abdomen; le pédicule vasculaire est placé à l'angle inférieur de la plaie. Le pancréas est placé entre la peau et les muscles simplement écartés par traction dans le flanc gauche.

Le 17, l'animal commence à manger. Pas de sucre, Le pancréas greffé forme une tumeur volumineuse qui a plus que doublé de volume.

Jusqu'au 4 juin, l'animal est en bonne santé. Ablation du pancréas abdominal.

Section du pédicule vasculo-nerveux allant à la portion ectopiée.

Le 15, ablation du pancréas greffé.

Le 16, je sonde le chien à huit heures du matin. Les urines réduisent fortement la liqueur de Fehling. L'animal meurt de cachexie diabétique le 7 juillet.

Cette expérience permet de conclure d'une façon formelle que le pancréas agit pour empêcher la glycosurie par une sécrétion interne qui passe dans le torrent circulatoire.

Mais sur quelles cellules et sur quel organe agit cette substance ? Est-elle glyco-poiétique ou glycocomburante ? Pour répondre à cette question je soumets des chiens au jeûne prolongé (cinq à sept jours) pour épuiser les réserves glycogéniques hépatique et musculaire; le septième jour l'ablation totale du pancréas est pratiquée, elle n'amène pas de glycosurie. Le dixième jour on donne aux animaux de 30 à 50 grammes de viande, quelques heures après, malgré l'épuisement absolu de toutes les réserves glycogéniques (pour un chien de 15 kilogs la réserve est de 69 grammes), la glycosurie apparaît. Le foie a donc formé de la glycose, mais les cellules quoique épuisées de glycogène, n'ont point comburé cette glycose non sensibilisée. Les jours suivants (trois à sept jours) on donne trois fois par jour toutes les huit heures 25 grammes de viande, chaque fois la glycosurie apparaît.

Le phénomène primordial, fondamental, est donc l'impossibilité pour les cellules — en particulier pour la masse musculaire (qui représente un grand consommateur de la glycose, un cinquième de la masse totale), en l'absence de la substance abandonnée normalement par le pancréas (ferment, oxydase, sensibilisatrice, mordante) — d'utiliser la glycose ambiante fournie par le foie.

Le pancréas n'a donc pas pour rôle de frêner, de restreindre la glycémie, mais de continuer son œuvre digestive initiale, l'assimilation de la glycose.

L'expérimentation ne peut aller plus loin dans cette analyse et attribuer le rôle exact qui revient dans la production de la sécrétion interne à l'élément secréteur et aux îlots de Langerhans. C'est en se basant sur l'anatomie et la pathologie qu'on a édifié la théorie insulaire pancréatique des diabètes. L'anatomie a montré en effet (Langerhans, 1869) que dans le parenchyme pancréatique il existe des îlots cellulaires, clairs, homogènes, riches en vaisseaux sanguins flexueux et qui paraissent disposés pour une sécrétion endocrine (Laguesse, 1893). La méthode anatomo-clinique a prouvé de son côté que la lésion des îlots était très accusée dans les diabètes graves et qu'au lieu de trouver un îlot par millimètre carré de tissu, on n'en trouvait plus qu'un par 2 millimètres carrés. On dit qu'il y a insuffisance langerhansienne toutes les fois que les îlots, au lieu de représenter un centimètre cube p. 100 de pancréas, ne représentaient plus qu'un demi-centimètre cube. Expérimentalement, après ligature du canal de Wirsung, le parenchyme sécréteur s'atrophie, les îlots subsistent.

En résumé, si nous interprétons la totalité des expériences citées, nous dirons : 1° que le pancréas, dans toutes les variétés (que crée l'expérimentation) de diabète avec hyperglycémie, est altéré primitivement, dynamiquement ou organiquement; 2° que cette altération l'empêche de fournir une substance qui, venant des îlots de Langerhans ou du parenchyme sécréteur modifie l'état moléculaire de la glycose et la rend absorbable pour la nutrition de toutes les cellules de l'organisme, en particulier pour les muscles; 3° qu'affamées, ces cellules font appel au seul organe, le foie, qui s'est spécialisé dans la fabrication d'un de leurs aliments indispensables, la glycose et que cet appel est entendu; 4° que cette glycose versée, mais non sensibilisée dans le sang à sa limite maxima ne pouvant être utilisée, s'accumule et arrive à un taux qui force la barrière rénale : dès lors l'état diabétique est créé.

Ce n'est donc pas sans raison que j'ai pu dire au début de cette leçon : la maladie est au pancréas, la souffrance est dans tout l'organisme, la défense, défense aveugle il est vrai, est au foie.

En se basant sur la disposition schématique de l'appareil de la glyco-formation, disposition qu'ont fait connaître Cl. Bernard (piqûre bulbaire, glycogénie hépatique), Lancereaux, Méring et Minkowski (ablation du pancréas), on décrit trois variétés de diabète sucré, un *diabète* nerveux dynamique ou organique, central ou périphérique, un *diabète* gras qui est notre diabète pancréatique partiel, un *diabète* pancréatique ou diabète pancréatique total.

Passons en revue leurs caractères.

Le diabète nerveux dynamique (trauma sans lésion, secousse morale) a un début brusque, précoce : sa glycosurie est intermittente. Il peut guérir. Lorsqu'il survint longtemps après le trauma (mois, années), son évolution est lente, grave. Il y a donc lieu de lui décrire deux formes, précoce et tardive.

Dans le diabète nerveux organique, le diabète passe au second plan : l'évolution et le pronostic sont subordonnés à la cause (tumeur du cerveau, du bulbe).

Le diabète gras est précédé d'obésité (vingt-cinq à trente-cinq ans), a un début insidieux (trente-cinq à quarante-cinq ans), une glycosurie intermittente, est influencé par le régime carné; il a une longue durée (trente ans). Il est lié à une fragilité pancréatique héréditaire.

Le diabète pancréatique survient chez les jeunes; a un début brusque, dramatique : en ce cas, il n'y a pas de signe précurseur de déficit digestif. Sa glycosurie est massive, a une durée d'un à cinq ans et se termine par la tuberculose ou le coma.

Cette conception des états diabétiques que je viens de vous exposer conduit-elle à des résultats pratiques nouveaux? Non, car je ne connais, comme pouvant influencer l'hyperglycémie que le régime alimentaire carné qui empêche la manifestation de la glycosurie, mais ne modifie en rien l'état pancréatique causal; et, encore, ce régime carné n'a d'influence que dans le diabète pancréatique partiel ou gras. Quant aux médicaments, je ne puis en citer que bien peu d'utiles, mais combien suggestifs, ce sont les alcalins. Ils semblent suppléer dans une faible mesure la sensibilisatrice comburante glycosique en déficit et favoriser l'utilisation de la glycose. Aussi est-ce dans cet ordre d'idées et vers l'opothérapie pancréatique qu'il faut orienter les recherches. Les résultats cliniques et expérimentaux sont encore médiocres, mais ce n'est pas une raison pour s'arrêter dans cette voie qui sera un jour féconde.

Enfin, Messieurs, méfiez-vous des médications qui tendent uniquement à annihiler l'activité hépatique en faisant diminuer le chiffre du sucre éliminé; vous donnez au malade une satisfaction qu'il recherche, mais vous ne changez en rien le viscère malade.

Les états diabétiques étant ainsi dus à une lésion plus ou moins accusée du pancréas, on peut espérer voir leur pronostic être, comme dans toutes les maladies, basé sur la cause, l'intensité de la lésion organique, la gravité des symptômes, l'évolution. Le diabète sucré perd ainsi ses allures mystérieuses pour entrer dans le cadre commun des autres maladies.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 24 décembre 1906)

La végétation artificielle. Action des silicates alcalins sur les sels métalliques solubles. — M. Robert Dollfus. A propos de la récente note de M. Stéphane Leduc sur la cellule artificielle de Traube (v. *Gaz. des hôpit.*, n° 138, p. 1648), M. Dollfus fait connaître les résultats de quelques expériences qu'il a faites il y a plusieurs années sur l'action réciproque des sels métalliques solubles et des silicates alcalins.

Dans ces expériences très faciles à réaliser, il fait agir en plusieurs cas d'autres substances que celles employées par Traube en 1865 et 1867 dans ses expériences classiques.

Dans une solution de silicate de soude ou de potasse, il projette un petit cristal de sulfate ferreux, par exemple, peu à peu, on voit s'élever de ce cristal une colonne creuse constituée extérieurement de silicate ferreux, et intérieurement de solution de sulfate ferreux, cette traînée de solution se ramifie et présente en tous points l'aspect des végétaux artificiels de Traube, de ceux présentés par M. Leduc, tant au point de vue de sa naissance que de son évolution et de sa reconstitution.

Examiné de près, le mécanisme du phénomène est le suivant : le cristal étant soluble dans l'eau qui a dissous le silicate de sodium, commence à se dissoudre comme s'il était seul. Cette solution tend à se répandre dans le liquide ambiant, mais alors intervient l'action chimique énergique du silicate de sodium.

Il se forme une enveloppe de silicate ferreux qui laisse pénétrer l'eau, mais qui empêche la diffusion de la solution de sulfate ferreux; celle-ci, en raison de sa densité moindre et de la force osmotique qui l'aide, tend à s'élever; elle est favorisée par l'ascension de petites bulles d'air qui adhéraient au cristal lorsqu'on l'a projeté dans la solution de silicate, celles-ci entraînent derrière elles, en gagnant la surface libre du liquide, la solution de sulfate ferreux qui continue à se former; la partie du sulfate ferreux en contact avec le silicate se transforme en silicate ferreux à la suite de la bulle d'air.

Les résultats, dit M. Dollfus, sont toujours comparables entre eux; pour les expliquer, il n'est pas nécessaire de faire appel à des phénomènes de nutrition ni de croissance, car il n'y a ni assimilation, ni augmentation de la quantité de substance initiale, pas d'appareil circulatoire ni de différenciation, le composé chimique formé est le même en tous points et le phénomène cesse lorsque la réaction s'arrête.

Selon les différences locales de température et la non-homogénéité de la solution, ces formations peuvent affecter les formes les plus diverses et les plus contournées.

Sur la conservation du chloroforme et sur un dispositif indicateur de son altération accidentelle. — MM. Pierre Breteau et Paul Woog. On sait que le chloroforme pur se décompose sous l'influence de l'air et de la lumière en acide chlorhydrique et en phosgène; ce dernier produit est éminemment toxique.

Pour mettre en évidence cette décomposition MM. Breteau et Woog proposent comme indicateur la moelle de sureau colorée par du rouge congo. La moelle de sureau, en effet, loin d'altérer le chloroforme, assure au contraire dans une certaine mesure sa conservation. Le rouge congo réparti par teinture légère sur une rondelle de moelle de sureau en contact avec le chloroforme ne se dissout pas dans le chloroforme et vire instantanément au bleu dans le cas de décomposition.

Ce moyen très simple et très sensible est appelé à donner une grande sécurité aux chirurgiens.

Action physiologique de la résine d'euphorbe. — M. L. Pénières, utilisant les propriétés décongestionnantes de la résine d'euphorbe, a obtenu des résultats thérapeutiques très intéressants dans les fibromes utérins.

A la suite d'injections d'euphorbe dans le col utérin, les hémorragies s'arrêtent et une régression notable serait observée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 26 décembre 1906)

Paludisme. — La discussion continue entre M. Kelsch et M. Laveran sur les origines du paludisme. M. Kelsch maintient l'opinion qu'il a déjà défendue, à savoir qu'à côté du paludisme nettement importé par les moustiques, il y a des cas dans lesquels ces derniers ne sont pour rien et dont il faut rechercher la cause dans des mouvements de terrains insalubres.

Le cancer. — M. Lancereaux approuve l'institution proposée par M. Poirier pour l'étude du cancer. Il y a en effet beaucoup à apprendre sur la nature des diverses affections désignées sous le nom trop général de cancer. M. Lancereaux établit tout d'abord une distinction histologique très nette en-

tre le néoplasie conjonctive qui peut s'observer sur des sujets jeunes, et la néoplasie épithéliale que l'on observe généralement après quarante-cinq ou cinquante ans.

Les néoplasies conjonctives débutent par un foyer unique, se généralisent par les voies lymphatiques et se développent d'autant plus qu'elles siègent dans un organe plus vasculaire. Les néoplasies épithéliales naissent sur plusieurs points à la fois et se généralisent par le système veineux. Les cancers épithéliaux se développent comme les glandes. Leur généralisation se fait par greffes et non par infection. Du foyer initial partent des cellules épithéliales qui vont s'arrêter dans différentes parties de l'organisme où elles colonisent.

Ces faits sont, en apparence d'accord avec la théorie parasitaire du cancer épithélial; néanmoins, si on considère que ce mal commence par un foyer unique, qu'il évolue du centre à la périphérie, ainsi que la plupart des affections parasitaires, il y a des raisons sérieuses pour admettre qu'un agent animé puisse, en s'infiltrant dans une cellule épithéliale, faire végéter cette cellule à la façon du spermatozoïde, par rapport à l'ovule ou à l'œuf.

En tout cas, conclut M. Lancereaux, la clef de la pathologie du cancer est dans la connaissance de l'histologie et du développement; mais il reste à chercher la substance ou l'agent qui en est le primum movens, la cause initiale.

M. Lancereaux estime que certains cancers peuvent guérir après l'ablation, mais qu'il n'y a pas de cas dans lesquels on puisse affirmer la non-récidive. Il cite deux observations de malades atteintes de cancers du sein qui ont été opérées en sa présence par M. Léon Labbé. Chez l'une on avait tout lieu d'espérer une guérison radicale et la récidive a été très prompte. Chez l'autre au contraire, on s'attendait à une récidive prochaine qui ne s'est pas réalisée.

M. Reclus considère comme une idée heureuse la création d'une ligue contre le cancer. Il rappelle la tentative déjà faite, dans ce sens, en 1892 par Verneuil, tentative à laquelle il prit part comme secrétaire général de cette première ligue. Malheureusement elle avorta. Les ressources firent défaut. Les temps ont changé. Les efforts que font aujourd'hui les associations d'individus n'ont rien de comparable aux efforts purement individuels. L'Académie doit aujourd'hui appuyer les efforts d'une ligue contre le cancer.

Mais en attendant que ces recherches aient abouti à des conclusions pratiques, il faut reconnaître, en s'en rapportant à ce que nous apprend la clinique, qu'il y a certains cancers qui peuvent être guéris après l'opération.

M. Reclus a opéré un malade atteint d'un cancer de la langue en 1880. Ce malade vivait encore en 1896 sans récidive. En 1886, il opéra un négociant de Marseille d'un cancer de la langue avec ganglions cervicaux. En 1906, ce malade n'avait pas encore de récidive et envoyait à M. Reclus sa vingtième carte annuelle. Il est probable que la vingt et unième carte ne tardera pas à arriver dans les mêmes conditions. M. Reclus cite encore plusieurs autres cas analogues avec dix, quinze, vingt ans de survie sans récidive.

Il insiste, en outre, sur une variété d'épithéliomas en surface de la muqueuse linguale, sur lesquels il a déjà appelé l'attention. Il s'agit généralement, dans ces cas, d'une petite lentille cancéreuse développée sur une plaque leucoplasique. Dans quelques-uns de ces cas, la récidive se fait, non sur la cicatrice, mais à côté. Un simple coup de bistouri suffit pour enlever ces tumeurs et les guérir définitivement. M. Reclus cite plusieurs exemples et il ajoute que dans ces cas, il eût été vraiment excessif de pratiquer l'opération précoce, large et anatomiquement conduite, que préconise M. Poirier.

Les opérations qu'a pratiquées M. Reclus dans les cas dont il vient parler, n'ont été ni larges, ni anatomiquement conduites, ni même précoces, et cependant les malades sont restés guéris avec un minimum d'intervention qui ne leur a fait courir aucun danger.

D'autre part, la large opération préconisée par M. Poirier met-elle sûrement à l'abri des récidives? Hélas! non, et M. Reclus cite des cas dans lesquels il a eu recours à cette large et précoce opération de Poirier, ce qui n'a pas empêché la récidive d'apparaître trois mois après. A côté de ce fait, un cas d'épithélioma mélanique, variété qui passe pour très maligne, a été opéré par M. Reclus il y a trois ans et il n'y a aucune trace de récidive.

Les auteurs, en parlant de cancer, disent que c'est une tumeur fatalement progressive. Cela n'est pas exact, et tous les chirurgiens possèdent dans leur pratique des cas de guérison semblables à ceux que vient de citer M. Reclus.

Cela explique qu'avec certains sérums on puisse aussi obtenir certaines améliorations. Il s'agit de cas favorables.

Sans doute, en principe, M. Poirier a raison de recommander d'opérer de bonne heure et largement les tumeurs cancéreuses de la langue. Il n'en est pas moins vrai que certaines de ces tumeurs peuvent être guéries par de petites opérations et que les grandes opérations ne mettent pas toujours à l'abri des récidives.

Cela nous montre que nous connaissons fort peu de chose sur la nature du cancer et M. Reclus se réjouit qu'une ligue soit instituée pour l'étude du cancer.

Election. — L'Académie a élu M. Thoinot, membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale, par 41 suffrages sur 51 votants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 28 décembre 1906)

La séance a été consacrée presque entièrement à la lecture, par M. Siredey, secrétaire général, du rapport annuel et des notices biographiques des membres décédés pendant l'année. Aussi bien la partie scientifique a-t-elle été forcément écourtée.

M. le docteur Marie (de Villejuif) présente deux nouveaux **cerveaux d'aphasiques**, l'un sans démence, l'autre avec agnosie et démence; l'un et l'autre ne présentent que des lésions temporales et de la zone lenticulaire et rien dans la région de Broca.

M. Variot, à propos d'une communication antérieure de M. Comby sur un cas de **scorbut infantile causé par l'usage du lait stérilisé par la chaleur**, rapporte que, sur l'assentiment de M. Comby, il a fait une enquête complémentaire sur ce cas, et qu'il a appris que l'enfant, cinq ou six mois avant l'apparition des accidents, avait ingéré d'une façon régulière des farines de conserve; les accidents peuvent donc, en l'espèce, être mis sur le compte de cette ingestion.

M. Netter répond à M. Variot qu'il a observé, ces jours-ci mêmes, un enfant atteint de scorbut infantile et qui n'avait pris que du lait stérilisé par la chaleur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1906)

Hydronéphrose calculeuse. — M. PICQUÉ fait un rapport sur une observation adressée par M. Auvray. Il s'agit d'un homme de cinquante ans, atteint d'hématuries et de douleurs dans l'hypocondre gauche. Il existait manifestement une tumeur. On porta le diagnostic de tumeur maligne du rein gauche. M. Auvray fit une incision lombaire et tomba sur une grosse poche rénale dont l'extirpation fut difficile. Il fallut même ponctionner la poche avant de l'inciser. Il existait un gros calcul à la partie inférieure de la tumeur. La poche enlevée, on draina et on referma la plaie lombaire. Le malade guérit rapidement.

La poche était formée d'une coque tapissée intérieurement de colonnes charnues, et constituée par du tissu rénal atrophié.

M. le rapporteur approuve la conduite suivie dans ce cas par M. Auvray; l'incision lombaire qu'il a pratiquée et qui ouvre un large accès sur le rein. Quant à la pathogénie de l'hydronéphrose, dans ce cas, M. Picqué ne croit pas que le calcul seul ait pu suffire pour la produire. L'examen histologique a montré l'existence d'une uretérite sténosante par laquelle peut facilement s'expliquer la rétention rénale. Cette uretérite aurait été la conséquence d'une blennorragie ancienne.

Appendicectomie. — M. CHAPUT fait un rapport sur une communication adressée par M. Duval (de Brest) et intitulée: Appendicectomie par l'incision transversale de Chaput.

M. Duval a opéré, avec succès, trois appendicites en ayant recours à l'incision transversale proposée par M. Chaput.

Les avantages de cette incision, d'après MM. Chaput et Duval, sont les suivantes :

1° A son niveau, les fibres musculaires du petit oblique et du transverse sont horizontales; on ne coupe aucun faisceau musculaire, on a donc moins de chance d'éventration; de plus, on a plus de jour qu'avec l'incision de Mac Burney; d'ailleurs, on peut avec facilité, en cas de besoin, prolonger l'incision jusqu'à la ligne médiane en sectionnant le muscle droit en partie ou en totalité;

2° Elle ne sacrifie aucun filet nerveux du muscle droit; elle respecte donc mieux l'intégrité de la paroi abdominale;

3° Si l'on draine, on a moins de chance d'éventration avec l'incision transversale qu'avec les autres incisions;

4° Cette incision enfin, permet de drainer dans toutes les directions, tandis que les autres incisions sont souvent très éloignées de l'endroit à drainer.

Subluxation du ménisque externe du genou. — Autre rapport de M. CHAPUT sur une observation de M. Michon. Il s'agit d'un homme de trente-sept ans qui, douze ans auparavant, fut pris d'une violente douleur, avec craquement dans le genou, avec impossibilité de faire un pas.

Ces crises devinrent très fréquentes, même la nuit. M. Michon fait une incision horizontale, enlève les trois quarts antérieurs du ménisque, vide l'articulation du liquide qu'elle contenait et la draine. Guérison parfaite qui s'est maintenue depuis deux ans.

M. Chaput fait observer que ces luxations sont assez rares. Les lésions consistent en des déchirures du ménisque ou de simples épaississements, ou une mobilité anormale. Le traitement palliatif consiste en massage, en applications d'appareils destinés à limiter la flexion. Le traitement chirurgical consiste dans la fixation du ménisque ou mieux encore dans l'extirpation suivie du drainage articulaire. C'est à ce dernier moyen que M Chaput, avec M. Michon, donne la préférence.

Goitre lingual. — M. BERGER rapporte l'observation d'une femme de trente-cinq ans qui portait une grosse tumeur dans la région sus-hyoïdienne, faisant saillie du côté du pharynx, entre la base de la langue et l'épiglotte. Cette tumeur était molle, rénitente, légèrement mobile. Elle s'accompagnait d'un peu de dysphagie, de dyspnée et d'enrouement. M. Berger pensa qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde de la base de la langue. Il en pratiqua l'extirpation par la voie sus-hyoïdienne après section médiane de l'os hyoïde. L'incision de la tumeur donna issue à du liquide visqueux, ressemblant à la matière colloïde du goitre. L'énucléation de la tumeur fut assez facile, il fallut cependant réséquer une certaine étendue de la muqueuse linguale supérieure. Après l'ablation de la tumeur, on sutura cette muqueuse et on fit un large drainage sus-hyoïdien. Il y eut de la suppuration, mais le malade guérit. Quelques semaines après, elle présentait tous les symptômes de la cachexie particulière aux individus auxquels on a enlevé le corps thyroïde et finit par succomber, moins d'un an après l'opération, à une tubercuculose pulmonaire.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une tumeur thyroïdienne kystique.

Ces tumeurs, assez graves, s'observent généralement chez des sujets de vingt à trente-cinq ans. Elles ne donnent lieu à aucun symptôme, mais en raison de leur siège, de l'absence concomitante de la glande thyroïde à sa place habituelle, permettent de faire le diagnostic de goitre ou d'ectopie thyroïdienne.

M. Berger, pour l'extirpation de ces tumeurs, préconise la voie transhyoïdienne.

Cancers oro-pharyngés, pharyngectomies. — M. Vallas (de Lyon), a communiqué à la Société une statistique de 19 pharyngectomies pour cancers oro-pharyngés. M. HARTMANN fait un rapport sur cet intéressant travail. Sur ces 19 opérations, M. Vallas compte 12 succès et 7 morts. Cette mortalité s'explique par la gravité des lésions qui nécessitent des opérations étendues et, en particulier, la résection partielle de la mâchoire inférieure. Voici maintenant les résultats éloignés de ces opérations : 3 malades ont eu des récidives dans les six premiers mois; un est mort au bout de dix-huit mois de pneumonie, sans récidive; un autre a succombé, après deux ans, à une récidive dans les ganglions; 3 sont sans récidive depuis un temps variant de six mois à quatre ans. Pour les 4 restants, les renseignements font défaut.

M. Morestin possède deux cas analogues sans récidive depuis un et deux ans.

L'intervention chirurgicale, dans ces cas, donne donc des résultats encourageants.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1906)

Quantité d'éther dans le sang pendant l'anesthésie et au moment de la mort. — M. Maurice NICLOUX, au moyen de la méthode qu'il a indiquée précédemment, a déterminé ces quantités : elles sont de 130 milligrammes environ pour 100 centimètres cubes de sang lors de l'anesthésie déclarée, 170

milligrammes environ pour 100 centimètres cubes de sang au moment de la mort. Il n'y a pas de différence sensible entre le sang artériel et le sang veineux au même instant.

Œdèmes thyroïdiens transitoires. — MM. Léopold-Levi et Henri de Rothschild. Il existe des œdèmes transitoires liés au malfonctionnement thyroïdien.

L'origine thyroïdienne de ces œdèmes est prouvée par un certain nombre de considérations : Coexistence avec d'autres symptômes d'hypothyroïdie, apparition au cours de paroxysmes, alternance avec d'autres syndromes hypothyroïdiens, influence du traitement thyroïdien. Les auteurs fournissent un certain nombre d'exemples de ces œdèmes. Ils surviennent à la face, aux paupières, aux extrémités, ou d'une façon diffuse. L'œdème blanc, indolent, un peu élastique, fait penser à l'albuminurie, à la fluxion dentaire, à l'érysipèle atténué.

Les œdèmes sont sujets à répétition, disparaissent spontanément ou sous l'influence du traitement.

De l'œdème tégumentaire, on peut rapprocher le gonflement des cordes vocales, l'obstruction des fosses nasales provoqués par le refroidissement, l'apparition des menstrues (Hertoghe).

L'œdème thyroïdien passager se rapproche de l'urticaire, a des analogies avec la maladie de Quincke.

L'existence d'œdèmes à type thyroïdien dans la maladie de Basedow conduit à admettre la *dissociation* des fonctions du corps thyroïde.

Influence de l'anesthésie locale sur la douleur consécutive aux injections de sels mercuriels solubles. — D'après M. Salmon, pour obtenir un résultat avantageux, il faut injecter une solution de cocaïne ou de stovaïne à un niveau plus profond que la solution mercurielle. En séparant ainsi les deux foyers d'injection, on évite la formation d'un précipité, qui enlèverait toute efficacité à la solution anesthésiante. Par ce procédé, on obtient un retard, et parfois la suppression totale de la douleur.

Influence directe de l'émétique sur le calibre des vaisseaux pulmonaires. — Pour M. Bousquet, l'émétique porte probablement son action sur les nerfs vaso-moteurs pulmonaires; injecté dans l'organisme en circulation artificielle, il diminue en effet le calibre des vaisseaux pulmonaires.

Des premiers stades de l'anthracose pulmonaire par inhalation. — Pour MM. Hoche et Funck, chez de jeunes lapins, après une courte séance d'inhalation, les particules de noir de fumée pénètrent dans les plus fines voies aériennes. Après un temps très court, la plupart des particules charbonneuses sont englobées par des cellules rondes ou ovoïdes, libres dans les cavités alvéolaires et les bronchioles, et vraisemblablement destinées à être rejetées au dehors. On retrouve en outre, déjà dans les interstices des parois alvéolaires, et surtout dans les ganglions pulmonaires et broncho-pulmonaires, des granulations de noir de fumée incluses dans des cellules analogues.

Etudes sur les constituants colloïdes du sang. La fibrine. Son transport électrique. — Pour M. Iscovesco, mises dans un champ électrique de 110 volts et 5-6 milliampères, les suspensions de fibrine humaine ou animale se montrent nettement électropositives.

Autres communications :

Appareil destiné à maintenir le pansement après laparotomies chez le chien. — M. J. Camus.

Action des rayons de Röntgen sur les éléments de l'épithélium séminal. — MM. Regaud et Blanc.

Sur l'absorption des rayons violets et ultra-violets par l'hématine. — M. Dhéré.

L'anthracose pulmonaire n'est pas d'origine intestinale. — M. Remlinger.

Saponification des graisses neutres dans l'intestin isolé, action favorisante de la bile. — M. Frouin.

Remarques sur le dosage de l'éther par le bichromate. — M. Nicloux.

Sur la notation des objectifs microscopiques. — M. Malassez.

De la recherche de traces d'alcool dans l'air, au point de vue hygiénique. — M. Cristiani.

La suppléance des capsules surrénales au point de vue de leur richesse en adrénaline. — MM. Battelli et Ornstein.

FORMULAIRE

BATONNETS CALMANTS POUR LES AFFECTIONS CUTANÉES (Leistikow)

Extrait de cannabis indica.....	10 grammes.
Colophane..................	5 —
Cire vierge..................	45 —
Huile d'olives................	40 —

(*Nouveaux remèdes.*)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 11, nov. 1906.) Jaboulay : Canule à trachéotomie tombée dans la bronche droite. — Sébileau : Les formes cliniques du cancer du sinus maxillaire. — Lermoyez : Bruits d'oreille et déchloruration. — Oresco : L'insufflation d'oxygène sous pression dans le traitement des empyèmes et sinus maxillaires. — Tapia : Bouton arrêté dans l'œsophage : extraction au moyen de l'œsophagoscopie directe.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Déc. 1906.) Thoinot : Histoire de la chaire de médecine légale de la Faculté de Paris. — F. Dervieux : Etude médico-légale de la catastrophe de Courrières. — G. Pouchet : Paul Brouardel. — Reynaud : Congrès national d'hygiène et de salubrité publique.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 10, oct. 1906.) Wickham : Quelques notes sur l'emploi du radium en thérapeutique. — De Beurmann et Gougerot : Les sporotrichoses hypodermiques.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 2. — SAMEDI 5 JANVIER 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 5 JANVIER 1907. — N° 2.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — La séance qui devait avoir lieu le mercredi 2 janvier, aura lieu dimanche 6 janvier, à neuf heures et demie du matin, à la salle des Saints-Pères.

Pathologie. — Séance du 2 janvier 1907 : MM. Touraine, 13; Pérol et Robert, 12 ; Morellet et Regnard, 11 ; Mora, 10; Bith, Loubeyre et Nicaud, 9; Dufourmentel, 8.

Séance du 4 janvier : MM. Doré, Lenoir et Martin, 12; Bienvenue et Weill, 10; Duchet-Suchaux, 9; Samson, 8; Vaury, 7; Vignéras, 5; Monin, 4.

Prochaine séance lundi 7 janvier, à cinq heures, à la Charité.

MM. les candidats sont priés d'être présents dès l'ouverture de la séance, l'appel sera fait de ceux devant donner lecture de leur composition.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ALGER. — Un concours s'ouvrira le 24 octobre 1907, devant la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice et de pharmacie d'Alger.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — M. le médecin-major de deuxième classe Rouvillois, répétiteur à l'École du service de santé militaire, est nommé professeur agrégé (diagnostic chirurgical spécial) à l'École d'application du Val-de-Grâce.

— CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — MUTATIONS. — M. le médecin-major de première classe de l'armée territoriale d'Astros passe à la 15e région.

MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Demandre, passe à la 18e région; — Grias, à la 9e région.

MM. les médecins aides-majors de première classe de réserve Azoulay, passe à la 4e région ; — Borel, à la 3e région ; — Hobbs, à la 15e région.

MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Barreyre et Briend, passent à la 13e région; — Viardot, au gouvernement militaire de Paris.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Bènes, passe à la 15e région ; — Blancher, à la 13e région; — Bloch, au gouvernement militaire de Paris ; — Bonnaves, à la 16e région; — Chomienne, à la 15e région; — Croixmarie, à la 5e région ; — Duverger, à la 15e région ; — Jacowski, à la 2e région ; — Lérivrain, à la 10e région; — Morlet, au gouvernement militaire de Paris; — Nicollet, à la 7e région ; — Vivien, à la 4e région.

M. le médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale Charpentier passe à la 4e région.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — MM. Perreaux et Dodier sont nommés médecins aides-majors de deuxième classe.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE. — Dans sa dernière séance, la Société, dont l'activité devrait être imitée par bien des sociétés savantes, a renouvelé son bureau pour 1907. Il est ainsi composé : président, M. Paul Richer; vice-présidents : MM. Gilbert Ballet et Paul Doraveux; secrétaire général, M. Albert Prieur; secrétaires, MM. Nicaise et Mac Auliffe; archiviste, M. Beluze; trésorier, M. Vieillard; membres du Conseil, MM. Moulé, Ruelle et Grasset.

Au cours de cette dernière séance, le secrétaire général, notre sympathique confrère, le docteur Albert Prieur, a lu, au nom de M. le docteur Ernest Wickersheimer, un travail sur « Une institution oubliée : le Collège des étudiants en médecine de la rue Saint-Victor ».

Il s'agit d'un établissement singulier existant au commencement du XIXe siècle au n° 31 de la rue Saint-Victor, emplacement qui correspond actuellement au n° 1 de la rue des Boulangers et au n° 39 de la rue Linné. C'était un collège d'étudiants en médecine dont le directeur, qui n'était pas médecin et avait un rôle purement administratif, était arrivé, tout en laissant les élèves fréquenter les hôpitaux et l'Ecole

de médecine, à créer un enseignement complet de l'art médical. Ce collège comprenait des internes et des externes. Le prix de l'internat était d'environ 1550 francs. Les cours étaient faits par des hommes de réputation, tels que Richerand, Dupuytren, Giraudy, Alibert, etc.

M. Wickersheimer pense que le collège ne subsista pas longtemps. La trace la plus ancienne qu'il en trouve est 1806, la plus récente est 1809.

M. P. Delaunay rappelle qu'un accoucheur allemand, Jean-Frédéric Osiander le fils, qui vint faire à Paris un voyage d'études de mai à septembre 1809 et pendant une partie de l'année 1810, eut occasion de visiter le collège des étudiants en médecine au nº 102 de la rue Saint-Victor. Il dit que les étudiants y trouvaient pour un prix modique le vivre, le couvert, et y apprenaient en outre les langues et toutes les parties de la médecine. Le professeur Alibert y enseignait la pathologie et la matière médicale, Gardien, l'art des accouchements.

Dans la nuit du 25 octobre 1809, Ant. Dubois, appelé par Gardien auprès d'une femme en travail, fit avec lui dans la salle du Collège une symphyséotomie en présence de plus de cent spectateurs. Osiander, qui fut amené par Gardien auprès de la malade, nous a laissé un récit détaillé de l'opération et de ses suites, dans ses *Bemerkungen über die franzosische Gebnrtshülfe*, Hanovre (Hahn), 1813, p. 191 et suiv.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Juy, ancien interne des hôpitaux, chirurgien de l'hôpital de Montargis.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (Nº 12, déc. 1906.) MAROTTE : Contribution à l'épidémiologie de la diphtérie ; relation d'une épidémie observée aux batteries à cheval de la 6e divizion de cavalerie. — AUBERT : Une sacoche médicale portative à méhari, pour les troupes sahariennes. — MICHAUD et ROLLAND : Traitement du trachome par la combinaison de profondes scarifications avec la cautérisation au nitrate d'argent mitigé. — BILLOT et DELPORTE : Corps étranger métallique de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Gastrotomie; extraction; guérison. — DUPONT : Le service de santé de l'armée suisse.

Archives de médecine navale. — (Nº 11, nov. 1906.) AVEROUS : Tumeur volumineuse de la parotide gauche (carcinome encéphaloïde), extirpation, guérison. — BARBE : Œdème suraigu du poumon; autopsie; sa pathogénie; comment il peut être envisagé au point de vue accident du travail. — VARENNE : Conservation de l'eau distillée à bord du *Brennus*. — MACHENAUD : Statistique des opérations chirurgicales pratiquées à l'hôpital Saint-Charles à Rochefort (1905-1906). — VARENNE : Le service de santé maritime italien à l'exposition de Milan. Un hôpital modèle pour navire de combat de première classe. — LACARRIÈRE : Hygiène et tuberculose à l'arsenal de Lorient. — SHIGA : Observations sur l'épidémiologie dysentérique au Japon. Traduction du docteur Thémoin (*suite et fin*).

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLV, nº 22, 29 nov. 1906.) Pierre JANET : Les symptômes principaux de l'hystérie (*suite*). — J. L. GOODALE : L'examen de la gorge dans les infections chroniques systématisées. — C. C. NICOLA : Les principes fondamentaux de l'hydrothérapie.

Bulletin général de thérapeutique. — (Nº 21, 8 déc. 1906.) A. ROBIN : Traitement de la pneumonie. — (Nº 22, 15 déc.) G. BARDET : De la saturation chez les hypersthéniques.

Bulletin médical. — (Nº 97, 12 déc. 1906.) LE DENTU : La part d'antisepsie nécessaire dans les opérations et dans le traitement des plaies. — (Nº 98, 15 déc.) Jules AUCLAIR : La tuberculose est-elle une maladie de déchéance ? — BICHELONNE : Paralysie ancienne de la branche temporale du nerf facial gauche consécutive à une incision d'abcès dentaire. — (Nº 99, 19 déc.) Pierre DELBET : Traitement des varices par l'anastomose saphéno-fémorale. — Maurice PAGE : Les troubles digestifs considérés dans leurs rapports avec les troubles nerveux et mentaux. — (Nº 100, 22 déc.) BROCQ : Que doit-on conseiller à l'heure actuelle à une malade atteinte d'hypertrichose ?

Écho médical du Nord. — (Nº 48, 2 déc. 1906.) BACHMANN : Considérations sur la pathogénie du genu recurvatum dans la coxalgie. Influence des contractures. — (Nº 49, 9 déc.) VERNY : Pseudo-rhumatisme bacillaire suivi de tuberculose généralisée. Diagnostic établi à l'aide de la radioscopie. — VANVERTS : Opération de Talma pour ascite cirrhotique. Mort le septième jour. — BACHMANN : Genu recurvatum dans la coxalgie (*fin*). — (Nº 50, 16 déc.) A. CALMETTE : Etiologie de la tuberculose infantile. — FOLET : A propos de la controverse sur l'aphasie et ses lésions anatomiques. — GAUDIER : Tumeur veineuse communicante congénitale. — Jules LOOTEN : Du mode de terminaison des artères cérébrales.

Journal de médecine de Bordeaux. — (Nº 48, 2 déc. 1906.) P. CARLES : Y a-t-il lieu d'interdire la vente de l'absinthe ? — E. PETIT : Valeur de la méthode chirurgicale simple dans la chirurgie intra-thoracique (*suite*). — (Nº 49, 9 déc.) BARTHE : Un peu de statistique hospitalière sur la tuberculose. — E. PETIT : Valeur de la méthode chirurgicale simple dans la chirurgie intra-thoracique (*fin*).

Journal des praticiens. — (Nº 48, 1er déc. 1906.) BUDIN : Les accouchements précipités. — HUCHARD : Digitale et digitaline cristallisées; les trois doses de digitale. — FOUCHON-LAPEYRADE et Carle RŒDERER : La radiographie au début de la coxalgie. — (Nº 49, 8 déc.) SIREDEY : Traitement des métrites. — LEREDDE et R. MARTIAL : Lichénification vulvaire guérie par l'intervention chirurgicale. Rapports de la lichénification, de la leucoplasie vulvaire et du kraurosis. — (Nº 50, 15 déc.) SIREDEY : Traitement des métrites (*suite*). — KIRMISSON : La mastoïdite aiguë. — Noël FIESSINGER : A propos des typho-bacilloses.

Journal des sciences médicales de Lille. — (Nº 49, 8 déc. 1906.) H. DURET : Phlébites infectieuses de la fièvre typhoïde. Ligatures de la veine iléo-fémorale. Guérison. Plaie accidentelle de la veine sphénique. — LE GLAND : Carcinome latent de l'estomac. Mort par hématémèse foudroyante. — (Nº 50, 15 déc.) Adrien BESSON : Sur un cas de scalp avec arrachement complet des trois quarts du cuir chevelu, guéri en six mois par les greffes de Thiersch. — DELFOSSE et D. AUGIER : Vulvo-vaginite compliquée d'arthrites multiples chez une petite fille de quatre ans.

Pédiâtrie pratique. — (Nº 24, 15 déc. 1906.) AUSSET : Les vomissements périodiques de l'enfance ; leur parenté avec l'entéro-colite muco-membraneuse (*fin*). — JEMMA : Sur la méningite tuberculense à forme somnolente des nourrissons.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (Nº 49, 9 déc. 1906.) Bela VON IMREDY : Diagnostic précoce des maladies de l'estomac.

REVUE GÉNÉRALE

SIGMOIDITES ET PÉRISIGMOIDITES

Par Albert CATZ,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

La **sigmoïdite** est l'inflammation essentielle de l'S iliaque; cette inflammation peut rester localisée à l'intestin, ou s'étendre aux tissus qui l'environnent : tissu cellulaire, méso-iliaque, péritoine pariétal, déterminant ainsi des *périsigmoïdites*, qui, selon les cas, seront simplement *adhésives* ou *suppurées*; d'autre part, des inflammations parties des organes voisins, trompes, ovaires, appendicite, etc., peuvent, à la faveur des lymphatiques, se propager au mésentère iliaque et provoquer des périsigmoïdites *propagées extra-intestinales*, par opposition aux périsigmoïdites nées sur place, d'origine *intestinale*.

L'étude de la sigmoïdite, en tant qu'entité morbide, est toute récente; les classiques, tant français qu'étrangers, ne lui consacrent pas de chapitre spécial; Boas (1) nie même son existence et considère les observations publiées sous le nom de sigmoïdite comme des appendicites à gauche. Pour Ewald (2), le terme de sigmoïdite ne serait qu'un mot nouveau donné à une vieille chose et ce qu'on décrit sous ce nom devrait rentrer dans le cadre général des *colites* sans mériter une description à part. Et pourtant, la disposition anatomique de l'S iliaque, sa physiologie, lui créent des dispositions pathologiques spéciales, qui font que les inflammations localisées à cette portion de l'intestin prennent souvent des allures cliniques particulières, importantes à connaître et qui légitiment parfaitement qu'on les étudie à part. Lorsque l'inflammation est *aiguë*, elle réalise, en effet, dans une certaine mesure, le pendant à gauche de la *typhlite* et de la *pérityphlite*; ailleurs, l'inflammation revêt des allures torpides, chroniques, qui font penser au *néoplasme*; ailleurs enfin, la sigmoïdite réalise cliniquement le type classique du *volvulus* avec toutes ses complications. La variété des manifestations cliniques autorise donc à distraire l'étude de la sigmoïdite de celle des colites en général.

II

Historique. — Les premières études sur les inflammations de l'S iliaque furent faites en Amérique, où, dès 1889, Mathew's, dans son *Traité des affections du rectum* (3), consacre un chapitre aux affections de l'S iliaque; en Europe, à part la typhlite et l'appendicite, les inflammations localisées du gros intestin, rectum excepté, étaient pour ainsi dire inconnues. Windscheider (4), le premier, attire l'attention sur les *tumeurs inflammatoires* localisées sur un point limité du gros intestin et après lui, Eisenlohr (5), Federn (6), Fleiner (7), Pal (8), Potherat (9), Sieur (10), etc., publient des observations de *colite* avec *péricolite* des côlons ascendant, transverse et descendant, mais dans aucune des observations publiées, il n'est question de colite localisée à l'anse oméga.

C'est Mayor [de Genève (11)], qui créa les termes de *sigmoïdite* et de *périsigmoïdite*; son mémoire était basé sur quatre observations dont deux de sigmoïdite simple et deux de périsigmoïdite: ce mémoire, de même que la communication de Gaillard (12) à la Société médicale des hôpitaux, n'eurent pas grand écho, l'attention étant tout entière absorbée, à cette époque, par la pathologie de l'appendice. A Lyon, pourtant, Jaboulay, Gangolphe publièrent dans la thèse de Reynier (13) quelques cas typiques et dont l'histoire était pour ainsi dire calquée sur celle des malades de Mayor.

Puis vinrent successivement les travaux de Joja (14), d'Edlephsen (15), de Walcha (16), qui montra le rôle étiologique des lombrics, l'étude très complète de Rosenheim (17) et les articles de Lejars (18), de Fierlink (19), de Pater (20), d'Aparti (21). La discussion soulevée cette année même, à la Société de chirurgie par la communication de Michaux (22), les nombreuses observations rapportées au cours de la discussion par Tuffier, Hartmann, Segond, Loison, enfin la thèse de Saillant (23) ont montré la fréquence de cette affection et l'importance toute particulière des formes torpides, confondues presque toujours jusqu'à présent, avec le cancer du gros intestin.

III

Pathogénie et anatomie pathologique. — Dans presque toutes les observations de sigmoïdites, publiées un peu partout, on est frappé de l'uniformité des antécédents pathologiques chez les malades qui en font l'objet. On relève en effet, dans toutes, l'existence d'une *constipation habituelle* chez des *adultes* ou des *vieillards*, névropathes pour la plupart et menant une *vie sédentaire*. Or chez les constipés, l'S iliaque présente une prédisposition particulière à *la stase*. Grâce à sa *mobilité*, l'S iliaque est souvent entouré de toutes parts d'anses grêles et obéit moins à l'action de la presse abdominale que les parties du gros intestin fixées à la paroi par un méso court; d'autre part, on sait combien est variable la longueur de l'anse oméga d'un sujet à l'autre; or, plus l'S iliaque est long, plus le passage des matières est lent; celles-ci stagnent, s'épaississent et durcissent. Comme, d'autre part, la présence du bol fécal dans l'S iliaque ne provoque pas de réflexe évacuateur, réflexe qui ne se produit que lorsque le bol arrive dans le rectum, il advient que l'S iliaque contient, chez les malades atteints d'atonie intestinale, des matières à toute heure, et que beaucoup de constipés sont des *constipés iliaques*. C'est cette stase qui crée la prédisposition incontestable de l'S iliaque à l'inflammation. Par quel mécanisme? Y aurait-il une sigmoïdite due uniquement à la *stase?* La question a été maintes fois agitée à propos de la typhlite stercorale, admise par les uns, rejetée par les autres. La stase n'agit qu'indirectement : elle entrave la circulation dans les tuniques intestinales; les produits de putréfaction du bol fécal altèrent la muqueuse qui tombe par places; à la faveur de ces lésions minimes de la

muqueuse, les agents microbiens, dont le développement est favorisé et la virulence exaltée par la stase, pénètrent dans les parois de l'intestin et y provoquent des lésions inflammatoires.

En somme, irritation locale et infection consécutive peuvent résumer la pathogénie de la *sigmoïdite*. Celle des *périsigmoïdites* en découle naturellement. Les tuniques intestinales infectées, les agents virulents peuvent envahir le péritoine voisin soit par *continuité*, soit par la voie *lymphatique*.

Dans quelques rares observations on relève pourtant une autre étiologie. Walcha (16) a publié l'observation d'un *enfant* de dix ans atteint d'une sigmoïdite violente provoquée par la présence dans l'intestin de nombreux *lombrics*. Bland Sutton (24) a opéré deux malades dont la périsigmoïdite suppurée s'était développée autour de *brins de paille* figés dans la paroi de l'S iliaque.

Telle est la pathogénie des sigmoïdites et des périsigmoïdites d'*origine intestinale*, mais il y a des périsigmoïdites où l'intestin est *sain*, et où l'infection vient des organes voisins. C'est le cas des *périsigmoïdites d'origine appendiculaire*, dues soit à une longueur exagérée de l'appendice dont l'extrémité traîne dans la fosse iliaque gauche, soit à la propagation d'une collection appendiculaire, qui, de la fosse iliaque droite, s'est étendue vers le pelvis et vers la fosse iliaque gauche. Obrastzoff (25), Harris (26), Arond (27) et Chauveau (28) ont étudié les cas de ce genre. C'est encore le groupe des périsigmoïdites d'origine *génitale* chez la femme. L'observation de Michaux (22) en est un type : elle concerne une malade opérée pour une collection siégeant entre les deux feuillets du méso iliaque ; l'autopsie montra que la périsigmoïdite reconnaissait pour cause une ovarite propagée le long des lymphatiques jusqu'à la fosse iliaque gauche.

C'est dans la même catégorie qu'il faut classer les *périsigmoïdites puerpérales* signalées par Edlephsen (15).

En dehors des variétés de sigmoïdite et de périsigmoïdite que nous venons de mentionner, il existe une forme particulière de périsigmoïdite qui a été particulièrement étudiée en Allemagne : c'est la *périsigmoïdite chronique avec rétraction cicatricielle du méso-sigmoïdien*. Il s'agit d'un processus chronique, localisé au péritoine du méso et qui aboutit à une *rétraction* avec *raccourcissement considérable* du méso dans le sens transversal. C'est une affection observée exclusivement chez les *vieillards*, de préférence chez des *hommes* ; le méso, chez ces sujets, a perdu sa souplesse, il est épais, tendineux, blanchâtre ; les vaisseaux coliques disparaissent, étouffés qu'ils sont par le tissu cicatriciel. Par la rétraction de l'anse, ses deux extrémités se rapprochent et, très souvent des adhérences s'établissent entre elles qui donnent à l'anse la forme d'*un double canon de fusil*. La rétraction du méso, le changement qu'elle imprime à la situation de l'S iliaque, la propagation du processus inflammatoire chronique à l'intestin ont comme résultat tantôt un *rétrécissement* de l'S iliaque aboutissant parfois à l'*obstruction complète*, tantôt à un véritable *volvulus* avec torsion plus ou moins complète.

C'est à Virchow (29) qu'on doit la première description de cette mésentérite particulière ; Curschman (30), Leichtenstein (31), Hansemann (32), Suduski (33), Graser (34), Good (35), Edel (36), Schreiber (37), s'attachèrent à l'étude anatomique et pathogénique de cette altération. L'étude clinique en a été faite par Brehm (38), par Rotter (39), mais surtout par Mertens (40) et par Riedel (41).

En cinq ans Riedel a opéré 20 cas de volvulus, dont 12 étaient des *volvulus par périsigmoïdite chronique rétractile*, par *Mesenterialschrümpfung*, comme disent les Allemands.

La pathogénie de cette forme curieuse de périsigmoïdite était totalement ignorée, lorsque Graser (34), dans sa communication au Congrès allemand de chirurgie de 1898, attribua la rétraction cicatricielle du méso-sigmoïdien à une infection du méso, ayant comme point de départ des *diverticules acquis de l'anse sigmoïde*.

Chez un vieillard mort après avoir présenté tous les symptômes de volvulus, Graser trouva, à l'autopsie, une sténose prononcée de l'S iliaque et, au niveau de la sténose, un très grand nombre de *diverticules*, qui, *de l'S iliaque*, *s'enfonçaient entre les deux feuillets du méso* ; plusieurs de ces diverticules étaient *perforés*. Il entreprit alors des recherches cadavériques et finit par trouver 10 cas de diverticules sigmoïdiens sur des sujets ayant succombé à des maladies de cœur ou du poumon, c'est-à-dire à des affections ayant provoqué de la stase dans la circulation veineuse de l'abdomen. Bientôt parurent les mémoires de Suduski, basés sur 40 observations de diverticules de l'S iliaque, et nombre d'autres études, grâce auxquelles leur rôle dans la pathologie de l'S iliaque fut élucidé.

Les diverticules de l'S iliaque sont quelquefois des *diverticules vrais*, formés par *toutes* les couches de l'intestin ; le plus souvent il s'agit de *diverticules muqueux*, de hernies de la muqueuse à travers la tunique musculaire : c'est la *hernie tunicaire de Cruveilhier* (42). Ils sont toujours *multiples*, Hansemann en a compté jusqu'à 400 dans un cas.

Leur longueur varie : en général ils ne dépassent pas la séreuse, mais quelquefois ils s'infiltrent plus loin entre les deux lames péritonéales du méso.

Klebs (43) a insisté sur leur répartition anatomique ; pour lui, les diverticules ne se trouvent qu'au niveau du bord mésentérique de l'intestin ; mais depuis, Fiedler (44) en a vu sur toute la périphérie de l'intestin.

Frappé de la fréquence relative des diverticules chez les cardiaques et les emphysémateux, Graser en expliqua la pathogénie de la façon suivante : par suite de la stase, les veines de l'intestin subissent une forte dilatation, puis, lorsque survient une amélioration, la stase diminue ou cesse, les veines reviennent à leur calibre normal grâce à leur élasticité ; mais le tissu conjonctif qui entoure les veines étant moins élastique, ne suit pas les veines ; il en résulte des lacunes, des points faibles dans la paroi de l'intestin. Presque tous ces cardiaques, âgés,

passant leur vie assis ou couchés, sont en même temps des constipés. Or sous l'influence de la pression intra-intestinale causée par la coprostase, la muqueuse s'insinue dans les lacunes et le diverticule est formé.

Les expériences de Hansemann (32) corroborent les idées de Graser; par l'injection d'eau sous forte pression, Hansemann a pu provoquer chez le vieillard, jamais chez l'enfant, des diverticules muqueux en grand nombre. Pour Suduski, la pathogénie serait tout autre : les vaisseaux coliques sont d'habitude entourés de graisse; lorsque des sujets gras maigrissent, des lacunes se forment et si le sujet est constipé, les diverticules se produisent aussi bien au niveau des veines qu'au niveau des artères.

On le voit, ici encore, le rôle de la coprostase est considérable et Zilgen (45) a observé un cas où les diverticules étaient tellement bourrés de calculs stercoraux que la paroi intestinale était pour ainsi dire farcie de vésicules dilatées.

Le rôle des diverticules dans la pathologie de l'S iliaque est considérable; ce sont autant de *vases clos* dont l'infection est facile, où la virulence microbienne s'exalte et d'où la propagation de l'infection vers le méso se fait pour ainsi dire directement. On s'explique ainsi la possibilité de ces *sigmoïdites diverticulaires latentes* avec petits foyers de périsigmoïdite torpide, aboutissant, à la longue, à la rétraction du méso avec toutes ses conséquences : rétrécissement du calibre de l'intestin, adhérences de l'intestin et du méso aux organes voisins, torsion, etc.

Mais il y a plus : la périsigmoïdite chronique n'est pas la seule forme d'inflammation produite par la diverticulite de l'S iliaque. Rotter (39) a cité des cas de périsigmoïdite *diverticulaire suppurée* et d'autres de périsigmoïdite adhésive. Loomis (46), Sidney Jones (47), Mertens (40) ont publié des cas de diverticulite avec *perforation* et péritonite généralisée, d'autres avec fistules diverticulo-vésicales.

On le voit, à mesure que l'on approfondit l'étude des diverticules, on se rend compte de leur importance dans la pathologie de l'S iliaque; leur calibre étroit, leur rapport avec le méso, nous explique la facilité de leur infection et la gravité des périsigmoïdites que provoque leur inflammation.

IV

Etude clinique. — I. Sigmoïdite simple aigue. — Elle éclate d'ordinaire chez des malades constipés de longue date, par une douleur brusque, d'intensité variable, dans la fosse iliaque gauche, douleur accompagnée de troubles digestifs : langue saburrale, nausées, et d'une constipation plus opiniâtre que d'habitude, et qui peut même devenir *absolue*.

Le malade, obligé de s'aliter, fléchit souvent la cuisse gauche afin de diminuer la tension de l'abdomen. La fièvre manque en général dans la sigmoïdite simple sans périsigmoïdite.

La palpation de la fosse iliaque gauche, rendue facile par l'absence de défense musculaire, permet de constater l'existence d'une *tumeur en boudin*, allongée, sans bosselures et qui se laisse facilement *mobiliser*.

Tous les symptômes cèdent après quelques jours de repos, et à une bonne évacuation de l'intestin. La guérison est la règle; mais, point important pour le diagnostic, et sur lequel insistent à l'envi tous les auteurs, les évacuants n'amènent de modification immédiate, ni dans la forme, ni dans le volume de la tumeur qui garde longtemps sa forme boudinée, preuve qu'elle n'est pas constituée seulement par l'accumulation de matières fécales, mais que les parois intestinales ont subi une infiltration qui a augmenté leur épaisseur.

II. Sigmoïdite aigue avec périsigmoïdite. — *a*. Périsigmoïdite adhésive. — Le tableau clinique ressemble souvent à celui d'une appendicite aiguë avec péri-appendicite. Un malade, jusque-là en parfaite santé, souffrant depuis longtemps d'une colite chronique, est pris brusquement, sans cause appréciable, d'une douleur de la fosse iliaque gauche, vite généralisée à tout le ventre, accompagnée de fièvre, de frissons, de vomissements et de suppression des gaz et des matières. La douleur diffuse au début, se localise rapidement à la fosse iliaque gauche; elle consiste en accès, en véritables *coliques sygmoïdiennes* ou en une douleur continue. Le ventre est ballonné, *tendu* au début et il existe du côté gauche une *défense* de la paroi et toute palpation de la région est impossible les premiers jours; les jours suivants la douleur cède et l'exploration de la fosse iliaque révèle une tumeur irrégulière, du volume du poing environ; de plus, sa *mobilité est limitée*, souvent même la tumeur est absolument *fixe*.

Depuis que les travaux de Tuttle (48) en Amérique, de Schreiber (37), Rosenheim (17), Singer (49) en Allemagne, ont vulgarisé la méthode de l'examen *direct* de la muqueuse de l'S iliaque, la *recto-romanoscopie* a été maintes fois employée au cours des sigmoïdites. Mais cette méthode ne paraît ni d'un emploi commode, ni d'une utilité bien grande, au moins pour le diagnostic des sigmoïdites aiguës. Tout ce qu'on constate en effet à l'éclairage, c'est que la muqueuse de l'S iliaque est d'un rouge plus vif que celle du rectum, et que les manipulations avec le tube y provoquent de petites hémorragies. Ces vagues constatations ne compensent pas les inconvénients de l'application du rectoscope, qu'on doit pousser à 20 ou 30 centimètres du rectum, manœuvre excessivement douloureuse à cause de la contracture de l'anse sigmoïde; Tuttle a soutenu que l'insufflation d'air facilitait l'examen; mais Rosenheim, qui est un fervent de la méthode, avoue n'avoir jamais pu obtenir par l'insufflation, la dilatation de l'S iliaque; car l'air passe en général au-dessus de l'S iliaque contracté, pour dilater le côlon transverse.

Il y a toujours *de la fièvre dans la périsigmoïdite*; elle est en général élevée, accompagnée de frissons; sa courbe est irrégulière, sa marche suit celle des phénomènes généraux. Les troubles digestifs sont très prononcés : langue blanche, inappétence absolue, et comme ces malades, à cause des douleurs et de la constipation diminuent puis suppriment peu à peu l'alimentation, l'*amaigrissement* survient extrêmement vite.

Avec cet ensemble de signes physiques et fonctionnels, la période aiguë de la maladie dure sept à huit jours; puis, la fièvre tombe, le ventre s'assouplit, la constipation cède au traitement, la sensibilité de la fosse iliaque s'émousse; peu à peu, l'alimentation est reprise, et le malade peut se lever vers le quinzième ou vingtième jour; mais la tumeur persiste longtemps, et après deux mois et plus, elle est encore perceptible chez la plupart des malades.

Cette persistance de la tumeur doit rendre le malade très circonspect; elle prouve que la résolution n'est pas complète et que la *rechute* est à craindre. Apparti (21) a récemment insisté sur la fréquence des rechutes dans la périsigmoïdite; elles surviennent à l'occasion d'un écart de régime, d'un travail exagéré et à une époque variable et souvent très éloignée de la crise initiale : après deux mois, chez le malade de Monod (22), après plusieurs mois dans les cas de Rosenheim (17), d'Apparti (21).

b. Périsigmoïdite suppurée. — Les symptômes du début sont ceux d'une périsigmoïdite résolutive, banale; mais au huitième jour les phénomènes généraux ne subissent pas d'accalmie, la fièvre reste élevée, le malade a des sueurs, parfois du sub-délire; son visage est pâle, terreux, les yeux excavés et les douleurs aiguës. Enfin, la tumeur devient absolument fixe; son volume et son siège sont très variables; tantôt on sent dans la fosse iliaque un empâtement profond, sans limites bien nettes et formant un véritable plastron; tantôt au contraire, elle forme une tumeur saillante, fixe, dont le point culminant bombe au-dessus de l'arcade crurale gauche; Obrastzoff (25), Patel (20) ont publié des cas avec abcès, siégeant au voisinage et à gauche de l'*ombilic*; chez un malade de Jaboulay (13), l'abcès était *lombaire* et siégeait au niveau du triangle de Petit.

La topographie de l'S iliaque par rapport au péritoine explique la variabilité de siège de l'abcès périsigmoïdien; pourtant on n'a pas décrit jusqu'ici l'abcès à siège pelvien.

Quoi qu'il en soit du siège de l'abcès, la périsigmoïdite peut évoluer de trois façons différentes: 1° quelquefois, mais très rarement, elle peut se résorber, ne laissant après elle qu'une induration localisée, qui persiste pendant des mois; 2° d'autres fois, les phénomènes généraux s'amendent alors que la tumeur persiste; la périsigmoïdite passe à l'état chronique et devient dès lors le point de départ d'accidents variés que nous étudierons en faisant le tableau de cette dernière forme; 3° le plus souvent le pus se collecte, et sous la peau rouge, œdématiée bombe une masse purulente que le bistouri n'a qu'à inciser; la détente est alors rapide, et le malade guérit d'habitude en peu de jours.

Complications. — L'évolution de l'abcès périsigmoïdien n'est pas toujours aussi simple; il arrive quelquefois que l'abcès s'ouvre dans l'S iliaque; lorsque l'ouverture est large et en un point déclive, le pus se vide par le rectum et la guérison survient aussi vite que si l'abcès s'était ouvert à la peau; tel était le cas du malade qui a servi de type de description dans le mémoire princeps de Mayor (de Genève); mais l'abcès peut ne s'ouvrir dans l'intestin que par un orifice petit et mal disposé pour une bonne évacuation, en même temps qu'il pointe vers la peau; en ouvrant l'abcès on tombe sur un mélange de pus et de matières fécales et de ce jour s'installe un véritable anus iliaque gauche qui persiste pendant des mois. D'autres complications sont possibles :

La *péritonite généralisée*, pour rare qu'elle soit, a été observée, et Gangolphe et Jaboulay (13) ont rapporté des cas. Loison a observé le phlegmatia alba à gauche au déclin d'une périsigmoïdite.

Il faut donc se garder d'exagérer la bénignité de la périsigmoïdite aiguë; la péritonite générale est possible et peut-être que, mieux connue, la sigmoïdite compliquée de périsigmoïdite déchargera-t-elle l'appendicite à gauche d'une partie des méfaits dont on l'accuse.

Diagnostic. — Bien qu'elle n'ait pas de signe pathognomonique, la sigmoïdite simple aiguë est d'un diagnostic facile. Guinon (50) a pourtant indiqué le cas d'un enfant où la longue durée des troubles digestifs, l'existence de la fièvre et l'état général avaient fait penser à la *fièvre typhoïde*.

La *périsigmoïdite* peut, en revanche, créer quelques difficultés chez la femme surtout, par suite des multiples lésions suppuratives dont son petit bassin et sa fosse iliaque peuvent être le siège. Toutefois, l'examen minutieux de l'appareil génital permettra d'éviter l'erreur.

Les *appendicites à gauche* peuvent simuler la périsigmoïdite. Celles qui surviennent sur un appendice qui avec le cæcum a subi un arrêt d'évolution, constituent des raretés. Chauveau (28) en a à peine recueilli quelques cas dans sa thèse; mais il peut exister des abcès propagés de la fosse iliaque droite à la gauche et Broca les regarde même comme assez fréquents. Seulement dans ces cas, l'examen de la fosse iliaque *droite* permet toujours le diagnostic de l'appendicite avec abcès propagé; d'ailleurs, le diagnostic n'a qu'une importance relative, car l'incision est de mise aussi bien dans le cas d'abcès appendiculaire à gauche que dans celui de périsigmoïdite suppurée.

Enfin, l'abcès *périnéphrétique* dans les cas de périsigmoïdite à siège *lombaire*, les *phlegmons iliaques* consécutifs à des lésions de l'appareil génital ou des membres inférieurs, les *ostéomyélites du bassin* peuvent créer des difficultés chaque fois qu'il y a dans la fosse iliaque gauche ou dans son voisinage, un abcès chaud.

c. Périsigmoïdite chronique. — Elle se présente en clinique sous deux formes bien distinctes : dans l'une, il n'y a ni adhérences périsigmoïdiennes, ni pus, le processus est purement cicatriciel, c'est la « Mesenterialschrumpfung » des Allemands, et qui se manifeste cliniquement par les symptômes du *volvulus* ; dans l'autre, la périsigmoïdite forme une *tumeur inflammatoire* avec *rétrécissement de l'intestin* et simulant le cancer.

α. Périsigmoïdite chronique rétractile à forme de volvulus. — Il s'agit habituellement de vieillards, hommes, qui de temps à autre ont des crises doulou-

reuses en colique, accompagnées de ballonnement du ventre et de vomissements. Dans l'intervalle des crises, les malades ont une inappétence absolue, ils maigrissent, se cachectisent; puis, un jour, et sans autre prodrome, l'arrêt des matières devient absolu et on assiste au tableau classique de l'*occlusion aiguë* : coliques, vomissements bilieux puis fécaloïdes, ballonnement énorme du ventre; on fait le diagnostic de volvulus et en effet la laparotomie fait constater une *torsion* de l'S iliaque, autour d'un *méso court*, avasculaire presque, et *considérablement épaissi* et *rigide*.

Pour faire, avant l'intervention le diagnostic d'avec le volvulus vrai avec méso sain, Brehm (38) recommande de pratiquer le toucher rectal; dans le volvulus par rétraction, par mésentérite, on ne trouverait pas au toucher la muqueuse *œdématiée* comme dans le volvulus vrai; de plus, comme la torsion de l'anse sigmoïde n'est jamais aussi complète que dans le volvulus vrai avec méso sain et souple, il y aurait souvent passage de quelque gaz.

Mais malgré l'examen le plus attentif, le diagnostic est difficile, sinon impossible; heureusement que la chose importe peu au point de vue thérapeutique, puisque la conduite est la même dans les deux cas.

β. *Périsigmoïdite chronique à forme de tumeur inflammatoire.* — Cette forme présente un intérêt clinique considérable, et à cause des nombreuses erreurs de diagnostic auxquelles elle expose et à cause des beaux succès thérapeutiques qu'on a fréquemment obtenus par des interventions chirurgicales très simples.

Il y a deux façons d'entrer dans cette forme de périsigmoïdite; tantôt la maladie s'installe petit à petit, sans fracas, sournoisement; le plus souvent, au contraire, il s'agit de malades ayant fait autrefois *une crise aiguë* de périsigmoïdite, et qui plusieurs mois après la guérison de la phase aiguë, présentent tous les signes d'une tumeur de l'S iliaque.

Quoi qu'il en soit, la maladie arrivée à sa période d'état se révèle par deux ordres de symptômes : signes d'*obstruction chronique* et *accidents de septicémie*.

Les signes d'obstruction ont une intensité très variable : Rotter (39) a opéré trois malades atteints de tumeur inflammatoire de l'S iliaque, s'étant manifestée par de l'occlusion aiguë complète; d'habitude il n'y a que de la *difficulté* d'aller à la garde-robe, et les malades sont obligés d'avoir recours aux laxatifs. Les matières sont dures, *ovillées* ou *laminées* et on y trouve souvent du *pus* provenant de la rupture de petits abcès périsigmoïdiens dans l'intestin et *du sang*. D'habitude le sang est noir et mélangé aux matières, mais parfois il est rouge et s'écoule, soit à la fin de la garde-robe comme chez un malade de Jaboulay, soit dans l'intervalle des garde-robes, comme chez les trois malades de Rosenheim (17).

Les malades éprouvent dans la fosse iliaque des douleurs sourdes, constantes, auxquelles s'ajoutent çà et là des douleurs plus aiguës sous forme de crises reconnaissant comme cause ou un spasme ou une obstruction momentanée par les scybales.

Les accidents septiques sont constants : ce sont des accès de fièvre dues à une poussée de péritonite localisée ou des phénomènes de résorbtion toxique au niveau de la tumeur : amaigrissement, peau terreuse, cachexie progressive.

Enfin l'examen de la fosse iliaque fait constater une tumeur à limites indécises, à consistance ferme, à surface irrégulière, elle englobe l'S iliaque qu'elle fixe à la fosse iliaque.

L'évolution est généralement longue et progressive et des complications viennent parfois aggraver le pronostic. C'est ainsi que Waldvogel (52) a cité un cas de fistule sigmoïdo-vésicale, Rosenheim (17), Mertens (40) des cas de péritonite généralisée.

On conçoit qu'avec un semblable tableau clinique, le *diagnostic de cancer* vienne immédiatement à l'esprit.

On sait la prédilection du cancer intestinal pour l'S iliaque, on sait aussi qu'il est classique, passé la quarantaine, de considérer toute occlusion intestinale aiguë comme d'origine cancéreuse; d'autre part, dans la sigmoïdite comme dans le cancer, on peut trouver *du pus* et *du sang* dans les garde-robes; la tumeur inflammatoire peut s'abcéder quelquefois, mais ne savons-nous pas que le premier symptôme du cancer intestinal peut consister en un abcès profond de l'abdomen ? Tuffier rapportait récemment plusieurs observations de ce genre (51).

La ressemblance est parfois telle, que même pièces en main après laparotomie, ou autopsie, on hésite sur la nature de la tumeur. La rectoscopie pourra dans certains cas être de quelque secours; dans les cas d'épithélioma cylindrique, elle peut montrer le champignon cancéreux faisant saillie dans la lumière de l'intestin; mais dans les cas d'infiltration néoplasique, les saillies intra-intestinales feront défaut, et seul le laboratoire pourra donner quelques indications en montrant la formule hématologique du cancer.

A l'avenir, il faudra penser plus souvent qu'on ne le fait à la périsigmoïdite; les tumeurs inflammatoires sont plus fréquentes qu'on le croit; de plus, il faudra faire grand état de la marche de la maladie; les tumeurs inflammatoires surviennent, en général, chez des malades ayant eu autrefois des *accidents aigus* dans la fosse iliaque gauche; chaque fois qu'avec une tumeur il y a dans les antécédents, des accidents anciens aigus, il faut se méfier, ne pas se hâter de diagnostiquer le cancer; enfin, la longue durée de la maladie sera un signe de plus en faveur de la périsigmoïdite; celle-ci met parfois des années à évoluer.

Malgré tout, le diagnostic restera souvent en suspens, et ce n'est que l'intervention chirurgicale ou même ses suites éloignées, qui permettront de rétablir un diagnostic longtemps hésitant.

V

Traitement. — Sigmoïdite simple. — Le traitement des sigmoïdites simples aiguës est exclusivement médical. Deux indications sont à remplir : calmer la douleur et éviter l'extension vers le péritoine de la lésion intestinale.

L'application de la vessie de glace, au besoin une

injection de morphine rempliront la première indication; pour remplir la seconde, rien ne vaut une bonne évacuation de l'intestin; enfin le repos et une diète sévère pendant quelques jours compléteront le traitement.

La sigmoïdite avec périsigmoïdite demande un traitement plus sévère. *Au début*, à la phase exsudative on mettra tout en œuvre pour éviter le passage à la suppuration. Pour cela on se gardera bien de donner un purgatif ou un lavement; l'immobilisation absolue, la vessie de glace, la diète forment la base du traitement. Il suffit très souvent, la tendance habituelle de la plupart des périsigmoïdites aiguës étant la résolution.

Mais si, vers le huitième jour, au lieu de l'accalmie qu'on escompte, la fièvre s'élève, si la tumeur est le siège de douleurs lancinantes, il faut intervenir rapidement et sans attendre la fluctuation qu'on ne perçoit pas toujours. *Toute périsigmoïdite suppurée, qu'elle soit d'origine intestinale ou extra-intestinale, doit être ouverte hâtivement, et largement drainée.*

Sigmoïdite avec périsigmoïdite chronique. — Le traitement des formes chroniques est beaucoup plus complexe et on ne peut ériger aucune règle précise.

Quelquefois la guérison survient spontanément ou à la suite d'un simple traitement médical : deux observations de Hartmann (22), une de Clamonse (22), deux cas de Tuffier (22), et quelques autres, témoignent de la possibilité d'une résorption spontanée de la tumeur avec *restitutio ad integrum*.

Mais le plus souvent, les accidents douloureux ou septiques, ou les phénomènes d'obstruction commandent l'intervention chirurgicale qui variera beaucoup selon les circonstances.

Dans la périsigmoïdite à forme de tumeur inflammatoire, on peut se contenter, comme l'ont fait Segond et Hartmann, *d'inciser* la tumeur, de vider quelques poches purulentes et de drainer; les malades ont guéri.

Rotter (39), ayant à traiter deux malades, établit chez l'un un *anus contre nature* au-dessus de la tumeur, et fit chez l'autre une *iléo-sigmoïdostomie*.

Lorsqu'il n'y a pas tumeur, que la périsigmoïdite prend cette forme que nous avons décrite comme une périsigmoïdite rétractile avec volvulus de l'S iliaque, le rôle du chirurgien est très difficile. Lorsqu'on intervient au moment d'une crise aiguë, il faut en effet tenir compte qu'on a affaire presque toujours à des vieillards, épuisés par de longs mois de stercorémie et qui ne supportent pas d'intervention compliquée.

Von Bergmann (53), Brehm (38), Roux (54) se sont contentés de détordre l'anse sigmoïde; mais la périsigmoïdite continuant son évolution, la récidive est à craindre. Roux cite le cas d'un malade chez lequel il a dû intervenir deux fois; aussi recommande-t-il de suturer l'S iliaque et le mésocôlon sur toute leur hauteur à la paroi abdominale par un surjet au catgut. Braun (54), trouvant chez un malade les deux pieds de l'S iliaque rapprochés en canon de fusil et adhérents, anastomosa les deux anses, et rétablit le cours des matières. Riedel (41), von Bergmann (53) firent plusieurs fois la résection de l'S iliaque suivie soit de l'établissement d'un anus iliaque avec le bout supérieur, soit d'une anastomose colo-rectale.

Bref, on se trouve, dans ces cas de volvulus par périsigmoïdite, aux prises avec les mêmes difficultés que s'il s'agissait d'un volvulus avec méso sain et lorsque par le degré de la torsion ou par l'état de l'intestin, on est obligé de faire une intervention compliquée comme la résection ou l'entéro-anastomose, le pronostic est grave et les cas de guérison se comptent par quelques unités.

BIBLIOGRAPHIE

1. Boas. *Diagn. u. Therapie d. Darmkrankheiten*, 1899, t. II.
2. Ewald. *Klinik. d. Verdanungskrankeiten*, 1902, t. III.
3. Mathew's in Tierlink. *Belgique méd.*, 1901.
4. Windscheider. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1889, Bd. XLV.
5. Eisenlohr. *Deuts. med. Wochens.*, 1899, p 966.
6. Federn. *Wien. Klin.*, 1893.
7. Fleiner. *Munch. med. Wochens.*, 1895, p. 1060.
8. Pal. *Wien. klin. Wochens.*, 1897, n°s 18 et 19.
9. Potherat, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 20 juin 1906.
10. Sieur. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 20 juin 1906.
11. Mayor. *Revue méd. de la Suisse romande*, juillet 1893.
12. Galliard. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, janv. 1897.
13. Regnier. Th. de Lyon, 1898.
14. Joja. *Clinica med.*, 1900, p. 153.
15. Edlephsen. *Berl. klin. Wochens.*, 1903, n° 48.
16. Walcha. *Deuts. med. Wochens.*, 1904, t. II, p. 1273.
17. Rosenheim. *Zeits. f. klin. Med.*, Berlin 1904.
18. Lejars. *Semaine méd.*, 27 janv. 1904.
19. Tierlink. *Belgique méd.*, 1901.
20. Patel. *Lyon méd.*, 1904, p. 525.
21. Apporti. *Clinica mod.*, 1904, p. 149.
22. Michaux. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, séances du 7 mars et du 4 avril 1906.
23. Saillant. Th. de Paris, 1906.
24. Bland Sutton. *Lancet*, 1903, p. 1148.
25. Obrastzoff. *Médecine mod.*, 1895, p. 409 (anal.).
26. Harris. *Journ. amer. Assoc.*, 21 déc. 1895.
27. Arond. Th. de Lyon, 1900.
28. Chauveau. Th. de Paris, 1906.
29. Virchow. *Virch. Archiv.*, V, p. 335.
30. Curschman. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, Bd. LIII.
31. Leichtenstein. *Ziemsen's spec. Path. u. Therap.*, 1876, t. VII, p. 2.
32. Hansemann. *Virchow's Arch.*, Bd. CXLIV.
33. Suduski. *Arch. f. klin. Chir.*, t. LXI, p. 708.
34. Graser. *Verhandl. d. Chirurgenkongr.*, Berlin 1898, p. 98; — *Id.*, 1899, p. 480; — Id. *Munch. med. Wochens.*, 1899, n° 22.
35. Good. Th. de Zurich, 1894.
36. Edel. *Virchow's Archiv.*, Bd. CXXXVII, p. 354.
37. Schreiber. *Deuts. Archiv f. klin. Med.*, Bd. LXXIV; — *Id.* Die Recto-Romanoscopie, Berlin 1903.
38. Brehm. *Arch. f. klin. Chir.*, 1903, Bd. LXX, p. 267.
39. Rotter. *Arch. f. klin. Med.*, t. LXI, p. 866.
40. Mertens. *Mittheil. aus. d. Grenzgebiete*, etc., Bd. IX.
41. Riedel. *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. XLVII, p. 153; — — *Verhandl. d. Chirurgenkongr.*, Berlin 1898, p. 360; — *Mittheil. aus d. Grenzgebiete*, etc., Bd. II, p. 529.
42. Cruveilhier. *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. I, p. 589.
43. Klebs. *Handb. d. path. Anat.*, 1868, Bd. I, p. 272.

44. Fiedler. *Denkschrift. d. Ges. f. Heilk.*, Dresden 1868.
45. Zilgen. *Revue médicale de l'Est*, 1894.
46. Zoomis. *New-York med.*, 1870.
47. Sidney (Jones). *Transact. of the Path. Soc. of London*, 1854.
48. Tuttle. *Treat. on diseases of the anus, rectum, etc.*, New-York 1903.
49. Singer. *Wien. med. Wochens.*, 2 déc 1905.
50. Guinon. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, mars 1898.
51. Tuffier. *Semaine méd.*, 22 juin 1904.
42. Waldvogel. *Deuts. med. Wochens.*, 1902, n° 32.
53. V. Bergmann. *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. LXI, Heft. 4; — *Verh. d. Chirurgenkongr.*, Berlin 1900, p. 97.
54. Roux. *Centralbl. f. Chir.*, 1894.
55. Braun. *Handb. d. prakt. Med. Ebstein u. Schwalbe*, II.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 JANVIER 1907)

Avant de quitter le fanteuil présidentiel, M. Guéniot lit un rapport consciencieux des travaux de l'Académie au cours de l'année qui vient de finir. Cette tâche un peu ingrate, M. Guéniot l'a remplie avec beaucoup de tact et de discernement, passant rapidement sur l'énumération un peu longue des communications, résumant les principales discussions, insistant avec raison sur les recherches plus importantes, les idées nouvelles et concluant, avec beaucoup de sagesse à notre sens, que l'idée dominante qui se dégage de ses nombreux travaux est, qu'en pathologie, il ne faut pas tenir compte seulement du microbe, du germe infectieux, mais aussi et surtout du terrain sur lequel évoluera ce microbe ou ce germe infectieux. C'est cette grande importance du terrain qui a semblé guider les thérapeutes et les hygiénistes dans leurs récentes recherches.

M. Gautier en prenant place, à son tour, au fauteuil, croit être l'interprète de tous ses collègues de l'Académie en remerciant M. Guéniot de la façon si correcte, si courtoise, dont il a conduit les débats de l'Académie.

M. Bucquoy prend place au bureau comme vice-président et M. Troisier, comme secrétaire annuel.

La diminution de la mortalité parisienne. — Très intéressante la communication de M. Bertillon sur ce sujet.

M. Jacques Bertillon montre que la mortalité à Paris a considérablement diminué pendant le cours du XIXe siècle, et notamment pendant les vingt dernières années, et il recherche quelles sont les maladies dont la diminution a amené cette amélioration de la santé publique.

La mortalité de Paris sous la Restauration était de 32 à 33 décès par an pour 1 000 habitants. Elle est restée voisine de ce chiffre jusque vers 1856-60, où elle n'est plus que de 26. Aujourd'hui elle n'est que de 17. Elle a donc baissé de près de moitié, mais c'est âge par âge qu'il faut l'étudier pour bien apprécier le progrès réalisé. De 1817 à 1856-60, les changements sont faibles; ils sont notables de 1856 à 1885; ils sont considérables de 1886 à 1905. Comparons 1856-1860 à 1901-1905 :

De zéro à cinq ans, la mortalité qui était de 158 décès pour 1 000 vivants, tombe à 55 ; de cinq à dix ans, la mortalité qui était de 13 décès pour 1 000 vivants, tombe à 5 ; de dix à quatorze ans, la mortalité qui était de 7 décès pour 1 000 vivants, tombe à 3.

Ainsi la mortalité baisse des deux tiers (ou de moitié, et ainsi de suite jusqu'à trente ans. Pour les âges avancés, l'amélioration a été moindre.

On peut résumer ces données ainsi : si les 2 722 731 habitants actuels de Paris étaient soumis à la mortalité de 244 décès pour 10 000 habitants, qu'ils avaient il y a seulement une vingtaine d'années, Paris compterait 2 722 731 + 244 : 10 000 = 66 434 décès par an. Or il n'y en a que 47 483, soit 18 591 de moins. Ce sont donc 19 000 vies humaines que les progrès de l'hygiène sauvent *chaque année* à Paris; elles se composent notamment de 10 000 vies d'enfants de moins de cinq ans, et de 7 000 autres de quinze à cinquante ans.

Les causes de mort qui ont le plus contribué à l'affaiblissement de la mortalité à Paris, sont l'ensemble des fièvres infectieuses (notamment la fièvre typhoïde et la diphtérie), les maladies de l'appareil respiratoire et la diarrhée infantile.

Les maladies suivantes présentent une amélioration moindre :

La tuberculose a manifestement diminué de fréquence depuis 1886, mais cette diminution est moindre que celle des maladies précédentes, elle causait alors 499 décès par an pour 100 000 vivants, et elle en cause encore 456. Ce chiffre est beaucoup plus élevé que ceux de Londres, Berlin et même Vienne. En France même, le Havre et Rouen sont les seules grandes villes qui présentent des chiffres encore plus élevés. Les hommes, à Paris, sont deux fois plus sujets que les femmes à cette terrible maladie. Les quartiers pauvres sont les plus atteints.

La méningite, dans son ensemble, a diminué de fréquence; cette amélioration semble entièrement au compte de la méningite simple, tandis que la méningite tuberculeuse aurait conservé, depuis 1886 tout au moins, une fréquence à peu près la même.

L'apoplexie cérébrale et les maladies connexes ont contribué, dans une mesure notable, à l'abaissement de la mortalité parisienne.

Au contraire plusieurs grandes causes de mort n'ont pas subi de changement notable. Ce sont les maladies organiques du cœur, les maladies du foie, la débilité sénile, les morts violentes.

Enfin le cancer et la néphrite (celle-ci souvent suite d'alcoolisme) ont augmenté de fréquence.

Les autres grandes capitales de l'Europe ont aussi constaté une diminution notable de leur mortalité; le plus souvent les causes de mort qui diminuent de fréquence chez elle, sont aussi celles dont nous avons constaté le recul dans notre ville. Une seule exception notable à cette règle : elle concerne la plus terrible des maladies, la tuberculose. La diminution très réelle constatée à Paris est bien inférieure à celle qu'on observe ailleurs. Paris est plus frappé par ce fléau que la plupart des grandes villes de France et de l'étranger.

Les abcès du foie dans la dysenterie. — M. Bertrand, médecin-inspecteur de la marine, lit un travail sur ce sujet. Il rappelle avoir constaté, l'un des premiers, que les abcès du foie ne s'observent pas seulement dans la dysenterie amybienne, mais aussi dans la dysenterie bacillaire. Ces abcès qu'on croit aseptiques sont au contraire très infectieux et contiennent des staphylocoques, des streptocoques et diverses variétés de microbes.

CONGRÈS

IIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CLIMATOTHÉRAPIE ET D'HYGIÈNE URBAINE [CANNES, MONACO, AJACCIO, 1-10 avril 1907 (vacances de Pâques)]. — PROGRAMME DES RAPPORTS. — « Les maladies chroniques de l'appareil respiratoire sur la Riviera française, et en particulier à Cannes et dans la région de Cannes; » rapporteur : M. le docteur Chuquet (de Cannes). — Question annexe : « Les maladies des voies aériennes supérieures; » rapporteur . M. le docteur Roque (de Cannes).

« Les adénopathies et les tuberculoses locales à Cannes; » rapporteur : M. le docteur Bourcart (de Cannes).

« Les maladies nerveuses sur le littoral méditerranéen; » rapporteur : M. le docteur Sauvage (de Cannes-le-Cannet). — Question annexe : « Traitement physiothérapique dans ces maladies sur le littoral; » rapporteurs : MM. les docteurs Bonnefoy et Josserand (de Cannes).

« L'hygiène à Menton; » rapporteur : M. le docteur Tartarin (de Menton).

« Les poussières des routes sur le littoral méditerranéen; » rapporteurs : M. le docteur Chaboux (de Menton), partie théorique, et M. le docteur Guglielminetti (de Monte-Carlo), partie pratique; démonstration et présentation d'appareils.

« L'hygiène dans la principauté de Monaco; » rapporteur : M. le docteur Vivant (de Monte-Carlo).

« L'héliothérapie; » rapporteur : M. le docteur Monteuis (de Sylvabelle); co-rapporteur : M. le docteur Chiaïs (de Menton).

Pour tous les renseignements s'adresser au sécrétaire général : M. le docteur Verdalle, 1, boulevard d'Alsace, à Cannes. — Pour tout ce qui regarde la trésorerie : M. le docteur Bienfait, trésorier général, villa Louis-Marie, boulevard d'Alsace, à Cannes.

SÉANCES. EXCURSIONS. FÊTES. — *Lundi 1er avril.* — Concentration à Saint-Raphaël, à une heure, à l'arrivée du rapide. Réception à Saint-Raphaël, visite de la ville, puis départ pour Cannes. Trajet en automobille si le temps le permet, par la corniche d'Or ou par la traversée de l'Estérel; réunion à Cannes à six heures. — Réception officicielle par la municipalité.

Mardi. — Matin, séance de travail; après-midi, visite de la ville et promenade aux îles de Lérins; le soir, fête et réception au Casino municipal; veglione.

Mercredi. — Matin, séance de travall à Cannes, banquet, puis départ pour Nice : visite de Nice; banquet au Casino municipal et soirée théâtrale à la jetée-promenade; rentrée à Cannes par train spécial.

Jeudi. — Journée d'excursion, Grasse, Antibes, le golfe Juan, etc., concentration à Monte-Carlo; dîner, et soirée théâtrale au grand théâtre de Monte-Carlo; coucher à Monte-Carlo et à Menton.

Vendredi. — Matin, séance de travail à Monte-Carlo; après-midi, visite de la ville et des environs : La Turbie, Beaulieu, etc.; le soir, réception au palais.

Samedi. — Matin, séance de travail à Menton, banquet; après-midi, visite de la ville et des environs : Cap-Martin, la frontière italienne; le soir, fête.

Dimanche. — Matin, départ pour la Corse où les congressistes arriveront dans la soirée.

Le programme de l'excursion en Corse n'est pas encore arrêté, il sera publié incessamment : les congressistes, partant par bateau spécial le dimanche, auront la faculté de revenir à Marseille ou à Nice par un des bateaux de service quelconque.

NOTA. — 1° Si le présent programme subit quelques changements, ceux-ci ne porteront que sur quelques points de détails et seront modifiés aux intéressés.

2° Des réductions importantss seront consenties en faveur des membres du congrès et de leur famille dans tous les hôtels et restaurants de la région; de même pour les prix de transport en chemin de fer et bateaux;

Mais il va sans dire que ces réductions ne seront consenties qu'aux souscripteurs et dans les conditions rigoureusement fixées par les statuts.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 7 AU 12 JANVIER 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 7 janvier, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Legueu et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Gaucher, Roger et Teissier; — M. Pierre Duval, suppléant.

Mardi 8 janvier, à une heure. — 3e (1re partie, oral), *Salle Béclard* (1re série) : MM. Le Dentu, Retterer et Demelin; — *Salle Corvisart* (2e série) : MM. Poirier, Hartmann et Brindeau; — *Salle Broussais* (3e série) : MM. Maygrier, Thiéry et Faure; — (2e partie), *Salle Pasteur* : MM. Joffroy, Gouget et Bezançon; — M. Vaquez, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Berger, Albarran et Marion; — (2e série) : MM. Pozzi, Auvray et Morestin; — (2e partie) : MM. Thoinot, Renon et Carnot; — M. Dupré, suppléant.

Mercredi 9 janvier, à une heure. — 1er (oral), *Salle Béclard* : MM. Terrier, Sébileau et Cunéo.

2e, *Salle Corvisart* (1re série) : MM. Gautier, Ch. Richet et Branca; — *Salle Boussais* (2e série) : MM. Blanchard, Roger et André Broca.

3e (1re partie, oral), *Salle Pasteur* : MM. Reclus, Retterer et Lepage; — M. Proust, suppléant.

Jeudi 10 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Auvray.

1er (oral), *Salle Pasteur* : MM. Poirier, Faure et Launois.

2e, *Salle Thouret* : MM. Retterer, Langlois et Maillard.

3e (2e partie), *Salle Béclard* : MM. Joffroy, Thiroloix et Carnot.

4e, *Salle Broussais* (1re série) : MM. Chantemesse, Vaquez et Dupré; — *Salle Pasteur* (2e série) : MM. Gilbert, Thoinot et Méry; — M. Morestin, suppléant.

Vendredi 11 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Desgrez, suppléant.

Samedi 12 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Robin, Thiroloix et Vaquez; — (2e série) : MM. Gilbert, Gouget et Bezançon; — M. Jeanselme, suppléant.

THÈSES

Mercredi 9 janvier 1907, à une heure. — M. PERREAUX. Du pied creux essentiel. (MM. Kirmisson, président; Gaucher, Teissier et Legueu.) — M. COLOMBEL. Les cardiopathies chez les psoriasiques. Leur origine rhumatismale. (MM. Gaucher, président; Kirmisson, Teissier et Legueu.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 3. — MARDI 8 JANVIER 1907. 80e ANNÉE. MARDI 8 JANVIER 1907 — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — PATHOLOGIE INTERNE ET MÉDECINE LÉGALE. — *Epreuve orale de trois quarts d'heure.* — Séance du 4 janvier 1906. — M. Péhu (Lyon) : « Diagnostic et traitement du croup. » — M. Salager (Montpellier) : « Infections appendiculaires. » — M. Laubry (Paris) : « Dilatation des bronches. »

Séance du 5 janvier 1907. — M. Gellé (Lille) : « Endocardite rhumatismale. » — M. Vansteenberghe (Lille) : « Cancer de la tête du pancréas. » — M. Leenhardt (Montpellier) : « Méningite cérébro-spinale aiguë. »

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 29 décembre 1906 : MM. Barbet, 13; Paul-Boncour, 12; Lerat (Henri), Vernes et Willette, 11; Cottenot et Lemaire, 10; Lévy-Bruhl, 9; Gosselin, 8; Salès, 7.

Pathologie. — Séance du 6 janvier 1907 : MM. Ducamp, Jacob et Lagane, 11; Chaudron, Maillet et Wilhelm, 10; Rousselot, 9.

HOPITAUX DE PROVINCE. — CAEN. — Ont été nommés, après concours, internes titulaires des hôpitaux de Caen, MM. Binet, Delente, Vicq.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CAEN. — M. Coulon a été nommé, après concours, aide d'anatomie à l'Ecole de médecine.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le médecin-major de deuxième classe Chéreau, du 36e d'infanterie, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Magnin, Martiguy, Marx et Recht (de Paris), Décamps (d'Amiens).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Arnould, Cantonnet, Cruveilhier, Bonneau, Bize, Bézaguet, Faseuille, Lautaret, H.-A. Martin, Renault, Rosenthal et Vitry (de Paris); Baisset (de Saint-Papoul), Calvet (de Valence), Cornu (de Pau), Lassignardie (de Bordeaux), Marsoo (de Pau), Nouvain (de Pierrefont-sur-Avre), Pambrun (de Bayonne), Rozier (de Pau), Simon (de Pornic), Tourneur (de Crécy-eu-Ponthieu).

— ÉPIDÉMIES. — La médaille en vermeil des épidémies est décernée à M. le docteur Piquet (de Constantine).

Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Quintard (de Bône), Genova (de Mac-Mahon), Rouche (de Klenchela), Barrillon (du Kroub), Gérin (de Bordj-bou-Arréridjy).

LES MÉDECINS ET ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ÉTRANGERS. — Un décret, en date du 29 décembre 1906, décide que les médecins et les étudiants en médecine de nationalité étrangère, admis à postuler le doctorat universitaire mention « médecine », pourront, en cas de naturalisation ultérieure et après avis de la commission de médecine et de pharmacie du comité consultatif de l'enseignement public, être autorisés à postuler, avec dispenses partielles, le diplôme d'état de docteur en médecine à la condition de justifier du baccalauréat de l'enseignement secondaire ou du grade de licencié ès sciences.

La dispense d'examen ne pourra en aucun cas porter sur plus de trois épreuves.

Les épreuves subies au titre universitaire et pour lesquelles le candidat n'aurait pas obtenu des notes jugées suffisantes par le comité, devront être subies de nouveau.

CHIRURGIENS-DENTISTES. — Un décret du 29 décembre 1906 décide qu'il sera ouvert chaque année, au chef-lieu de chaque académie, deux sessions d'examen pour l'obtention du

certificat d'études exigé des aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste.

Les sessions auront lieu : la première à la fin, la seconde au commencement de l'année scolaire.

Les dates des sessions et les dates d'ouverture du registre d'inscription seront fixées par arrêtés ministériels.

Sont et demeurent abrogées les dispositions antérieures contraires à celles du présent décret.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — MUTATIONS. — Par décision ministérielle du 30 décembre 1906 :

MM. les médecins-majors de première classe Lévêque, passe au 3e zouaves (service); — Prieur, à l'hôpital militaire du camp de Châlons (service); — Fabre, affecté pour ordre à l'hôpital militaire d'Oran ; — Sébillon, passe au 1er étranger (service).

MM. les médecins-majors de deuxième classe Lansac, passe au 100e d'infanterie (service) ; — Gaillard, affecté au 71e d'infanterie (service); — Iversenc, passe au 27e d'artillerie (service); — Pichon, au 63e d'infanterie (service); — Pouy, à la direction du service de santé du gouvernement militaire de Paris ; — Payerne, passe au 1er zouaves (service); — Masson, aux troupes de l'armée de terre détachées au Tonkin et en Annam (service); — Ray, au 3e bataillon de chasseurs à pied (service); — Auclert, au 4e génie (service); — Guichemerre, au 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique (service); — Jaffary, désigné pour le 23e bataillon de chasseurs à pied (service); — Mennessier, pour l'Ecole d'application de cavalerie à Saumur (service); — Bory, passe à l'Ecole militaire de l'artillerie et du génie à Versailles (service); — Boucarut, désigné pour le 9e hussards (service); — Rouyer, passe à la direction du service de santé du 6e corps d'armée (service); — Brice, au 147e dinfanterie [détachement de Verdun (service)]; — Delahaye, aux hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie (service); — Carrive, aux hôpitaux de la division de Constantine (service); — Taillade, au 49e d'infanterie (service).

EXCURSIONS MÉDICALES INTERNATIONALES. — Le voyage d'enseignement médical complémentaire sera dirigé en août prochain vers l'Autriche-Hongrie, avec retour par l'Allemagne du Sud, qui n'a pu être visitée l'an dernier.

Tous renseignements sont donnés par l'administrateur des excursions médicales internationales, 184, rue de Rivoli, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs J. Garat (de Bordeaux), Manzetti (de Saint-Gingolphe), et Tanfin, médecin-major de première classe.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique (N° 203, 10 déc. 1906.) MARAGLIANO : Radiothérapie et paludisme. — NICOLICH : Radiographie et néphrolithiase. — NOGIER : Nouveau mode de représentation méthodique des points moteurs. — BERGONIÉ et TRIBONDEAU : Action des rayons X sur le testicule.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 50, 13 déc. 1906.) EISELBERG : Contribution au traitement des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. — PAYR : Traitement opératoire du mal sous-occipital. — BERMANN : Sténoses intestinales comme conséquence tardive de l'appendicite. — RIEDEL : La suture au catgut dans la fracture de la rotule. — SPRENGEL : Traitement des blessures par armes à feu. — POZZI : Nouveau procédé pour la réunion par suture des extrémités de l'uretère après sa section complète.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 49, 6 déc. 1906.) H. COPPEZ : Un cas de mydriase se transformant en myosis dans la flexion de la tête. — DE GOTTAL : Un nouvel uréthroscope. — DUJON : Cholécysto-duodénostomie pour imperméabilité du cholédoque consécutive à des adhérences péritonéales, reliquat d'une péritonite tuberculeuse, guérison. — L. BAUER : De l'emploi du pneumothorax artificiel dans certaines affections pulmonaires. — (N° 50, 13 déc.) MOREAU : La chirurgie des accidents du travail.

Medizinische Blatter. — (N° 50, 15 déc. 1906.) FABER : Gastrite chronique.

Montpellier médical. — (N° 47, 25 nov. 1906.) GILIS : Eloge de Vincent Paulet (*fin*). — (N° 48, 2 déc.) Emile FORGUE : De l'opération transpéritonéale dans le traitement des fistules vésico-utéro-vaginales.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 51, 18 déc. 1906.) SCHÖNE : Recherches sur l'immunité contre le cancer chez les souris. — SCHWAB : Thrombose veineuse et coagulabilité du sang. — MARTIN : Etudes sur l'influence du soleil des tropiques sur les bactéries pathogènes. — FRANKE : Contribution au traitement chirurgical de la pérityphlite et de ses suites. — HERZ : Traitement chirurgical des articulations flottantes paralytiques. — HOEFLMAYR : Trois cas de névralgie linguale. — REICHERT : Sur un nouveau miroir condenseur pour la vision des particules ultramicroscopiques. — KUHN : Le tulle dans la transplantation. — STALEWSKI : Epingles de sûreté pour pansements. — WRZOSEK : Remarques sur la culture des anaérobies stricts en aérobie. — KOPP : Sur la statistique d'Erb, concernant la blennorragie chez l'homme et ses conséquences pour la femme mariée. — KOSSMANN : Sur la statistique de la blennorragie. — HOFFMANN : Sur la maladie de Müller-Barlow. — VIERORDT : Importance et application des méthodes thérapeutiques physiques dans la pratique médicale. — KNAUER : Diagnostic négatif.

Nord médical. — (N° 292, 1er-12 déc. 1906.) CARRIÈRE : Traitement d'un cas de bronchite chronique avec emphysème. Congestion hypostatique des bases et fatigue du cœur. — O. PASTEAU : De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie. — VANVERTS : L'ectopie inguinale du testicule n'est pas due à l'absence du gubernaculum testis.

Revue neurologique. — (N° 23, 15 déc. 1906.) A. POROT : Destruction isolée par hémorragie d'un pédoncule cérébelleux supérieur (2 fig.) — Lad. HASKOVEC : Adipose douloureuse ou maladie de Dercum.

Revue scientifique. — (N° 25, 22 déc. 1906.) Paul LAPIE : Civilisations en contact. — CAULLERY : La station zoologique de Naples. Pourquoi la France y doit avoir une place.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 49, 8 déc.) Fernand GOULT : Phlegmon orbitaire consécutif à une ethmoïdite chez une enfant de dix-huit mois. — KANELLIS : Guérison d'un cas d'ozène par un traitement combiné : pansements à l'ichtyol et massage vibratoire ; — Un cas de toux rebelle liée à l'eczéma du conduit auditif. — (N° 50, 15 déc.) E.-V. SEGURA : Polypes fibro-muqueux naso-pharyngiens; leur origine dans le sinus maxillaire. — TAPIA : Résultats de la thiosinamine dans le traitement de l'otite scléreuse.

ADÉNITES SUS ET PRÉ-INGUINALES

Par Salva MERCADÉ,
Ancien interne, médaille d'or des hôpitaux.

Les adénites à siège anormal étaient considérées autrefois comme développées aux dépens de ganglions lymphatiques aberrants, isolés d'un groupe ganglionnaire normal. « Ces ganglions ectopiques, dit Morestin (1), offrent un grand intérêt, et l'on ne saurait échapper aucune occasion d'en signaler l'existence. Certaines adénites de siège anormal restent des lésions obscures et inexplicables en l'absence de cette notion. »

Et notre maître en rapportant son observation relative à un ganglion extra-inguinal, siégeant sur la face externe du tenseur du fascia lata, rappelle qu'en juillet 1899, il fournit un exemple d'adénite tuberculeuse extra-inguinale, occupant le même siège. En janvier 1903, il rapportait encore un cas d'adénite prépubienne, parapénienne, chez un sujet porteur d'un chancre mou. François Dainville (2), peu de temps après, signalait une adénite para-inguinale développée aux dépens d'un ganglion prépubien, situé en arrière du cordon spermatique.

Aujourd'hui que l'étude des lymphatiques a été anatomiquement précisée, grâce à la méthode de Gerota, l'existence de ces prétendus ganglions aberrants nous semble trouver une explication plus satisfaisante dans la présence sur le trajet des vaisseaux lymphatiques des ganglions dits interrupteurs.

Nous savons en effet que les vaisseaux lymphatiques, avant d'aboutir aux ganglions régionnaires, franchissent des étapes ganglionnaires inconstantes, il est vrai, mais dont l'étude ne saurait être négligée, car elle nous paraît expliquer l'apparition en ces points de formations pathologiques sur lesquelles nous devons être avertis.

La région inguinale présente à ce point de vue un intérêt tout particulier.

Les anciens auteurs avaient déjà signalé sur l'aponévrose du grand oblique, au-dessus de l'arcade crurale, dans le fascia superficialis, de petits ganglions lymphatiques, distincts des groupes ganglionnaires de la région crurale.

Estevenet (3), parlant de ces ganglions, nous dit qu'il n'en a rencontré qu'une fois sur environ 60 cas de dissection de cette région, au-dessus de l'arcade fémorale. « Je considère donc comme impropre, dit-il, la distinction de ces organes en sus et en sous-inguinaux. »

Sarazin (4) faisant l'étude de la région inguinale dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* décrit en ces termes les lymphatiques superficiels : « Ils convergent, dit-il, vers la partie moyenne du pli de l'aine, provenant des téguments de l'abdomen et des organes génitaux externes. Deux ou trois petits ganglions, situés au-dessus de l'arcade crurale, reçoivent quelques-uns des vaisseaux lymphatiques de la verge et du pénis. »

Blaise (1), dans son étude classique du canal inguinal signale aussi ces ganglions : « Tous les ganglions, dit-il, sont au-dessous de l'arcade, mais d'après quelques auteurs, Marcy, Sarazin, entre autres, il existerait au-dessus de l'arcade deux ou trois petits ganglions recevant quelques-uns des vaisseaux lymphatiques du pénis. Estevenet admet que le fait se présente une fois sur soixante sujets; sur une cinquantaine de régions inguinales que j'ai disséquées, je n'ai jamais trouvé ces ganglions; il est juste de dire que je n'injectais pas les lymphatiques. »

Sappey, Marcille ne signalent pas ces ganglions. Mais Lejars en aurait rencontré au-dessus de l'arcade crurale.

En revanche, nous savons aujourd'hui qu'il existe dans la région, au-devant de la symphyse, deux petits nodules ganglionnaires interrupteurs qui réunissent les lymphatiques de la verge et du gland. Marcille (2) les appelle ganglions présymphysiens. Les lymphatiques présymphysiens aboutissent, les uns par la voie crurale aux ganglions situés sur le bord interne de la veine fémorale, les autres par la voie inguinale au ganglion rétro-crural externe. « Ces derniers s'engagent dans le canal inguinal, dit Marcille, cheminent sur la paroi inférieure de ce canal, et se trouvent de ce fait recouverts par les organes du cordon. Souvent ils présentent sur leur trajet un petit nodule ganglionnaire ; ce nodule siège alors à l'entrée du canal inguinal. »

Chez la femme, nous retrouvons une disposition analogue. Dans la région présymphysienne, il existe également de petits ganglions interrupteurs, et dans la région inguinale, on trouve aussi sur le trajet des vaisseaux, un nodule ganglionnaire situé comme chez l'homme à l'entrée du canal inguinal.

D'autre part, nous savons que parmi les ganglions de la région ombilicale, ceux qui partent des téguments aboutissent aux ganglions inguinaux.

En résumé, nous trouvons dans la région inguinale des formations ganglionnaires que pendant longtemps on a décrites comme ganglions aberrants, mais qui nous paraissent devoir être rapportées à la classe des ganglions dits interrupteurs signalés sur le trajet des vaisseaux lymphatiques par Stahr. Aussi nous pensons que c'est à l'hypertrophie et à l'inflammation de ces *schaltdrüsen* qu'il faut rapporter les adénites développées dans la région inguinale, en dehors des groupes classiques.

Rien dans la structure ne permet cependant de distinguer ces ganglions interrupteurs des ganglions vrais. Aussi est-ce le siège plutôt que la constitution histologique qui nous autorise à affirmer le développement de ces adénites aux dépens des ganglions interrupteurs.

Notre attention attirée sur ce sujet, nous a permis de recueillir à l'hôpital des Enfants-Malades dans le

(1) Morestin. *Bull. de la Soc. anat.*, mai 1901, p. 365.
(2) François Dainville. *Bull. de la Soc. anat.*; fév. 1904, p. 138.
(3) Estevenet. *Anatomie de l'aine*, Th. de Paris, 1842.
(4) Sarazin. *Dict. de méd. et de chir. prat.* de Jaccoud, t. XIX, p. 5.

(1) Blaise. Th. de Paris, 1894.
(2) Marcille. Th. de Paris, 1902.

service de notre maître, le professeur Lannelongue, 6 observations d'adénites inguinales anormales, que nous décrirons d'après leur siège, en avant du canal inguinal et au-dessus de l'arcade crurale sous le nom d'adénites sus et pré-inguinales.

Observation I. — Enfant P. L..., âgé de onze ans. Il entre dans le service du professeur Lannelongue pour une petite tumeur siégeant dans la région inguinale gauche au-dessus de l'arcade de Fallope. Cette petite tumeur siège exactement au niveau de la paroi antérieure du canal inguinal à un centimètre de l'orifice externe. Elle est très superficielle, rouge, douloureuse et chaude à la palpation. Elle atteint le volume d'une noix; elle est rénitente.

Entre un doigt enfoncé dans l'orifice externe du canal inguinal et un autre appliqué sur la partie saillante, on encadre nettement la tumeur qui donne la sensation d'un testicule enflammé. Cependant le testicule est à sa place.

En interrogeant l'enfant nous apprenons que la tumeur a débuté il y a une quinzaine de jours. Elle était d'abord du volume d'un petit pois et a grossi petit à petit.

A l'examen, on ne trouve aucune écorchure, ni plaie au niveau du pied, de la jambe ou de la cuisse.

Mais sur la face supérieure du prépuce, il existe au niveau de la zone cutanée une petite écorchure en voie de cicatrisation.

L'enfant nous dit qu'il a eu cette écorchure un mois auparavant et que sa mère la lui avait soignée avec de la poudre d'amidon.

Nous opérons ce malade le 12 septembre 1902. L'incision de la peau nous conduit sur un ganglion suppuré et adhérent situé au-devant du canal inguinal. Il s'en écoule un pus verdâtre. Nous nous contentons de faire un léger grattage, et le malade guérit en quelques jours.

Obs. II. — Enfant C. F..., âgée de onze ans et demi, ayant eu la rougeole et la coqueluche à l'âge de cinq ans, et un début de coxalgie il y a quatre ans, traité par l'immobilité.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, l'enfant a constaté l'apparition, dans la région inguinale gauche, d'une tumeur qui petit à petit a augmenté de volume pour atteindre les dimensions actuelles.

Cette enfant présente actuellement au-devant du canal inguinal une tuméfaction rouge, molle, fluctuante, légèrement douloureuse, du volume d'une noix.

Nous ne trouvons ici encore aucune trace d'ulcérations au niveau du membre inférieur. Mais l'enfant se plaint de démangeaisons constantes au niveau de la vulve, et de fait nous constatons une vulvite légère, caractérisée par de la rougeur des lèvres.

L'abcès ganglionnaire situé directement sous la peau audessus de l'arcade crurale, fut incisé, gratté et guérit rapidement.

Obs. III. — R. R.., âgé de neuf mois. Sa mère vient nous consulter pour une tuméfaction saillante siégeant dans la région inguinale gauche. Elle s'est aperçue il y a huit jours de l'apparition de cette petite grosseur, qui gênait l'extension de la cuisse sur le bassin. L'enfant se plaignait quand on essayait d'étendre la cuisse. On lui a mis de la teinture d'iode.

Actuellement, on constate la présence, au-devant du canal inguinal, au-dessus de l'arcade, d'une tumeur saillante, rouge, indurée, non fluctuante, de 4 à 5 centimètres d'étendue.

En examinant l'enfant, on ne trouve aucune écorchure au niveau du membre, mais en revanche il existe un phimosis très serré.

Nous opérons en premier lieu le phimosis. Des adhérences intimes unissent le gland et le prépuce et dans le sillon balano-préputial séjourne une grande quantité de smegma.

Puis par une incision sus-inguinale, parallèle à l'arcade crurale, nous ouvrons la tuméfaction ganglionnaire.

Elle est constituée par une coque épaisse de 2 à 3 millimètres, au centre de laquelle existe une cavité centrale contenant du pus. Guérison.

Obs. IV. — D. V..., âgée de cinq ans.

On nous présente l'enfant parce que depuis un mois elle se plaint de sa jambe. La mère a constaté la présence au niveau de l'aine d'une petite grosseur qu'elle a traitée avec de l'onguent napolitain. Ne voyant aucune amélioration, elle nous l'amène à l'hôpital.

L'enfant, née de père et mère bien portants, n'a jamais été malade. Elle n'aurait eu que la coqueluche à l'âge de quatre ans. Il y a un mois, elle serait tombée, nous dit la mère, qui attribue l'apparition de la tumeur à cette chute.

A l'examen, nous constatons au niveau de la région inguinale droite, la présence d'un ganglion rouge, enflammé, douloureux situé au-devant du canal.

Pas de fluctuation franche.

Au membre inférieur, nous trouvons une petite écorchure rouge au niveau de la face antérieure du genou du côté gauche.

L'enfant présente une vulvite très intense; la mère nous dit qu'elle est obligée de la changer trois fois par jour.

Nous incisons le ganglion qui était suppuré, et curetons la coque ganglionnaire. Guérison.

Ainsi donc, voilà quatre observations où la porte d'entrée de l'infection ganglionnaire semble bien avoir été dans les organes génitaux externes. Dans deux cas il s'agissait de vulvite, dans un autre d'ulcération au niveau du prépuce, dans le quatrième d'infection favorisée par un phimosis très serré. Et dans ces quatre cas l'adénite s'est développée dans un ganglion situé au-devant du canal inguinal, et au-dessus de l'arcade de Fallope, dans un de ces prétendus ganglions aberrants que nous n'hésitons pas à reconnaître comme ganglion interrupteur des voies lymphatiques génitales.

Dans les deux cas suivants nous n'avons pas pris sur le fait la lésion génitale qui nous aurait expliqué l'apparition de l'adénopathie ganglionnaire, mais en revanche le siège identique de l'adénite nous fait supposer qu'il s'agit d'une même cause étiologique, quoique dans les deux observations, les parents aient incriminé un traumatisme.

Obs. V. — L. M..., cinq ans et demi. Père et mère bien portants. Lui-même n'a jamais été sérieusement malade.

Il s'est plaint un mois avant ce jour, d'avoir reçu un coup dans le ventre. Dans la suite, on a constaté la présence dans l'aine, d'une tumeur pour laquelle il vient nous consulter.

Nous trouvons en avant de la paroi antérieure du canal inguinal droit une tuméfaction dure, arrondie, ne paraissant pas adhérente, ce qui nous permet d'en faire facilement l'extirpation. Ce ganglion était unique, non suppuré.

L'examen histologique de la pièce a révélé la nature tuberculeuse de l'adénopathie.

Obs. VI. — S. B..., cinq ans et demi. Entre le 29 septembre 1902. L'enfant serait tombée les jambes écartées il y a trois semaines. Elle a commencé à se plaindre ces jours derniers d'une douleur à l'aine gauche pour laquelle on nous l'amène à l'hôpital.

Comme chez le garçon de l'observation précédente, nous ne constatons aucune lésion génitale ou anale ; elle présente une petite plaie au niveau du genou gauche mais qui date de deux ans.

Dans la région inguinale gauche, nous constatons la présence de la petite tumeur qui est grosse comme une petite noisette, située juste au-devant de l'orifice du canal inguinal.

Etant donné le peu d'étendue des lésions nous conseillons à la mère le repos et l'expectation.

Il nous semble bien que, dans ces deux dernières observations, le traumatisme n'a pu jouer le rôle qu'on a voulu lui attribuer, et nous aimons mieux conclure dans le premier cas à une adénopathie bacillaire, reconnaissant la même étiologie que toutes les adénopathies tuberculeuses inguinales, dans le second, à une porte d'entrée ignorée, mais probablement encore génitale.

En résumé de ces six observations, nous pouvons conclure :

1° Qu'il existe au niveau de la région inguinale, de petits ganglions qu'on appelait autrefois ganglions ectopiques ou aberrants, et qu'avaient décrits Marcy, Estevenet, Sarazin, qui nous paraissent devoir être rangés aujourd'hui parmi les ganglions interrupteurs décrits par Stahr ;

2° Que ces schaltdrüsen peuvent arrêter comme les ganglions principaux l'infection en marche, n'étant que des relais ganglionnaires, et dans ce dernier cas produire des adénites atypiques par leur siège. Nous désignerons celles qui siègent au niveau de la région inguinale sous le nom d'adénites sus et pré-inguinales.

SUR UN CAS
D'ADÉNOPATHIES SCARLATINEUSES TARDIVES

Par MM. L. BABONNEIX et BERTEAUX.

Nous venons d'observer, dans le service du professeur Grancher remplacé par M. Méry, un cas d'adénopathies scarlatineuses tardives.

Etudiée récemment par Biéla Schick [*Jahr. f. Kind.*, nov. 1905 (1)], l'adénite post-scarlatineuse n'est pas très fréquente. Il est utile de la bien connaître, car elle peut donner lieu à des erreurs de diagnostic, être confondue avec d'autres complications tardives de la scarlatine, en particulier avec la néphrite scarlatineuse, la fièvre scarlatineuse tardive.

Observation. — Adrienne H..., âgée de quinze ans et demi, entre le 2 novembre 1905 pour une scarlatine en pleine éruption.

Rien à signaler d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Son père et sa mère sont bien portants.

Elle a eu un frère et une sœur toujours bien portants, jusqu'au moment où ils contractèrent une scarlatine bénigne, depuis quinze jours en desquamation.

Antécédents personnels. Née à terme, nourrie au sein par sa mère, a eu la rougeole et la coqueluche.

La maladie actuelle a débuté le 30 octobre, brusquement, par une angine, des vomissements, de la fièvre.

Le lendemain l'éruption apparaissait, particulièrement intense et généralisée.

Le 2 novembre, la malade examinée à l'hôpital présentait une éruption typique, les amygdales tuméfiées étaient d'un rouge carminé assez intense.

La scarlatine a évolué normalement. La desquamation a commencé vers le 8 novembre.

Le 18, la malade, *n'ayant jamais eu de moindre trace d'albumine dans ses urines*, commença à être alimentée avec des purées sans sel.

Le 20, elle se plaint de céphalée, de fatigue, d'abattement, de gêne dans les mouvements du cou et dans la déglutition.

A l'examen, on ne trouve rien d'anormal : les amygdales sont volumineuses, mais non enflammées; leur coloration est normale, pas d'ulcération, pas de fausse membrane.

Pas d'otite, ni de mastoïdite. Pas de douleurs articulaires, pas d'albuminurie, pas de fièvre.

Le 22, l'état de malaise s'accentue et devient véritablement inquiétant.

La malade se plaint de céphalée assez violente et surtout de douleurs très vives dans les régions sous-maxillaire et cervicales droites.

L'enfant est pâle, blême, elle est très abattue, presque prostrée et se prête difficilement à l'examen.

Le visage est déformé par une tuméfaction assez marquée de la région sous-maxillaire droite. A ce niveau, on constate l'existence de plusieurs masses ganglionnaires dont la plus volumineuse est grosse comme une noix; dures, roulant sous le doigt, elles sont extrêmement douloureuses à la palpation.

Tous les ganglions cervicaux et sus-claviculaires droits sont hypertrophiés, durs et très douloureux.

Les mouvements de la mâchoire sont difficiles et entraînent une souffrance assez vive.

Pas de douleurs de l'articulation temporo-maxillaire, pas de douleur au niveau de la branche montante du maxillaire, ni à la mastoïde.

Pas d'angine : la dysphagie s'explique facilement par la difficulté des mouvements de la mâchoire.

Le pouls est rapide, 144, régulier.

Rien au cœur. Rien au poumon. Pas d'albuminurie. Température : 39°6.

On fait de grands enveloppements chauds de la région cervicale.

Le 23, l'état de notre malade s'est légèrement amélioré, mais les souffrances n'ont que peu diminué, elles interdisent tout mouvement ou imposent une véritable attitude de torticolis.

Le 24, nouvelle aggravation des symptômes.

Les phénomènes douloureux se sont accentués et étendus dans la région cervicale gauche.

L'enfant reste étendue sur son lit, dans l'immobilité complète; la parole, la déglutition sont douloureuses. La pâleur du teint, l'œdème des paupières, la souffrance du visage, la torpeur donnent à notre malade l'aspect de certaines grandes urémiques.

Aujourd'hui toute la moitié inférieure de la face, les régions sous-maxillaire droite et gauche sont également tuméfiées.

A la palpation, il est facile de constater que tout le système

(1) V. *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 28, p. 331.

ganglionnaire de la face et du cou est touché, les ganglions sous-maxillaires sont particulièrement atteints.

Le gonflement est surtout marqué dans les régions sus-hyoïdienne et sous-maxillaire, il diminue vers les gouttières parotidiennes ; à ce niveau les téguments sont souples, pas de douleur, pas de tuméfaction parotidienne.

Rien à noter du côté des ganglions axillaires et inguinaux.

Le pouls est à 148, faible, mais régulier. Rien au cœur ni au poumon. La température est à 40°2.

Un très léger nuage d'albumine apparaît dans les urines. Pas d'oligurie.

Le 24, les douleurs, la céphalée sont toujours violentes.

La malade dit éprouver des bourdonnements, des douleurs d'oreille. Les mastoïdes ne sont pas sensibles.

Tous les autres symptômes persistent sans modifications. La fièvre a diminué, 38°5.

Le 25, la malade est toujours très abattue, mais elle se trouve mieux, elle souffre moins. Elle parle plus facilement, les mouvements du cou sont plus faciles.

Le 27, amélioration considérable : douleurs, tuméfaction du visage, adénopathie sont en régression. Le pouls est à 92. Il n'y a plus trace d'albumine dans les urines.

Le 30, tout phénomène morbide a disparu. De l'adénopathie cervicale généralisée que nous avions constatée à un moment, il ne reste comme dernier vestige que des ganglions sous-maxillaires légèrement tuméfiés, mais non douloureux.

Le 10 décembre, la malade quitte l'hôpital guérie, mais assez fortement anémiée.

Cette observation nous a paru intéressante, non seulement à cause de la relative rareté de ces faits, mais surtout à cause de la gravité extrême qu'ont revêtue à un moment les accidents présentés par notre malade, mais heureusement l'infection resta toujours localisée à l'appareil lympho-ganglionnaire de la face et du cou. Peut-être, comme le remarquait Thirion dans un cas analogue (1), l'appareil lymphatique a-t-il joué le rôle de protecteur et empêché que le virus se répandît dans le sang et irritât le rein.

Enfin, le diagnostic fut un moment hésitant : Ne s'agissait-il pas d'une infection ourlienne surajoutée ?

La localisation exclusivement sous-maxillaire et surtout cervicale des phénomènes douloureux, l'adénopathie considérable contrastant avec le peu d'intensité, l'absence même de tuméfaction glandulaire, l'absence de toute contagion, aussi bien antérieure que consécutive, ont permis d'affirmer que la scarlatine seule était en jeu.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DU MAL DE MER

M. Corning recommande, à titre prophylactique, les pilules suivantes :

Morphine	0g01
Extrait de cannabis indica	0g015
Nitroglycérine	0g0002
Strychnine	0g001
Résorcine	0g06
Cocaïne	0g01

Pour une pilule. Prendre une pilule toutes les quatre heures. *Bull. gén. de thérap.*)

(1) Thirion. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1906, n° 29.

FAITS CLINIQUES

LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ ANTÉRIEURE DU DIXIÈME CARTILAGE COSTAL

Par J. VANVERTS,

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris,
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Jeune fille de vingt-trois ans, nerveuse, prétextant des troubles douloureux violents avant et pendant les règles.

Il y a six mois elle montait un escalier en portant une bicyclette ; elle manqua de tomber et fit un mouvement de torsion du tronc pour se retenir. Son corset, suivant le mouvement, vint presser de gauche à droite sur le rebord costal gauche dans la région où existe actuellement une tuméfaction. Cette pression détermina une vive douleur. La jeune fille enleva aussitôt son corset et constata qu'une déformation s'était développée subitement au niveau du point traumatisé.

Les douleurs diminuèrent rapidement, puis cessèrent complètement dans la région contusionnée, mais des points douloureux apparurent d'une façon intermittente dans la portion gauche du ventre.

Six mois après l'accident je constate l'existence d'une saillie visible au niveau de la partie antéro-interne du rebord costal gauche. Le sommet de la courbure de ce rebord est plus saillant qu'à droite et est situé plus bas. Je reconnais facilement que cette saillie est constituée par l'extrémité antérieure du dixième cartilage costal gauche qui, au lieu d'être accolé au bord inférieur du neuvième cartilage (comme cela existe à droite où l'extrémité antérieure de ce cartilage est peu mobile sur le neuvième), a abandonné ce neuvième cartilage et jouit d'une mobilité considérable. On peut facilement introduire la pulpe de l'index entre le bord inférieur du neuvième cartilage et l'extrémité antérieure du dixième. La mobilité de celle-ci n'existe que dans le sens antéro-postérieur. On la perçoit très nettement quand la jeune fille est soumise à la radioscopie : l'extrémité du cartilage saisie entre les doigts peut être amenée en arrière ou en avant du neuvième.

Cette exploration n'est aucunement douloureuse. Les points sensibles accusés par la jeune fille ont un siège plus inférieur, au niveau de la paroi abdominale.

Cette observation concerne un cas de *luxation de l'extrémité antérieure du dixième cartilage costal*. Elle n'est intéressante que par le fait de la rareté extrême de cette lésion et aussi par celui du mécanisme qui fut ici bien net : c'est la pression du corset, tournant de gauche à droite, sur l'extrémité de ce cartilage, qui amena la luxation de celui-ci.

Le mot de « luxation » ne s'applique qu'incomplètement à la lésion présentée par ma malade.

Contrairement aux sixième, septième, huitième et neuvième cartilages, le dixième ne s'articule pas d'ordinaire avec le bord inférieur du cartilage sus-jacent et il est uni à celui-ci par un court ligament.

L'examen du rebord thoracique droit chez ma malade montre qu'il n'y a pas de dixième articulation chondro-costale de ce côté ; on peut en conclure qu'il n'en existait pas à gauche.

Dans ces conditions, la lésion qui s'est produite sous l'influence du traumatisme n'est pas une véritable luxation ; c'est un abaissement de l'extrémité

antérieure du dixième cartilage par *déchirure du ligament unissant cette extrémité au neuvième cartilage*. En appuyant sur elle, le corset a déchiré ce ligament; la dixième côte a été attirée en bas par les muscles abdominaux qui s'insèrent sur elle et le ligament déchiré s'est trouvé ainsi notablement allongé et s'est cicatrisé dans ces conditions.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 31 DÉCEMBRE 1906)

Sommeil diurne et sommeil nocturne. — M. VASCHIDE. Y a-t-il des différences psycho-physiologiques entre le sommeil nocturne et le sommeil diurne, et s'il y en a quelles sont-elles, en dehors de toute question d'habitude ou d'aptitude biologique?

Le sommeil diurne, dit M. Vaschide, est moins réparateur et moins reposant, car il est plus superficiel et en tout cas moins continu.

Toutes les fonctions de l'organisme, diminuées ou ralenties automatiquement et presque d'une manière réflexe pendant le vrai sommeil, le sont moins dans le sommeil diurne.

Le sommeil diurne est moins profond que le sommeil nocturne, sa durée est moindre à moins d'une habitude qui demande des semaines et des mois. Les circonstances et particulièrement l'obscurité et le silence favorisent le sommeil diurne. Il semble y avoir un rapport étroit entre l'obscurité de la nuit et la profondeur du sommeil nocturne, caractérisé par son automatisme spécial. Le sommeil diurne est généralement un sommeil attentif. Dans des cas de grande fatigue, le sommeil diurne, plus que le sommeil nocturne, n'est pas un vrai sommeil; il y a comme une paralysie physique qui laisse l'intelligence libre, mais légèrement hallucinatoire.

Le sommeil diurne a des rêves plus logiques, la trame onirique est plus saisissable et la mémoire des rêves plus riche; le réveil est plus rapide et le commencement du sommeil plus brusque que dans le sommeil nocturne. Qualitativement, le sommeil diurne diffère essentiellement du sommeil nocturne, et tous les sujets se plaignent longuement d'une sensation de fatigue qui ne les quitte pas.

Traitement par l'iode de la pustule maligne. — M. Andrès-F. LLOBET (de Buenos-Ayres) a fait une série d'essais expérimentaux sur la valeur curative de l'iode administré par les voies digestives dans la pustule maligne. Les résultats obtenus chez le lapin, qui est particulièrement sensible au charbon bactéridien, mettent nettement en lumière les qualités thérapeutiques de l'iode administré par les voies digestives. L'iode semble donc bien constituer l'agent thérapeutique par excellence de la pustule maligne.

ANALYSES

MEDECINE

L'entéro-colite muco-membraneuse. (F. TRÉMOLIÈRES. Th. de Paris, 1906; Boulangé, édit.) — Pendant longtemps, on a considéré l'entéro-colite muco-membraneuse comme une entité morbide bien définie, distincte des autres affections intestinales par ses causes, par ses lésions et par ses symptômes. Une telle opinion n'est plus admissible aujourd'hui. Cliniquement, l'entérite muco-membraneuse peut manifester son existence par les symptômes les plus divers : ici, elle s'accompagne de phénomènes généraux et locaux qui sentent l'infection; là, elle apparaît au cours d'une affection nerveuse, dont elle semble ne constituer qu'un accident. Certaines entérites muco-membraneuses se compliquent de dyspepsie à type hyperchlorhydrique, d'appendicite, de lithiase intestinale; d'autres se caractérisent uniquement par des phénomènes de colite. L'étude clinique montre donc que l'entérite muco-membraneuse n'est pas une, qu'elle peut revêtir les aspects les plus divers, les formes les plus disparates.

Ce polymorphisme symptomatique s'explique en partie par la multiplicité des causes qui peuvent déterminer l'entérite muco-membraneuse. Les infections, fièvre typhoïde, dysenterie, variole, les irritations mécaniques ou chimiques de l'intestin, les affections génitales de la femme, et enfin, le neuro-arthritisme, sous ses multiples aspects, peuvent souvent être invoqués à l'origine de la maladie : il est donc aussi impossible de la rattacher à une seule cause que de lui attribuer un ensemble symptomatique univoque.

La pathogénie ne plaide pas, elle non plus, en faveur de l'unité de l'entérite muco-membraneuse. Ceux-ci, avec Nonat, rattachent l'affection qui nous occupe à une lésion utéro-annexielle agissant, soit par infection directe, soit par infection indirecte, à distance; ceux-là, avec Robin, invoquent l'hypersthénie gastrique. M. Glénard croit à l'influence de l'hépatisme et des ptoses; M. Combes tient pour l'infection intestinale; MM. Mathieu, Lion et Soupault admettent l'origine nerveuse des accidents, que d'autres auteurs attribuent à de simples troubles d'ordre mécanique. Ces diverses théories sont d'ailleurs toutes passibles de graves critiques. A Nonat, on peut objecter que l'entérite muco-membraneuse s'observe assez fréquemment chez l'homme; à M. Albert Robin, que l'hyperchlorhydrie est inconstante et souvent secondaire; M. Combes, en citant à l'appui de sa théorie des faits d'ailleurs contestables, oublie que l'infection n'agit que sur des intestins prédisposés, et affirme, plus qu'il ne prouve, l'existence d'une infection spécifique. La théorie nerveuse a contre elle l'absence relativement fréquente de troubles névropathiques chez certains malades, leur apparition postérieure à l'entérite, chez certains autres; enfin, si les actions mécaniques, telles que la constipation, suffisent à produire l'entérite, pourquoi tous les constipés ne sont-ils pas nécessairement atteints de colite muco-membraneuse?

Aucune des théories classiques ne donne donc une explication satisfaisante de l'entérite muco-membraneuse, que la clinique et l'étiologie doivent faire considérer comme un syndrome, et non comme une entité morbide définie. C'est la conclusion qui se dégage des recherches de M. Trémolières. Expérimentalement, en effet, on peut provoquer cette affection de quatre façons différentes : en irritant mécaniquement l'intestin, en excitant les fibres nerveuses qui président à ses fonctions, en soumettant les animaux à des infections locales

ou générales, ou encore à des intoxications et à des modifications dyscrasiques des tissus.

Ces diverses causes, seules ou associées, déterminent toutes l'apparition, dans les selles des sujets expérimentés, de muco-membranes identiques à celles que l'on observe chez les individus atteints d'entérite muco-membraneuse. Ces membranes, étudiées histologiquement, paraissent formées par des couches alternantes de substance hyaline et fibrillaire, celle-là très pauvre, celle-ci très riche en éléments cellulaires. Quant aux lésions intestinales, elles sont très superficielles, ne s'accompagnent d'aucune réaction inflammatoire appréciable et consistent surtout en une hypergénèse des cellules muqueuses.

Ainsi, les causes les plus diverses peuvent expérimentalement, produire l'entéro-colite muco-membraneuse. Deux questions se posent dès lors, d'où vient le mucus? Sous quelles influences se concrète-t-il dans l'intestin?

Les recherches récentes de M. Roger permettent de résoudre ces questions. Le mucus intestinal est normalement soumis à l'influence opposée de deux substances : un ferment coagulant: la mucinase; des substances anticoagulantes, contenues dans la bile. D'habitude, les deux substances équilibrent à peu près leurs effets, de telle sorte que les fèces ne renferment pas de mucus concrété. Mais si, pour une raison quelconque, la mucinase augmente de quantité, son action l'emporte sur celle des substances anticoagulantes, et le mucus apparaît dans les selles.

Reste à déterminer la cause qui prédispose l'intestin à cet état pathologique, à cette action prépondérante de la mucinase sur les substances anticoagulantes d'origine biliaire. A ce sujet, il faut remarquer que l'entérite muco-membraneuse coïncide très fréquemment avec des lésions rhino-pharyngées, si bien que certains auteurs ont décrit, sous le nom de *syndrome adénoïdien*, un ensemble de signes dont les plus importants sont : les lésions rhino-pharyngées, les phénomènes intestinaux, et certains troubles de la nutrition générale.

Or, les lésions rhino-pharyngées affectent d'étroits rapports avec certaines affections d'origine thyroïdienne (myxœdème), ainsi que le démontre l'exemple de François II; d'autre part, les phénomènes généraux révèlent tous une insuffisance thyroïdienne, et ont été groupés par Hertoghe (1) sous le nom d'*hypothyroïdie bénigne chronique*. Si donc, des trois éléments du syndrome adénoïdien, deux au moins peuvent être attribués à un trouble de la sécrétion thyroïdienne, le troisième : l'entérite muco-membraneuse, doit aussi y être rapporté.

Pour confirmer cette vue de l'esprit, les arguments ne manquent pas. Les lésions du corps thyroïde sont fréquentes dans l'entérite muco-membraneuse. Cliniquement, celle-ci survient souvent chez des malades présentant des antécédents thyroïdiens (variole, grossesse); plus fréquemment encore, elle se complique de symptômes d'ordre thyroïdien : goitre exophtalmique, signes de l'hypothyroïdie chronique bénigne fruste. Enfin l'expérimentation, dans les mains d'Horsley et de l'auteur, a montré l'influence des traumatismes de la glande thyroïde sur la production des troubles intestinaux.

L'entérite muco-membraneuse apparaît donc, au moins dans certains cas, comme une affection liée à un trouble de sécrétion thyroïdienne. L'altération thyroïdienne conditionne peut-être aussi les troubles nerveux observés : phénomènes intestinaux et névropathiques ne seraient donc que les effets simultanés, mais indépendants, d'une même cause pathogène : la viciation thyroïdienne.

En résumé, l'entérite muco-membraneuse peut relever des causes les plus diverses, pourvu que ces causes agissent sur un organisme prédisposé, cette prédisposition consistant en un trouble de la sécrétion thyroïdienne. Cette manière de voir permet de concilier toutes les théories classiques, en même temps qu'elle souligne leur exclusivisme : toutes renferment une part de vérité, mais aucune n'a su envisager la question d'assez haut. Elles ont voulu, pour la plupart, résoudre trop simplement une question complexe. Aussi ont-elles vu dans la production, par l'intestin, de muco-membranes, une maladie, alors qu'il ne s'agit là que d'un symptôme commun à toutes sortes d'affections. Aussi, au terme d'entérite, convient-il de substituer celui d'*entéropathie muco-membraneuse*; aussi y aura-t-il avantage de tenir compte, en thérapeutique, des notions pathogéniques si curieuses et si neuves que nous venons d'exposer.

L. BABONNEIX.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1899, nº 134, p. 1265.

Tabes expérimental chez le chien (tabes à trypanosomes). (SPIELMEYER. *Munch. med. Wochens.*, 27 nov. 1905, nº 48, p. 2338.) — Spielmeyer a été frappé de ce fait que, chez les individus ayant succombé à la maladie du sommeil, on trouve au niveau du système nerveux central des lésions se rapprochant dans leurs grandes lignes de celles de la paralysie générale progressive : altérations dégénératives du tissu nerveux en même temps que modifications inflammatoires des vaisseaux. De plus il existe des analogies cliniques entre les deux maladies : lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, affaiblissement psychique progressif, troubles de la parole, des réflexes, de la sensibilité, etc. On sait d'autre part que Schaudinn a établi que les spirochètes et les trypanosomes appartiennent à la même famille, et que chez la chouette notamment, on peut observer toutes les formes de passage entre ces deux micro-organismes.

Spielmeyer a donc entrepris d'étudier les lésions du système nerveux chez « les animaux infectés expérimentalement avec le trypanosoma Brucei ». Ces recherches ont porté sur les chiens qui seuls présentent après l'inoculation du parasite une survie qui peut dépasser dix semaines. Les symptômes nerveux observés pendant la vie ont été peu importants, et consistent seulement en affaiblissement des réflexes au niveau des pattes antérieures.

De plus il survient régulièrement au bout de quatre à cinq semaines, une kératite et un iritis qui rendent impossible l'examen des pupilles.

L'examen anatomique a montré que les lésions du système nerveux consistaient essentiellement en une dégénération élective des cordons postérieurs de la moelle; les lésions étaient localisées au niveau de la moelle cervicale où elles frappaient surtout les racines postérieures à leur entrée dans la moelle, un peu moins fortement le cordon de Burdach, et faiblement le cordon de Goll.

Il s'agissait donc d'un véritable tabes cervical au début. Les nerfs périphériques et les ganglions spinaux étaient intacts. La dégénération semblait débuter au niveau des racines postérieures, et était beaucoup plus marquée dans leur portion intramédullaire que dans leur portion extramédullaire.

Les chiens présentaient de plus des lésions dégénératives des racines sensitives du trijumeau, c'est-à-dire dans le territoire des racines postérieures cérébrales, ce qui s'observe également dans le tabes de l'homme. Enfin, chez deux chiens,

Spielmeyer a trouvé des lésions dégénératives importantes des nerfs optiques.

La localisation spéciale des lésions au système des racines postérieures, la participation du nerf optique, la localisation primitive de la lésion dégénérative aux fibres nerveuses, permet de donner à cette affection expérimentale le nom de tabes à trypanosomes et de la rapprocher du tabes post-syphilitique de l'homme. A. LEMIERRE.

Recherches sur le diagnostic de la broncho-pneumonie tuberculeuse infantile. (MOURIQUAND. Th. de Paris, 1906; A. Maloine, édit.) — La broncho-pneumonie tuberculeuse est la forme de tuberculose la plus fréquente pendant la première et la seconde enfance.

Il est difficile de la différencier de la broncho-pneumonie simple. Elle est pourtant caractérisée par des signes cliniques presque pathognomoniques mais souvent mal précisés,

Les signes sthétoscopiques, sur lesquels les auteurs antérieurs ont trop peu insisté, doivent être considérés comme possédant une haute valeur diagnostique (M. Weill).

On devra surtout tenir compte du caractère de finesse des râles et de l'absence de râles de grosse bronchite.

La fixité du foyer a une grande importance; sa localisation aux bases est la plus fréquente. La localisation aux sommets n'est pas caractéristique de la broncho-pneumonie tuberculeuse.

La broncho-pneumonie tuberculeuse débute toujours cliniquement par des signes de broncho-pneumonie banale. Ce n'est que du douzième au quinzième jour que s'installent les signes caractéristiques.

La dissociation entre les signes sthétoscopiques et les signes fonctionnels et généraux est un des symptômes les plus constants.

La température présente outre les caractères de la fièvre tuberculeuse une allure générale de sa courbe qui diffère pendant la première et la seconde enfance.

Au cours de la première enfance, la courbe thermique de la broncho-pneumonie tuberculeuse tend vers l'apyrexie.

Certains signes extra-pulmonaires se rencontrent souvent au cours de la broncho-pneumonie tuberculeuse et serviront à éclairer sa nature.

La mycropolyadénopathie périphérique de Legroux ne doit être considérée comme signe de tuberculose profonde, que lorsqu'elle présente les caractères spécifiés par M. le professeur Weill : ganglions un peu gros, réniformes, un peu mous, etc. Les petits ganglions en grains de plomb se rencontrent fréquemment en dehors de la tuberculose.

Les gommes sous-cutanées et principalement les gommes fessières ont une plus grande valeur diagnostique.

Les modifications du foie et de la rate sont assez fréquentes. L'albuminurie est rare.

L'examen nécropsique montre :

a. La fréquence des lésions de broncho-pneumonie simple énéralement antérieures aux lésions de broncho-pneumonie tuberculeuse;

b. La fréquence de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse;

c. Le mode d'inoculation du poumon par les ganglions caséeux;

d. La rareté de la tuberculose macroscopique des ganglions mésentériques.

Parmi les procédés de laboratoire, les uns (tuberculine, sérum artificiel, diazo-réaction, séro-réaction, formule leucocytaire, bacilles dans le sang) n'indiquent que l'imprégnation tuberculeuse de l'organisme sans préciser la localisation pulmonaire; les autres, et notamment la recherche du bacille de Koch dans les crachats, sont plus précis, mais d'une pratiqu, difficile.

Le diagnostic de broncho-pneumonie tuberculeuse peut et doit être fait par les seuls moyens cliniques, et notamment par les signes sthétoscopiques, généraux, extra-pulmonaires, etc. Les moyens de laboratoire, d'une valeur diagnostique moins grande, serviront pourtant dans certains cas à préciser la nature des lésions. L. GAYARD.

Traitement de l'hydrocéphalie et du rachitisme par les radiations électriques. Deux observations. (Margaret A. CLEAVES. Communication à l'Académie de médecine de New-York, séance du 14 décembre 1905, *Arch. of Pediatrics*, février 1906, t. XXIII, n° 2, p. 107 et 126.) — L'auteur a essayé chez deux malades l'action locale des rayons Röntgen sur l'hydrocéphalie en même temps que l'action générale de l'électricité statique et des bains de lumière de lampes à arcs sur l'état général.

Chez le premier malade qui était un cas non douteux d'hydrocéphalie primitive, âgé de onze mois, sept applications de rayons X sur les régions temporales furent suivies d'une amélioration sensible de l'état. Le traitement ne fut pas continué, le malade subit d'un chirurgien une ponction par la fontanelle qui ne donna issue qu'à 15 centimètres cubes de liquide clair. Une seconde ponction plus tard ne ramena pas de liquide.

Le second malade, un prématuré de onze mois, présentait à la fois des lésions d'hydrocéphalie et de rachitisme cranien en évolution. Pendant l'espace de sept semaines, il subit 14 applications de rayons X sur le crâne et 16 bains de lumière électrique à arc. A la suite de ce traitement, la guérison fut complète et il reprit l'aspect d'un enfant normal de son âge. Un traitement consécutif par les bains de lumière solaire fut institué avec d'excellents résultats.

Dans la discussion qui suivit cette communication, plusieurs auteurs font remarquer que, si le premier malade semble bien un cas d'hydrocéphalie et avoir été amélioré par les rayons X, le second semble plutôt un cas de rachitisme pur. De plus chez lui le régime diététique excellent et très énergique institué en même temps que le traitement électrique n'a pas dû entrer pour peu dans son rétablissement.

Cleaves ne conteste pas ces faits et ne donne ses observations que comme une indication. Pour prouver l'action des rayons X sur les exsudats, il ajoute une observation très intéressante de pleurésie où un très grand épanchement s'est résorbé très vite sous l'action du traitement par les rayons X M. LANCE.

CHIRURGIE

Mucocèle de l'appendice. Relation d'un cas, peut-être de nature carcinomateuse. (Alfred STENGEL. *Journ. of the Amer. med. assoc.*, vol. XLVI, n° 7, 1906, p. 495-500.) — Les kystes de l'appendice sont la résultante de bien des conditions pathologiques. Certains sont manifestement des kystes par rétention d'origine inflammatoire. Ceux-ci ne sont pas extrêmement rares. Les kystes mucoïdes et colloïdes sont beaucoup moins fréquents. Dans une série de 2000 autopsies, l'auteur n'en a trouvé qu'un, chez une femme de cinquante ans qui mourut d'intoxication acide aiguë terminant un diabète ancien. La première impression fut celle d'un appendice dilaté rempli d'une matière mucoïde plus abondante que de coutume;

mais une étude plus approfondie montra des acini irréguliers, des proliférations épithéliales tubulaires et des amas de cellules épithéliales disséminées à travers la matière muqueuse, de telle sorte qu'il est impossible que certains de ces kystes soient simplement des cancers colloïdes. L'article cite un autre cas inédit analogue, où la substance colloïde contenue dans l'appendice dilaté envahissait également les parois.

F. GARDNER.

De l'emploi de l'aponévrose temporale pour combler les pertes de substance du crâne. (Carl Beck. *Annals of surgery*, vol. XLIV, n° 2, août 1906, p. 170-174.) — Pour empêcher la production d'accidents jacksoniens dus à la cicatrice osseuse après les traumatismes craniens, ou pour empêcher la reproduction de ceux-ci après ablation de la cicatrice, le mieux est de s'opposer à une réunion solide après l'opération. L'apposition de périoste et du cerveau donnera nécessairement une cicatrice plus ou moins dépourvue de souplesse. Une transposition plastique de la dure-mère n'est praticable que dans les pertes de substance peu étendues. Avec l'aponévrose temporale, au contraire, la réunion avec les tissus voisins se fait simplement par l'intermédiaire d'un tissu conjonctif à mailles lâches. Lorsqu'on relève en haut le lambeau d'aponévrose temporale doublé du périoste, celui-ci reste à l'extérieur et le cerveau n'est en contact avec lui que médiatement; il ne peut donc se produire de cicatrice adhérente. La protection ainsi formée n'est certainement pas aussi solide qu'avec les opérations ostéoplastiques mais elle est suffisante. Beck a opéré deux cas avec des résultats satisfaisants.

F. GARDNER.

LIVRES NOUVEAUX

Le traitement des gastro-entérites des nourrissons et du choléra infantile (1), par le docteur Lesage.

Après avoir résumé en quelques pages nos connaissances actuelles sur l'étiologie, l'anatomie pathologique et la symptomatologie des gastro-entérites, Lesage étudie en détail leur traitement. La diète hydrique s'impose au début dans tous les cas. Lorsqu'elle a été prescrite le temps suffisant, avant de faire reprendre l'alimentation lactée, on essaiera soit la décoction d'orge ou de riz, soit le bouillon de légumes, de Méry, soit la décoction végétale, de Comby. D'autres auteurs, à cette période, préfèrent le babeurre, le régime sec (méthode de Gallois), la gélatine (méthode de Weill, de Lyon), ou les bouillies diastasées (méthode de E. Terrien). Ces divers traitements sont purement diététiques : ils agissent sur la diarrhée et les vomissements, considérés en tant que symptômes, mais non sur leurs causes. Pour lutter contre l'intoxication générale, on emploiera les injections sous-cutanées d'éther, de caféine ou d'huile camphrée, les injections massives de sérum artificiel ou de sérum de cheval, leur efficacité est médiocre. Contre la dysenterie, on a essayé le sulfate de soude et le guarana, contre les diarrhées estivales l'acide lactique et le tannigène, l'argile blanche pulvérisée, contre les états chroniques le citrate de soude. Le calomel convient aux gastro-entérites, qui ne sont ni la dysenterie, ni la diarrhée d'été, et qui s'accompagnent de fétidité des selles. L'eau oxygénée en lavements donne aussi, dans ces cas, de bons résultats. Comme traitements adjuvants, il faut citer la compresse mouillée, la balnéation, l'alcool, le café. Ces divers traitements réussissent surtout dans les gastro-entérites dysentériformes et dans celles qui s'accompagnent de fétidité des selles.

L. BABONNEIX.

(1) In-8° (*Œuvre médico-chirurgical*). — Paris, Masson et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 14 AU 19 JANVIER 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 14 janvier, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Segond, Mauclaire et Pierre Duval; — (2e partie) : MM. Gaucher, Teissier et Balthazard; — M. Proust, suppléant.

Mardi 15 janvier, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Berger, Albarran et Marion; — (2e série) : MM. Pozzi, Auvray et Morestin; — M. Dupré, suppléant.

Mercredi 16 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Mauclaire et Cunéo.

2e (1re série) : MM. Gautier, Ch. Richet et Retterer; — (2e série) : MM. Gariel, Gley et Branca.

3e (1re partie, oral) : MM. Reclus, Sébileau et Lepage; — (2e partie) : MM. Blanchard, Teissier et Balthazard; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 17 janvier, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Bezançon et Maillard.

2e : MM. Gley, Launois et Desgrez.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Budin, Thiéry et Morestin; — (2e série) : MM. Poirier, Faure et Brindeau; — (2e partie) : MM. Joffroy, Renon et Carnot.

4e : MM. Gilbert, Thoinot et Méry; — M. Dupré, suppléant.

Vendredi 18 janvier, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

2e : MM. Gautier, Gley et Branca.

3e (1re partie, oral) : MM. Kirmisson, Wallich et Cunéo; — M. Richaud, suppléant.

Samedi 19 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. Langlois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 9 janvier 1907, à une heure. — M. René-F. Guillon. L'exploration radiologique de l'estomac, particulièrement chez l'homme sain, étudiée au point de vue de l'anatomie et de la physiologie. (MM. Landouzy, président; Roger, Claude et Marcel Labbé.) — M. Paul Thaon : L'hypophyse à l'état normal et dans les maladies. (MM. Landouzy, président; Roger, Claude et Marcel Labbé.)

Jeudi 10 janvier 1907, à une heure. — M. Grémeaux. Des hyperesthésies douloureuses des extrémités dans la convalescence de la fièvre typhoïde. (MM. Dieulafoy, président; Berger, Hutinel et Marion.) — M. Vollet. Contribution à l'étude des déformations tardives consécutives aux fractures du membre inférieur. (MM. Berger, président; Dieulafoy, Hutinel et Marion.) — M. Feliciano. Contribution à l'étude de la méningite ourlienne. (MM. Hutinel, président; Dieulafoy, Berger et Marion.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 4. — JEUDI 10 JANVIER 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 10 JANVIER 1907. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — PATHOLOGIE INTERNE ET MÉDECINE LÉGALE. — *Epreuve orale de trois quarts d'heure.* — Séance du 7 janvier 1906. — M. Nattan-Larrier (de Paris) : « Complications cardio-vasculaires de la fièvre typhoïde. » — M. Lereboullet (de Paris) : « Paralysies saturnines. » — M. Raviart (de Lille) : « Pleurésie à pneumocoque. »

Séance du 8 janvier 1907. — M. Rathery (de Paris) : « Phlébites infectieuses. » — M. Laignel-Lavastine : « Formes cliniques des péritonites tuberculeuses. » — M. Carrier (de Lyon) : « Foie cardiaque. »

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 7 janvier 1907 : MM. Malterre, 11; Fassou, Gauducheau, Toulant et Viel (Victor), 10; Castéran, 9; Lemercier, 8.

Séance du 9 janvier : MM. Mallein, 12; Blechmann et Petel, 11; Dumas, François (Paul), Josset-Moure et Lerat (Georges), 10; Le Blaye, 9; Fabignon, 8; Lévy (Alfred), 6.

Prochaine séance le vendredi 11 janvier, à cinq heures, à la salle des Saints-Pères.

Pathologie. — Séance du 7 janvier 1907 : MM. Léger, 13; Ferran (Timothée), 12; Deroide et Séguinot, 11; Prélat, 10; Jolivet, 9; Caudrelier, Colibert et Camboulives, 8; Thyébault, 6.

MÉDECIN DES HOPITAUX. — Un concours pour l'admissibilité au concours de nomination aux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le lundi 25 février 1907, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, service du personnel, du lundi 21 janvier au samedi 9 février inclusivement, de midi à trois heures.

Le nombre des places d'admissibles mises au concours sera annoncé aux candidats lors de la première séance, ce nombre ne pouvant être établi qu'après la fermeture du registre d'inscription.

A cet effet, les candidats dispensés du concours d'admissibilité devront se faire inscrire en vue du concours d'admission dans les mêmes délais que les candidats au concours d'admissibilité, savoir du lundi 21 janvier au samedi 9 février inclusivement, de midi à trois heures.

Avis important. — Conformément aux dispositions qui précèdent, un concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices s'ouvrira quinze jours après la clôture des opérations du présent concours d'admissibilité. Seront admis à se présenter à concourir les candidats dispensés de ce concours en raison de leurs admissibilités antérieures, et les nouveaux admissibles déclarés à la suite du concours du 26 février.

Un second concours pour trois autres places sera ouvert à la suite du premier.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Un concours s'ouvrira, le 22 juillet 1907, devant la Faculté de médecine de l'université de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine de Marseille. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — MUTATIONS. — Par décision ministérielle du 30 décembre 1906 :

MM. les médecins aides-majors de première classe Henry, passe au 10e d'artillerie (service); — Tranchant, au 91e d'infanterie (service); — Millet, au 41e d'infanterie (service).

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Louis, passe au 3e spahis (service); — Cazottes, au 4e chasseurs d'Afrique (service); — Lefèvre, au 105e d'infanterie (service); — Laforge, au 9e bataillon de chasseurs à pied (service); — Homolle, au 35e d'infanterie.

CLINIQUE NATIONALE OPHTALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS. — CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE. — MM. les docteurs Trousseau, Chevallereau, Kalt et Valude commenceront, le mardi 15 janvier, à une heure, des leçons cliniques qu'ils continueront les mardis suivants à la même heure.

Les leçons seront faites alternativement par les quatre médecins de la clinique. Consultations et opérations à une heure.

LEÇONS PRATIQUES DE CLINIQUE EXTERNE avec examens des malades, faites par interne en chirurgie, du 14 janvier au 14 février. Trois leçons par semaine : lundi, mercredi, vendredi, à quatre heures et demie. Droits d'inscription : 30 fr. S'adresser au concierge de la Charité.

NOUVEAU PROCÉDÉ

DE

JÉJUNOSTOMIE

Transépiploïque
Bivalvulaire et bisphinctérien avec suspension verticale et torsion de la muqueuse.

(TRAVAIL DE L'AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX)

Par L. CHEVRIER,
Prosecteur des hôpitaux de Paris.

La jéjunostomie, opération inventée en 1878 par un Français, Surmay (de Ham), qui opéra son malade dans le service et sous les yeux du professeur Le Dentu (1), n'eut point de vogue en France. La nouvelle tentative, bien réglée cependant, de Montaz [1894 (2)] passa encore inaperçue, et ce fut la communication très documentée de M. le professeur Terrier (3) à la Société de chirurgie (1898) qui rappela l'attention sur cette opération trop délaissée peut-être dans son pays d'origine et qui avait fait fortune ailleurs. Depuis cette époque, la Société de chirurgie s'en est occupée par deux fois, en 1904, à la suite d'un rapport de mon maître Schwartz (4) sur des observations de Riche (5) et en 1906 à l'occasion d'un rapport de Guinard (6) sur une communication de Souligoux.

Pendant ce temps de nombreuses jéjunostomies étaient exécutées à l'étranger par des procédés très divers que les thèses de Verdin (7) et de Bosquet (8) nous ont fait connaître. Ces procédés, je ne les étudierai pas tous dans cette esquisse rapide, je me contenterai de les classer en catégories à divers points de vue, pour montrer les avantages que je crois devoir reconnaître à la technique originale que je propose.

Bosquet, dans sa thèse, range les types opératoires d'après *la situation de la bouche* créée, en procédés à *abouchement latéral*, et à *abouchement terminal ou par implantation.* Je crois que cette classification ne vaut plus : car certains abouchements latéraux (procédés en Ω) peuvent réaliser les mêmes dérivations que les bouches terminales; d'autre part, les procédés d'implantation les plus récents évitent l'abouchement terminal et le remplacent par une bouche latérale.

La classification de Jeannel (9) plus précise et plus méthodique est une *classification technique* : celle que je vais proposer lui est d'ailleurs à peu près superposable, mais sa base est différente.

C'est au *point de vue fonctionnel* que je me place. Une bonne jéjunostomie doit remplir trois desiderata : 1° créer une *bouche intestinale* permettant l'alimentation du malade, mais ce premier desideratum qu'indique le nom de l'intervention n'est pas le seul; 2° il faut que la bouche soit *continente*, ne permette pas la sortie du contenu intestinal, qu'il vienne des anses iléales ou de l'anse duodénale; 3° il importe que l'opération *tourne l'obstacle à la circulation normale* de l'intestin qu'elle aura pu créer. Les divers procédés vont réaliser un ou plusieurs de ces desiderata.

I. PROCÉDÉS CRÉANT UNE BOUCHE INTESTINALE SIMPLE. — Ce sont les procédés primitifs. Ils sont nombreux, mais ne diffèrent que par de légères variantes. On peut y distinguer cependant :

A. Ceux qui ne suturent pas la muqueuse à la peau, qui créent un *trajet fistuleux cicatriciel.* — Dans ce groupe rentrent certains procédés *en un temps*, ceux en particulier de Surmay (1878) et d'Arce [1905 (1)].

Se placent encore ici tous les procédés *en deux temps*, qu'ils fixent l'intestin à la paroi par des points séparés simples, Robertson [1883 (2)] (le malade mourut entre le premier et le deuxième temps) Golding Bird [1885 (3)], Pearce Gould [1885 (4)], Maydl, premier procédé [1892 (5)], Hahn [1894 (6)], Terrier, premier procédé (1898) etc.; qu'ils le fixent par un seul fil continu, comme le fait élégamment et peut-être imprudemment Greig Smith [1889 (7)], ou qu'ils l'attachent à une plaque d'os décalcifié Jessett [1892 (8)] à travers l'orifice de laquelle une épingle ou un fil attire l'intestin que ponctionnera dans un deuxième temps le bistouri ou le thermocautère.

B. Ceux qui suturent la muqueuse à la peau créant un *trajet fistuleux tapissé d'épithélium.* — Tels Montaz (1894) et Terrier [1904 (9)]. C'est l'application exacte à la jéjunostomie du procédé de gastrostomie de Terrier.

Ces divers procédés, dont nous ne retenons que les types Surmay et Montaz-Terrier, peuvent donner une bouche parfois continente, quand elle est faite très petite, mais il faut se défier de la *dilatation* et de l'*incontinence secondaire* (Terrier).

II. PROCÉDÉS QUI ASSURENT LA CONTINENCE DE LA BOUCHE. — La continence est assurée par la canalisation du trajet fistuleux, *canalisation* qui peut être :

Pariétale. — C'est le procédé d'Eiselsberg [1895 (10)], application à l'intestin du procédé de gastrostomie de Witzel. Il consiste à enfouir la sonde sous deux crêtes *longitudinales* soulevées sur les faces de l'intestin et suturées l'une à l'autre. Karewsky [1896 (11)] a décrit un procédé analogue. Moynihan (12) en Angleterre, Lempp (13) en Allemagne, Lejars (14) en France ont beaucoup vanté ce procédé.

Valvulaire. — C'est le procédé de Kader [1898 (15)], dérivé directement du procédé de gastrostomie de Fontan. Au bord convexe de l'intestin, on soulève un cône dont on fixe la base au péritoine et à la paroi : on ouvre les tuniques au sommet du cône pour introduire la sonde; sous la pression de la

---

(1) LE DENTU. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1898, p. 995.
(2) MONTAZ. Entérostomie pour cancer de l'estomac, *Dauphiné méd.*, 4 avril 1894; — *Arch. provinciales de chir.*, 1894, p. 475.
(3) TERRIER. Quelques remarques sur la jéjunostomie, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1898, p. 986.
(4) SCHWARTZ. De la jéjunostomie et spécialement de la jéjunostomie en Y, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1904, p. 170.
(5) RICHE. La jéjunostomie dans le traitement du cancer de l'estomac. La jéjunostomie en Y, *Presse méd.*, 2 mars 1904, n° 18, p. 139.
(6) GUINARD. Deux cas de jéjunostomie en Y, avec torsion de la bouche jéjunale (communiqués par M. Souligoux), *Bull. de la Soc. de chir.*, 1906, p. 540.
(7) VERDIN. *Duodénostomie et jéjunostomie*, Th. de Paris, 1897-1898, n° 602.
(8) BOSQUET. *La jéjunostomie*, Th. de Paris, 1898-1899, n° 187.
(9) JEANNEL. *Chirurgie de l'intestin*, 1901, 2e édit, p. 169. — Voici cette classification : I. Procédés par abouchement latéral simple de l'anse jéjunale à la peau (dérivés de la gastrostomie simple, ou de celle de Terrier). — II. Procédés par abouchement latéral et canalisation de l'anse jéjunale (dérivés de la gastrostomie de Witzel et de Fontan). — III. Procédés par implantation (analogue à la gastro-entérostomie en Y par implantation de Roux). — IV. Procédés par entéro-anastomose avec abouchement de l'anse, avec ou sans canalisation (dérivés de la gastro-entéro-anastomose de Jaboulay et de la gastrostomie de Sabaneef-Franck).

(1) ARCE. Un nouveau procédé commun à la gastrostomie et à la jéjunostomie, *Revue de chir.*, sept. 1905, t. II, n° 9, p. 335.
(2) ROBERTSON. A case of fibrous stricture of the pylorus; enterostomy, death, *Brit. med. Journ.*, 1885, vol. II, p. 376.
(3) Golding BIRD. Jejunostomy, *Clin. Soc. of London*, 27 nov. 1885; — *Brit. med. Journ.*, 1885, vol. II, p. 1063.
(4) Pearce GOULD. Jejunostomy, *Clin. Soc. of London*, 5 déc. 1885; — *Brit. med. Journ.*, 1885, vol. II, p. 1064.
(5) MAYDL. *Wiener med. Wochens.*, 1892, nos 18, 19, 20, p. 698, 782.
(6) HAHN. Ueber Jejunostomie, *Deuts. med. Wochens.*, t. XX, n° 27, p. 557.
(7) Greig. SMITH. *Abdominal Surgery*, London, 1889. — Faux fil circulaire entourant une petite aire sur le bord libre de l'intestin; chaque partie libre du faux fil est attirée sous forme d'anse à travers la paroi abdominale et dans l'anse est introduit un fragment de drain.
(8) JESSETT. *Brit. med. Journ.*, 1892, vol. I, p. 119.
(9) TERRIER. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1904, p. 219, et 1906, p. 544.
(10) EISELSBERG. *Arch. f. klin. Chir.*, 1895, t. L, p. 932; — *Berl. klin. Wochens.*, 1897, t. XXXIV, p. 33.
(11) KAREWSKY. *Berl. klin. Wochens.*, 1896, p. 1112.
(12) MOYNIHAN. The oper. of jejunostomy with a report of two cases, *Brit. med. Journ.*, 1902, vol. I, p. 1599, 2 fig.
(13) LEMPP. Uber den Werth der Jejunostomie, *Arch. f. klin. Chir.*, 1905, t. LXXVI, p. 323; — *Centralbl. f. Chir.*, 1905, n° 25, p. 672.
(14) LEJARS. Application et technique de la jéjunostomie, *Semaine méd.*, 27 juillet 1904; — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1906, p. 597.
(15) KADER. In SCHOLZ, Th. de Breslau, 1898.

sonde, on laisse le pli se retourner et s'invaginer dans la lumière intestinale. On rend définitive cette invagination par une *suture longitudinale*, unissant les bords latéraux de la base du cône invaginé. C'est le procédé auquel Walther (1) a donné la préférence à la Société de chirurgie.

La canalisation peut être encore obtenue *par torsion* d'un petit cône intestinal, fixé par ses bords à l'intestin et au péritoine pariétal après torsion : c'est le procédé de jéjunostomie latérale avec torsion de Guinard (2), que celui-ci a proposé à la fin de son rapport, qu'il avait exécuté deux fois avec succès. Il semble cependant qu'il doive rétrécir sensiblement la lumière intestinale et solliciter peut-être l'anse à la torsion totale, au volvulus.

Ces divers procédés donnent un trajet canaliculé dont les parois sont variables. Si celui de Guinard donne un *trajet canaliculé muqueux*, ceux d'Eiselsberg et de Kader ont un *trajet canaliculé péritonéal*. Remarquons d'autre part qu'ils empruntent tous une partie du bord convexe de l'intestin, et font des sutures intestinales parallèles à l'axe de l'organe. Ils créent comme une *résection partielle losangique*. Or ne sait-on pas que dans ces cas, *suturer longitudinalement l'intestin, c'est le rétrécir?* Ceci n'est pas un reproche théorique : il y a des cas, rares il est vrai, mais certains, de rétrécissement de la lumière intestinale et d'obturation, à la suite notamment de jéjunostomie par le procédé d'Eiselsberg. Cackovic (3) en a rapporté récemment un exemple : la mort survint le quatrième jour après des vomissements bilieux : à l'autopsie, l'estomac et le duodénum étaient pleins de bile et l'intestin était très rétréci au niveau de la bouche.

Retenons donc que les procédés classiques qui assurent la continence de la fistule, rétrécissent toujours un peu et quelquefois d'une façon grave le calibre de l'intestin : ils peuvent parfois créer un *obstacle à la circulation intestinale normale*.

Mais cet obstacle qui siège *au bord convexe*, libre, de l'intestin est-il le seul? Non. Dans tous ces procédés, il en existe un autre au niveau du *bord mésentérique*, dû à une coudure un peu brusque au niveau de la bouche : ainsi se forme *un éperon*, qui guide vers la fistule les sécrétions duodénales. A éviter le rôle néfaste de cet éperon, un certain nombre de procédés se sont efforcés.

III. Procédés qui tournent l'obstacle créé a la circulation normale de l'intestin. — A. *Par implantation terminale* (*procédé en Y*). — C'est le *procédé en Y* de Maydl (4). L'intestin est sectionné à 15 ou 20 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal; le bout stomacal est anastomosé avec le bout iléal à 20 ou 30 centimètres de son extrémité libre. Cette anastomose jéjuno-jéjunale est faite termino-latérale par la méthode des sutures par Maydl. Helferich (5), Maylard (6) ont utilisé le bouton de Murphy pour cette anastomose. Souligoux (7) a fait, après écrasement et ligature de l'anse, une anastomose latéro-latérale. Quant au *bout libre*, sur lequel porte la fistule, sa destinée varie suivant les cas.

1° *On ne fait rien pour assurer la continence de la fistule cutanée.* — Dans une des variantes de Maydl, on abouche simplement le bout jéjunal libre à la peau, mais les régurgitations sont presque constantes.

2° *On cherche à assurer la continence de la bouche cutanée.* — α. Maydl *coude* le bout libre de l'anse jéjunale, le fait passer *sous un pont de peau*, et vient l'aboucher à une petite incision faite à 3 centimètres environ de l'incision de laparotomie :

β. Souligoux (1906) *tord* le bout jéjunal, maintient cette torsion par des points de suture, et après cette *torsion totale*, suturé la muqueuse à la peau;

γ. Quénu (8) a proposé de *fermer complètement* le bout jéjunal libre et de pratiquer, immédiatement ou les jours suivants, une *petite bouche latérale* sur le bout duodénal fermé et fixé à la paroi ;

δ. Kelling (1) a conseillé de faire une *bouche latérale* sur le bout jéjunal fixé à la paroi, *par le procédé de Kader* (invagination d'un cône à la Fontan).

B. *Par accolement latéral et anastomose* (*procédé en Ω*). — Il consiste à sortir une anse jéjunale et à pratiquer à une certaine distance de son sommet une anastomose latéro-latérale unissant ses deux branches. On rentre cette anastomose dans le ventre et on va opérer l'abouchement sur le sommet de l'anse.

Les deux variantes de ce procédé-type assurent l'une et l'autre la *continence* de la fistule :

α. Albert [1894 (2)] amène le sommet de l'anse, passée sous un *pont de peau*, dans une petite incision cutanée voisine et y pratique l'abouchement latéral;

β. Mayo Robson [1905 (3)], qui préfère pratiquer l'anastomose intestinale sur bobine d'os décalcifié, introduit une sonde au sommet de l'anse, et *enfouit l'orifice d'entrée* par un fil en bourse trois fois répété. Cet enfouissement aboutit à une sorte de valvule et peut être rapproché du procédé de Kader.

De cette critique, nous en arrivons à conclure que les seules opérations satisfaisantes au point de vue fonctionnel, celles qui remplissent seules les trois desiderata formulés au début, sont les jéjunostomies en Y ou en Ω, dernier procédé de Maydl avec les variantes de Souligoux, Quénu, Kelling, procédés d'Albert et Mayo Robson : ils créent une *bouche continente* et assurent le cours normal du contenu intestinal, en *tournant l'obstacle* qu'ils avaient créé. Ils sont tous parfaits au point de vue fonctionnel. Mais il me semble qu'il y a encore quelque chose de mieux que de tourner même habilement des obstacles qu'on a créés, c'est de *ne pas créer ces obstacles*.

IV. Procédés donnant une fistule continente et évitant de créer des obstacles au cours normal du contenu intestinal. — Ces obstacles sont de deux ordres; j'ai montré plus haut qu'il fallait distinguer : 1° *un obstacle du bord libre*, créé par les *plicatures* destinées à assurer la canalisation de la fistule et amenant un rétrécissement par les *sutures longitudinales* qu'elles nécessitent; 2° *un obstacle du bord mésentérique*, dû à l'*éperon* par coudure de l'intestin.

Moyens d'agir sur l'obstacle du bord libre. — On peut le *réduire au minimum* dans le procédé d'Eiselsberg en limitant les plicatures longitudinales d'enfouissement de la sonde au strict nécessaire, suivant le conseil de Lempp, et surtout en ne faisant qu'un plan d'enfouissement. Mieux encore, on peut *l'éviter*, en substituant à *la suture longitudinale qui rétrécit, la suture transversale qui élargit* : c'est le principe de l'entéroplastie, comparable à la pyloroplastie, suturant en travers une plaie longitudinale pour agrandir la lumière de l'intestin. En enfouissant *transversalement* le cône invaginé du procédé de Kader (ce qui n'a pas été fait à ma connaissance) on éviterait à ce procédé de créer un rétrécissement.

Moyens d'agir sur l'obstacle du bord mésentérique ou éperon. — On peut *le diminuer* en plaçant *la bouche à une bonne hauteur*. Certains opérateurs l'ont établi au-dessus de l'ombilic. Mais pour atteindre ce point, la partie d'intestin intermédiaire à l'angle duodéno-jujénal et à la bouche, devra pour le moins être peu descendante, peut-être horizontale : l'angle de coudure sera donc droit, ou presque droit. En plaçant la bouche *un peu au-dessous de l'ombilic*, comme Lempp y a insisté, la même portion intestinale deviendra fortement descendante, et l'angle de coudure ne sera plus que très obtus.

Mieux encore, *on peut le déplacer*, en accolant l'intestin à la paroi sur plusieurs centimètres au-dessus de la bouche : l'éperon existera toujours, mais il répondra à la partie supérieure de l'accolement; *en regard de la fistule* le bord mésentérique de l'intestin sera *lisse*. *Le déplacement de l'éperon*

(1) Walther. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1904, p. 218.
(2) Guinard. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1906, p. 543.
(3) Cackovic. Ein Fall von Jejunostomie, *Lienicki viestnik*, 1904, n° 5 (kroatisch), *Centralbl. f. Chir.*, 1905, n° 10, p. 266.
(4) Maydl. Ueber Jejunostomie, *Mittheil. aus den Grenzgeb. des Med. und Chir.*, 1898, III, p. 532 ; — Weitere Beitrage zur Indicationsstellung der Jejunostomie, *Wien. klin. Rundschau*, 4 et 11 janv. 1903.
(5) Helferich. In Borcher. Th. inaug., Greifswald, 1896.
(6) Maylard. *The Lancet*, 1897, t. II, p. 1454.
(7) Souligoux. In rapport Guinard, loc. cit.
(8) Quénu. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1904, p. 195.

(1) Kelling. Ein secheres Verfahren der Jejunostomie, *Centralbl. f. Chir.*, 6 fév. 1904.
(2) Albert. *Wien. med. Wochens.*, 1894, n° 2, p. 57.
(3) Mayo Robson. The operation of jejunostomy with a description of a new method, *The Lancet*, 3 juin 1905, p. 1488.

équivaut, au point de vue fonctionnel, à sa suppression.

Cette *suspension verticale,* dont j'ai montré déjà avec mon maître M. Ricard (1) les avantages dans la gastro-entérostomie, ne semble pas avoir été pratiquée dans la jéjunostomie. Les opérateurs ont accolé l'intestin par une simple couronne de sutures autour de la bouche intestinale; beaucoup même ont orienté l'anse intestinale dans le sens transversal. Bien plus, Lempp ne donne-t-il pas le conseil de n'unir que par des sutures aussi peu nombreuses que possible, l'ouverture extérieure du trajet péritonéal canaliculé au péritoine pariétal, dans le procédé d'Eiselsberg? Contrairement à son opinion, je crois que la *suspension verticale ajoutée au procédé d'Eiselsberg,* en supprimant l'obstacle du bord mésentérique, aurait peut-être déchargé ce procédé des quelques insuccès par rétrécissement, qui forment son passif.

Je crois que la *suspension verticale ajoutée au Kader avec suture transversale,* supprimant les *deux* obstacles, en ferait un très bon procédé, au moins pour les *fistules temporaires.*

Plus loin, je mettrai une sourdine à cet éloge.

Procédé personnel. — Il va naturellement éviter de créer les deux obstacles prévus. Il sera donc à *suspension verticale et à plicature transversale.*

Je voudrais de plus qu'il fût *transépiploïque* et voici pourquoi. Dans toutes les anastomoses intestinales, pour avoir un bon résultat, il faut autant que possible respecter les rapports anatomiques, ne pas créer de déplacements trop grands des organes voisins dans l'abdomen, par crainte de coudures ou de torsions. Je sais bien que le déplacement en totalité du grand épiploon vers la droite, ou son soulèvement partiel pour permettre l'accolement d'une anse intestinale à la paroi, ne doit point entraîner de graves conséquences. Mais pourquoi l'épiploon ne se tordrait-il pas à la suite de ce déplacement comme il se tord (dans le ventre parfois) à la suite de hernies? Cela n'est pas arrivé, il est vrai, mais cela n'est pas impossible; mieux vaut prévoir une éventualité rare, mais possible, et y parer, que de déplorer un accident, même rare, qu'on aurait pu éviter.

Et d'ailleurs quel *inconvénient* y a-t-il à traverser le grand épiploon? Je n'en vois *aucun.* On le déchirera avec le doigt au point voulu en évitant les vaisseaux si possible. S'il faut mettre quelques fils hémostatiques sur la tranche, on pourra les utiliser plus tard pour des sutures au cours de l'opération. Il n'y aura donc pas, de ce fait, de perte de temps appréciable. A la traversée épiploïque, je vois même un *avantage* : j'aurai une *couronne d'épiploon* autour de la bouche jéjunale et la défense locale en sera favorisée contre une infection rare, mais toujours possible dans ces stomies en un temps, et chez des malades souvent affaiblis.

Premier temps. — Incision cutanée. — Je fais une incision de 8 à 10 centimètres mi-partie au-dessus et au-dessous de l'ombilic et située à 2 centimètres environ à gauche de la ligne médiane (2). Si l'intervention n'est pas entreprise de propos délibéré pour une jéjunostomie, mais doit être d'abord exploratrice, on pourra faire la laparotomie médiane et pratiquer par elle l'opération que je vais décrire.

J'ouvre la gaine du muscle droit, traverse le muscle parallèlement à ses fibres sans les léser, les séparant au besoin à la sonde cannelée. J'ouvre le péritoine.

Deuxième temps. — Repérage de l'anse et plissement intestinal. — Soulevant le grand épiploon et le côlon transverse, je cherche l'angle duodéno-jéjunal sur le flanc gauche de la colonne lombaire. Je compte environ 30 centimètres en descendant sur le jéjunum. C'est en ce point que siégera la bouche. Pour le repérer, je vais placer le premier fil de l'opération. A 2 centimètres environ du bord mésentérique sur la face gauche de l'intestin, je fais avec la pince à disséquer un *pli perpendiculaire* à la direction de l'organe, je le traverse à la Lembert avec une aiguille portant un fil de soie fine (point non perforant naturellement); *exactement au-dessus,* et à un centimètre environ, toujours à 2 centimètres du bord mésentérique, je fais *un nouveau pli* et je passe l'aiguille de la même façon; *de même une troisième fois,* un centimètre plus haut, toujours à 2 centimètres du bord mésentérique. En liant, je soulève et *j'accole par leur sommet trois plis* qui vont être *perpendiculaires* à la direction de l'intestin, un supérieur, un moyen, un inférieur. Mon fil lié, je pourrais le repérer avec une pince; je préfère enrouler et nouer son extrémité libre autour d'une petite compresse aseptique.

Troisième temps. — Boutonnière épiploïque. — Je rabats alors et remets en place le grand épiploon tout à l'heure relevé; je pratique au doigt une petite déchirure dans un point

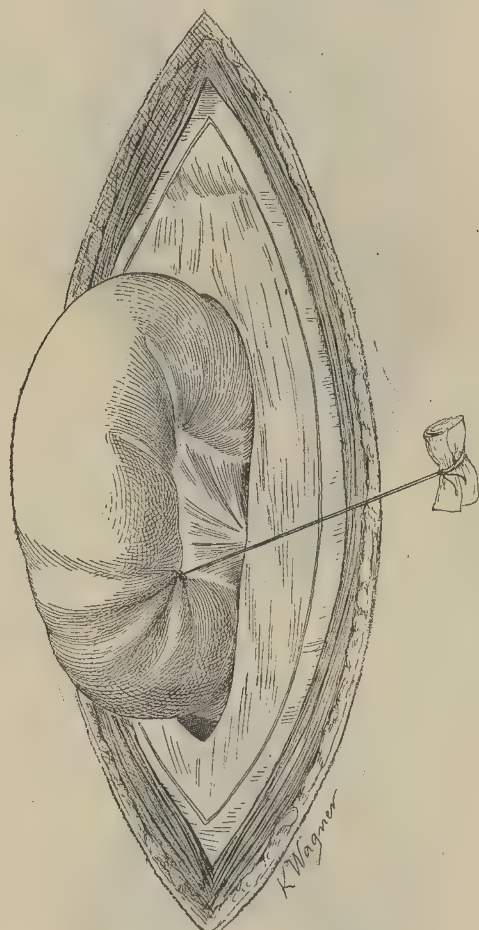


Fig. 1.

avasculaire autant que possible et correspondant au centre de la plaie. Par la boutonnière épiploïque ainsi créée, je vais chercher la petite compresse à laquelle est attaché le fil, et grâce à ce dernier, j'attire l'anse intestinale repérée (1). J'extériorise 5 à 6 centimètres d'intestin au-dessus du fil indicateur. La fig. 1 représente exactement la fin de ce temps.

Quatrième temps. — Premier fil de fixation latérale (fig. 2). — Allant de la superficie à la profondeur, ce fil va traverser le fascia transversalis et le péritoine, l'épiploon près du bord de la déchirure, le *faîte des trois plis intestinaux* déjà soulevés, puis il retraversera de la profondeur vers la superficie, l'épiploon, le péritoine et le fascia transversalis. *Les deux points de perforation du fascia devront être très rapprochés*; ils ne seront *pas séparés de plus de 3 millimètres.* Ceci est tout à fait *nécessaire* pour bien accoler la crête des trois plis (fig. 2). *Ce fil n'est pas lié,* mais repéré avec une pince. Je coupe le fil de plissement.

Cinquième temps. — Deuxième fil de plissement et deuxième fil de fixation latéral (fig. 3). — Je procède exactement aux mêmes manœuvres de l'autre côté. Fil de plissement que je lie et coupe. Fil de fixation prenant la *crête des trois plis,* et dont

(1) Ricard et Chevrier. De la gastro-entérostomie (note sur un point particulier de sa technique), avec 13 fig., *Gaz. des hôpit.*, n° 9, 24 janv. 1905, p. 99. — Voir aussi Gaudemet. *Traitement de l'ulcère non perforé de l'estomac,* Th. de Paris, 1905-1906.

(2) L'ombilic ne se voit pas sur la figure 1. Il est représenté sur la figure 3. Je l'ai fait supprimer à dessein sur les autres.

(1) Je préfère ne pas mettre une pince sur le fil, parce que le dégagement de la pince à travers l'orifice épiploïque que je ne veux pas trop grand, n'irait peut-être pas sans quelque difficulté.

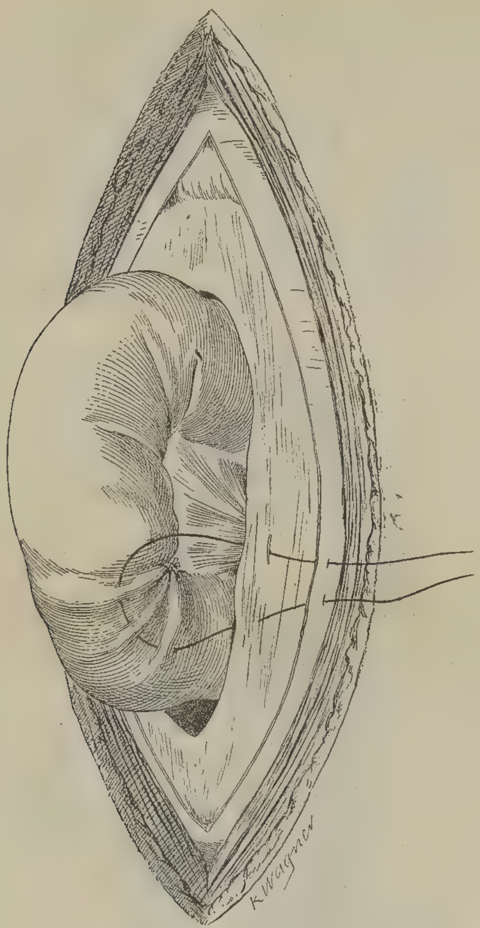


Fig. 2.



Fig. 3.

les deux points de passage à travers le fascia transversalis ne sont distants, j'y insiste, que de 3 millimètres. Je place une pince sur ce fil.

Sixième temps. — Fil de fixation inférieur (fig. 4). — Voici son trajet qu'on peut suivre sur la figure 4. Parti de droite et de la superficie, ce fil A, traverse le fascia et le péritoine *tout près* du chef inférieur du fil latéral correspondant, *presque dans le même trou* que lui, à 1 ou 2 millimètres au plus; puis il perfore l'épiploon, non pas en regard (l'épiploon se déchirerait), mais plus bas. Cette différence de niveau a été exagérée à dessein sur la figure. Je préfère que l'épiploon se plisse et vienne faire bourrelet plus tard quand je serrerai le fil. Le fil traverse ensuite de *bas en haut, la crête du pli intestinal inférieur*; il fait une petite prise *sur le versant inférieur du pli moyen à 2 millimètres du faîte*, puis se coudant en U il suit en sens inverse un chemin analogue à celui qu'il vient de parcourir, mais de la profondeur à la superficie et vers la gauche. Son point d'émergence gauche en A_2 doit se faire *presque par le même trou* que le fil G. J'y reviens, car ce détail est capital. Pour faire parcourir ce trajet au fil, l'aiguille de Reverdin (si on la préfère à l'aiguille à main) devra s'y reprendre à plusieurs fois.

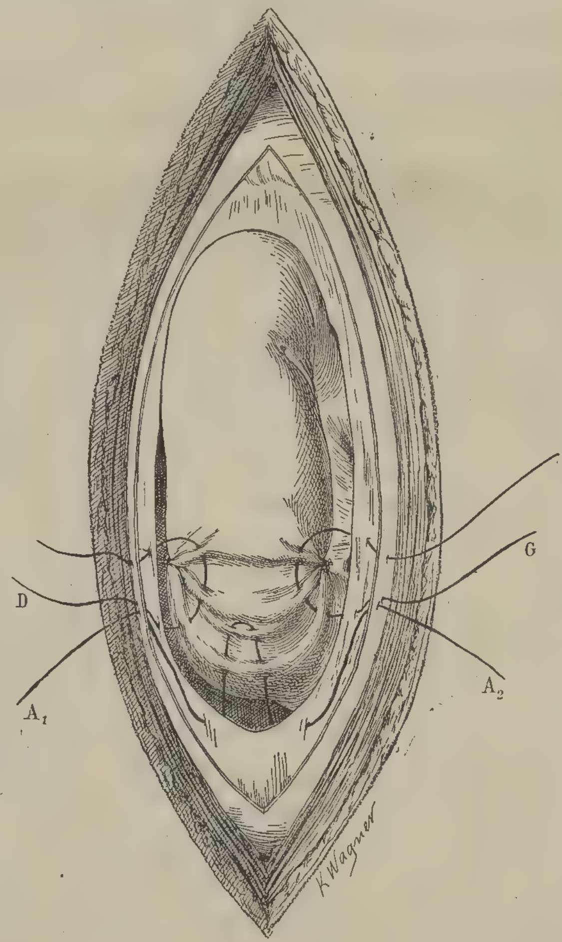


Fig. 4.

Les chefs du fil A_1, A_2 sont réunis dans une pince.

Septième temps. — Fil de fixation supérieur (fig. 5). — Il suivra le même trajet que le fil inférieur, et je répète que B_1 doit perforer le fascia *tout près* de D'; de même pour B_2 et G' (1). En résumé, entre A_1 et B_1, A_2 et B_2 la distance doit

(1) Je demande pardon au lecteur de répéter si souvent la même recommandation, mais autre chose est de faire comprendre et de fixer d'une façon durable et permanente un détail minime dans les esprits les plus éclairés. Un exemple : de notre article sur la gastro-entérostomie, j'extrais quelques phrases : « 1. De cette large fusion, la moitié inférieure seule correspond à la bouche, la moitié supérieure est tout entière de suspension... 2. La bouche nouvelle est tout près de la grande courbure (renvoi à une figure qui la montre). 3. L'accolement vertical rétro-stomacal de l'intestin dans

être égale à celle qui sépare la portion transversale de ces deux fils, passant respectivement sur les versants supérieur et inférieur du pli intestinal moyen, c'est-à-dire de 3 ou 4 millimètres. Cette disposition ne paraît pas réalisée sur la figure 5 et la disproportion entre ces distances semble flagrante, la figure est cependant exacte; il faut tenir compte de deux faits : 1° le pli moyen n'est pas représenté étalé, sa crête est saillante : ce qui diminue la distance vraie entre les portions transversales des fils; 2° après la ligature des fils latéraux, les distance DD', GG' seront réduites à peu près à zéro, ce qui va diminuer beaucoup l'intervalle A_1 B_1 et A_2 B_2.

En somme, ces quatre fils cardinaux ressemblent absolument aux quatre fils de la gastrostomie par le procédé du professeur Terrier. La différence est qu'ils traversent en plus des plans ordinaires l'épiploon et 3 fois au lieu d'une, la séro-musculaire intestinale.

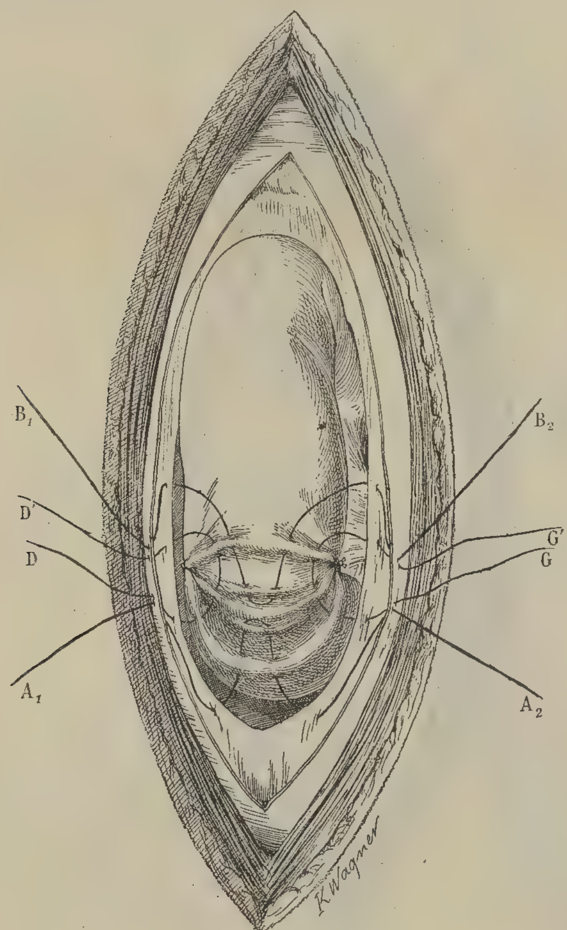


FIG. 5.

Huitième temps. — Pose des fils temporaires de soulèvement (fig. 6). — *Sur la crête du pli moyen*, je place de chaque côté et à une petite distance de la ligne médiane, deux fils tempo-

lequel s'ouvre la bouche... 4. Ce qui importe c'est la suspension verticale... et nous faisons une bouche presque horizontale... 5. La branche verticale est la branche de suspension, la branche oblique correspond à la bouche... 6. Nous les accolons verticalement pour les suspendre verticalement l'un à l'autre, et nous faisons la bouche comme nous pouvons : verticale, oblique, horizontale même. » Voilà six fois exprimée, sous des formes très voisines, cette même idée que, dans l'accolement vertical, nous faisons de la suspension et que la bouche voisine de la grande courbure a parfois peu de chose à voir avec cette suspension verticale. Il faut croire que nous n'avons pas encore assez insisté pour imprimer dans la mémoire la caractéristique du procédé, puisqu'un distingué chirurgien, qui avait évidemment compris notre article, mais qui ne l'avait pas relu depuis longtemps, croyait l'avoir appliqué en suturant l'intestin comme il est dit, verticalement de la petite à la grande courbure, puis en *fendant toute la hauteur* de la face postérieure de l'estomac. Le résultat a été très bon. S'il avait été mauvais, on nous accordera que notre procédé n'y aurait été pour rien.



FIG. 6.

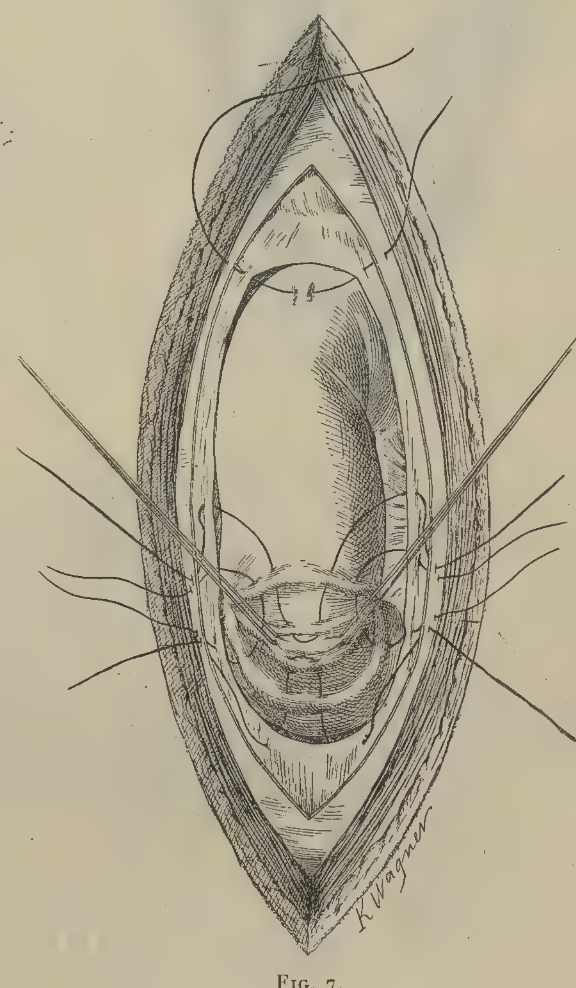


FIG. 7.

raires séro-musculaires que je repère avec des pinces. Il est nécessaire de *placer ainsi à l'avance* tous ces fils, *sans en lier un seul*, sans cela on ne verrait plus ce que l'on fait. Il importe de ne pas laisser fils et pinces *se mêler*, et de séparer par des compresses les pinces qui repèrent des fils non homologues.

Neuvième temps. — Suspension et fermeture péritonéale. — Avant de fermer le péritoine, il ne faut pas oublier de fermer la boutonnière épiploïque par laquelle sort l'anse intestinale, pour éviter la possibilité d'étranglement ultérieur. On pourrait fixer l'épiploon par quelques points à l'intestin. Pour économiser du temps, je voudrais éviter ces points complémentaires, *fermer l'orifice épiploïque, suspendre l'intestin et occlure le péritoine, le tout en même temps.*

Mais ici une petite difficulté s'élève. Si j'accole l'une à l'autre les deux lèvres épiploïques derrière le péritoine, l'intestin

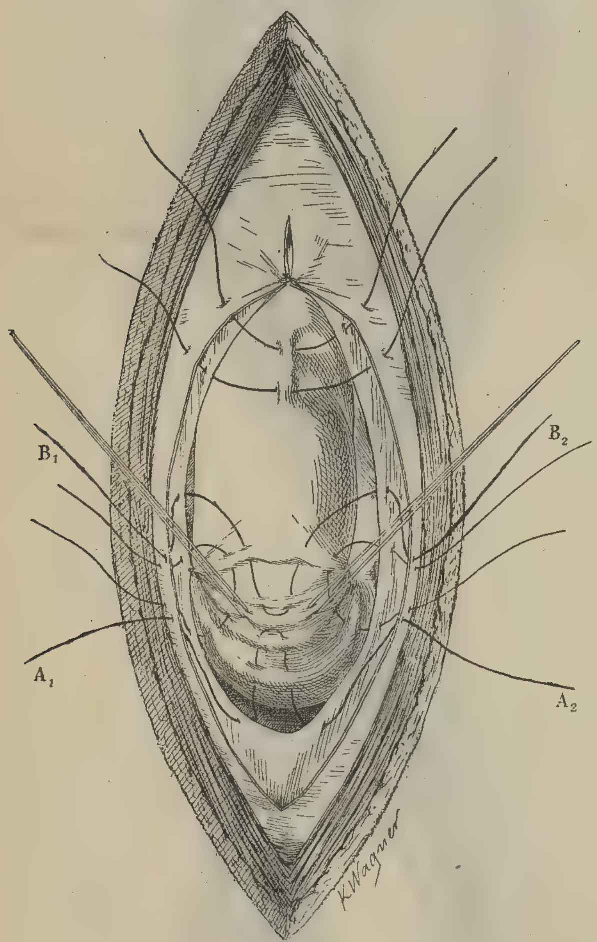


Fig. 8.

sera séparé de la cicatrice par un plan épiploïque continu, vite réparé; il ne prendra pas d'adhérences définitives, et la suspension deviendra bientôt nulle, bien que j'emploie des fils de soie non résorbables. Même après suture à la soie ou au fil de lin, on a vu parfois l'intestin ou l'estomac reprendre sa liberté. Voici comment j'arrive à réaliser mon triple but en éludant cette interposition épiploïque, cause d'insuccès d'adhérence.

Le point supérieur est un simple point en U destiné à fermer en haut l'orifice épiploïque (fig. 7).

Mais en passant les points suivants, *mon aiguille oublie* volontairement de prendre une des lèvres épiploïques; cet oubli est *régulier* et *alternatif* portant d'abord sur la lèvre droite, puis sur la lèvre gauche et ainsi de suite. Grâce à ce petit artifice, l'intestin sera en contact avec la cicatrice, et cependant l'orifice épiploïque sera suffisamment fermé (fig. 8).

Dans la plupart des cas, on devra mettre un fil de fermeture et de suspension inférieur pour éviter la coudure trop brusque de l'intestin *au-dessous* de la bouche. Ce fil n'est pas représenté sur la figure 8, mais la figure 9 le porte.

Je lie tous ces fils à mesure qu'ils sont posés, et quand tous sont placés, je serre les quatre fils cardinaux (A_1 A_2 etc.) de fixation de la bouche. Si les fils ont été bien disposés (si la distance A_1 B_1, A_2 B_2 n'excède pas 3 à 4 millimètres après ligature des fils latéraux D et G), le *pli intestinal moyen qui reste seul visible*, ne sera pas *tiraillé et étalé*, mais gardera la forme d'une *légère crête*. Tous les fils sont coupés, sauf les deux fils temporaires de soulèvement (voyez fig. 9).

Dixième temps. — Préparation des languettes sphinctériennes. — Sur les lèvres droite et gauche du grand droit sectionné, *juste à hauteur* de la bouche future et des fils de soulèvement qui l'indiquent, la sonde cannelée décolle une petite languette de fibres charnues, épaisse de 2 à 3 millimètres sur une hauteur d'un centimètre et demi au maximum.

Une pince, introduite de la superficie vers la profondeur, à gauche par exemple, *ramène de la profondeur* un des fils de soulèvement (le gauche); elle va à travers la boutonnière droite

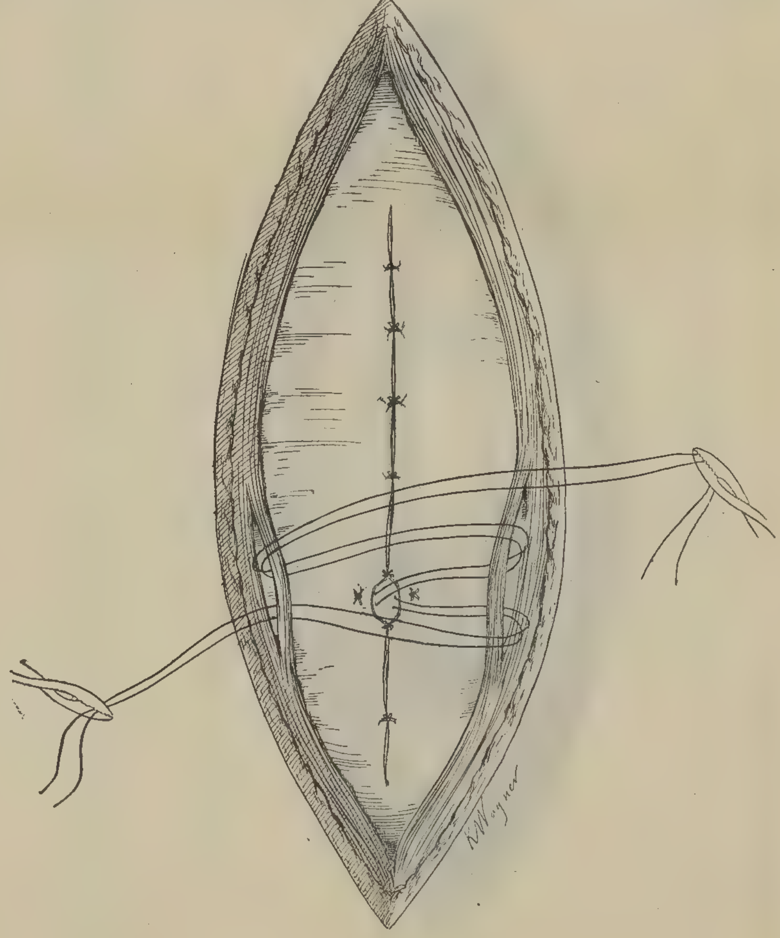


Fig. 9.

attirer le même fil et le *ramène encore de la profondeur vers la superficie*; elle repère le fil qu'on ne cherche pas à tendre, et est placée du côté de la plaie qui répond au fil (à gauche). Je fais ensuite les mêmes manœuvres pour le fil de soulèvement droit, en ayant bien soin de le ramener d'abord à travers la boutonnière gauche puis à travers la boutonnière droite, et de mettre la pince à droite de la plaie. Ainsi *les deux fils* suivent *un trajet parallèle*, traversent les boutonnières de la profondeur vers la superficie, ne se croisent pas, et peuvent toujours être distingués l'un de l'autre (fig. 9). Ces manœuvres sont beaucoup plus vite exécutées qu'expliquées. Il importe de laisser ces fils lâches, de ne pas tirer sur eux, ils décolleraient plus largement les languettes musculaires aux dépens peut-être de leur vitalité, de leur innervation.

Onzième temps. — Fermeture de la paroi. — Je ferme la paroi au-dessus et au-dessous de la bouche, en un plan ou en deux plans, comme il me plaira, je pratique en tout cas un bon accolement des deux lèvres du muscle droit. Quand les sutures sont finies, je tire doucement sur les deux fils de suspension. Il est aisé de voir que la languette musculaire gauche va passer à droite, que la droite passera au-dessus, puis à

gauche, sans tiraillement aucun : *les deux boutonnières n'en forment plus qu'une (véritable sphincter)*, par lequel sortent les deux fils de soulèvement, montrant *la crête transversale du pli moyen.*

Douzième temps. — Ouverture de l'intestin. — Faisant fixer et élever légèrement ce pli par traction sur les fils de soulève-

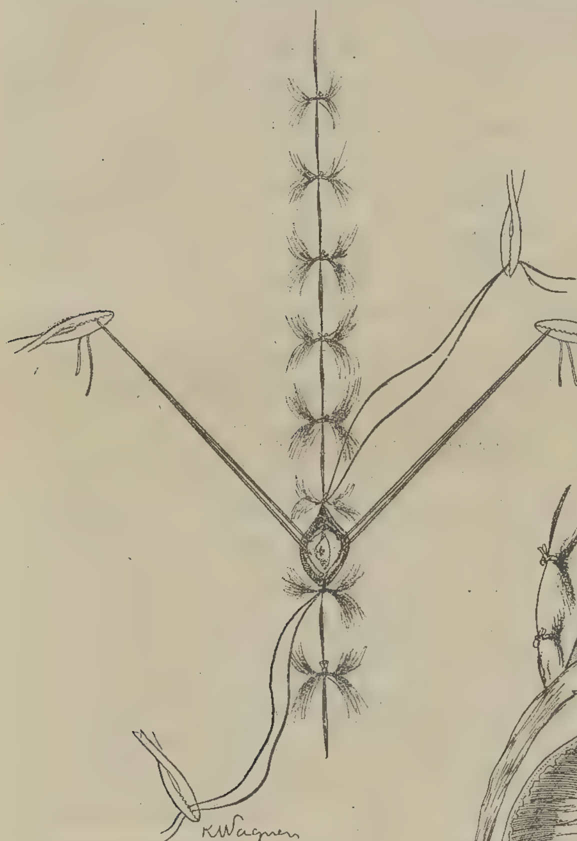


Fig. 10.

ment, à égale distance des deux fils par un coup de bistouri très léger, et long de 3 millimètres à peine, j'*éraille le péritoine*, m'appliquant à effleurer seulement les fibres musculaires; avec la sonde cannelée, donnant de petits coups dans tous les sens, je *dissocie et repousse ces fibres musculaires*, très délicatement jusqu'à ce que je sois arrivé dans un *plan décollable*, la sous-muqueuse. Je puis alors soulever avec une pince à disséquer la muqueuse qui se laisse attirer grâce à la laxité de la sous-muqueuse à travers la boutonnière sous-musculaire. Ce petit *cône muqueux évaginé*, je le traverse d'un fil de catgut (1), du côté gauche par exemple (point marqué d'une croix sur la figure 10), le soulevant et le fixant avec une pince du côté droit, je l'ouvre par une petite ponction faite à la pointe du bistouri.

Treizième temps. — Fixation de la muqueuse à la peau avec torsion (fig. 11, échelle double des autres). — Je passe un fil de catgut du côté droit de la petite bouche ; je retire les fils temporaires de soulèvement et l'orifice étroit séro-musculaire, *non fixé à la paroi*, va retomber dans la profondeur et *étreindre la base du petit cône muqueux évaginé.* Je passe un des chefs du *fil gauche* de la profondeur vers la superficie à travers la *lèvre cutanée droite.* Je fais de même pour le fil droit qui va traverser la lèvre cutanée gauche. Quand je vais serrer ces fils, le cône de muqueuse évaginé *se tordra d'une demi-circonférence.*

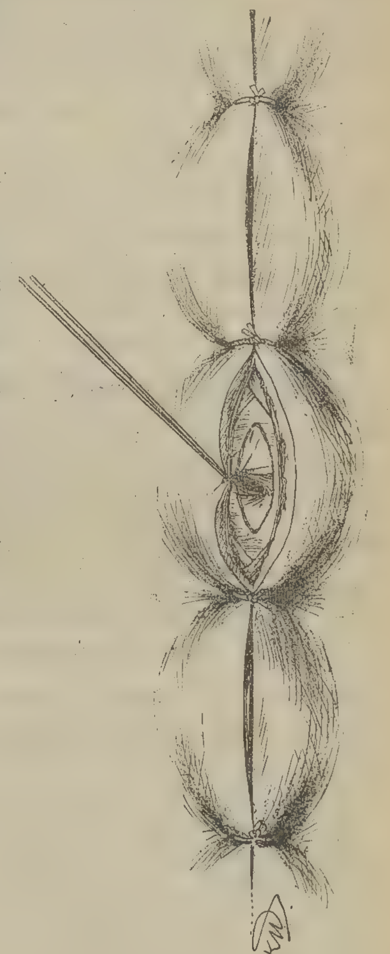


Fig. 11.



Fig. 12.

Je place un point en U supérieur et un autre inférieur, réunissant les lèvres cutanées droite et gauche et le cône muqueux. J'ai soin de placer ces points en

(1) Jusqu'à maintenant toutes les sutures ont été faites à la soie.

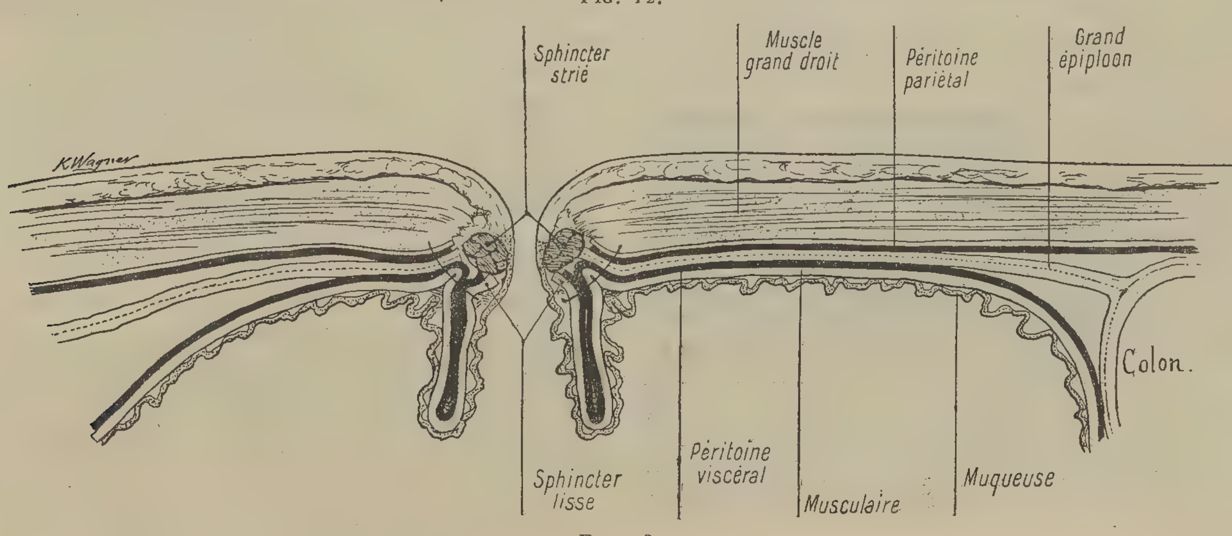


Fig. 13.

U, *tout près des points latéraux* et non pas à distance, pour agrandir le moins possible le cône muqueux.

J'ai emprunté cette idée de la torsion de la muqueuse à la Gersuny, à M. Tuffier (1), qui l'a pratiquée au cours d'une duodénostomie qui fut d'ailleurs insuffisante. Je ne crois pas que la cause en ait été la torsion de la muqueuse. C'est le seul point des divers temps de mon procédé qui ne me soit pas absolument personnel.

La figure 12 représente le résultat cavitaire de l'opération, après ouverture latérale de l'intestin. On voit que le triple plissement de l'intestin a amené sans rétrécissement, mais plutôt avec élargissement de son calibre, la formation de *deux valvules* fortement saillantes, séparées par une *profonde vallée* au fond de laquelle s'ouvre par un *trou étroit* et noir, l'orifice cutané. La forme de cet orifice infundibulaire et bivalve me permet de baptiser mon procédé de *bivalvulaire* ou *mitral*.

Sur une coupe passant par l'orifice (fig. 13), on voit mieux la disposition valvulaire, et mieux encore les *agents d'occlusion de l'orifice cutané*. La torsion de la muqueuse n'est point représentée, ni les plis spiroïdes qu'elle donne ; d'ailleurs persistent-ils ces plis? Je ne saurais l'affirmer ; c'est là un facteur d'occlusion passive et mécanique, auquel je n'attache que peu d'importance. Il y a mieux : cet orifice est *sphinctérien*. Il a même un double sphincter : *sphincter lisse*, dû au respect de la couche musculaire lisse de l'intestin, dont les fibres ont été écartées; *sphincter strié*, qu'on voit en coupe, formé par les languettes musculaires entrecroisées des bords du droit (2).

Comment fonctionnera l'appareil valvulaire? Faudra-t-il une forte pression pour appliquer les valvules l'une contre l'autre ? Je ne le crois pas. Voici à mon avis quel sera le jeu des valvules.

Au repos, je crois que les valves ne doivent pas pendre verticalement comme sur la figure 13 (elles seraient horizontales, sur le malade debout), mais doivent se toucher par leur bord libre; l'évagination de la muqueuse et sa traction vers la peau doivent amener un tiraillement dans la sous-muqueuse qui tend à *rapprocher les faces axiales* des deux valves.

Dans la contraction intestinale, le jeu de l'appareil doit être complexe. La *pression intestinale* doit tendre *passivement* à accoler les deux valves l'une contre l'autre. La *contraction* des tuniques musculaires agit *activement* sur elles, mais de façons diverses. La contraction en masse doit *raccourcir* la hauteur des valves, en augmentant un peu leur épaisseur. Ce *boursouflement* doit s'accompagner d'un *plissement* de la muqueuse dont les plis *engrénés* jouent peut-être un certain rôle occlusif. Dans la *contraction péristaltique*, à cause de la suture qui solidarise toute la racine de la valvule avec la tunique musculaire et en particulier avec les fibres longitudinales de la partie sus-jacente de l'anse, je crois que la contraction de ces dernières fera *basculer comme un auvent la valvule supérieure* autour de sa racine comme charnière, et l'appliquera sur la valve inférieure qui ne me semble pas devoir bouger, à ce moment du moins. Dans les *contractions antipéristaltiques*, les mêmes phénomènes devront se passer, mais en sens inverse.

Je crois donc que l'*appareil valvulaire* a un jeu utile dans la continence de la fistule, mais je pense que le principal rôle revient au *double sphincter, lisse et strié*.

Mais, me dira-t-on, ces raisonnements sont tout théoriques ; un bon résultat pratique avec suites éloignées vaudrait beaucoup mieux. J'en conviens, mais je dois avouer que je n'ai pas employé ce procédé de jéjunostomie sur l'homme. D'abord je ne dispose point d'un service d'hôpital. De plus, les indications de l'opération sont assez rares ; je signale à ce propos les indications ordinaires ou peu connues : cancer d'estomac quand la gastro-entérostomie est impossible (on sait que Maydl préfère par principe la jéjunostomie aux autres opérations palliatives) ; Eiselsberg, Quénu et d'autres l'ont appliquée à l'ulcère de l'estomac, sans complication [Brasseur (1)] ou avec perforation (Lempp), Baudouin (2) l'a proposé dans l'ulcère du duodénum traitement qui s'est peu répandu en France. Les Allemands, Lejars, Monprofit (3) l'ont pratiquée dans des gastrites ulcéreuses. Elle est recommandée dans les brûlures récentes par ingestion caustique (Eiselsberg, Cackovic), bien que Letorey (4) ait tout récemment défendu la pylorostomie; et dans les sténoses pyloriques, suites de brûlures, quand elles s'accompagnent de rétrécissements de l'œsophage (Eiselsberg, Hahn, Karawescki, Maydl, Lempp, Lejars) ; dans les périgastrites [Lempp]. Friederichs (5) la conseille comme opération préliminaire à la résection de l'estomac. Bastianelli (6) l'a récemment exécutée pour une stomatite très grave empêchant absolument la déglutition. Brunon et Jeanne (7) l'ont proposée comme traitement des vomissements incoercibles de la grossesse, proposition qui a soulevé une énergique protestation de Martin (8) et une timide approbation de Deshayes (9).

Ne pouvant pratiquer mon procédé sur l'homme, j'ai essayé de l'appliquer aux animaux. Je me suis adressé au *chien*. Malheureusement son intestin n'est pas comparable au nôtre ; ses tuniques musculaires sont beaucoup plus épaisses, et il n'a pas de sous-muqueuse décollable. La fistule, dans laquelle j'avais mis un petit bout de drain a été continente. Elle était même oblitérée, malgré les sutures muco-cutanées que j'avais tenté de faire, quand j'ai tué le chien, cinq mois après l'opération. J'ai constaté à l'autopsie la présence du double pli cavitaire, sans rétrécissement de la lumière intestinale; ces plis épais ne ressemblent en rien aux valvules souples que doit donner l'accolement des tuniques intestinales de l'homme. Entre les deux saillies transversales, existait une vallée, plus profonde en un point, sous forme d'un diverticule assez étroit. Je ne puis pas conclure du chien à l'homme au point de vue du fonctionnement des valvules. Ce que je puis affirmer en tout cas, c'est que le *procédé semble donner une fistule très continente et qu'il ne rétrécit pas la lumière de l'intestin.*

J'en suis donc arrivé au point où j'en étais avant l'exposé de mon procédé de jéjunostomie, qui est *transépiploïque*, *bivalvulaire ou mitral* et *sphinctérien avec suspension verticale et torsion de la muqueuse* Et je le classe à côté des procédés que j'ai reconnus être *fonctionnellement parfaits*. Fonctionnellement, il vaut donc les procédés en Y et en Ω, tandis que les autres procédés de jéjunostomies latérales sont inférieurs à ces derniers.

Mais je crois qu'il leur est *supérieur* : beaucoup moins compliqué, il est beaucoup plus rapidement exécuté. La description que j'en ai donnée est longue, parce que j'ai insisté sur les moindres détails de la technique, mais comptez mes points de suture. J'en ai quatre de suture muco-cutanée, quatre de fixation, quatre ou cinq de suspension; mon double système de sphincter est obtenu sans suture en quelques minutes. C'est un procédé *rapide*, beaucoup plus vite exécuté que tous ceux qui nécessitent une anastomose intestinale. Il peut, j'en suis sûr, soutenir la comparaison avec les procédés en apparence plus simples de Montaz-Terrier, d'Eiselsberg, de Kader, surtout si l'on ajoute à ceux-ci la suspension verticale, comme je le crois utile et comme je l'ai proposé plus haut.

---

(1) Tuffier. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1904, p. 196.

(2) Si on pratiquait la jéjunostomie par laparotomie médiane, il faudrait ouvrir la gaine des deux muscles droits, et séparer une languette de leurs bords internes : dans ce cas, les languettes proviendraient de deux muscles différents et non de portions divisées d'un même muscle.

---

(1) Brasseur. *De la jéjunostomie et principalement de la jéjunostomie en Y au cours de l'ulcère de l'estomac en activité*, Th. de Lille, 1905-1906, n° 17.

(2) Baudouin. De la jéjunostomie en Y dans les hémorragies duodénales, *Gaz. méd. de Paris*, 4 juin 1904, n° 23, p. 265.

(3) Monprofit. La jéjunostomie en Y dans la gastrite ulcéreuse, *Revue de gynécol. et de chir. abdominale*, n° 5, 1904, p. 802.

(4) Letorey. *Traitement chirurgical d'urgence des brûlures de l'estomac*, Th. de Lyon, 1905-1906, n° 152.

(5) Friederichs. Th. inaugurale, Kiel 1904, analysée in *Centralb. f. Chir.*, n° 17, 29 avril 1905, p. 476.

(6) Bastianelli. Di una nuova indicazione alla digiunostomia temporaria. Modificazione alla technica della digiunostomia temporaria ad Y, alla Maydl, *Il Policlin.*, 22 avril 1906, fasc. XVI (sezione pratica), p. 513.

(7) Brunon et Jeanne. Le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par la jéjunostomie, *Bull. méd.*, 14 juillet 1906, n° 55.

(8) Martin. *Revue méd. de Normandie*, 25 juillet 1906.

(9) Deshayes. *Normandie méd.*, n° 17, 1er sept. 1906, p. 415.

D'ailleurs on pourrait au besoin scinder ce procédé personnel, qui donne à la fois un double sphincter et une valvule double et à tous les procédés, ajouter avec avantage, et sans perte de temps, le système du double sphincter, si on ne croit pas à l'utilité et au jeu théorique de la valvule mitrale si simplement obtenue cependant.

Mon procédé personnel donne un trajet fistuleux entièrement tapissé d'épithélium muqueux et cutané. C'est une garantie de durée pour la fistule, et par lui, on devra obtenir toujours une *fistule permanente* (1). Les divers procédés qui laissent la muqueuse séparée de la peau par un *trajet cicatriciel* ou un *trajet péritonéal* (Surmay, Eiselsberg, Kader), sont exposés au rétrécissement progressif et même à la fermeture spontanée. Ceci est un avantage, si on veut une *fistule temporaire*; mais dans ces cas, quand on ne fait pas porter au malade une sonde en permanence, la fistule se ferme parfois plus vite qu'on ne voudrait, et cela devient un inconvénient.

Certains auteurs ont signalé non seulement des *rétrécissements* qu'il faut dilater [Reclus (2)], au risque de *dépasser les limites de la continence* [Delbet (3)], mais une *occlusion totale et imprévue, du jour au lendemain*, par expulsion accidentelle de la sonde (Brunon et Jeanne, c'est le procédé d'Eiselsberg qu'ils avaient employé). Je crois qu'on éviterait tous ces ennuis, petits et grands, par mon procédé qui a tous les avantages des fistules permamentes, et qui par la continence qu'il assure, en évite tous les inconvénients.

Je pense d'ailleurs qu'on pourra, précisément *à cause de cette continence*, obtenir *quand on le voudra* et le plus simplement du monde, sans opération laborieuse, la *fermeture* de ce trajet muco-cutané absolument sec; une *thermocautérisation* détruisant l'épithélium tout autour du trajet dans sa portion sus-sphinctérienne suffira. Si M. Quénu (4) n'a pu obtenir par cautérisation la fermeture d'une fistule jéjunale incontinente, la cause en était dans l'incontinence même : les sucs s'écoulant par la fistule, n'en digéraient que mieux la paroi après avivement au thermo; il n'en aurait certainement pas été de même d'un *trajet épithélial sec*, et c'est ce que donne mon procédé; dans ce cas, supprimez l'épithélium, et vous obtiendrez la fermeture du trajet.

Mes conclusions seront les suivantes :

1° Parmi les diverses jéjunostomies, il faut abandonner les procédés à anastomose complémentaire, bien qu'ils soient fonctionnellement satisfaisants, et donner la préférence aux *procédés simples et rapides améliorés* ;

2° Je crois qu'on *améliorerait les résultats* des procédés simples classiques (pris parfois en défaut) en les *modifiant* comme je l'ai proposé, *adjoindre à tous la suspension verticale qui supprime l'obstacle du bord mésentérique*; *remplacer dans le Kader la suture longitudinale qui rétrécit par la suture transversale qui élargit*;

3° Dans ces mêmes procédés simples, on pourra assurer d'une façon complète *la continence de la bouche*, par la constitution du *double sphincter strié et lisse*, créé très simplement, suivant la technique que je propose (applicable surtout au procédé muco-cutané de Montaz-Terrier);

4° Le procédé personnel complet de jéjunostomie que j'ai décrit, *transépiploïque, bivalvulaire et bisphinctérien avec suspension verticale et torsion de la muqueuse*, présente le *maximum des garanties* à tous points de vue ; il est d'une exécution *très rapide*, *très facile* et *très sûre*, si on observe tous les détails de technique que j'ai précisés;

5° Ce procédé me semble le procédé de choix pour les *jéjunostomies permanentes*. Je le conseille aussi pour les *jéjunostomies temporaires*, le trajet muco-cutané sec qu'il doit donner, s'oblitérera dès qu'une thermocautérisation attentive aura détruit circulairement l'épithélium au voisinage de l'orifice cutané.

---

(1) On ne retiendra pas contre lui la fermeture spontanée chez le chien, le défaut de sous-muqueuse ayant empêché la muqueuse de s'évaginer comme elle aurait dû le faire : la suture muco-cutanée n'avait pu, de ce fait, être satisfaisante.

(2) Reclus. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1906, p. 545 (gastrostomie).

(3) Delbet. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1906, p. 545 (gastrostomie).

(4) Quénu. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1906, p. 601.

FORMULAIRE

BOUILLON VÉGÉTAL

Faire bouillir trois heures, dans 3 litres d'eau, 30 grammes ou une cuillerée à soupe de :

Blé,
Orge perlé,
Maïs concassé,
Haricots, Lentilles, Pois } bruts ou décortiqués.

Ajouter à la fin 5 grammes de sel, passer. Il doit rester 1 litre. (J. Comby. *Presse méd.*)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLV, n° 23, 6 déc. 1906.) Pierre Janet : Les symptômes principaux de l'hystérie (*suite*). — F. B. Lund et W. C. Howe : Remarque sur deux cas de rupture du foie avec les observations (2 fig.). — Joshua C. Hubbard : Rupture incomplète du foie. — John Lovett Morse : Rapport de la « commission pour l'étude du lait » de la Société médicale du district de Suffolk. — (N° 24, 13 déc.) E. W. Taylor et Edward A. Lindström : Expérience sur le traitement du tabes par les exercices de la recoordination (avec 10 fig.). — Walter Channing : L'entraînement physique des jeunes filles dans l'Ecole supérieure de Brookline (Mass.). — William H. Potter : Examen des dents des enfants dans les écoles publiques. Rapport sur l'examen à ce point de vue de 700 élèves de l'École de grammaire de Brookline (Mass.). — Robert G. Loring : Rapport sur l'examen des yeux de 420 enfants des écoles de la ville de Brookline. — D. Harold Walther : Examen du nez et des oreilles des élèves des écoles.

Semaine médicale. — (N° 52, 26 déc. 1906.) Cheinisse : La rubéole est-elle toujours bénigne? — Sakorraphos : Comment on doit former les néologismes médicaux dérivant du grec.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 50, 16 déc. 1906.) Chyser : Maladies professionnelles en relation avec les accumulateurs. — Reniete : Contribution à l'étude de la prostatectomie transvésicale.

Tribune médicale. — (N° 49, 22 déc. 1906.) Lhermitte : Sur une forme particulière de myopathie sénile.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 50, 13 déc. 1906.) Eiselberg : Sur la plastique dans l'ectropion de la mâchoire inférieure. — Hacker : Plastique de la muqueuse et des cartilages dans la sténose de la trachée à la suite de sclérome. — Kader : Technique de l'opération radicale des hernies crurales. — Rydygier : Nouveau procédé pour la ligature du tronc brachiocéphalique artériel, et éventuellement du commencement de l'artère sous-clavière. — Schloffer : Hydronéphrocystanastomose dans l'hydronéphrose d'un rein solitaire. — Wölfler : Traitement de l'actinomycose. — Riedl : Sur la luxation isolée du scaphoïde de la main. — Schweinburg : Un cas d'étranglement isolé d'appendices épiploïques non pédiculés.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Relations entre Paris et la Côte d'Azur. — Pendant la saison d'hiver 1906-1907, la Cie P.-L.-M a remis en marche :

Les trains rapides de jour (Côte d'Azur Rapide), Paris-Nice en 13 h. 50;

Les trains rapides de nuit (trains 17 et 18), Paris-Nice en 15 h.

Nombre de places limité.

Pour plus de détails, consulter le Livret-Guide Horaire P.-L.-M.

N° 5. — SAMEDI 12 JANVIER 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 12 JANVIER 1907. — N° 5.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — PATHOLOGIE INTERNE ET MÉDECINE LÉGALE. — *Epreuve orale de trois quarts d'heure.* — Séance du 9 janvier 1907. — M. Salomon (de Paris) : « Complications de la coqueluche. » — M. Lortat-Jacob (de Paris) : « Asthme essentiel. » — M. Pallasse (de Lyon) : « Kystes hydatiques du poumon. »

Séance du 10 janvier. — M. Apert (de Paris) : « Muguet. » — M. Cade (de Lyon) : « Syphilis du foie. » — M. Ribierre (de Paris) : « Formes cliniques de la méningite tuberculeuse. »

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Pathologie.* — Séance du 9 janvier 1907 : MM. Glénard et Roudinesco, 11 ; Brac, Charrier et Delapchier, 10 ; Bellin du Coteau et Pakowski, 9 ; Boucaut, Brüker et Paris, 8.

MM. les candidats sont instamment priés d'être présents à l'appel qui se fait au début de chaque séance ; ceux qui ne répondraient pas sont considérés comme renonçant au concours à moins de fournir une excuse reconnue valable par le jury.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — Un concours s'ouvrira, le 15 juillet 1907, devant la Faculté mixte de médecine de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine de Limoges.

— REIMS. — Un concours s'ouvrira, le 22 juillet 1907, devant l'École supérieure de pharmacie de l'Université de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de ces deux concours.

Ier CONGRÈS FRANÇAIS DE STOMATOLOGIE. — Un Congrès de stomatologie, qui portera le nom de Ier Congrès français de stomatologie, se réunira à Paris du 1er au 5 août 1907.

Le Comité d'organisation de ce Congrès a formé son bureau de la façon suivante :

MM. les docteurs Galippe et Redier (de Lille), présidents d'honneur ; Cruet, président ; Claude-Martin (de Lyon) et J. Ferrier, vice-présidents ; Chompret, secrétaire général ; Gires, trésorier.

Le Congrès sera ouvert à tous les médecins français et étrangers s'intéressant aux maladies de la bouche et des dents.

Les adhésions et communications doivent être adressées au secrétaire général, docteur Chrompret, 182, rue de Rivoli.

SOCIÉTÉ VÉGÉTARIENNE DE FRANCE. — Une conférence-causerie faite par le docteur Pauchet sur l' « Education et la culture physique de l'enfant » aura lieu le 19 janvier 1907, à huit heures et demie du soir, à la Société des agriculteurs de France, 8, rue d'Athènes. La réunion est publique.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts). — COURS DE 1907 (7e ANNÉE). — *Psychologie des dégénérés et des atypiques.* (M. le docteur Binet-Sanglé, professeur.) — Objet du cours : Jésus de Nazareth. Les samedis à cinq heures et demie à partir du samedi 12 janvier.

Anatomie et psychologie comparées. (M. E. Caustier, agrégé de l'Université, professeur.) — Objet du cours : La vie sociale des plantes et des bêtes. La loi de l'entraide, facteur de l'évolution. Les mercredis à cinq heures, à partir du mercredi 17 janvier.

Psychologie des animaux. (M. Lépinay, professeur.) — Objet du cours : Les méthodes de dressage ; utilisation de l'intelligence et de l'instinct. Les mercredis à cinq heures et demie, à partir du mercredi 17 janvier.

Psychologie musicale. (M. le docteur R. Pamart, professeur.) — Objet du cours : La psychologie des grands maîtres et le caractère de leurs œuvres. Les vendredis à cinq heures, à partir du vendredi 17 janvier.

Psychologie et morale sexuelles. (M. le docteur Mayoux, professeur.) — Objet du cours : L'éducation des sexes. Les mardis à cinq heures, à partir du mardi 15 janvier.

HORAIRE DES COURS. — A cinq heures : Les lundis et jeudis,

M. Bérillon ; les mardis, M. Mayoux ; les mercredis, M. Caustier ; les vendredis, M. R. Pamart ; les samedis, M. P. Farez.

A cinq heures et demie : les lundis et jeudis, M. P. Magnin ; les mardis, M. F. Régamey ; les mercredis, M. Lépinay ; les vendredis, M. L. Dauriac ; les samedis, M. Binet-Sanglé.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 11, nov. 1906.) LESSELIERS : Contribution à l'étude du lichen scrofulosorum. — LASSUEUR : Contribution à l'étude de la trichorrexie noueuse. — DE BEURMANN et GOUGEROT : Les sporotrichoses hypodermiques.

Écho médical du Nord. — (N° 51, 23 déc. 1906.) Jules LOOTEN : Du mode de terminaison des artères cérébrales (*suite*). — (N° 52, 30 déc.) CARLIER : A propos de l'ectopie testiculaire. — BACHMANN : Considérations sur la pathogénie du genu recurvatum dans la coxalgie. Influence des contractures (*suite.*)

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 51, 23 déc. 1906.) E. GINESTOUS : La prophylaxie de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés à Bordeaux (étude historique et critique). — LABORDERIE : Sur un cas de pleurésie terminée par la mort rapide. — (N° 52, 30 déc.) SABRAZÈS et MURATET : Contribution à l'étude du sang et du liquide céphalo-rachidien dans la maladie des chiens. — E. GINESTOUS : La prophylaxie de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés à Bordeaux (*fin*). — DUVERGEY : Deux cas d'appendicite à forme toxi-infectieuse rare.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 51, 23 déc. 1906.) DE NABIAS : Recherche rapide de l'urobiline dans les selles. — VERGELY : Maladie de Dupuytren et tuberculose. — (N° 52, 30 déc.) BOURSIER : A propos d'un cas de déchirure complète du périnée.

Journal des praticiens. — (N° 51, 22 déc. 1906.) Emile SERGENT : A propos d'un cas de pneumopathie syphilitique. — SIREDEY : Traitement des métrites (*fin*). — HUCHARD et BERGOUIGNAN : Le « Heart-Block » ou bloquage du cœur. — (N° 52, 29 déc.) DEBOVE : Tétanos fruste. Sérothérapie. Guérison. — ROCHON-DUVIGNAND : De la protection de l'œil par la suture des paupières à la suite des traumatismes du crâne et de la face. — HUCHARD et BERGOUIGNAN : Le « Heart-Block » ou bloquage du cœur (*suite*).

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 52, 29 déc. 1906.) DELASSUS et REDIER : Sarcome à myéloplaxes du maxillaire supérieur. Résection de l'os. Ligature provisoire de la carotide primitive. — DERVAUX : Mono-arthrite du poignet consécutive à une métrite purulente puerpérale. Guérison des deux lésions.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 51, 20 déc. 1906.) MARIQUS : Melæna des nouveau-nés. — A. VAN LUIT : La pratique ophtalmologique.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 12, 25 déc. 1906.) DESTARAC : Guérison du cancer par les rayons X.

Lyon médical. — (N° 49, 9 déc. 1906.) Paul PHILIPPE : Ionisation. Electrolyse médicamenteuse. — (N° 50, 16 déc.) R. LÉPINE : Sur la symptomatologie de l'intoxication nicotinique aiguë. — J. COURMONT : La remise en eau des étangs des Dombes. — (N° 51, 23 déc.) LECLERC, LESIEUR et MOURIQUAND : L'endocardite infectieuse à évolution lente et prolongée avec quatre observations personnelles. — (N° 52, 30 déc.) LANNOIS et DURAND : Un cas de tumeur des méninges rachidiennes. — CHAVIGNY : Tumeurs des méninges médullaires.

Marseille médical. — (N° 24, 15 déc. 1906.) PÉNAUD et J. LIVON : Sur un cas de filaria loa. — RISS : Curetage ou curage digital. — BERNEX : Papillome de la luette.

Medical Record. — (Vol. LXX, n° 21, 24 nov. 1906.) V. F. MARSHALL : Rapport sur cent laparotomies ; avec quelques observations générales et une remarque spéciale pour l'appendicite. — Clarence RICE : Traitement du cancer du larynx par les injections hypodermiques d'extrait pancréatique (trypsine) ; guérison d'une tumeur présumée carcinomateuse. — James PEDERSEN : Traitement de l'hypertrophie prostatique. — J. A. STUCKY : Quelques symptômes mentaux dus aux affections des sinus accessoires du nez. — Egerton CANNADAY : Valeur diagnostique de la cystoscopie et du cathétérisme uretéral. — (N° 22, 1er déc.) Franz TORCH : Traitement de la péritonite diffuse consécutive à l'appendicite. — John ROOSA : Mise en connexion des hôpitaux avec les écoles de médecine. — J. LUMBARD : Plus d'éther, moins de chloroforme. — Carl LÉO-WOLF : Un facteur important dans l'étiologie et le traitement d'un grand nombre de troubles dits fonctionnels. — GOODMAN : La fièvre quinique. — Fred Lange ZIEGEL : Un cas de perforation du voile du palais due à la syphilis tertiaire ; staphylorraphie. — (N° 23, 8 déc.) W. J. MORTON : Trypsine dans le traitement du cancer. — Beverley ROBINSON : Un cas de bronchite, avec remarques sur la toux. — W. DIEFFENBACH : Observations sur l'étiologie du cancer. — Frank STITES : Importance du diagnostic précoce dans le traitement des manifestations épileptiques. — Ch. Mallory WILLIAMS : Résultats récents de la radiothérapie dans l'épithélioma cutané. — Charlton WALLACE : Quelques facteurs étiologiques de la tuberculose osseuse chez les enfants. — R. JOHNSTON : Sarcome des fosses nasales. — (N° 24, 15 déc.) Major Charles EWING : La lèpre telle qu'on l'observe aux Philippines. — Herbert Maxon KING : Valeur du sanatorium dans la lutte antituberculeuse. — Joseph WIENER : Prostatectomie dans le diabète. — William Burgess CORNELL : Rôle de la suggestion dans la thérapeutique. — REISSMAN : La gastroptose dans ses rapports avec l'hyperchlorhydrie. — (N° 25, 22 déc.) B. SACHS : Quelques notes sur le diagnostic et les résultats du traitement chirurgical dans les tumeurs du cervelet. — James GARDNER : Urétrite chronique ; une méthode de traitement perfectionnée. — Ch. NAMMACH : Traitement de la grippe. — Fred. SOUDERN : Valeur des variations leucocytaires en gynécologie et dans la chirurgie abdominale. — KIRBY : La clinique psychiatrique à Munich avec note sur quelques méthodes de psychologique clinique. — Chittenden HILL : Prurit anal.

Province médicale. — (N° 49, 8 déc. 1906.) R. LÉPINE : Cinq cas de diabète sucré. — (N° 50, 15 déc.) H. FOLET (de Lille) : Restauration ostéogénique de phalangette. — A. BOQUEL (d'Angers) : Un cas d'accouchement triple. Considérations sur la conduite à tenir. — (N° 51, 22 déc.) Paul SNYERS : Maladie d'Adam-Stokes. — POROT et THÉVENET : Tumeur du trou occipital (goitre métastatique) ; compression du bulbe. — (N° 52, 29 déc.) PUECH : Appendicite et grossesse. — CARLES : La liqueur d'absinthe devant la Société de médecine de Bordeaux. — L. BÉRARD et P. CAVAILLON : Enorme tumeur à tissus multiples sous-mésentériques. Extirpation ; plaie latérale de l'aorte abdominale réparée par enfouissement des bords après ligature temporaire du vaisseau.

(Voir la suite, p. 58.)

REVUE GÉNÉRALE

LES OSTÉITES TUBERCULEUSES DES OS LONGS
DE LA MAIN ET DU PIED
SPINA VENTOSA

Par MM. Georges PETITJEAN et André CHALIER,
Internes des hôpitaux de Lyon (1).

I

Historique. Définition. Pathogénie. — Certains auteurs rapportent que la maladie décrite actuellement sous le nom de spina ventosa fut signalée par les médecins de l'antiquité (Hippocrate, Celse, etc.). Sans aller aussi loin, il nous faut cependant remonter à une époque assez reculée pour trouver l'origine de ce terme, consacré par l'usage, et pour en comprendre exactement la première signification.

Vers l'an 850, un médecin persan, Rhazès, décrivit une affection des os caractérisée par un début aigu, douloureux, faisant penser à la piqûre d'une épine, et par un gonflement consécutif de l'os, gonflement produit par un souffle malin inconnu. Il l'appelait « rhik alschukah ».

Ce terme fut traduit en latin sous les noms de : *flatum* ou *ventum spineum*, *spinæ ventositas*. Le mot de *spina ventosa* fut employé, pour la première fois, en 1550, par Nicolas Massa, lequel d'ailleurs, restant fidèle à la théorie arabe, englobait sous une telle dénomination toutes les tuméfactions douloureuses du tissu osseux.

La thèse d'Augustin (*Spina ventosa ossium*, 1717), le travail de Marc-Aurèle Séverin (1724) méritent à peine une mention.

En 1750, Duvernay, par ses études sur la moelle osseuse, est amené à une conception nouvelle : le premier, il considère le spina ventosa comme une lésion de la moelle osseuse; il lui attribue, d'autre part, le plus souvent une origine syphilitique.

J.-L. Petit lui-même, en 1785, ignorant encore la véritable nature de la maladie qu'il explique par les mots vagues de carie et d'exostose, a cependant le mérite d'incriminer le périoste, mais il le rend seul responsable, et ne tient aucun compte du rôle de la moelle établi par Duvernay.

Son élève, J.-B. Vandenzande, plaçant encore les lésions dans le périoste, et les considérant toujours comme d'origine syphilitique, établit une louable distinction entre le spina ventosa et beaucoup d'autres affections primitivement confondues sous la même étiquette (carie, exostoses, périostoses, ostéostéatomes, ostéosarcomes, gonflements scrofuleux, rachitiques, etc.).

Toutefois il faut arriver au XIXe siècle, pour voir le cadre des maladies désignées sous le nom de spina ventosa se restreindre de plus en plus, et pour acquérir une notion pathogénique exacte.

A ce titre, Boyer fait faire un grand pas à la question. Rejetant complètement la théorie de la nature syphilitique du spina ventosa, il l'attribue uniquement au « vice scrofuleux », le considère anatomiquement comme une médullite, et le différencie cliniquement d'autres lésions osseuses, en particulier de l'ostéosarcome.

Entre temps, sous l'impulsion des travaux de Laënnec, Delpech (1816) attirait l'attention sur la tuberculose osseuse, et démontrait, en se basant sur la clinique et l'anatomie pathologique, la nature tuberculeuse de certaines ostéites, le mal de Pott par exemple. Mais il était surtout réservé à Nichet (1835) et à Aug. Nélaton (1836) de soutenir une pareille théorie, et d'affirmer, notamment en ce qui concerne le spina ventosa, l'existence réelle de la tuberculose osseuse.

Ces idées de Nélaton, défendues et développées par Bérard (1840), furent encore rejetées par Volkmann en Allemagne (1865) par Lannelongue et Gœtz en France (1877). La thèse de ce dernier, toutefois, mérite une mention spéciale, car elle constitue le premier travail fondamental sur la question, telle à peu près que nous la comprenons actuellement. Il définit, en effet, le spina ventosa comme étant « une maladie propre aux enfants plus ou moins entachés de scrofule, se manifestant presque exclusivement sur les os longs du pied et de la main, et caractérisée par une intumescence à marche lente et sans douleur ne portant que sur la diaphyse de ces os ».

Il ne manquait à cette définition que la notion exate de la nature tuberculeuse de la maladie. Mais la pathogénie bacillaire du spina ventosa devait triompher définitivement, à partir de 1880, grâce surtout aux travaux de Parrot (1880), Lannelongue (1881), Kiener et Poulet (1883). Müller réussissait même, en 1886, à reproduire sur des animaux une maladie absolument analogue au spina ventosa en injectant des produits tuberculeux dans les os. Depuis les recherches de ces auteurs, le mot de spina ventosa sert uniquement à désigner une variété de tuberculose diaphysaire des os longs, observée de préférence chez les enfants. Laissant ici complètement de côté le spina ventosa des grands os longs (clavicule, cubitus) et du crâne signalé depuis longtemps par Breschet, Varranguier de Villepin, Volkmann, Parrot, nous n'étudierons que le spina ventosa de la main et du pied, c'est-à-dire la tuberculose des phalanges, des métacarpiens et des métatarsiens. Comme nous le verrons, ces ostéites sont loin de revêtir toujours les caractères de début douloureux et de gonflement osseux impliqués par les mots de spina ventosa. Toutefois, cette réserve faite, nous conserverons une telle dénomination, qui est restée classique, et sur laquelle tous les auteurs sont aujourd'hui fixés.

II

Étiologie. — Le spina ventosa est une affection particulièrement fréquente. On le rencontre à tous

(1) Cette revue générale nous a été inspirée par notre maître, M. le professeur-agrégé Nové-Josserand, chirurgien de la Charité. Il a bien voulu nous autoriser à nous servir des notes recueillies à ses leçons, et à puiser dans les observations de son service des documents intéressants. Nous l'en remercions ici bien vivement.

les âges, mais il s'observe avec une prédilection très marquée dans l'enfance ; et même, suivant l'opinion la plus répandue, il est l'apanage des enfants du premier âge. Pour Krause, la forme typique du spina ventosa ne se rencontrerait véritablement qu'avant trois ans. D'après une statistique de Karewski portant sur 135 malades, 96, c'est-à-dire plus des deux tiers, n'avaient pas dépassé cinq ans. Lannelongue, Kirmisson aboutissent à peu près aux mêmes résultats. Mais ces auteurs n'ont tiré ces conclusions qu'en se basant sur l'examen de malades âgés de moins de seize ans. Or le spina ventosa n'est pas rare chez l'adulte. Il a même été observé chez le vieillard (Vincent, Audry). Et d'ailleurs, même chez l'enfant, M. Nové-Josserand l'a vu apparaître presque aussi souvent après qu'avant cinq ans. C'est là une question qui a bien son intérêt, puisque l'on a voulu attribuer à l'âge une certaine valeur pour le diagnostic des affections osseuses des extrémités, ainsi que nous le verrons.

En ce qui concerne le sexe, les auteurs semblent d'accord pour admettre que, chez les enfants, les garçons sont un peu plus fréquemment atteints que les filles. Après vingt ans, au contraire, le sexe féminin paierait le plus lourd tribut.

Comme nous l'avons vu, la nature tuberculeuse du spina ventosa ne fait plus de doute aujourd'hui pour personne. C'est dire que cette affection reconnaît les mêmes causes prédisposantes que toutes les ostéites tuberculeuses. Nous n'insisterons donc pas sur l'influence certaine de l'hérédité (Perrot a rapporté une observation de spina ventosa congénital), des tares physiologiques ou pathologiques, ni sur le rôle possible d'un traumatisme. Celui-ci, en tout cas, bien qu'incriminé fréquemment par le malade ou par son entourage, ne peut pas être invoqué dans les nombreux cas de spina ventosa multiples. Chez certains malades, en effet, il semble que la tuberculose ait une tendance toute particulière à se développer sur les os longs de la main et du pied, sans déterminer ailleurs d'autres localisations, comme s'il s'agissait d'une manifestation bacillaire ayant, en quelque sorte, une véritable individualité.

Toutefois, il n'est pas rare que le spina ventosa se trouve associé à d'autres lésions tuberculeuses : gommes cutanées, adénites multiples, abcès froids; il peut même coexister avec d'autres ostéites ou arthrites tuberculeuses (mal de Pott, coxalgie, etc.). Mais ce n'est qu'exceptionnellement qu'il s'accompagne de tuberculose viscérale. Il s'agit donc bien dans le spina ventosa d'une manifestation par excellence de cette forme de tuberculose atténuée et propre à l'enfance, à laquelle on donnait autrefois le nom de scrofulose.

III

Anatomie pathologique. — La tuberculose osseuse se répartit avec une inégale fréquence au niveau des extrémités des membres, supérieurs et inférieurs. Elle frappe plus souvent la main que le pied. Elle présente d'ailleurs ordinairement des foyers multiples, envahissant successivement ou simultanément plusieurs os de la main et du pied ; les lésions sont alors assez souvent symétriques.

A la main, les doigts et les métacarpiens sont atteints à peu près dans la même proportion, d'après Kirmisson. Pour Piéchaud, Nové-Josserand, les lésions seraient un peu plus fréquentes au niveau des phalanges ; et parmi ces dernières, vient en première ligne la première phalange du médius (Gœtz, Piéchaud) ou plutôt la première phalange de l'annulaire (Nové-Josserand).

Aux pieds, les métatarsiens sont plus habituellement envahis que les orteils par l'ostéite tuberculeuse. Il est même à remarquer que le gros orteil et le premier métatarsien, qui jouent tous les deux un rôle si important dans la statique du pied, sont presque exclusivement les seuls lésés (1).

Le spina ventosa peut débuter soit sous le périoste, soit dans le canal médullaire, d'où deux grandes formes anatomiques : une forme superficielle ou périostite tuberculeuse, et une forme centrale ou ostéomédullite tuberculeuse.

1° *Périostite tuberculeuse.* — Elle est extrêmement rare. Gangolphe, Ménard (in Th. Durand) déclarent ne l'avoir jamais rencontrée. Son existence n'est cependant pas douteuse. Il est, en effet, des cas où, pendant l'intervention, on trouve sous le périoste un petit abcès froid ou quelques fongosités, tandis que l'os sous-jacent a conservé sa consistance et son aspect normaux ; c'est à peine si sa vascularisation paraît un peu exagérée. On peut objecter, il est vrai, qu'histologiquement cet os est toujours légèrement modifié, et que par conséquent l'on a affaire à une ostéo-périostite ; mais, au moins cliniquement, la périostite peut exister seule, puisque, après des in-

(1) Nous donnons ici, à titre de document, le relevé du siège des lésions observées sur un total de 62 malades atteints de spina ventosa et soignés à la Charité par notre maître, M. Nové-Josserand :

Mains	**69**
Doigts	*39*
Pouce	5
Index	6
Médius (première phalange)	9
Médius (deuxième phalange)	2
Annulaire (première phalange)	11
Annulaire (deuxième phalange)	1
Auriculaire	5
Métacarpiens	*30*
Premier métacarpien	7
Deuxième —	7
Troisième —	7
Quatrième —	3
Cinquième —	6
Pieds	**15**
Orteils	*4*
Gros orteil (première phalange)	4
Métatarsiens	*11*
Premier métatarsien	8
Troisième —	1
Quatrième —	1
Cinquième —	1

terventions qui n'ont pas dépassé la couche corticale de l'os, des guérisons ont suivi, durables (1).

2° *Ostéo-médullite tuberculeuse.* — Quoi qu'il en soit, l'ostéo-myélite tuberculeuse est de beaucoup la forme la plus fréquente. Ici la lésion naît au centre même de l'os, dans le canal médullaire. Parrot a particulièrement bien étudié ce mode de début. Tout récemment, Durand a rapporté dans sa thèse les résultats fournis par l'examen d'os enlevés d'une façon précoce par Ménard, et dans lesquels on trouvait les premières étapes des lésions.

Dans le canal médullaire, souvent près de l'une des extrémités de l'os, on voit apparaître de petites masses arrondies, grisâtres, de tissu tuberculeux, qui s'étendent rapidement à la plus grande partie de la moelle. Dès lors, l'évolution anatomique va se faire différemment, suivant les cas, ce qui permet de distinguer à l'ostéomyélite tuberculeuse de la main et du pied trois variétés bien spéciales.

a. *Forme typique* (*spina ventosa vrai*). — Dans une première variété, correspondant au spina ventosa proprement dit, l'infiltration gélatiniforme, grisâtre, qui a envahi le canal médullaire, évolue dans un double sens. A la périphérie, elle tend à envahir de plus en plus les parois du canal médullaire dont la substance osseuse se résorbe : il en résulte un élargissement de la cavité diaphysaire. Au centre, elle subit la transformation caséeuse. Le périoste, à son tour, irrité par son voisinage avec la lésion médullaire, réagit en fabriquant de nouvelles couches osseuses. La paroi osseuse se reforme ainsi au dehors, à mesure qu'elle est détruite au dedans. « Périostite ossifiante à l'extérieur, ostéite raréfiante et médullisante à l'intérieur, tel est le double mouvement qui imprime au spinosa ventosa son caractère spécial. C'est ainsi que l'os malade acquiert sa forme boursouflée et bulleuse » (A. Poncet).

b. *Forme destructive.* — La deuxième variété d'ostéomyélite tuberculeuse est caractérisée par ce fait que la réaction périostique y fait à peu près complètement défaut : le travail destructeur qui a pris naissance dans la moelle n'a plus sa contre-partie dans le périoste. L'os se trouve représenté par une masse de tissu fongueux, grisâtre, ou par de la matière caséeuse, entourée dans une coque mince de tissu cortical. Souvent même cette coque est incomplète; il ne reste de la corticale de l'os que quelques travées longitudinales juste suffisantes pour empêcher l'effondrement du squelette. C'est surtout dans ces cas que l'on peut voir se produire des fractures spontanées et certaines déformations que nous étudierons plus loin.

c. *Forme nécrosante.* — Enfin, à côté des deux variétés précédentes, il en est une troisième dans laquelle les toxines tuberculeuses frappent de mort une étendue plus ou moins grande de tissu osseux, qui devient ainsi un séquestre. Celui-ci conserve la forme et la consistance dure de l'os; parfois même il est condensé. D'abord il reste adhérent aux épiphyses, mais peu à peu il s'en sépare par un sillon d'élimination, et enfin il devient mobile. Ce séquestre comprend généralement une portion assez grande de la phalange, dans toute son épaisseur. Il n'est pas rare de le voir s'étendre à la totalité de celle-ci, qui forme alors un gros bloc nécrosé, s'éliminant en une seule pièce. Aux métacarpiens ou aux métatarsiens, au contraire, on a le plus souvent des nécroses partielles.

Telles sont les trois formes principales de l'ostéo-médullite tuberculeuse des os longs des mains et des pieds. Il n'est pas exceptionnel de les rencontrer associées. C'est ainsi q'on peut voir la forme destructive s'accompagner d'une légère réaction périostique, de même que le spina ventosa typique n'est pas toujours exempt de séquestres plus ou moins volumineux. Toutefois, il est bon de conserver à chacune des trois formes que nous venons de décrire une autonomie propre, car elles gardent souvent leurs caractères spéciaux.

Nous avons vu que les diverses ostéites tuberculeuses groupées sous le terme générique de spina ventosa sont essentiellement des lésions diaphysaires, faisant ainsi exception à la loi classique de Kœnig, d'après laquelle « l'infection tuberculeuse se porte surtout sur les extrémités articulaires et en général sur les os spongieux ». Mais, tantôt l'affection reste limitée à une portion de la diaphyse, et c'est là ce qu'on observe de préférence sur les métacarpiens et les métatarsiens; tantôt, au contraire, le corps de l'os tout entier est envahi.

D'ailleurs, dans la majorité des cas, les lésions n'en restent pas à ce degré de leur évolution : elles tendent à s'extérioriser et à dépasser les limites mêmes de la diaphyse. Elles peuvent dès lors évoluer soit vers la peau, soit vers les gaines tendineuses, soit enfin vers les articulations.

Ordinairement, à quelque forme anatomique que l'on ait affaire, la diffusion se produit vers l'extérieur. Les fongosités contenues et développées dans la moelle franchissent la coque osseuse qui les enveloppe pour se développer sous le périoste en le décollant. Il se constitue ainsi un abcès sous-périostique, lequel au bout d'un certain temps perfore à son tour le périoste, se déverse dans le tissu cellulaire, distend la peau, l'envahit et l'ulcère en donnant naissance à une ou à plusieurs fistules. Celles-ci se produisent généralement sur les faces latérales ou dorsales des phalanges, exceptionnellement sur la face palmaire. Au niveau du métacarpe ou du métatarse, elles présentent ordinairement un trajet ser-

(1) Voici, recueillies dans le service de M. Nové-Josserand, deux observations, très résumées, qui ne laissent aucun doute sur l'existence de la forme périostique.

Observation I. — Fille, cinq ans. Spina ventosa du deuxième métacarpien gauche avec fistule dorsale. Incision. Curetage d'un foyer fongueux. L'os est dénudé, mais ne paraît pas atteint. On le trépane néanmoins et l'on s'aperçoit que les couches profondes de l'os et la moelle sont absolument saines. Pas d'évidement. Drainage. Guérison rapide, maintenue quatorze mois après.

Obs. II. — Garçon, huit ans. Spina ventosa dn deuxième métacarpien gauche avec abcès dorsal. Incision. Curetage d'un foyer sous-périosté, contenant du pus et des fongosités. Pas de lésion apparente de l'os sous-jacent. Pas de trépanation de celui-ci. Guérison complète, maintenue dix mois après.

pigineux, qui peut rendre difficile la détermination exacte du point d'ostéite originelle.

Dans son trajet à travers les parties molles, l'abcès froid primitivement sous-périostique peut rencontrer les gaines tendineuses, et plus volontiers les gaines des tendons extenseurs. Par voie de contiguïté, on verra donc se produire quelquefois, soit simplement des adhérences entre le tendon voisin et sa gaine, soit une véritable synovite tuberculeuse avec son aspect habituel. On a observé ainsi, à l'occasion de spina ventosa du pouce ou de l'auriculaire, des synovites des fléchisseurs de ces doigts absolument caractéristiques avec leur tumeur palmaire et leur prolongement antibrachial habituel.

L'envahissement des articulations voisines dans le spinosa ventosa est un mode d'évolution beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit, malgré que les lésions soient primitivement et essentiellement localisées dans la diaphyse. Lannelongue a surtout bien insisté sur ce genre de complications, et il décrit, à côté de la forme diaphysaire ordinaire du spina ventosa, une forme épiphysaire à évolution articulaire. Mais dans cette étude des complications articulaires du spina ventosa, nous devons faire intervenir quelques notions anatomiques et physiologiques. Il est acquis depuis longtemps que, dans tout os long, les portions épiphysaires se trouvent protégées en quelque sorte contre une infection venue de la diaphyse par l'interposition entre ces deux régions du cartilage de conjugaison. Les os longs de la main et du pied ne font pas exception à cette règle; seulement, bien que munis pour la plupart de deux surfaces articulaires, ils ne présentent qu'un cartilage conjugal. D'après la disposition connue de ce cartilage, on pourra donc pour ainsi dire savoir à l'avance quelles seront les articulations envahies. Or les phalanges, le premier métacarpien et le premier métatarsien possèdent un cartilage proximal, tandis que les quatre derniers métacarpiens et métatarsiens ont un cartilage de conjugaison distal. Il en résulte que, dans le cas de spina ventosa de ces derniers os, les lésions auront tendance à se propager aux articulations du carpe ou du tarse, alors que, pour les autres os, elles envahiront plus facilement les articulations distales. Hâtons-nous de dire que ce sont là des données générales, exactes dans la majorité des cas, mais non pas absolues. Il arrive parfois que l'articulation envahie est justement celle qu'aurait dû protéger le cartilage conjugal. L'envahissement de l'article peut alors se faire soit par la voie sous-périostée, soit grâce à une perforation diaphyso-épiphysaire.

Quoi qu'il en soit, l'articulation prise est le siège des désordres habituels aux diverses arthrites tuberculeuses. Ici comme ailleurs, les extrémités osseuses, atteintes d'ostéite raréfiante, peuvent se déformer, perdre leurs contacts normaux, et l'on voit alors se produire des subluxations ou même de véritables luxations pathologiques.

IV

Symptomatologie. — Les notions anatomo-pathologiques qui précèdent nous permettront d'être relativement brefs sur la symptomatologie

Le *début aigu* est tellement rare que les auteurs classiques le passent complètement sous silence. M. Nové-Josserand a cependant observé plusieurs malades, chez lesquels les symptômes éclatèrent avec une telle brusquerie que le diagnostic put errer pendant quelque temps. Il s'agit d'enfants qui, tout d'un coup, au milieu de leurs jeux, ou le matin au réveil, se plaignent d'une vive douleur siégeant de préférence au niveau d'un doigt. Le malade et son entourage incriminent immédiatement un traumatisme ou une piqûre d'insecte, et le médecin lui-même, consulté à ce moment, ne peut d'emblée, s'il n'est prévenu, penser à une ostéite tuberculeuse. Ce sont des cas semblables qui rappellent bien, par leur apparition soudaine, la piqûre d'épine dont parlait Rhazès. Il est toutefois à noter, et c'est là, un fait qui ne manque pas d'intérêt au point de vue du diagnostic, que seule la douleur présente, dans ces formes, un caractère aigu; les autres signes locaux (rougeur, œdème, etc.) n'apparaissent qu'un peu plus tard; l'état général n'est pas altéré. Un tel début diffère donc totalement de celui de l'ostéomyélite infectieuse des phalanges.

Au reste, dans la règle, le spina ventosa ne se développe que *d'une façon lente et torpide.* Il est possible que la douleur constitue le premier signe en date, mais elle est ordinairement si légère qu'elle n'attire pas l'attention; la maladie n'est reconnue que lorsque l'os a déjà atteint un certain volume. Dans certains cas, c'est tout à fait par hasard que, chez de petits malades porteurs d'autres lésions, le médecin constate au niveau des doigts une déformation, un gonflement osseux, pour lequel on n'avait même pas songé à le consulter.

La tuberculose des petits os longs des extrémités présente à considérer, dans son évolution typique, trois périodes bien distinctes : une période d'inflammation simple, une période de suppuration fermée et une période de fistulisation.

1° *Période d'inflammation simple.* — Dans sa première période, l'affection est caractérisée par l'épaississement de l'os atteint. Si la lésion s'est développée sur une phalange, l'augmentation de volume est générale, c'est-à-dire porte sur toute l'étendue de l'os. Celui-ci est seulement plus gros, mais sa forme est conservée. Au niveau des métacarpiens et des métatarsiens, l'hyperostose est plutôt partielle, et par suite la déformation plus sensible au toucher que dans l'ostéite des phalanges.

A ce stade, la lésion est uniquement osseuse; la surface de l'os est régulière; sa consistance n'est pas modifiée. Les parties molles sont indemnes et les téguments normaux. La pression n'est que peu ou pas douloureuse. Il n'y a de gêne fonctionnelle ni du côté des tendons, ni du côté des articulations.

2° *Période de suppuration fermée.* — Un peu plus tard, la lésion continuant à évoluer, on sent, en palpant attentivement la circonférence de l'os malade, une bosselure qui n'a pas la consistance osseuse, mais donne l'impression d'une masse ramollie, voire même dans quelques cas fluctuante; il s'est formé un abcès sous-périosté. Bientôt l'abcès grossit, per-

fore le périoste et envahit les parties molles. Dès lors, si la lésion porte sur une phalange, l'aspect du doigt devient caractéristique : il prend la forme *en fuseau, en radis*, qui constitue la déformation classique du doigt atteint de spina ventosa. Cet aspect est dû non seulement au gonflement de l'os, mais encore à l'infiltration, à l'œdème dur des tissus environnants. A ce moment, apparaissent les troubles fonctionnels, jusque-là à peu près nuls ; les mouvements sont gênés ; le doigt a tendance à s'immobiliser en flexion légère. Mais ces phénomènes sont uniquement imputables à l'œdème, les synoviales et les articulations restant encore ordinairement saines. Progressivement la collection devient sous-cutanée ; à son niveau la peau rougit, s'amincit et s'ulcère ; le spina ventosa passe à la période des fistules.

3° *Période de fistulisation.* — On aperçoit alors, dans la région de l'os malade, sur les faces latérales ou dorsales, un ou plusieurs orifices qui présentent les caractères habituels des trajets tuberculeux : leurs bords sont décollés et fongueux; leur fond est rempli de fongosités mollasses, d'une coloration gris rougeâtre, ayant une apparence de faible vitalité. Ces fistules laissent s'écouler une petite quantité de pus, séreux ou grumeleux, quelquefois même caséeux; on peut observer aussi l'élimination parcellaire de petits fragments osseux.

L'exploration au stylet de ces fistules, toujours indiquée en pareil cas, permettra souvent d'obtenir la sensation d'un os dénudé ; parfois même l'instrument pénètrera jusque dans l'intérieur de la cavité médullaire à la faveur d'une perforation spontanée de la coque osseuse. Toutefois ce n'est pas là une règle absolue, et d'un examen négatif il ne faudrait pas conclure à l'absence de lésions osseuses. Il peut se faire, en effet, que l'abcès sous-cutané se soit ouvert à quelque distance de la perforation périostique, et à plus forte raison de l'ostéite qui en a été l'origine.

Telle est, dans ses principales phases, l'évolution typique d'un spina ventosa abandonné à lui-même et non compliqué. Mais l'affection ne suit pas fatalement cette marche progressive. Il est des cas manifestes où la résolution complète s'est produite à la période de simple hyperostose. Par contre, dès que l'abcès sous-périostique s'est formé, la fistulisation ne tarde pas à se produire. Même à cette dernière période, la guérison spontanée est encore possible : les fongosités, les parties nécrosées peuvent s'éliminer, et les fistules se tarir; mais il persiste ordinairement, outre les cicatrices déprimées, adhérentes à l'os, traces indélébiles d'une suppuration osseuse ancienne, des déformations plus ou moins considérables, bien étudiées par Lannelongue, et sur lesquelles nous reviendrons.

V

Complications. — Au cours de son évolution, la tuberculose des extrémités peut présenter quelques complications, qui en modifient l'aspect clinique et en assombrissent le pronostic.

L'extension des lésions tuberculeuses peut en effet se faire à distance par la voie des lymphatiques, donnant alors naissance à de petits abcès disséminés le long du membre, voire même à de véritables adénites tuberculeuses. Cette complication, malgré sa fréquence relative, ne nous arrêtera pas davantage. C'est le plus souvent un phénomène banal, comme on l'observe dans les diverses ostéites ou arthrites tuberculeuses.

Bien plus souvent, la tuberculose se propage in situ du côté des gaines tendineuses ou du côté des articulations. Nous avons déjà étudié ces deux complications au chapitre de l'anatomie pathologique.

Cliniquement, la synovite passe fréquemment inaperçue, noyée dans la tuméfaction générale qui entoure l'os malade. Tout au plus se révèle-t-elle par une gêne dans les mouvements volontaires, qui deviennent à peu près nuls, tandis que les mouvements passifs sont encore possibles, mais très limités.

Les complications articulaires elles-mêmes ne sont pas toujours faciles à dépister, au moins au début. Une fois installées, elles se traduisent par du gonflement, de l'immobilité articulaire, et de la douleur dans les mouvements provoqués. A la longue, on pourra observer des attitudes vicieuses, le plus souvent en flexion, quelquefois dans le sens latéral, des subluxations ou même des luxations pathologiques, consécutives à l'usure des surfaces articulaires. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 8 janvier 1907)

Le cancer. — M. Le Dentu intervient dans la discussion du cancer. Il apporte 53 observations de cancers du sein, opérés dans des conditions encore assez favorables, dont le diagnostic a été confirmé par l'examen histologique et qu'il a pu suivre après l'opération. Dans ce nombre, il y a quelques mauvais cas qui chargent la statistique.

Au 31 juillet 1901, sur les 53 opérées, 36 étaient mortes, 17 vivaient encore. La survie moyenne a été de quatre ans et quatre mois. Depuis, les méthodes opératoires ont été perfectionnées et on obtient aujourd'hui les meilleurs résultats. Sur ses 53 malades 26 ont eu une survie dépassant trois ans et allant, pour certaines, jusqu'à huit, neuf, dix et quatorze ans. M. Le Dentu entre ici dans le détail de cette statistique et il conclut ainsi :

« De ce qui précède, il est permis de conclure que l'amputation du sein peut donner de très bons résultats bien plus souvent qu'on ne le croit généralement. L'opinion contraire est malheureusement très répandue dans le corps médical et dans le public. Trop de médecins, manquant de conviction, déconseillent l'opération sanglante ou ne la conseillent que très tardivement. Les opérations pratiquées dans ces conditions ne peuvent être suivies d'un succès durable.

Sauf pour quelques cas, mauvais d'emblée, des chances sérieuses de guérison temporaire prolongée et peut-être de guérison définitive, sont assurées par l'intervention précoce et large. Les chirurgiens ne doivent pas se lasser de le

répéter, dans l'espoir que leur voix sera enfin plus généralement et plus favorablement écoutée. »

Tuberculose inflammatoire et arthritisme. — L'arthritisme est une de ces vastes questions de pathologie générale qu'on aborde malaisément. Il y a si longtemps que le mot est créé. On a tant écrit, tant discuté sur la compréhension du terme, qu'il semble vraiment qu'on vienne trop tard, et qu'il n'y ait plus aujourd'hui qu'à accepter sans contrôle un dogme antique et intangible.

Il a paru à M. le professeur PONCET que ses études méthodiquement suivies sur la tuberculose inflammatoire et le rhumatisme tuberculeux étaient de nature à jeter un certain jour sur ce problème quelque peu troublant.

Le sens du mot *arthritisme* s'est, en effet, tellement rétréci depuis quelques années qu'il semble qu'il n'en reste rien ou presque rien; sous l'influence des recherches microbiennes nous avons vu, en effet, enlever petit à petit de la diathèse arthritique tout ce que les années y avaient accumulé : les rhumatismes, le diabète, l'obésité, les lithiases, etc.

Et pourtant, telle est la puissance d'un mot heureusement choisi, il est peu de termes aussi courants en médecine. Il n'est pas de pathogénie mystérieuse et méconnue où la diathèse ne soit incriminée.

Pour M. Poncet, l'arthritisme est un syndrome que toute cause longtemps agissante peut lentement produire et même fixer héréditairement. Toute infection ou intoxication larvée réalisera, au maximum, les conditions de production de la diathèse; petit à petit les humeurs modifiées remanieront le terrain et feront arthritiques ceux qui n'en avaient antérieurement nullement les tares. Ainsi fait le diplocoque rhumatismal qu'invoque Guyot. Ainsi intervient l'auto-infection intestinale que démontre Gilbert. Ainsi agit avant tout la tuberculose.

C'est cette dernière proposition un peu surprenante, en convient M. Poncet, qu'il développe aujourd'hui après avoir montré antérieurement que la phtisie des arthritiques n'est pas aussi exceptionnelle qu'on l'avait cru.

Mais M. Poncet va encore plus loin :

Quand on recherche systématiquement la tuberculose dans les antécédents de tous les malades porteurs d'une des affections dites autrefois arthritiques, ou encore aujourd'hui considérées comme telles, on la trouve avec une remarquable fréquence. Dès lors on est conduit à se demander si, souvent, leurs lésions ne sont pas l'expression d'une tuberculose peu virulente.

Aussi conclut M. Poncet, fréquemment les lésions dites arthritiques ne sont que l'expression de tuberculoses locales bénignes, et si le mot arthritisme doit être encore conservé, il ne doit pas avoir d'autre signification que celle de terrain vacciné contre une tuberculose maligne.

Il y aurait, d'après cela, de grands et de petits tuberculeux. Les grands tuberculeux ont des formes sévères, plus ou moins rapidement mortelles. Les petits tuberculeux présentent des formes bénignes, promptement fibreuses, formes arthritiques si on le désire, mais avec toutes les réserves que nous avons faites. Les premiers succombent après quelques mois, quelques années; les seconds durent parfois indéfiniment, comme s'ils s'immunisaient progressivement contre une infection plus virulente.

Défense sanitaire de Paris. — M. ROUX a donné lecture d'un travail de M. A. Martin sur ce sujet. Dans ce travail sont consignés les bons résultats fournis par la vaccination et par la désinfection dans ces dix dernières années.

Maladies épidémiques dans les colonies. — M. KERMORGANT fait un rapport sur les maladies épidémiques ou contagieuses dans les colonies au cours de l'année 1905. Il résulte des statistiques que la tuberculose est en croissance manifeste chez les indigènes dans toutes nos colonies. La maladie du sommeil semble aussi augmenter. Mais le paludisme est en décroissance, grâce aux mesures prises et surtout à la destruction des moustiques.

Nouveau traitement du glaucome chronique simple. Iridectomie et sclérectomie combinées. — Selon M. LAGRANGE (de Bordeaux), le seul moyen d'être utile aux malades atteints de glaucome chronique simple consiste à créer, chez eux, une cicatrice filtrante, permettant aux liquides intra-oculaires trop abondants de sortir facilement de l'œil et de se répandre sous la conjonctive; cette cicatrice filtrante n'a pu jusqu'ici être obtenue d'une façon durable que par l'enclavement de l'iris dans l'incision faite à la coque oculaire; cet enclavement de l'iris a beaucoup d'inconvénients et la cicatrice filtrante qui en résulte ne doit pas être obtenue à ce prix.

Il est possible d'obtenir cette cicatrice filtrante à l'aide d'un procédé personnel que le docteur Lagrange décrit devant l'Académie. Ce procédé consiste essentiellement dans la résection d'un lambeau sclérotical au niveau de l'angle de filtration de l'œil. Les voies de l'excrétion sont ainsi ouvertes d'une façon durable et définitive, et l'œil est désormais à l'abri de l'hypertension. Le docteur Lagrange a déjà fait cette opération sur de nombreux malades et il a pu suivre pendant plusieurs années les résultats favorables de l'intervention.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 3 JANVIER 1907)

Discussion sur la dysenterie (*suite*). — M. VIGUIER a pu suivre la contagion pas à pas dans une épidémie de dysenterie au fort de Bicêtre; il l'a vue frappant de préférence les camarades de chambrée. Ce n'est pas à une origine hydrique que l'on peut rapporter ces cas successifs de contagion, mais bien plutôt à la contamination par les mains, à l'infection par les mouches.

Avec M. SALLE (de Nancy) un autre facteur de la dysenterie doit être pris en considération : l'infection par le sol et surtout par les poussières. Ne voyons-nous pas en effet cette affection réapparaître chaque année à la période estivo-automnale, revêtir une malignité spéciale lors des étés chauds et secs, affecter spécialement certaines garnisons où le sol est recouvert d'une poussière plus abondante? De plus, la dysenterie frappe surtout les troupes à cheval : n'y aurait-il pas contamination directe de l'animal à l'homme? La solution de cette question ne pourrait être obtenue qu'après l'étude simultanée des épidémies par les médecins et les vétérinaires militaires.

M. SIMONIN rappelle que l'on admet déjà une influence possible du streptocoque de provenance chevaline sur la fréquence de la diphtérie dans les troupes à cheval; mais il ne croit pas qu'une relation ait été établie entre le cheval et l'homme, à propos de la dysenterie.

M. COMTE (d'Angoulême) croit surtout à la dissémination des atteintes de dysenterie par les mouches.

Dans une épidémie au camp de Châlons, il a vu l'enfant

d'un officier atteint d'une dysenterie mortelle alors qu'il ne prenait que du lait stérilisé; mais la tétine du biberon était couverte de mouches.

M. Delorme, remettant la question sur le terrain pratique, montre que la seule prophylaxie sage, rationnelle, est dans la surveillance des latrines et surtout dans leur disposition mieux adaptée aux exigences de la vie des camps; il insiste sur la nécessité de multiplier, de disséminer en les rapprochant des hommes, ces tinettes Goux si nécessaires, et qui ne sauraient mériter d'une façon complète les critiques qu'on leur fait journellement. Leur vidange, leur désinfection, seront l'objet de soins incessants, d'une surveillance continue.

C'est également l'avis de MM. Lacronique et Hublé.

Aphonie hystérique consécutive à un érysipèle infectieux. — M. Simonin. C'est un cas curieux d'aphonie de nature névropathique ou plutôt d'amnésie hystérique systématisée; le malade ne pouvait prononcer aucun mot alors que les cordes vocales n'étaient nullement paralysées, et, fait qui eût semblé paradoxal aux anciens auteurs, la toux était restée sonore et l'acte de siffler était impossible. M. Simonin releva des stigmates de l'hystérie : 1° hypo-esthésie de la région cutanée pré-laryngée (signe de Thaon de Nice);

2° Hypo-esthésie des deux régions pariéto-mastoïdiennes (signe de Sollier);

3° Dissociation des réflexes : abolition des réflexes plantaires et exagération des réflexes rotuliens;

4° Rétrécissement concentrique des deux champs visuels avec inversion des couleurs.

Cette aphonie guérit par la suggestion aidée de l'application des effluves de haute fréquence.

M. Billot cite un cas analogue, guéri aussi très rapidement, mais où la simulation semblait manifeste.

Sur un cas de néphrite aiguë d'origine paludéenne avec hématurie et présence dans le sang et les urines de l'hématozoaire de Laveran, par M. Abbatucci (du consulat de Pak-Hoï, Chine).

Volumineux polype de 22 centimètres de long sur 6 centimètres de large, faisant saillie hors de la bouche jusqu'au-dessous du menton, inséré sur le repli aryténo-épiglottique gauche et extirpé après trachéotomie préventive par l'incision médiane du cartilage thyroïde et de la membrane thyro-hyoïdienne, par M. Pouillaude (de Sétif).

ANALYSES

CHIRURGIE

Métrite sénile compliquée d'épithélioma endocervical au début. (De Rouville. Soc. des sc. méd. de Montpellier, 30 nov. 1906.) — L'auteur pose et tente de résoudre les deux questions suivantes : *a.* La métrite sénile est-elle une entité morbide nettement définie? *b.* Quel rapport peut-il y avoir entre ce que l'on doit entendre par métrite sénile et l'épithélioma? Rapprochant son observation personnelle des principaux faits publiés jusqu'à ce jour, qu'il envisage successivement au point de vue de l'étiologie, de l'anatomie pathologique, de la bactériologie et de la physiologie pathologique, il arrive aux conclusions suivantes :

1° A côté des métrites séniles vraies, infectieuses, on doit admettre des pseudo-métrites — mieux nommées post-ménopausiques que séniles — qui, apparaissant chez des femmes arthritiques nerveuses, en dehors de toute infection, relèvent de troubles trophiques, conséquences de l'état nerveux et de l'arthritisme;

2° Dans les cas de métrites séniles vraies (si souvent diagnostiquées épithéliomas du corps), peut-être faut-il admettre, avec Emonet et Breisky, le rôle de l'inflammation comme facteur pathogénique de l'épithélioma, et se demander avec Burnes, Duncard et d'autres, « si le cancer utérin, rare d'ailleurs chez les femmes âgées, n'est pas souvent fonction d'une métrite de l'époque atrophique » (Maurange).

Dans le cas de pseudo-métrites, force est de se contenter jusqu'à plus ample informé de l'interprétation pathogénique mise en avant par plusieurs et notamment par Richelot, à savoir que la sclérose utérine diathésique constitue un terrain éminemment favorable au développement du cancer.

3° Le curetage employé comme moyen de diagnostic entre l'épithélioma et la métrite sénile peut induire en erreur. Se souvenir que tout utérus qui saigne, peu ou prou, après la ménopause confirmée, est, dans l'immense majorité des cas, un utérus cancéreux.

M. de Rouville a pratiqué l'hystérectomie et sa malade n'a eu qu'à s'en féliciter.

Dans la discussion qui a suivi, M. Fuster rapproche du cas de M. de Rouville deux observations du service de M. le professeur Tédenat. Pour la première l'examen histologique, par M. le professeur Bosc, d'un fragment enlevé à la curette, indiqua une simple métrite hypertrophique; une étude microscopique de la seconde dans les mêmes conditions, montra que l'utérus contenait à la fois plusieurs noyaux de fibrome et une profonde ulcération de nature cancéreuse. Dans le second cas la dégénérescence était plus avancée, allant jusqu'au fibrome d'abord, ensuite jusqu'au cœur.

M. Jeanbrau émet des craintes au sujet des diagnostics anatomo-pathologiques faits sur un fragment enlevé à la curette. Comme intervention dans les cas semblables il préfère l'hystérectomie abdominale.

M. de Rouville préconise l'hystérectomie vaginale par ce que plus rapide et plus facile.

M. Fuster indique la formule de son maître, le professeur Tédenat : hystérectomie vaginale, dans tous les cas où le néoplasme est limité à l'utérus et n'intéresse pas les ligaments larges.

M. Guérin tient à apporter quelques précisions concernant la forme de l'orifice utérin des vierges : il n'a que très rarement observé l'orifice punctiforme classique, mais un orifice ovalaire, et ceci a une grande importance au point de vue médico-légal. D'autre part il admet qu'une fille vierge peut réaliser une métrite inflammatoire (les microbes trouvant un milieu favorable dans les reliquats de l'écoulement menstruel). La récidive peut aboutir à la métrite chronique.

M. Grynfelt fait remarquer que les auteurs récents, les Allemands notamment, n'admettent plus pour type normal de l'orifice utérin que la forme ovalaire; la question médico-légale serait surtout tranchée par ces déchirures.

L'erreur classique ne serait-elle pas due à ce que l'on aurait un peu confondu l'utérus vierge et l'utérus infantile?

M. Jeanbrau insiste sur le défaut de propreté des filles et des femmes au moment de leurs règles et indique l'innocuité pendant la période menstruelle des ablutions et des bains qui sont parfois très utiles.

M. de Rouville répond que, dans l'espèce, il s'agissait d'une fille âgée, d'une vieille vierge, à la ménopause, et qu'il ne voit pas les raisons plausibles d'une infection. L. GAYARD.

DERMATOLOGIE

Chancres syphilitiques extra-génitaux, siégeant l'un à la cuisse gauche, l'autre à l'avant-bras droit, le dernier ayant apparu quinze jours après le premier. (VEDEL. *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 30 nov. 1906.) — D. A..., cinquante et un ans, boulanger, entré à la clinique dermatologique le 30 novembre 1906, en pleine généralisation d'accidents secondaires cutanés, tandis que les accidents primaires étaient encore en évolution.

Le chancre de la cuisse, situé en son tiers supérieur, sur la face antérieure, est un chancre géant, ovalaire, ulcéreux, uni, cupuliforme, sans bords surélevés, sans réaction inflammatoire et douloureuse. La surface de coloration rouge vif est encadrée d'un bourrelet mousse et encerclée d'une bande érythémateuse indolente, sans dénivellation brusque; l'ensemble de la néoformation présente une induration lamelleuse. Il existe par ailleurs une adénopathie inguino-crurale intense et caractéristique.

Le chancre de l'avant-bras siège sur le bord cubital de la face antérieure à 6 centimètres du poignet, et présente les dimensions d'une pièce de 1 franc; c'est un chancre en pastille, papulo-érosif, légèrement croûteux, de coloration rouge sombre, fortement induré, dans toute sa masse. On constate également une adénopathie typique épithrochléenne et axillaire.

Le chancre de la cuisse, apparu dans les derniers jours de juillet au niveau d'une pustule d'acné excoriée par des frottements professionnels, s'est accru pendant six semaines; il est resté stationnaire un mois; puis, peu de jours après l'entrée, la cicatrisation s'est faite progressivement, par épidermisation concentrique. Le chancre de l'avant-bras, postérieur de quinze jours, a suivi dès son apparition une évolution parallèle. Les deux accidents ont commencé à décroître ensemble à partir du 15 novembre pour guérir simultanément. Les accidents secondaires se manifestèrent dans les derniers jours de septembre par une éruption polymorphe généralisée à l'ensemble du tégument et formée de macules et de papules simples, squameuses et ulcéreuses entremêlées. Soumis dès son entrée aux injections d'énésol (12 grammes tous les deux jours), le malade sortit, blanchi, au bout de quarante jours. Revu vingt jours après, il présentait de nombreuses plaques muqueuses au niveau du pharynx.

Plusieurs points de cette histoire clinique méritent d'être signalés; c'est d'abord la rareté de cette double localisation examinée par l'auteur, des accidents primitifs; les statistiques de Fournier, de Dunkan-Buckley, et celle plus récente de Gaucher, donnent à ce sujet des chiffres très concluants.

C'est ensuite la *relation de la date d'apparition du deuxième chancre*, démontrant l'auto-inoculation possible sur un terrain insuffisamment immunisé, après quinze jours d'infection.

C'est enfin l'*étiologie pobable des deux syphilomes successifs*: le premier trouvant son origine, soit dans le petit tablier impersonnel que portent les boulangers, à même la peau en été, soit dans les draps de lit de l'auberge où le malade se reposait pendant la journée et qui a été occupé la nuit précédente par des passagers. Quant au second chancre, il a dû résulter du contact plus ou moins répété du bord cubital de l'avant-bras droit sur la cuisse gauche. L. GAYARD.

AVIS. — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

SUITE DES SOMMAIRES

Revue générale des sciences pures et appliquées. — N° 22, 30 nov. 1906.) Th. MOREUX : La planète Mars d'après les travaux récents. — G. DE LAMARCODIE : Les ondes hertziennes appliquées à la direction des ballons. — A. LÉTIENNE : Revue annuelle de médecine. — (N° 23, 15 déc.) Em. PERROT : Les productions du sol de nos colonies à l'Exposition coloniale de Marseille. — C. VAILLAUX : L'enseignement dans les écoles d'hydrographie. — G. MELANDER : L'électrisation par rayonnement et l'émission d'ondes rapides par les corps à la température ordinaire.

Revue médicale de l'Est. — (N° 24, 15 déc. 1906.) M. PERRIN : L'hygiène et les tramways de Nancy.

Riforma medica. — (N° 46, 17 nov. 1906.) Fiorenza IGNAZIO : Perméabilité rénale dans les affections hépatiques. — Arturo PRIMAVERA : Sur la présence d'un enzyme spécial dans les urines des malades atteints de néphrite. — Luca FIORAVANTI : Observations cliniques et anatomo-pathologiques sur 46 cas de sténose intestinale de cause intrinsèque. — (N° 47, 24 nov.) M. DONATI et E. DELFINO : L'influence de la méthode de Bier par stase, sur le processus de guérison des plaies portant sur les cartilages articulaires. — Stefano BARBA : La pleurésie appendiculaire à exsudat séro-fibrineux. — Luca FIORAVANTI : Observations cliniques et anatomo-pathologiques sur 46 cas de sténose intestinale de cause intrinsèque. — (N° 48, 1er déc.) Giovanni GALLI : Importance de l'abstinence d'alcools dans le traitement des maladies cardio-vasculaires. — Francesco FEDE : L'autosérothérapie ou traitement de Gilbert dans les pleurésies séro-fibrineuses. — Alfredo SANTINI : Forme atypique de sclérose latérale amyotrophique. — (N° 49, 8 déc.) Publio CIUFFINI : Recherches sur une nouvelle combinaison de l'acide salicylique pour l'usage interne. — Cocuzza VINCENZO : Sur deux cas de sarcome développé sur des testicules retenus dans la cavité abdominale. — R. MASSALONGO et G. ZAMBELLI : La cure déchlorurée dans les maladies du cœur. — Giacomo BUFALINI : Contribution clinique à l'étude de la suture du cœur.

Therapie der Gegenwart. — (Fasc. XII, déc. 1906.) M. WESSENHŒFFER : Questions de la prédisposition à la tuberculose et de son traitement. — GÉRONNE : De l'emploi thérapeutique de la Sajodin et des temps de son élimination. — A. LŒWY : Remarques sur l'action de l'yohimbin. — A. BLUMENTHAL : Contribution à la thérapeutique du formamint. — Otfried O. FELHIER : Doit-on, ou non, interrompre la grossesse avant les opérations sur l'appendice?

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 22, 30 nov. 1906.) COLLEVILLE : Sur un cas de paralysie pseudo-bulbaire. — (N° 23, 15 déc.) L. LONGUET : Chirurgie morgagnienne. La gastrotomie ou laparotomie morgagnienne. — BOURGEOIS : Avancement capsulo-musculaire par doublement et adossement du muscle. — (N° 24, 30 déc.) L. LONGUET : Chirurgie morgagnienne. La gastrotomie ou laparotomie morgagnienne (*fin*).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 6. — MARDI 15 JANVIER 1907. 80e ANNÉE. MARDI 15 JANVIER 1907. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

Nous prévenons nos lecteurs que la Poste est seule responsable *des nombreuses irrégularités qui se produisent en ce moment dans la distribution du journal.*

Nous prions instamment nos abonnés de bien vouloir continuer à nous adresser leurs plaintes afin que nous puissions les transmettre à l'administration des Postes.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — PATHOLOGIE INTERNE ET MÉDECINE LÉGALE. — *Epreuve orale de trois quarts d'heure.* — Séance du 11 janvier 1907. — M. Crouzon (de Paris) : « Symptômes et diagnostic de la paralysie générale. » — M. Babonneix (de Paris) : « Hémiplégies alternes. » — M. Micheleau (de Bordeaux) : « Rein flottant. »

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 11 janvier 1907 : MM. Coryllos, 13; Bourdier, 12; Lorin, Martingay et Philbert, 10; Monnet, 9; Couton, 4.

Séance du 13 janvier : MM. Houzel et Périer (Romain), 11; Dequidt et d'Halluin, 10; Biétrix et Laroche, 9; Mlle Déchaux et M. Gougelet, 7.

La prochaine séance aura lieu le mercredi 16 janvier, à neuf heures du matin à la salle des Saints-Pères.

Pathologie. — Séance du 11 janvier 1907 : MM. Salin, 11; Bruslé, Fernet, Pruvost et Stepowoski, 10; Morant, 9; Allard et Maingot, 8; Durand (Jean), 7; Sinaud, 5.

La prochaine séance aura lieu le mardi 15 janvier à huit heures et demie du matin, à la Charité.

HOPITAUX DE PROVINCE. — GRENOBLE. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Butterlin, Bèque et Sautreaux, internes titulaires, Vinit, interne provisoire.

Le concours de l'externat par la nomination de MM. Vinit, Rey, Gaillard et Sigaud.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. le professeur Pitres vient d'être réélu doyen à la presque unanimité des suffrages.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'Ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le professeur d'Arsonval (de Paris).

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Bordas et Valude (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Combemale (de Lille), Hébert (d'Enverneu), Vivalda (de Breil) et Le Bouteiller (de Valognes); — MM. les médecins-majors des troupes coloniales Alquier, Le Gendre, Portel et Talayrach ; — MM. les médecins-majors de l'armée territoriale Millot et Raymondaud.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Un concours pour l'admission aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, au ministère de l'Intérieur, le lundi 4 mars 1907.

Les candidats devront adresser leur demande de participation à ces épreuves au ministre de l'Intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée.

Cette demande devra parvenir au ministère (premier bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès) le 10 février 1907, au plus tard, accompagnée de toutes les pièces énumérées dans le décret du 1er août 1906, inséré au *Journal officiel* du lendemain 2 août n° 207, qui détermine d'ailleurs, toutes les conditions exigées des candidats.

Le nombre des places mises au concours est fixé à huit.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS EE FRANCE. — ELECTION DU PRÉSIDENT. — La Commission composée de MM. Bucquoy, Périer et Blache, vient de terminer le dépouillement du scrutin pour l'élection du président général de l'Association en remplacement du professeur Brouardel.

Voici ces résultats :

Nombre de sociétés composant l'Association........	94
Nombre de membres inscrits dans ces sociétés......	9.174
Nombre de sociétés ayant pris part au scrutin......	93
(L'une d'elles n'a pas fait procéder au vote.)	
Nombre de membres inscrits dans ces 93 sociétés...	9.153
Nombre de suffrages exprimés..................	4.358

M. L. Lereboullet est élu par 4258 suffrages. Il lui a donc manqué cent voix pour avoir l'unanimité des votants.

Nous sommes particulièrement heureux d'adresser nos félicitations à notre sympathique confrère dont le succès est sans précédent.

Dans les élections antérieures, le chiffre de suffrages le plus élevé a en effet été de 3786, lors de la réélection de M. Lannelongue en 1897.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Ducau (d'Illats) et Dupuy (de Vervins).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 21 AU 26 JANVIER 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 21 janvier, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Segond, Legueu et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Roger, Claude et Balthazard; — M. Richaud, suppléant.

Mardi 22 janvier, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Berger, Albarran et Marion; — (2e série) : MM. Pozzi, Auvray et Morestin; — (2e partie) : MM. Joffroy, Thoinot et Carnot; — M. Faure, suppléant.

Mercredi 23 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique. Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques : MM. Segond, Sébileau et Gosset.

3e (2e partie) : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

2e (1re série) : MM. Gariel, Gley et Branca; — (2e série) : MM. Ch. Richet, Retterer et André Broca.

3e (1re partie, oral) : MM. Kirmisson, Potocki et Cunéo.

4e : MM. Pouchet, Landouzy et Balthazard; — M. Richaud, suppléant.

Jeudi 24 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique. Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Faure et Marion.

3e (2e partie) : MM. Joffroy, Bezançon et Maillard.

2e (1re série) : MM. Pouchet, Retterer et Langlois; — (2e série) : MM. Gley, Launois et Desgrez.

3e (1re partie, oral) : MM. Budin, Albarran et Thiéry.

4e : MM. Chantemesse, Thoinot et Vaquez.

Vendredi 25 janvier, à une heure. — 2e (1re série) : MM. Gautier, Ch. Richet et Retterer; — (2e série) : MM. Gariel, Gley et Branca.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Mauclaire; — (2e série) : MM. Reclus, Pierre Duval et Proust; — M. Teissier, suppléant.

5e (1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki; — M. Balthazard, suppléant.

Samedi 26 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Robin et Thiroloix; — (2e série) : MM. Chantemesse, Méry et Gouget; — (3e série) : MM. Gilbert, Jeanselme et Bezançon; — M. Vaquez, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. André Broca, suppléant.

THÈSES

Mercredi 23 janvier 1907, à une heure. — M. Emile Trouvé. De la thoracentèse dans le pneumothorax suffocant. (MM. Pinard, président; Roger, Wallich et Marcel Labbé.) — M. Journée. Contribution à l'étude des gastro-entérites des nourrissons, leur traitement par le bouillon lactique. (MM. Roger, président; Pinard, Wallich et Marcel Labbé.) — M. Tronchon. De la dentition hérédo-syphilitique chez l'enfant. (MM. Roger, président; Pinard, Wallich et Marcel Labbé.) — M. G. Huguet. Le traitement du diabète sucré à La Bourboule-les-Bains. (MM. Brissaud, président; Gaucher, Teissier et Claude.) — M. Amand Hamel. Etude étiologique sur le psoriasis. (MM. Gaucher, président; Brissaud, Teissier et Claude.)

ANÉMIE PERNICIEUSE A FORME ICTÉRIQUE

Amélioration par l'opothérapie médullaire. Modifications sanguines produites par l'arsenic, les rayons X et la moelle osseuse.

Par MM. COURTOIS-SUFFIT et MARCEL FERRAND.

On admet habituellement que l'anémie pernicieuse cryptogénétique est une anémie due à une destruction globulaire et non à un défaut de formation des hématies. Or, on sait que toute déglobulisation peut s'accompagner, quand elle est massive ou seulement assez abondante, d'hémoglobinémie, d'urobilinémie, d'hémoglobinurie, d'urobilinurie et même dans certains cas de cholurie et d'ictère.

Cet ictère est généralement métapigmentaire. C'est dans des cas assez exceptionnels qu'on observe l'ictère vrai.

La présence de ces ictères, au cours de l'anémie pernicieuse, a donc un intérêt considérable pour la pathogénie de cette affection.

L'observation que nous publions a trait à une *forme ictérique* extrêmement nette de cette affection, au point que la malade avait été considérée et traitée comme une *hépatique* par les médecins qui l'avaient vue antérieurement. Nous avons assisté nous-mêmes à des retours de son ictère, et nous avons pu saisir sur le fait les conséquences du processus déglobulisant, puisque nous avons pu déceler dans son sérum et ses urines des traces non douteuses d'urobiline et de pigments biliaires.

D'autre part, nous avons cherché à contrôler chez cette malade, par des examens répétés de son sang. l'effet des traitements que nous lui faisions subir, et qui d'ailleurs, après une amélioration réelle mais passagère, ne purent que retarder une issue que nous avions de suite jugée fatale.

L'histoire de cette anémie pernicieuse à forme ictérique, et l'étude, forcément incomplète cependant, des modifications sanguines sous l'influence de l'opothérapie médullaire, de l'arsenic et de la radiothérapie, nous ont paru d'un intérêt suffisant pour justifier cette longue observation.

Mme R..., trente-six ans, entre le 28 février 1906 à la Maison municipale de santé.

Son père et sa mère vivent encore, et se sont toujours bien portés.

Si l'on excepte une fièvre continue assez légère, peut-être une dothiénentérie, qui la tint vingt et un jours au lit, à dix-sept ans, la malade a toujours eu une excellente santé. Elle était grande, forte, robuste, de teint coloré. Réglée assez tard, à seize ans, elle eut pendant quelques années des règles abondantes durant huit jours, l'obligeant parfois à rester étendue sur son lit ou sur une chaise longue, mais sans que ces pertes de sang retentissent en aucune façon sur l'état général. Ces ménorragies disparurent d'ailleurs dès l'âge de vingt et un ans, à l'époque de son mariage.

De son mari, tuberculeux, elle a un premier enfant qui meurt, à vingt et un mois, de méningite; un second, mort-né. Le père meurt de sa tuberculose au bout de quelques années.

En 1900, elle a une fièvre légère, de nature indéterminée. Elle n'est pas syphilitique, et ne fait pas d'excès d'alcool.

La *maladie actuelle* débuta en juillet 1904.

En novembre 1903, elle eut une fracture de jambe qui nécessita une convalescence longue.

A la suite (juillet 1904), elle eut des « faiblesses » qui devinrent de plus en plus fréquentes; elle s'essoufflait et éprouvait souvent des palpitations.

Cependant, c'est tout à fait accidentellement, qu'un jour, son médecin la rencontrant par hasard, s'aperçut que sa malade était *ictérique* (juillet 1905). Elle avait, en l'espace d'un an, maigri et pâli beaucoup; les conjonctives, la figure et le corps étaient très jaunes. La malade n'avait eu cependant aucune souffrance dans la région hépatique, aucune douleur, aucun malaise sérieux pendant toute cette année, à l'exception de cette faiblesse générale, progressive, de cette inappétence et de cet amaigrissement. Toutefois, à ce moment, le *foie* aurait été trouvé *un peu gros*.

On lui conseilla une cure à Vichy, où elle prit les eaux de la Grande Grille, sans résultat. Mais au cours de sa saison, elle se fatigua davantage encore, passant assez souvent une partie de sa nuit au jeu.

Elle devint, dans la suite, de plus en plus *jaune*, s'énervant pour un rien, s'essoufflant facilement. Depuis deux mois et demi, elle ne peut quitter le lit à cause des vertiges qui la prennent immédiatement.

Le docteur Oberlin qui la voit depuis le 7 décembre 1905, fait appeler en consultation, le 4 février 1906, un médecin des hôpitaux qui pensa à de la *cirrhose hépatique*, au dire de la malade. Le traitement institué, sérum, eau de Carlsbad, képhir, régime, ne fut d'aucun effet. On fit appeler, le 25 février, un second consultant qui prescrivit de l'*extrait de foie* et des *pilules de collargol*. Sans que ce traitement ait été commencé, la malade entra à la maison Dubois le 28 février.

Pendant ces deux derniers mois, il y avait eu quelques incidents : une ou deux *épistaxis* peu abondantes, un ou deux *vomissements bilieux*, une crise de *diarrhée* difficile à arrêter. La *température*, prise régulièrement depuis le 8 février, élevée surtout le soir, oscilla irrégulièrement entre 37 et 38°4. Les trois dernières semaines, elle fut, paraît-il, moins jaune qu'auparavant.

A L'EXAMEN de la malade, on est frappé de sa *pâleur*. L'embonpoint est suffisant à première apparence, mais téguments et muqueuses, dépourvus des couleurs habituelles à la vie, présentent un aspect spécial qui n'appartient ni aux chlorotiques, ni aux brightiques, ni aux cancéreux. La face et le corps revêtent cette *pâleur blafarde, légèrement teintée de jaune*, qu'on voit aux cadavres.

La malade est dans un état de faiblesse excessive, ne peut faire d'elle-même le plus petit effort, peut à peine se déplacer dans son lit. Lorsqu'on l'assoit, elle est immédiatement prise d'un vertige qui l'oblige à s'étendre de nouveau. Même dans le décubitus dorsal, elle a assez souvent des vertiges, des bourdonnements d'oreille; elle n'a pas de mouches volantes, mais voit passer devant ses yeux des dessins de couleurs variées.

Pas de céphalée, aucune douleur; une sensation de fatigue et d'anéantissement.

Les jambes sont très légèrement œdématiées, mais sans déformation apparente, et il faut avoir recours à l'empreinte laissée par le doigt pour le constater nettement. Pas de varices superficielles, pas de purpura.

Le *pouls* est petit, faible, mais régulier au repos. Il s'accélère (100 pulsations) au moindre effort. A la pointe du *cœur*, rien d'anormal : on entend un *souffle systolique à l'orifice pulmonaire*. *Thrill veineux* à renforcement systolique dans les gros vaisseaux du cou, de chaque côté.

Pas d'hémorragies. Les règles ont leur durée normale et reviennent chaque mois, mais le sang est très pâle et, depuis quelques semaines, il y a un écoulement leucorrhéique assez

assez abondant. La malade n'aurait jamais eu de blennorragie et n'aurait jamais souffert du ventre.

Il y a de temps en temps quelques vomissements, et une légère constipation habituelle. Le *foie* semble normal à la percussion; il ne déborde nullement les fausses côtes; il n'est pas douloureux. La *rate* n'est pas appréciable à la percussion.

Aux *poumons*, quelques râles aux deux bases.

Quelques *phénomènes nerveux*, outre ceux signalés. La malade dort assez mal, est souvent agitée, « nerveuse; » de temps à autre, particulièrement le soir et la nuit, elle a des « crises de nerfs », ne peut tenir dans son lit, pleure ou crie. Elle ressent une grande lassitude, de la faiblesse dans les jambes, de l'engourdissement et des picotements dans les mains.

Température : 38°4.

Le diagnostic *clinique* porté est *anémie pernicieuse, de cause inconnue*.

Un examen de sang fait le lendemain donne : globules rouges, 735 000; globules blancs, 6 500; hémoglobine (Tallqvist), 35 p. 100.

Traitement d'attente : lait, œufs, 100 grammes de viande hachée dans du bouillon et une injection de cacodylate de soude qu'on répète le lendemain.

3 mars. Dès ce jour, on donne quotidiennement de la *moelle osseuse* (10 grammes d'extrait glycériné de pulpe, obligeamment fourni par Carrion).

Analyse d'urine : vol. 1200 grammes; indican, urobiline, pigments biliaires, traces d'albumine. Une certaine quantité de *sang* recueillie par piqûre se coagule avec un peu de retard sur le temps normal, mais au bout de vingt-quatre heures, le caillot est plus mou, moins dense, et moins rétractile que normalement. *Examen du sérum sanguin* : pigments biliaires nettement appréciables quoique en faible quantité, par le spectroscope et par l'acide azotique. On décèle également des traces d'urobiline par l'examen spectroscopique. Le soir même de cet examen, grâce à une épistaxis assez abondante, on put se procurer une quantité de sang plus considérable que celle obtenue d'abord par piqûre de doigt. Les mêmes caractères du caillot et du sérum furent retrouvés.

Dans les deux cas, le sérum était d'une couleur *jaune doré* se différenciant nettement de la couleur jaune habituellement pâle.

Jusqu'au *14 mars*, état général stationnaire. Cependant le sommeil est meilleur, et l'alimentation, augmentée peu à peu, est mieux supportée. Température : entre 37 et 37°8.

Dans les derniers jours, les vertiges commencent à diminuer; la malade peut s'asseoir sur son lit, s'aide un peu plus pour sa toilette. Pas de vomissement. Une épistaxis assez abondante de la narine droite. Mêmes caractères du pouls et du souffle. Le thrill persiste.

On note de *remarquables alternatives de pâleur et de teinte plus jaune*, quelquefois au cours de la même journée. Le fond de la coloration est tantôt nettement *jaune*, couleur de *coing* peu mûr, aux conjonctives, au pli du menton par exemple; tantôt la teinte *blanc blafard* reparaît.

Le 14, la malade a pu se lever un instant sans vertige. Elle cause, se raconte. Même état général jusqu'au 18.

Le *19 mars*, on adjoint à l'opothérapie de l'*arsénite de potasse*, suivant la formule du professeur Bouchard :

Arsénite de potasse................	0g20
Chlorure de sodium................	0g27
Eau distillée......................	20cc.

On donne VI gouttes qu'on augmente tous les jours d'une goutte, jusqu'à XX gouttes. A partir de ce moment, la malade mange beaucoup, jus de viande, lait, viandes rôties, légumes, œufs, gâteaux, dessert. Elle dort toute la nuit sans se réveiller.

Le *20 mars*, elle passe la meilleure journée qu'elle ait eue depuis son arrivée.

Le *23 mars*, elle peut se lever de son lit, se tenir debout, et faire quelques pas en s'appuyant au bras de sa garde.

Le *24 mars*, examen du sang : globules rouges, 930 000; globules blancs, 2000; hémoglobine, 40 p. 100. Analyse d'urine : vol. 900 grammes; plus d'albumine, indican, urobiline; pas de pigments biliaires, réaction de Hay positive.

Le *26 mars*, un peu de coloration *rose* revient aux pommettes et aux lèvres. La malade *rougit* très facilement quand on lui parle, quand on entre chez elle. Le jaune des conjonctives s'efface presque complètement. Soutenue, elle fait deux fois le tour de sa chambre.

Le *29 mars*, coloration *rose* très nette; plus de jaune du tout, même aux conjonctives. Examen du sérum : sa couleur, beaucoup moins jaune doré que précédemment, tend à se rapprocher de la teinte normale; pigments biliaires en quantité minime au spectroscoque et par l'acide azotique; la recherche de l'urobiline au spectroscope reste douteuse. Numération : globules rouges, 1 650 000; globules blancs, 2 000; hémoglobine, 65 p. 100. Examen du caillot : formation du caillot normale. Examen d'urine : vol. 1 000; traces de pigments biliaires, réaction de Hay positive; urobiline; pas d'indican, pas d'albumine.

Le *1er avril*, cessation de l'arsenite de potasse.

Jusqu'au *4 avril*, l'amélioration est stationnaire; pas d'augmentation des couleurs, ni des forces. Deux jours sur quatre, elle ne s'est pas levée, ne se sentant pas forte. Le 4, au soir, petites crises de nerfs.

Jusqu'au *10 avril*, même état. On reprend le cacodylate de soude, dont on fait dix piqûres. Le lendemain, elle marche sans soutien, fait quelques pas hors de sa chambre.

Le *16 avril*, elle descend au jardin, accompagnée; rapidement elle se trouve mal, a une légère syncope. On est obligé de la transporter dans sa chambre. Ce soir-là, elle est de nouveau excessivement *pâle*. Analyse d'urine : vol. 1 100 grammes; indican, pas de pigments, ni d'albumine.

Jusqu'au *21 avril*, elle continue à essayer de sortir de sa chambre, mais s'appuie beaucoup au bras qui la soutient. L'effort est visible; elle est de suite lasse, la figure tirée, pâle, les yeux cernés.

Le 21, les vertiges reparaissent. La figure est particulièrement pâle, fatiguée. Il y a encore une légère teinte rose le matin, mais plus de rougeur facile à la moindre émotion. On doit faire manger la malade; elle a le dégoût de tout ce qu'on lui présente. Les nuits sont bonnes encore. Mais depuis cinq à six jours, l'état, loin de s'améliorer, faiblit nettement. Pas de réapparition de la teinte jaune. Le foie paraît toujours de volume normal; le souffle pulmonaire, le thrill persistent. Température : 37°8. Pas de douleurs. Du 8 au 21 avril, les urines ont augmenté comme quantité : 1 500 à 1 700 grammes environ.

Le *24 avril*, cessation des piqûres de cacodylate. Reprise de l'arsénite de potasse.

Le *7 mai*, les forces reviennent un peu. La malade peut marcher et s'habiller en partie seule. Elle a « ses nerfs », moins qu'au début cependant, et dort bien.

10 mai. La veille, on a cessé l'arsenite. La malade ne faisant plus aucun progrès malgré l'arsenic et l'opothérapie combinés, on décide de faire de la radiothérapie, et on l'adresse au docteur Beaujard. Analyse d'urine : traces d'indican et d'albumine, réaction de Hay positive, pas de pigments, pas d'urobiline. Examen du sang : globules rouges, 1 130 000; globules blancs, 5 400.

Le jour même, première séance (1). Au retour, la malade est un peu affaissée, plus pâle qu'au départ, mais n'a pas trop souffert de sa course.

(1) Chacune des six applications qui furent faites furent d'une durée de dix minutes. La peau était à 15 centimètres du foyer, la dose, de 3 unités H (Holzknecht), la pénétration des rayons de 7-8 (Benoist) [docteur Beaujard].

Le *17 mai*, elle est toujours « nerveuse ». Teinte pâle et un peu verte des téguments. Seconde séance de radiothérapie. La malade est un peu plus pâle au retour. La température se maintient oscillante entre 37 et 38°5. Analyse d'urine : volume, 900 grammes; un peu d'indican, traces d'albumine, pas de pigments, pas d'urobiline.

Le *19 mai*, la figure est peut-être un peu plus colorée, mais les mains ont repris leur aspect cire jaune clair. L'engourdissement des doigts reparaît. Elle mange beaucoup cependant, viande, lait, légumes, cinq œufs par jour.

Le *31 mai*, troisième séance de radiothérapie.

Le *1er juin*, aggravation, prostration. La malade reste dans son lit, abattue, très fatiguée par sa sortie de la veille. Elle est retombée à 596 000 globules rouges; globules blancs, 3 600. Elle a ses règles qui durent trois jours; l'écoulement est très faible et à peine teinté.

7 juin, une épistaxis le matin. Même visage très pâle. Elle est cependant un peu mieux, cause volontiers. Globules rouges, 740 000; globules blancs, 7 200. Analyse d'urine : traces d'albumine, beaucoup d'indican, pas de pigments biliaires, peu d'urobiline.

Quatrième séance.

14 juin, elle est très jaune, couleur de coing; les conjonctives cependant sont à peine jaunes. Globules rouges, 690 000; globules blancs, 3 600.

Cinquième séance.

21 juin, sixième séance.

28 juin, la malade est encore plus jaune que d'habitude; elle ressent des faiblesses plus grandes, surtout dans les jambes; elle se dégoûte de la nourriture, s'ennuie. Persistance des bruits anormaux du cœur et des jugulaires. Un peu d'amaigrissement. Globules rouges, 550 000; globules blancs, 2 400. Depuis le 6 juin, la température a varié seulement entre 37 et 38 degrés. Elle quitte la maison de santé.

30 juin, nous revoyons la malade chez elle. Elle a assez bien supporté le transport; elle paraît mieux, mange davantage; elle est plus gaie, cause volontiers.

3 juillet, à la suite d'une discussion, elle a eu une crise nerveuse violente, doit se remettre au lit, dans un état de faiblesse extrême.

4 juillet. Le docteur Aubertin appelé, voit la malade dans un état très grave. Pas d'amaigrissement notable; pas de subictère bien net, mais anorexie absolue, céphalée violente et surtout dyspnée assez forte redoublant au moindre mouvement; oligurie et albuminurie légère; pas de diarrhée. La faiblesse va en s'aggravant et les deux derniers jours on peut constater un œdème assez considérable des membres inférieurs et une légère bouffissure de la face. Pas de purpura; une légère hémorragie gingivale. Pas de troubles sensitifs jusqu'à la période agonique. Un peu de torpeur, mais pas d'obnubilation intellectuelle. Le phénomène dominant qui marqua les derniers jours de la maladie fut une dyspnée très marquée.

La malade succomba le 6 juillet.

En somme, d'après l'histoire clinique que nous venons de rapporter, cette malade, soignée d'abord pendant plusieurs mois comme une *hépatique*, se présenta à nous dans un état d'anémie grave, parvenue à une période qu'on pouvait croire, et que les médecins qui l'avaient vue avaient cru devoir se terminer à brève échéance. Sous l'influence de l'opothérapie médullaire seule, puis de l'arsenic associée à la moelle osseuse, elle eut une amélioration vraiment surprenante, qui dura un mois. Rien ne put s'opposer ensuite à la perte des forces et à la déglobulisation progressive. Ces rechutes suivies de mort après une rémission plus ou moins prolongée sont d'ailleurs aujourd'hui bien connues (1).

Le diagnostic d'anémie pernicieuse cryptogénétique (2) posé par nous au début, s'affirma au cours de ces quatre mois et fut d'ailleurs vérifié par l'étude hématologique.

Cependant, au début de l'affection, le diagnostic ne fut pas aussi aisé. En décembre 1905, en effet, après un séjour à Vichy, cette malade ayant de l'ictère très net, un aspect à la fois anémique et un peu cachectique, une température atypique variant entre 37 degrés et 38°5, ayant des vomissements bilieux, une crise de diarrhée sans cause, un dégoût profond de la nourriture, présentant dans ses urines de l'indican, de l'urobiline en quantité notable, des traces de pigments biliaires, pouvait à bon droit être considérée comme une *infectée biliaire*, et le traitement institué, eau de Carbstad, extrait de foie, pilules de collargol, était semble-t-il, justifié.

De cette forme « ictérique » de l'anémie pernicieuse, MM. Chauffard et Læderich (3) rapportent deux cas.

Syllaba (4) dans son mémoire, cite un assez grand nombre de cas, où le subictère et même l'ictère vrai sont signalés. Se fondant sur un certain nombre de faits et sur cinq observations personnelles, où la bilirubine avait été décelée dans le sérum des malades, il conclut que « la bilirubinémie est un des symptômes de l'anémie pernicieuse, symptôme fréquent, sinon constant. Dans un certain groupe de cas, cette bilirubinémie s'accentue jusqu'à produire un ictère évident qui cache l'anémie et égare le diagnostic ». Pour lui, d'ailleurs, la lésion originale de l'anémie pernicieuse ne doit pas être cherchée dans les organes hématopoiétiques, mais dans l'*hémolyse endovasculaire*, et la cause en est un « poison hémocytolytique » encore inconnu.

Dans le travail cité, MM. Chauffard et Læderich donnent de ces « épisodes ictériques qui, dans les anémies pernicieuses, au moment des grandes et massives destructions globulaires, doivent assez souvent se rencontrer », une explication assez analogue : « De tels faits, disent-ils, concordent très exactement avec tout ce que nous ont appris dans ces dernières années de nombreuses recherches expérimentales. Hématolyse massive, cholémie, subictère, urobilinurie, cholurie, nous connaissons toutes les étapes de ce même processus pathologique. L'insuffisance du foie et des voies biliaires à transformer, et surtout à éliminer par les voies physiologiques, une surcharge de pigment d'origine sanguine nous donne l'explication non douteuse aujourd'hui de ces ictères secondaires. »

Ictère, cholurie légère et intermittente, urobilinurie abondante, se trouvaient chez notre malade.

(1) Voir Soc. méd. des hôpit., 1906, les communications de MM. Ménétrier, Aubertin et Bloch; Chauffard; Vaquez et Laubry; Enriquez, Clerc et Rathery.

(2) L'examen microscopique des selles, pratiqué à différentes reprises, ne nous montra jamais la présence d'œufs de parasites intestinaux.

(3) Chauffard et Læderich. Etudes sur quelques formes cliniques de l'anémie pernicieuse. Formes curables; formes secondaires; forme ictérique, *Revue de méd.*, 10 sept. 1905.

(4) Lad. Syllaba. Sur la pathogénie de l'anémie pernicieuse, *Arch. gén. de méd.*, 20 sept. 1904.

De plus, comme dans les cas de Syllaba, son *sérum* présenta lors des deux premiers examens, une coloration d'un *jaune doré* très net, moins intense au moment du troisième examen.

Dans les trois, nous avons pu déceler d'une façon indubitable la présence de *pigments biliaires*, et dans les deux premiers, l'existence d'une minime quantité d'*urobiline*.

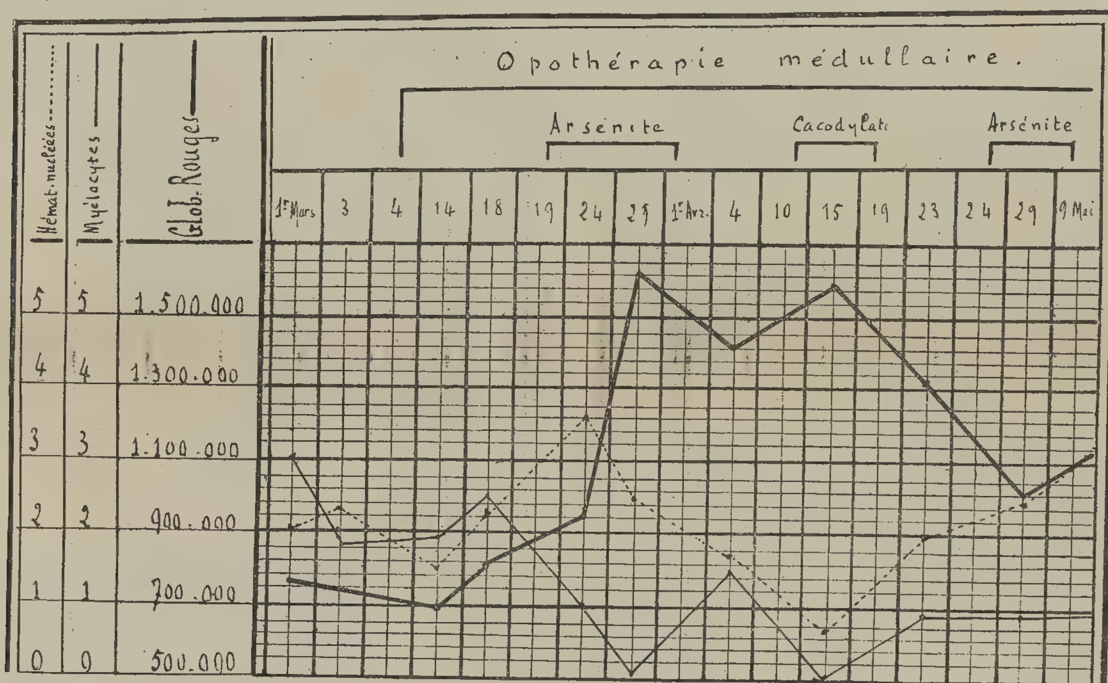
Nous nous sommes donc trouvés en présence d'un cas où les différents chaînons qui relient la déglobulisation et l'ictère, étaient apparents. Il nous a paru utile de le mentionner.

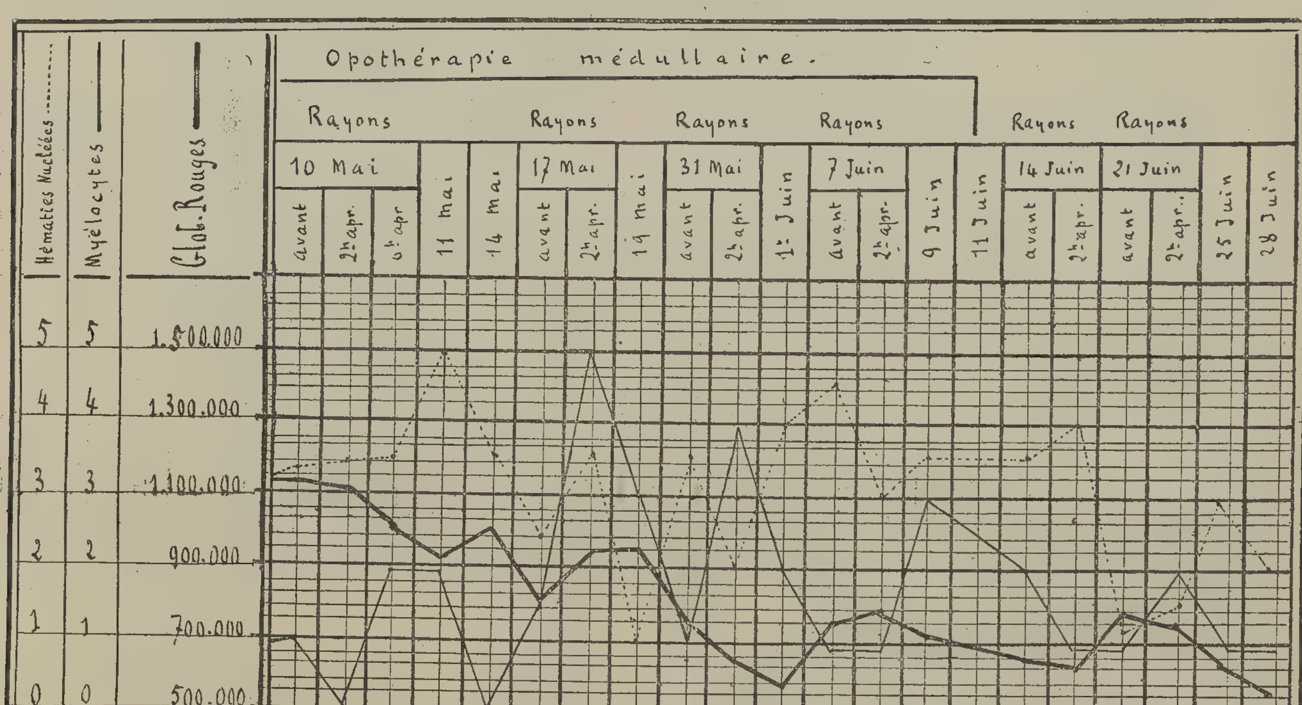
ÉTUDE HÉMATOLOGIQUE. — Le tableau et les courbes ci-jointes, résumant les différents examens que nous avons pratiqués, permet de suivre dans

TRAITEMENT	DATES	Glob. Rouges	Glob. Blancs	Hémoglobine (Tallqvist)	Polyn. neutr.	Lymphoc	Moyens Mono	Grands Mono	Eosinophiles	Polyn. de Trans.	Myélocytes	Cell. de Turck	Normoblastes p. 100 leucocytes	Mégaloblastes p. 100 leucocytes
	1er Mars	735.000	6.500	35	45	37.5	4.5	1.75	0.75	7.5	3	"	2	"
	3		"	"	45.04	25.02	12.04	2.9	1.7	7	2	4	2.3	"
Opothérapie Médullaire	4													
	14	700.000	4.800	"	40	18	31	2	2.5	3	2	2	1.5	"
	18	810.000	6.000	"	35	43	5.3	1	3 2	11	2 5	"	2.3	"
Arsénite Potasse	19													
	24	930.000	2.000	40	55	28.6	8	4	0.2	3	1	"	3.6	"
	29	1.650.000	2.000	65	58	29	9	1	1 7	3.3	"	"	2.5	"
	1er Avril													
	4	1.430.000	2.040	75	58	24	11	1	3	1	1.5	0 5	0.7	1
Cacodylate	10													
	15	1.600.000	4.800	80	54	26	11	3	1.7	4.3	"	"	0.7	"
	19													
	23	1.320.000	4.800	80	47	44	34	1	2	1	1	"	2	"
Arsénite	24													
	29	1.080.000	2.600	70	40	50	6	1	0.5	0.5	1	1	1 5	1
	9 Mai													
Rayons	10 avant	1.130.000	5.400	"	55	30	9	2.4	2	0.6	1	"	2 2	1
	10 2h apr.	1.170.000	4.000	"	53	33	7	4	3	"	"	"	2	1.5
	10 6h apr.	1.030.000	4.000	"	40	47	7	2	2	"	2	"	2	1.5
	11	930.000	2.800	"	42	46	5	1 5	3.5	0.5	2	"	1	4
	14	1.010.000	2.400	"	47	38	12	1	0.5	1.5	"	"	2.5	1
2e Séance	17 avant	895.000	2.400	"	48	41	5	1	1	1.5	1 5	1	2.1	0.3
	17 2h apr.	950.000	4.000	"	50	40.5	2.5	1	1	"	5	"	2.5	1
	19	960.000	2.400	"	46	40	5	2	1.5	2.5	3	"	1	"
3e Séance	31 avant	780.300	6.000	"	60	27	10	"	1	1	1	"	3.5	"
	31 apr. 2h	650.000	3.600	"	49	38	3	3	3	"	4	"	1.5	0.5
	1er Juin	596.000	3.600	"	50	37	5	"	2.5	3.5	2	"	4	"
4e Séance	7 avant	740.000	7.200	"	67	16	10	1	2.5	1.5	1	1	3	1.5
	7 2h apr	790.000	4.800	"	56	35	5	1.5	1.5	"	1	"	2 5	0.5
	9	712.000	2.400	"	65 5	25.5	1.5	1	1.5	2	3	"	3	0.5
	11													
5e Séance	14 avant	640.000	3.600	"	66	25	0.5	3	2	1	2	"	3.5	"
	14 2h apr.	642.500	3.600	"	59	32	6	1	1	"	1	"	3	1
6e Séance	21 avant	743.000	1.200	"	66	22	3.5	3.5	2.5	1.5	1	"	0.7	0.5
	21 2h apr.	735.000	1.200	"	65	28	2	1	2	"	2	"	1	0.5
	25	647.500	4.800	"	62	31	2	0.5	1.5	2	1	"	3	"
	28	550.000	2.400	"	60	30	4	1	1.5	1.5	1	1	2	"

son ensemble la marche de la maladie durant les quatre mois et demi du séjour de Mme R... dans notre service. Nous n'insistons pas ici sur l'amélioration d'abord, l'état à peu près stationnaire ensuite, enfin la baisse progressive du taux des globules rouges, sur les variations quantitatives et qualitatives des leucocytes. Nous y reviendrons en essayant d'apprécier l'action des différents traitements qui ont été tentés.

Notons seulement que, dès le premier examen, nous pouvions faire rentrer notre cas dans le groupe, aujourd'hui bien déterminé, des anémies pernicieuses cryptogénétiques *à réaction myéloïde*. La présence, bien qu'en petit nombre, de normoblastes





et de myélocytes, la polychromatophilie, la poïkilocytose et l'anisocytose, la formule leucocytaire spéciale, que nous retrouvâmes constamment dans la suite, étaient suffisants à le caractériser.

D'autre part, la coagulation du sang et la rétraction du caillot se firent, au cours de nos trois examens, à peu près dans les délais normaux.

Ces deux constatations nous permirent de penser que le cas, bien que grave, pouvait peut-être se trouver amélioré au moins pour quelque temps, et la réparation sanguine en même temps que la reprise des forces et de l'appétit, que nous obtînmes d'abord, furent encourageantes.

Il eût été intéressant de pouvoir *sérier* nos tentatives thérapeutiques et de pouvoir nous rendre pleinement compte de l'action de chacune avant de passer à la suivante. Mais, étant donnée la gravité du cas, nous n'avons pas cru y être autorisés. C'est

ainsi que l'opothérapie médullaire fut continuée durant presque tout le séjour de la malade, pendant qu'on tentait en même temps sur elle l'arsenic ou la radiothérapie.

Il nous a semblé possible cependant, de retirer de notre étude, quelques enseignements.

Action de l'opothérapie seule, puis associée à l'arsenic. — L'ingestion de moelle osseuse, absolument inefficace dans les cas d'anémie pernicieuse aplastique, c'est-à-dire sans réaction myéloïde, et qui agit au contraire très favorablement lorsque cette réaction est très marquée, en renforçant et en régularisant l'effort de la moelle (1), doit être tentée encore dans les cas où cette réaction existe, aussi faible soit-elle. « Une leucocytose légère avec augmentation de la polynucléose et de la réaction myéloïde, disent MM. Ménétrier, Aubertin et Bloch survenant peu de jours après l'institution de l'opothérapie, donnera la preuve que la moelle a réagi. Mais même dans ces conditions, la déglobulisation pourra continuer et la mort survenir, bien que la formule sanguine soit plus favorable. »

Chez notre malade, l'action de la pulpe qu'on avait commencée le 4 mars, a été lente, puisque le 14 mars il n'y avait encore que 700 000 globules rouges et 4800 globules blancs. Cependant, dès le 18 mars, augmentation légère des globules rouges et blancs, 810 000 et 6000.

Le commencement de la réparation sanguine a donc eu lieu, sous l'influence de l'opothérapie *seule*. En même temps, l'appétit et les forces revinrent.

Signalons également que cette amélioration ne s'est pas accompagnée de la polynucléose et de l'accentuation de la réaction myéloïde ordinairement constatées. Par contre les polynucléaires neutrophiles de transition, éléments imparfaits qui semblent être jetés hors de la moelle, dans la circulation, sous l'effort d'une réaction médullaire hâtée, se rencontrent en nombre élevé.

Ne croyant pas devoir priver notre malade des bénéfices possibles de la médication arsenicale, nous adjoignons l'arsénite de potasse. Dès le 24 mars, six jours après, sous l'influence des deux médicaments combinés il est vrai, les globules rouges augmentent (930 000), ainsi que l'hémoglobine, le nombre des polynucléaires et des hématies nucléées. Les polynucléaires de transition, au contraire, qui ne reparaissent qu'en très petit nombre, semblent avoir été remplacés par des polynucléaires adultes.

Le 29 mars, en même temps que persiste la polynucléose, élévation considérable du nombre des globules rouges, 1 650 000, chiffre que nous ne retrouverons plus. L'hémoglobine augmente : 65 p. 100.

L'arsénite est suspendu le 1er avril, la pulpe est continuée.

Le 4, l'état du sang est stationnaire, quoique avec un peu de fléchissement.

Le 10, on commence une série de huit piqûres de cacodylate de soude.

(1) Ménétrier, Aubertin et Bloch. Anémie pernicieuse et opothérapie médullaire, Soc. méd. des hôpit., 7 avril 1905.

Le 15 avril, globules rouges : 1 600 000; hémoglobine : 80 p. 100.

A partir du 23 avril, commencement de la baisse globulaire : 1 320 000 globules rouges, quoiqu'il y ait encore 80 p. 100 d'hémoglobine.

Il est à remarquer que la poïkilocytose et l'anisocytose, extrêmement marquées au début, sont allées en diminuant d'importance, tout en restant toujours très appréciables, à mesure que l'amélioration sanguine augmentait. Le 29 avril, pendant que le chiffre des hématies (1 080 000 globules rouges; 2 600 globules blancs), et de l'hémoglobine (70 p. 100) fléchissait encore, la déformation globulaire reparaissait, aussi accentuée qu'au début.

A ce moment, le bénéfice que nous pouvions attendre des deux médications nous paraissant illusoire, la polynucléose, les hématies nucléées et les myélocytes, loin d'augmenter, ayant au contraire une tendance à diminuer parallèlement au nombre décroissant des globules rouges, nous nous déterminons à essayer la radiothérapie.

Action de la radiothérapie. — Dans les cas où l'arsenic et la moelle osseuse paraissent insuffisants, il semble logique d'essayer tout au moins cette médication de date récente.

Au cours de leurs études sur le traitement de la leucémie myéloïde par la radiothérapie, Aubertin et Beaujard (1) avaient vu qu'à côté de son action puissante sur les globules blancs, elle avait également une action remarquable sur les globules rouges; des gains considérables pouvaient se voir après une seule séance. Asperger et Kraner, Krause (2) citent également des nombres très élevés.

M. Vaquez (3), MM. L. Rénon et L. Tixier (4) rapportèrent dans le courant de 1905 les bons effets obtenus par cette médication dans les anémies pernicieuses. Ces deux derniers auteurs reprenant cette étude d'une façon plus complète l'année suivante (5), obtiennent en cinq séances une augmentation de 790 000 à 920 000 globules rouges, en même temps que l'état général devient incomparablement meilleur et que le poids augmente (6).

Nous adressons donc la malade à M. Beaujard qui fait toutes les semaines une séance d'irradiations.

1° *Globules rouges.* — Il est facile de suivre sur le tableau ci-joint les variations des différents éléments de nos examens, avant et après chaque séance.

En résumé, sur six séances, nous avons obtenu trois fois une augmentation immédiate d'environ 50 000 globules rouges. Mais cette amélioration, si

(1) Aubertin et Beaujard. Action des rayons X sur le sang leucémique, *Presse méd.*, 20 août 1904.

(2) Voir rapport de Belot. Les rayons de Röntgen et les affections des organes hématopoiétiques, Congrès de Lyon, août 1906.

(3) Vaquez. Des états anémiques. Conférence publiée dans les *Arch. gén. de méd.*, 18 avril 1905.

(4) Rénon et Tixier. Anémie pernicieuse traitée par la radiothérapie. Accentuation très marquée de la réaction myéloïde du sang, Soc. de biol., 4 nov. 1905.

(5) Rénon et Tixier. Anémie pernicieuse traitée avec succès par la radiothérapie et les injections de sérum antitoxique, Soc. de biol., 9 mars 1906.

(6) Récemment, MM. Vaquez et Laubry n'ont pas eu par la radiothérapie le même succès. Il y eut seulement après les premières séances amélioration de l'état général légère et peu durable, Soc. méd. des hôpit., 13 juillet 1906.

légère qu'on peut à peine en tenir compte, ne se maintenait pas, et la courbe des globules rouges a continué, avec de légères et transitoires élévations, sa descente progressive.

2° *Globules blancs.* — Expérimentalement, Aubertin et Beaujard (1) ont montré que l'irradiation d'un fémur chez le lapin, produit une leucocytose (polynucléose surtout) très appréciable une heure après la séance, une leucopénie le lendemain, (avant, 7200; une heure après, 14400; six heures après, 7200; le lendemain, 4400). Une application sur le même segment, amène une leucocytose nouvelle (polynucléose d'abord, myélocytose ensuite), de la dégénération des globules blancs (histolyse) et une diminution légère des hématies. Si l'on répète l'expérience, le chiffre des globules rouges baisse très notablement, et la leucopénie se produit. Il existe en même temps une poussée considérable d'hématies nucléées (25 p. 100 leucocytes), une poïkilocytose et une polychromatophilie très marquées.

Ce sont là des résultats expérimentaux. Chez l'homme, MM. Rénon et Tixier ont rencontré des variations leucocytaires peu importantes, et ils n'ont pas observé de polynucléose.

Dans notre cas, la séance du 17 juin exceptée, nous n'avons pas constaté l'hyperleucocytose expérimentale consécutive à l'application des rayons. Seule, la leucopénie qui survient, lorsqu'un certain nombre d'heures se sont écoulées depuis l'irradiation, a pu être relevée. La polynucléose immédiate n'a pas été même esquissée. Par contre, chaque fois que l'examen a pu être répété six heures et vingt-quatre heures après la séance, nous avons trouvé une baisse quelquefois assez notable du nombre des polynucléaires, qui cadre bien avec la leucopénie qu'on remarquait en même temps.

Quant à l'*éosinophilie* consécutive aux irradiations, signalée par MM. Rénon et Tixier dans leur deuxième cas (1906), elle s'est montrée chez notre malade, dans des proportions si faibles que nous ne pouvons en tenir compte.

La *myélocytose* signalée également par ces auteurs, et par Aubertin et Beaujard expérimentalement, fut plus manifeste, au moins dans les deuxième et troisième séances (p. 100 leucocytes, respectivement : 1,5 à 5; 1 à 4 myélocytes). Dans les deux dernières, la proportion ne fut nullement modifiée.

Après des irradiations plus ou moins répétées, Aubertin et Beaujard ont vu sur leurs lames sèches, une *leucolyse* retrouvée d'ailleurs par Quadrone, Rénon et Tixier, qui leur a paru indubitable. Toutes réserves faites sur cette question qui soulève encore des difficultés, il nous a semblé non douteux que ces formes apparaissaient après certaines séances, alors qu'elles manquaient avant ces mêmes séances. Le 11 mai, vingt-quatre heures après la première irradiation, nous avons rencontré, sur 100 leucocytes, *neuf* formes en histolyse.

3° *Hématies nucléées.* — Nous avons déjà vu qu'il est possible d'observer sous l'influence des rayons une augmentation considérable de ces éléments (Rénon et Tixier).

Dans notre cas, ils ont subi des oscillations variables, et que nous ne pouvons d'après nos examens, rattacher ou non aux séances qui ont été faites.

Il nous reste à résumer en quelques mots ce que nous avons observé, hématologiquement, aux approches de la mort.

A partir du 1er juin, malgré de légères améliorations, en même temps que les forces déclinent, la déglobulisation s'accroît davantage. Cependant, la mononucléose dont on tend à faire un symptôme de fâcheux pronostic ne se montre pas. Il en était de même dans le cas récent d'Enriquez, Clerc et Rathery (1). Des hématies nucléées et des myélocytes nullement modifiés il est vrai, non plus que le chiffre total des globules blancs par les rayons, persistent encore.

En résumé, malgré l'absence d'autopsie, les examens de sang que nous avons pratiqués nous permettent de conclure à une anémie pernicieuse sans cause connue, à faible réaction myéloïde, anémie pernicieuse *hypoplastique* de M. Chauffard.

L'opothérapie médullaire, employée seule d'abord a amorcé un début de réparation sanguine qui s'est accentuée sous l'influence de l'opothérapie et de l'arsenic combinés, et qui s'est manifestée par une augmentation progressive notable des globules rouges et de l'hémoglobine, la presque disparition des polynucléaires de transition remplacés par des polynucléaires adultes, la moindre importance de la poïkilocytose et de l'anisocytose, et qui ne s'est pas accompagnée d'accentuation de la réaction myéloïde.

Les deux médicaments d'abord employés, n'ayant plus aucune action, et la baisse globulaire recommençant, six séances de radiothérapie furent faites. A la suite de trois d'entre elles, un gain immédiat et tout relatif d'environ 50 000 globules rouges se produisit. Les autres furent accompagnées d'une perte assez importante. Même celles qui parurent avoir un semblant d'efficacité ne furent pas suivies d'amélioration durable. L'effet des irradiations se manifesta cependant, au début du moins, par la leucopénie qui les suivait au bout de plusieurs heures, sans qu'il y ait eu de véritable polynucléose d'abord, et par une myélocytose légère. Les rayons n'eurent d'effet apparent ni sur le nombre des globules blancs, ni sur les éosinophiles, ni sur les hématies nucléées.

Il ne saurait être question de comparer, dans notre cas, la valeur thérapeutique des trois médications que nous avons essayées.

Il est probable que le succès éphémère de l'opothérapie et de l'arsenic, ne se produisit que parce qu'ils furent les premiers en date. M. Vaquez (2) a d'ailleurs fait remarquer qu'après une amélioration obtenue, si la rechute se produit, toutes les médi-

(1) AUBERTIN et BEAUJARD. Action des rayons X sur le sang et les organes hématopoiétiques, Soc. de biol., 10 fév. 1906.

(1) ENRIQUEZ, CLERC et RATHERY. Soc. méd. des hôpit., 19 juillet 1906.

(2) VAQUEZ. Soc. méd. des hôpit., 29 juin 1906. Discussion de la communication de M. Chauffard : Rechute suivie de mort dans deux cas d'anémie pernicieuse antérieurement considérés comme guéris.

cations, quelles qu'elles soient, sont désormais impuissantes.

Ce que nous avons voulu seulement analyser, c'est la façon particulière dont peut se comporter la moelle osseuse à bout de ressources lorsqu'on tente de la soumettre à certaines excitations.

Si les résultats que nous avons eus sont sensiblement différents de ceux obtenus par d'autres auteurs, c'est probablement qu'ils avaient employé ces mêmes excitations dans des cas où la moelle avait une vitalité plus intense et pouvait encore réagir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 JANVIER 1906)

Croissances artificielles. — M. LEDUC, revenant sur les expériences que nous avons relatées (v. *Gaz. des hôpit.*, 1906, nº 138, p. 1648), insiste sur quelques points.

« Toutes les croissances jusqu'ici obtenues, dit-il, étaient naines, instables, uniformes. Mes liquides de culture donnent des croissances de grandes dimensions, stables, transportables et nettement différenciées en rhizomes avec radicules, longues tiges verticales et organes terminaux bien formés. L'importance du milieu nutritif est telle, que *la forme est caractéristique du milieu où elle s'est développée*; les chlorures de sodium et de potassium donnent des croissances vermiformes, le nitrate de potassium des épines, le chlorure d'ammonium des chatons.

La nutrition est suffisamment établie par ces faits, mais le métabolisme se révèle encore par les ions colorés. Si le liquide de culture contient un iodure, la croissance s'entoure d'une auréole violette d'iode, l'ion potassium moins gros pénétrant à l'intérieur.

J'appelle *circulation* le transport du liquide membranogène et du sucre dans d'étroits canaux sur des longueurs pouvant atteindre 0m30.

La tête d'une tige artificielle, brisée avant l'achèvement de la croissance, se greffe sur une autre tige et la croissance recommence.

Les cellules vivantes contiennent, outre les sels pour les ions desquels les membranes artificielles et naturelles sont perméables, des substances à grosses molécules comme les sucres chez les végétaux, pour lesquelles les membranes sont imperméables. De là l'intérêt d'étudier les cellules artificielles renfermant des sucres.

Il existe entre la croissance des graines artificielles et celle des plantes naturelles, des analogies qu'il ne faut pas plus méconnaître qu'exagérer. La graine artificielle et la graine naturelle sont l'une et l'autre enveloppées d'une membrane perméable aux ions, imperméable aux sucres; à mesure que l'eau pénètre, le sucre se solubilise dans l'une, l'amidon dans l'autre, et l'on voit se produire des croissances analogues.

Jusqu'à l'apparition de la fonction chlorophylienne, nous ne connaissons pas d'autres conditions physiques de la croissance des plantes naturelles. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1907)

Anémie pernicieuse à forme ictérique. — MM. COURTOIS-SUFFIT et Marcel FERRAND font une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 63.)

Un cas d'infantilisme tardif avec autopsie. — MM. BRISSAUD et BAUER. Il s'agit d'une jeune fille qui, parvenue normalement à l'état adulte, présenta, quelque temps après une grossesse, les premiers signes d'un état d'infantilisme qui s'accusa peu à peu. L'autopsie de cette femme, morte de péritonite tuberculeuse, permit de constater le petit volume du corps thyroïde et des organes génitaux.

Cette observation vient donc à l'appui de l'interprétation récemment donnée par M. Gandy à propos de faits analogues. Mais au lieu de désigner cette variété d'infantilisme sous le nom d'infantilisme réversif, peut-être serait-il préférable de lui donner l'étiquette d'infantilisme tardif.

Des injections de sérums sanguins frais dans les états hémorragipares. — M. P. EMILE-WEIL rappelle dans cette communication que les injections de sérums sanguins frais corrigent les anomalies de coagulation sanguine dans les états hémophiliques, complètement dans l'hémophilie spontanée, incomplètement dans l'hémophilie familiale, et possèdent, grâce à cette propriété, une action thérapeutique, d'une part préventive, d'autre part curative. Divers exemples appuient cette conclusion.

Dans les grands purpuras hémorragiques, aigus ou chroniques, primitifs ou secondaires, bien que la correction des lésions sanguines ne s'opère qu'imparfaitement, à la suite des injections, presque toujours cependant les hémorragies cessent après elles. L'auteur rapporte quatre cas de purpuras aigus, où de multiples hémorragies viscérales et cutanées disparurent le lendemain ou deux jours après l'injection, et quatre cas de purpuras chroniques, d'évolutions dissemblables : dans deux cas simples, une amélioration prolongée ou la guérison définitive survinrent après l'injection; dans deux cas, compliqués d'anémie pernicieuse, les hémorragies cessèrent momentanément ou complètement, mais l'évolution progressive de la déglobulisation ne put être enrayée.

Une injection de sérum frais (de moins de quinze jours), d'homme, de lapin, de cheval, à la dose de 15 centimètres cubes dans les veines, de 40 centimètres cubes sous la peau, suffit pour obtenir l'arrêt des hémorragies dyscrasiques. Cette injection agit, en fournissant des ferments coagulants à l'organisme malade, et se montre plus efficace que la médication calcique, dont le but est d'exalter les ferments coagulants, et dont on connaît les heureux effets habituels.

Sur un cas de charbon mortel. — MM. P. MÉNÉTRIER et J. CLUNET ont observé un cas de pustule maligne du cou, consécutif à une piqûre d'insecte. Malgré la thérapeutique d'ailleurs tardive (injection de teinture d'iode autour de la pustule, sérum anticharbonneux à hautes doses), l'affection s'est terminée rapidement par la mort. Les recherches bactériologiques ont permis de constater la présence de bactéries charbonneuses virulentes dans le liquide d'une vésicule, pendant la vie du malade, et dans l'œdème médiastinal après sa mort. La rate, loin d'être augmentée de volume, était plutôt diminuée. — L'examen histologique de la pustule a donné des résultats qui diffèrent des descriptions classiques.

Le fait dominant est une hémorragie sous-épidermique et sous-dermique. Elle s'explique par la distension générale excessive des vaisseaux sanguins et semble la lésion initiale. La nécrose aboutissant à l'escarre est secondaire, mais modifie profondément le sang épanché.

Cherchant à reproduire, chez les animaux sensibles, une culture locale au point d'inoculation, les auteurs sont parvenus chez le cobaye blanc, par inoculation cutanée, à produire, au bout de vingt à trente heures, une tache ecchymotique. Cette tache devient noirâtre et sèche et bientôt s'entoure d'une zone d'œdème. Parfois ont apparu un ou deux soulèvements épidermiques analogues aux vésicules de l'homme. L'œdème est progressif et l'animal succombe à la septicémie charbonneuse de quatre à six jours après l'inoculation, tandis que les animaux témoins succombent toujours dans les quarante-huit heures après inoculation sous-cutanée des mêmes cultures. Les coupes histologiques de ces pustules expérimentales sont comparables aux coupes de la pustule humaine de par le siège des hémorragies, la répartition des bactéries et des infiltrats leucocytaires.

M. COMBY, à propos de la critique de l'observation faite par M. Variot dans la précédente séance, revient sur la question du **scorbut infantile** et démontre, avec preuves à l'appui, qu'il survient brusquement à la suite d'ingestions de lait stérilisé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Alimentation et digestion, par le professeur G.-H. Roger, professeur à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité. Gr. in-8° de XII-524 p., avec 57 fig. dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

Précis de parasitologie humaine, parasites végétaux et animaux, par le docteur M. Neveu-Lemaire, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, avec 513 fig. dans le texte et une préface par le professeur R. Blanchard, membre de l'Académie de médecine, 5e édit. In-18 grand-jésus de III-490 p., cart. — Prix : 7 francs. — Paris, F.-R. de Rudeval.

Formulaire et consultations médicales, par G. Lemoine et E. Gérard, professeurs à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille, 2e édit. In-18 raisin, cart., 864 p. — Prix : 6 francs. — Paris, Vigot.

Le Directr-gért : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPR. F. LEVE, 17, RUE CASSETTE.

N° 7. — JEUDI 17 JANVIER 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 17 JANVIER 1907. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — PATHOLOGIE INTERNE ET MÉDECINE LÉGALE. — *Epreuve orale de trois quarts d'heure.* — Séance du 14 janvier 1907. — M. Jousset (de Paris) : « Néphrite scarlatineuse. » — M. Bernard (de Paris) : Accidents de la vaccination. » — M. Gaussel (de Montpellier) : « Rhumatisme blennorragique. »

Deuxième épreuve : *Exposé des travaux personnels des candidats.* — Ordre de passage :

1. MM. Bériel, Martin, Breton, Nattan-Larrier, Laubry, Salomon, Crouzon, Clerc, Bonnamour, Leenhardt.

11. Carles, Micheleau, Lesieur, Rimbaud, Apert, Bousquet, Lortat-Jacob, Babonneix, Nobécourt, Lereboullet.

21. Lépine, Mouriquand, Salager, Bertin, Gandy, Pallasse, Vansteenberghe, Lagriffoul, Gaultier, Detot.

31. Marie, Bernard, Merklen, Sorel, Castaigne, Gellé, Carrier, Dalous, Rathery, Ferrand.

41. Lœper, Raviart, Cade, Sicard, Ribierre, Garnier, Laignel-Lavastine, Cruchet, Péhu, Gaussel, Grenet, Jousset, Porot.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Pathologie.* — Séance du 15 janvier 1907 : MM. Toupet, 13 ; Fouquiau, 12 ; Boudol, Sloog et Soubies, 10 ; Dournay, Durand (Louis) et Gendron, 9 ; Gérard et Renault (Charles), 8.

Anatomie. — Séance du 16 janvier : MM. Schreiber, 13 ; Pénard, 12 ; Fouchet et Lamouroux, 11 ; Queuille et Rouget, 10 ; Dreyfus, 9 ; Chabbert (Paul) et Mlle Neveux, 7.

Prochaine séance le vendredi 18 janvier, à cinq heures, à la salle des Saints-Pères.

CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. — MÉDECINE. — Le jury est composé de MM. Roubinovitch, Sicard, Thiroloix, Delbet et Caussade.

— CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS. — Le jury est composé de MM. Michon, Chaput, Robineau, Launois et Ribemont-Dessaignes.

Onze mémoires ont été déposés pour le concours de médecine par MM. Renaud, Israëls de Jong, Philibert, Tixier, Rivet, Moutier, Malloizel, Claret, Ribot, Bloch et Tanon. Sept mémoires ont été déposés pour le concours de chirurgie par MM. Siegel, Mathieu, Picot, Papin, Cauchois, Sauvé et Morel.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Les professeurs, les chargés de cours et les agrégés en exercice de la Faculté mixte de médecine de l'Université de Bordeaux sont convoqués le lundi 4 février 1907, à l'effet d'élire un délégué au conseil académique de Bordeaux.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 12 janvier 1907, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée active retraité De Schuttelaere.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de l'armée active retraités Folie-Desjardins, Blanchet, Bonnet et Ducros.

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — M. le médecin-major de première classe de l'armée active dont la démission a été acceptée Léard.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Dheilly, Boynier, Poulard, Rérolle, François-Dainville, Ball, Damiot, Trémolières, Michelet, Luquel, Morel, Français, Lecocq, Marini, Gauckler, Bonnamour, Billard, Papegeay, Budin, Pirault, Fichot, Baïsset, Pitti-Ferrandi, Leclerc, Darcanne, Lafage, de la Rue, Dupont, Penel, Hautant, Morin, Tavernier, Samiac, Genet, Corneloup, Puy, Bernard, Peyri, Laplace, Lautaret, Voisselle, Pauly, Brunel, Granval, Sauvé, Vilbonnet, Uhry, Serin, Landolt, Baudet, Bru, Dureau, Bourdinière, Ledoux-Lebard, Wattez, George, Berthomier, Dhéry, Sécheret, Sauvet, Puisségur, Piollenc, Idrac, Gobert, Gruyer, Winkler, Pruès, Geneuil, Bouchez, Schmitt, Delozière, Clément, Fortin, Jouve, Duroux, Tournier, Desdouitz, Roques, Merlot, Ruyssen, Cabanes, Lavillette, Laffitte, James, Deupes, Galibert, Bousseau, Roca, Ponthieu, Delobel, Lecouffe, Laplaze, Lancet, Gaimard, Crochet, Vallet, Amouroux, Dodeuil, Rabourdin, Faidherbe, Trouette, Loubry, Cavaillé, Malzach, Saussine, Deswarte, Cayla, Castel, Vincent, Pierre-Nadal, Laruë, Bardel, Dusolier, Mousnier, Goudeaux, Dalmon, Loyer, Janicaud, Couénon, Butruille, Mitte, Saubert et Bailly.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine David, Pascalidès, Solari, Florentin, Grisel, Cadéot, Landon, Joubaire et Vaney.

MARINE. — M. le docteur Violle, élève du service de santé, est nommé au grade de médecin de troisième classe.

LA NOUVELLE PHARMACOPÉE JAPONAISE. — A partir du 1er janvier 1907, entre en vigueur au Japon une nouvelle édition de la pharmacopée de ce pays.

L'importation, au Japon, de produits préparés d'après les données de l'ancienne *Pharmacopea japonica* continuera à être tolérée jusqu'au 31 décembre 1907, à la condition toutefois que les articles dont il s'agit soient revêtus de la mention : « Préparé suivant l'ancienne pharmacopée japonaise. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Magnin (de Grenoble) et Nivert (de Paris); et M. E. Penault, étudiant à Rennes, qui a succombé aux suites d'une piqûre anatomique.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Courses de Nice. Tir aux pigeons de Monaco. — Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classe, à prix réduits, de Paris pour Cannes, Nice et Menton, délivrés jusqu'au 24 janvier 1907.

Les billets sont valables vingt jours et la validité peut être prolongée une ou deux fois de dix jours moyennant 10 p. 100 du prix du billet. Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

De Paris à Nice : 1re classe, 182 fr. 60; 2e classe, 131 fr. 50.

Relations entre Paris et la Côte d'Azur. — Pendant la saison d'hiver 1906-1907, la Cie P.-L.-M a remis en marche :

Les trains rapides de jour (Côte d'Azur Rapide), Paris-Nice en 13 h. 50;

Les trains rapides de nuit (trains 17 et 18), Paris-Nice en 15 h.

Nombre de places limité.

Pour plus de détails, consulter le Livret-Guide Horaire P.-L.-M.

CLINIQUE CHIRURGICALE

(*Hôtel-Dieu de Lyon. — M. le professeur* A. Poncet.)

PLAIES ET RUPTURES DU PÉDICULE VASCULAIRE DU REIN

Par le docteur L. THÉVENOT,
Assistant de M. le professeur A. Poncet.

Fixés à la paroi abdominale postérieure, les vaisseaux rénaux en raison de leur profondeur, en raison aussi de leur brièveté, sont presque à l'abri des lésions traumatiques. En arrière, la colonne vertébrale étale ses apophyses transverses et les recouvre en grande partie. En avant, la paroi abdominale et surtout les viscères épuisent l'influence des forces vulnérantes.

Aussi c'est avec la plus grande peine que l'on découvre dans la littérature quelques cas où ils ont été lésés, alors que le rein au contraire est sensiblement intact.

Ces recherches bibliographiques nous ont été suggérées par un cas que nous avons été appelé à opérer, et où il s'agissait d'une section de ces vaisseaux par balle de revolver. Voici d'ailleurs cette observation :

Jeanne D..., vingt et un ans, sans profession, demeurant à Lyon, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 34, le 26 novembre 1906 à une heure de l'après-midi.

Elle s'est tiré à huit heures du matin un coup de revolver au flanc droit, à la limite du thorax et de l'abdomen, et présente des accidents d'anémie aiguë.

Elle est complètement décolorée, et le pouls radial n'est presque plus perceptible.

La respiration se fait normalement, mais la malade a de la peine à causer.

Les mouvements du diaphragme sont conservés, le ventre est souple, nullement ballonné.

La malade se plaint seulement de souffrir un peu du ventre et se couche en chien de fusil.

Ni hoquet, ni vomissements.

Lorsque nous la voyons, à deux heures du soir, les accidents sont extrêmement accentués.

La malade est complètement décolorée, et le pouls radial n'est plus perceptible. Elle ne répond plus aux questions qn'on lui pose.

La respiration est encore régulière. L'abdomen n'est pas ballonné, et la matité du foie persiste. La sonorité thoracique est normale, il n'y a donc pas d'hémothorax.

A la limite du thorax et de l'abdomen, sur l'extrémité antérieure de la neuvième côte, existe l'orifice d'entrée de la balle, qui fait porter le diagnostic de plaie pénétrante du foie avec hémorragie interne très grave.

La malade est portée sur le lit d'opération, et très rapidement désinfectée. Une longue incision parallèle au rebord costal conduit sur un péritoine rempli de sang. On enlève les caillots à pleines mains, mais à ce moment on constate que la malade ne respire plus et que les bruits du cœur ne sont plus perceptibles.

La main introduite dans la plaie sent une perforation sur la face antérieure du foie non loin de son bord libre, une autre sur la face postérieure de cet organe. Immédiatement au-dessous, il existe un hématome qui occupe la loge périrénale, et l'index y pénètre profondément en s'engageant dans un orifice qui permet de suivre le trajet de la balle. Il n'est pas possible de sentir si l'on pénètre dans le parenchyme rénal ou simplement au milieu des caillots qui infiltrent les mailles du tissu cellulaire. La malade étant morte, l'exploration n'est pas poussée plus loin.

L'autopsie est pratiquée le 27 novembre 1906. L'ablation du plastron thoracique montre l'intégrité de la plèvre du côté droit; la balle n'a fait qu'encocher le rebord costal, au niveau des insertions du diaphragme, par conséquent encore loin du cul-de-sac pleural.

L'abdomen étant débarrassé du sang qu'il contient et qui a diffusé dans toute la cavité péritonéale, on constate les lésions suivantes :

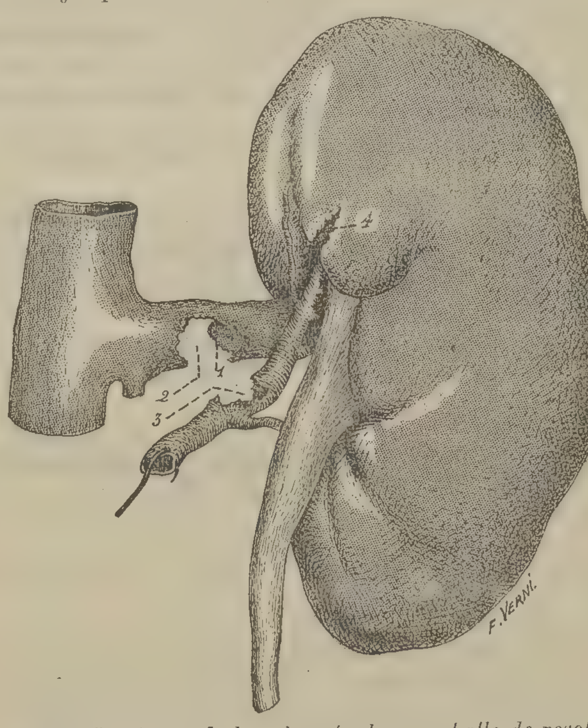
Le foie présente deux plaies :

L'une sur sa face antérieure, à 8 centimètres à droite du ligament suspenseur, à 4 centimètres du bord antérieur. Cette plaie triangulaire permet l'introduction du petit doigt.

L'autre sur sa face postérieure, à un centimètre à droite de la vésicule biliaire, à 5 centimètres du bord antérieur. Cette plaie plus volumineuse permet l'introduction de l'index.

Il ne semble pas que cette lésion ait produit une hémorragie très considérable, et le rein paraît surtout devoir être incriminé.

La loge rénale est occupée par un énorme hématome qui descend jusque dans la fosse iliaque.



Plaie de l'artère et de la veine rénales par balle de revolver. Le rein est vu par sa face postérieure.

1. Caillot oblitérant le bout pér phérique de la veine. — 2. Plaie de la veine. — 3. Plaie de l'artère (l'artère a été abaissée pour laisser voir la plaie veineuse). — 4. Légère fissure de la face postérieure du rein.

Le rein cependant n'a presque rien, une petite fissure de 1 centimètre de longueur sur sa face postérieure, partant du bord interne, fissure profonde de 1 à 2 millimètres.

La lésion importante siège sur l'artère et la veine rénales.

Elles sont aux trois quarts sectionnées, à 1 centimètre du rein. La veine est coupée dans ses trois quarts inférieurs, et un énorme caillot remplit sa partie adhérente au rein.

L'artère située en arrière et au-dessous a été sectionnée aux dépens de ses trois quarts supérieurs.

L'uretère, situé plus bas, est intact.

La balle, après avoir fait ces désordres, a frôlé le bord interne du rein et l'a fait éclater. Elle a passé ensuite entre l'apophyse transverse de la deuxième et de la troisième vertèbre lombaire, et on l'a retrouvée dans l'épaisseur des muscles spinaux.

C'est une balle de plomb de 8 millimètres; elle s'est à peine déformée.

On conçoit que de tels cas sont exceptionnels. D'ordinaire, les vaisseaux fuient devant les balles et il faut qu'ils soient fixés comme au voisinage du hile du rein pour qu'ils ne puissent se dérober à leur action vulnérante. Nous avons recherché dans la chirurgie de guerre s'il existait de telles lésions par balles ou par armes blanches, mais nous n'en n'avons pas rencontré. Il est d'aillenrs probable que de tels malades meurent avant qu'on ait pu les secourir.

En dehors de ces cas, où les vaisseaux rénaux sont directement frappés, il en est d'autres où ils sont rompus, alors qu'il s'agit d'une simple contusion de l'abdomen. L'observation la plus complète est celle de Baron (1) :

F..., cinquante-trois ans, est amené d'urgence à l'hôpital dans la journée du 26 novembre; on l'a ramassé sous un camion qui lui avait passé sur le corps.

Le malade est dans un demi-coma, et ne répond que par des gémissements aux interrogations.

Interrogé où il souffre, il passe la main sur la région épigastrique.

A l'examen, on constate d'abord une large ecchymose palpébrale et conjonctivale à gauche : pas d'écoulement de sang par le nez ni par les oreilles, pas d'inégalité pupillaire, ni de paralysie faciale.

Au thorax, on trouve en avant et à gauche un point douloureux et crépitant sur le trajet de la sixième côte, qui est fracturée.

A l'abdomen, on ne trouve aucune trace d'ecchymose sur la peau, non plus qu'à la région lombaire : le ventre est distendu et ballonné, sans qu'on puisse trouver un point douloureux net.

La température est à 35°2, et le pouls très faible à 96 pulsations par minutes.

Ni hoquets, ni vomissements.

Le soir du même jour, le malade a repris un peu connaissance, et se plaint de violentes douleurs dans l'abdomen.

On fait venir M. Legueu, chirurgien de garde, qui examine le malade, et pensant à un accident possible du côté du rein, le sonde et retire une urine claire. En présence de l'amélioration de l'état général, de la reprise de la connaissance, de la température revenue à 36 degrés et de l'absence de vomissements, il décide de ne pas intervenir.

Le malade meurt le lendemain matin, quinze heures après l'accident.

A l'autopsie, on trouva une fracture intéressant la base du crâne et la voûte orbitaire du côté gauche, une fracture de la sixième côte gauche en avant.

A l'ouverture de la cavité péritonéale, on remarque une vaste ecchymose qui a envahi la séreuse et s'est diffusée jusque dans le grand épiploon.

Pas d'épanchement à l'intérieur du péritoine : l'intestin, le foie et la rate sont sains. En incisant le feuillet postérieur du péritoine à gauche, on tombe sur une poche remplie de caillots noirâtres, et dans laquelle flotte le rein qui n'est plus retenu que par son uretère; il y a eu rupture complète de son pédicule vasculaire, artère et veines rénales.

Le rein ne présente comme altérations que deux petites fissures de 3 à 4 millimètres à sa partie antéro-inférieure, et les traces de la rupture d'un petit kyste.

La capsule, disséquée en quelque sorte par l'hémorragie, ne se retrouve plus. A la coupe, rien d'anormal dans le parenchyme.

Aux deux bouts de l'artère rénale, on constate un caillot et la tunique externe de l'artère est recroquevillée et oblitère le vaisseau. La veine rénale, dans son extrémité adhérente au rein, est gonflée et obturée par de gros caillots. L'uretère est sain et vide.

Rien à l'autre rein.

Morestin, à propos de cette communication, dit avoir observé un cas analogue, mais nous n'avons pu le retrouver dans la littérature médicale.

L'observation de Grawitz (1) peut, à la rigueur, rentrer dans cette catégorie, bien qu'elle se rattache aux contusions et déchirures du rein.

X..., potier, vingt-sept ans, admis à l'hôpital le 7 octobre. Chute de six pieds de hauteur, l'hypocondre droit portant sur l'arête d'une caisse. Aussitôt, violentes douleurs, vomissements, matité dans la partie abdominale droite, hématurie.

On diagnostique une déchirure du rein droit. Mort après vingt-quatre heures. A l'autopsie, déchirure du rein droit ainsi que de l'artère et de la veine. Enorme épanchement sanguin dans la capsule rénale et dans la cavité abdominale. Les autres organes ne contiennent pas de sang.

Dans ces deux cas, le mécanisme paraît être univoque : d'ordinaire, dans les traumatismes de l'abdomen, le rein est refoulé par l'agent contondant contre les apophyses transverses des vertèbres lombaires et vient s'écraser contre elles; les autres mécanismes (flexion forcée, etc.) sont exceptionnels. On conçoit qu'il faut pour cela que le corps vulnérant dirige son action perpendiculairement à la paroi abdominale postérieure. Si cette action s'exerce obliquement, le rein va être projeté en dehors; sa paroi postérieure, frottant contre l'apophyse transverse, se déchirera plus ou moins profondément, son pédicule sera violemment étiré et les vaisseaux brusquement élongés vont se briser à leur partie moyenne. L'uretère, en raison même de sa direction, va rester naturellement intact.

Ainsi vont se produire sur les vaisseaux rénaux deux sortes de lésions : les unes sont des sections incomplètes, les autres sont des sections complètes. Il semblerait au premier abord que les premières

(1) Baron. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1895

(1) Grawitz. *Arch. f. klin. Chir.*, 1889.

seront les moins graves; c'est pourtant le contraire qui arrive. Après une section complète, en effet, les vaisseaux peuvent se recroqueviller et ainsi se fait une tendance à l'hémostase spontanée qui tend à ralentir l'abondance de l'hémorragie.

Ce qui est plus important encore pour le malade. c'est l'état de la capsule graisseuse du rein, et du péritoine qui la recouvre en avant. Si ces organes ne sont pas déchirés, l'hémorragie se fera dans les mailles conjonctives qu'elle distendra de plus en plus. Le sang infiltrera toute la loge rénale et descendra vers la région lombaire, mais son écoulement en dehors des vaisseaux devient de plus en plus difficile, des caillots ont le temps de se former et la perte de sang se fait par cela même de plus en plus lentement.

Au contraire, s'il y a en même temps déchirure large du péritoine et de l'enveloppe graisseuse du rein, le sang va s'écouler librement dans le péritoine. On sait avec quelle difficulté il se coagule dans les séreuses et l'on voit que rien ne vient alors modérer l'hémorragie.

Ces deux conditions les plus graves, section incomplète des vaisseaux avec écoulement facile du sang au dehors, se trouvaient précisément réunies chez notre malade. Elle a pourtant survécu six heures à sa blessure, n'ayant reçu aucun soin. On voit par cela même que le pronostic de telles lésions n'est pas immédiatement fatal et que la chirurgie a encore le temps d'intervenir.

Dans les arrachements du rein sans lésion du péritoine, l'hémorragie est plus lente et le chirurgien peut espérer encore faire œuvre utile vingt-quatre heures après l'accident.

Sur quels symptômes basera-t-il son diagnostic? Ordinairement sur aucun. Il aura devant lui un malade ayant des signes de plaie ou de contusion grave de l'abdomen, et surtout d'hémorragie interne très violente. Cela doit lui suffire pour lui dicter sa ligne de conduite. Le sang vient-il du foie, du rein, des vaisseaux intestinaux? Peu lui importe. Quelques signes cependant pourront lui faire supputer une plaie de tel ou tel organe. Chez notre malade, le siège de la blessure faisait penser plutôt à une plaie du foie avec lésions des vaisseaux du hile, et rappelait à notre esprit les efforts énergiques mais malheureusement infructueux de notre maître dans le cas célèbre de l'infortuné président Carnot. Chez d'autres, la présence d'un peu de sang dans l'urine appellera l'attention du côté du rein. Mais il ne faut pas oublier qu'en pareil cas le sang indique une contusion rénale concomitante. Dans les simples lésions des vaisseaux du rein, il est bien évident que l'urine reste claire et limpide. La douleur dans le flanc, la position en chien de fusil que prend le malade sera une indication bien meilleure.

Que le diagnostic reste flou ou qu'il se précise, la ligne de conduite est la même. L'intervention est la seule chance de salut.

Que la laparotomie soit médiane, qu'une plaie extérieure la fasse faire latérale, cela importe peu. Le ventre débarrassé de caillots qu'il renferme, le chirurgien se porte immédiatement sur le point qui saigne et réserve pour la fin de son opération le traitement d'autres lésions (déchirure du foie, etc.), qui dans le cas présent passent au second rang.

La compression digitale des vaisseaux du rein, en arrêtant l'hémorragie, permet de mieux en découvrir le siège; le doigt va déchirer le tissu périrénal et permettre de se rendre compte que ce n'est pas le rein, mais le pédicule qui saigne.

Deux interventions sont alors possibles, au dire des auteurs, la ligature de l'artère et de la veine rénale, et la néphrectomie.

La première repose sur cette prétention que la circulation collatérale peut suffire à rétablir non seulement la circulation nutritive, mais encore une partie de la circulation fonctionnelle et que le rein peut encore sécréter.

Les recherches expérimentales, en particulier celles de Giani (1) et de Jungano (2), nous permettent à l'heure actuelle de juger la question. Après la ligature simultanée de l'artère et de la veine rénale, la circulation fonctionnelle est abolie dans le rein. La circulation collatérale ne suffit même pas à nourrir cet organe, dont le sphacèle, au milieu du tissu traumatisé, s'accompagne d'infection, de résorption de produits toxiques et la mort est la conséquence ordinaire d'une telle intervention.

C'est donc la néphrectomie qui s'impose; les pinces mises sur le pédicule peuvent même être laissées à demeure si l'on est pressé. Elles seront protégées par les drains, les mèches que l'on aura souvent été obligé de laisser du fait des lésions concomitantes et seront enlevées ultérieurement. L'opération doit être menée très rapidement en raison de la gravité de l'état général, que l'on cherchera à soutenir par tous les moyens employés après les hémorragies abondantes et sur lesquels il est superflu d'insister.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1907)

Hypertension artérielle, présclérose. — On a beaucoup parlé, dans ces derniers temps, du traitement et même de la guérison de l'artério-sclérose. On en a même un peu trop parlé dans certains grands journaux trop prompts à annoncer la guérison d'une foule de maladies. C'est ainsi que tous les candidats à l'artério-sclérose, et l'on sait s'ils sont nombreux, se sont jetés sur certain traitement appelé à faire peut-être plus de bruit que de besogne. Il était bon, après cela, qu'on entendît la voix de la vraie science et de la raison. C'est là probablement ce qui a décidé M. Huchard à prendre la parole à l'Académie à ce sujet. Après un historique complet de la question, historique dans lequel il ne s'est peut-être pas donné toute la place qu'il mérite, M. Huchard a insisté sur l'importance de la médication hypotensive chez les prescléreux.

(1) Giani. La ligatura dei vasi dell' ilo renale, *Lo sperimentale*, 1900.

(2) Jungano. De la ligature de l'artère et de la veine rénales, *Ann. des organes génito-urin.*, 1906.

Cette médication, qu'il a déjà fait connaître, consiste surtout dans le régime alimentaire, le massage, les courants de haute fréquence préconisés par M. d'Arsonval, la balnéation, et, suivant les indications, quelques médicaments tels par exemple que la théobromine. Car il ne faut pas oublier que le problème à résoudre ne consiste pas seulement à diminuer la tension artérielle, mais aussi à corriger l'insuffisance rénale. Il rappelle comment les travaux de M. Gautier l'ont amené à reconnaître la dyspepsie toxi-alimentaire, son importance chez les individus prédisposés à l'artério-sclérose. Aussi y a-t-il lieu d'insister sur les bons effets, dans ces cas, du régime lacto-végétarien. Il rappelle également avoir montré comment la constatation de l'hypertension artérielle permanente permettait de faire le diagnostic précoce de l'artério-sclérose et comment la médication de l'hypertension artérielle se trouvait être la médication préventive de l'artério-sclérose. On peut guérir l'hypertension artérielle, mais on ne guérit pas l'artério-sclérose confirmée.

M. Robin, après avoir rappelé la part si importante qu'a prise M. Huchard à l'évolution qui s'est faite dans l'étude de l'artério-sclérose, fait observer que, chez beaucoup de dyspeptiques, on observe une hypertension artérielle, d'où la nécessité de joindre au régime alimentaire une médication hypotensive.

MM. Lancereaux, Chantemesse et Hayem prennent successivement la parole pour dire qu'ils ne croient pas, avec M. Huchard, que l'hypertension artérielle soit primitive et précède l'artério-sclérose. Ils pensent au contraire que c'est l'artério-sclérose déjà existante qui détermine l'hypertension artérielle. M. Chantemesse ajoute qu'on en trouve la confirmation anatomique dans l'examen des artères chez les malades atteints d'hypertension artérielle et venus à mourir d'une affection intercurrente.

M. Huchard répond qu'au point de vue clinique il existe bien réellement deux stades, l'un caractérisé uniquement par l'hypertension artérielle, l'autre par l'artério-sclérose confirmée, l'un curable, l'autre incurable, l'un enfin conduisant à l'autre. Toutefois il admet qu'on peut déjà trouver des lésions anatomiques d'artério-sclérose chez un malade ne présentant encore, cliniquement, que de l'hypertension artérielle.

Sérum antituberculeux de Marmorek. — M. Charles Monod rappelle que la communication de M. Marmorek, faite en 1903, avait reçu de la part de ses collègues un accueil très défavorable, lui seul avait cru devoir faire quelques réserves; il apporte aujourd'hui le résumé des publications faites depuis lors sur ce sujet en France et à l'étranger. Ces travaux au nombre de 43 se groupent de la façon suivante : 5 publications concluent contre la méthode, 38 en sa faveur, faisant un total d'une part de 39 observations, et de l'autre de 590. Après l'analyse détaillée de ces travaux M. Monod conclut :

1° L'application du sérum antituberculeux de Marmorek est d'une innocuité absolue. La technique actuellement établie après de longs et difficiles tatonnements est très simple et facile;

2° L'action du sérum se manifeste sur toutes les formes de la tuberculose : pulmonaire, articulaire, osseuse, ganglionnaire, etc. ;

3° Cette action, d'après les recherches précises de Lewin, porte dans la tuberculose pulmonaire sur tous les symptômes morbides aussi bien fonctionnels que physiques. Dyspnée, fièvre, signes stéthoscopiques, état général, expectoration, etc. et, d'après Hoffa et van Huellen, sur la douleur, la suppuration, les fistules et les lésions anatomo-pathologiques dans les tuberculoses chirurgicales ;

4° Dans un grand nombre de cas traités à temps, l'action du sérum a été tellement complète que tous les symptômes de l'affection ont disparu et que certains praticiens n'ont pas hésité à prononcer le mot de *guérison*.

Ces cas de guérison sont fréquents dans les formes chirurgicales de la bacillose.

Dans la tuberculose pulmonaire, les auteurs préfèrent dire : *améliorations considérables*, sachant qu'il faut attendre bien longtemps pour pouvoir affirmer la guérison définitive.

M. Monod termine en répétant ce qu'il disait il y a trois ans à la même tribune, que les résultats obtenus sont encourageants, et que l'expérience doit être poursuivie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 9 janvier 1906)

Cancers oro-pharyngés. — A propos d'un récent rapport de M. Hartmann sur ce sujet, M. Faure fait connaître les résultats de sa pratique sur les différents procédés de pharyngectomie appliquée au traitement des cancers oro-pharyngés, en insistant sur la grande gravité de ces interventions.

Il abandonne autant que possible la trachéotomie ou le tubage préalables. Pour les cancers limités à l'amygdale, il fait une incision sous-angulo-maxillaire, d'où suivant les besoins, il fait partir une incision verticale, le long du sterno-mastoïdien, facilitant l'extirpation des ganglions. Si le cancer occupe une étendue plus considérable et se propage en haut, il faut ajouter à cette incision la résection de la branche montante du maxillaire supérieur qui donne un jour considérable. Dans un cas, on peut, avec avantage, recourir à l'incision orojugale coudée en bas et en arrière de l'angle de la mâchoire, pour se prolonger ensuite le long du sterno-mastoïdien. L'opération peut alors se faire en deux temps : dans un premier temps, on enlève les ganglions, puis on ferme la plaie, et dans le second temps on enlève le néoplasme amygdalien. De cette sorte, la plaie cervicale et la plaie buccale ne communiquent pas.

Enfin, lorsque la tumeur a envahi la base de la langue et l'épiglotte, M. Faure, comme M. Vallas, choisit la voie transmaxillaire avec résection partielle de l'os hyoïde.

Les résultats éloignés ne sont pas brillants. La récidive est généralement assez rapide.

Plaie du rectum par empalement. — M. Quénu fait un rapport sur une observation de M. Baudet relative à un enfant de dix mois qui s'empala en tombant à califourchon sur une grille. Une des barres de fer avait pénétré par le rectum et était sortie par le périnée : hémorragie, vomissements, symptômes généraux graves, pâleur de la face, 120 pulsations. Douze heures après, M. Baudet est appelé, il dilate l'anus et fait sortir une assez grande quantité de sang. Sur la face antérieure du rectum existe une large plaie qu'il ferme par quatre points de suture. Il sutura ensuite la plaie périnéale. L'enfant guérit en quelques jours.

L'intérêt de ces plaies par empalement réside surtout dans le diagnostic et le traitement. Il faut savoir tout d'abord si le péritoine est intéressé ou non. Si l'on acquiert la certitude que le péritoine est intéressé, c'est à la laparotomie qu'il faut recourir. Si la plaie n'est pas pénétrante, c'est sur le périnée que doit porter l'action chirurgicale.

Il ne faut pas se fier aux symptômes généraux, il faut faire la rectoscopie.

Plaie du cœur. — M. Quénu analyse une autre observation de M. Baudet relative à un homme de vingt-trois ans qui reçut un coup de poignard dans le cinquième espace intercostal. Le blessé était mourant. M. Baudet procéda le plus vite possible à l'opération : il se ganta, fit un volet, ouvrit largement la plèvre. Il voulut ouvrir le péricarde, mais il y avait une symphise entre le cœur et le péricarde; cependant, M. Baudet parvint à fendre le péricarde; toujours pas de sang ou très peu ; il empauma le cœur et c'est seulement quand il le tint dans la main qu'il se remit à battre et qu'un jet de sang noir s'échappa d'une plaie pénétrante du ventricule droit. M. Baudet ferma cette plaie et remit en place le volet thoracique, sans avoir drainé. Le blessé sortit de l'hôpital le douzième jour, complètement guéri.

M. Quénu insiste sur l'absence de drainage dans ces cas. Le drainage de la plèvre n'est pas sans danger au point de vue de l'infection possible de cette séreuse.

Il arrive que, dans ces cas, l'intervention est tellement urgente que le chirurgien peut à peine prendre le temps d'assurer une asepsie suffisante de la peau du malade et de ses propres mains. Il serait donc utile que, quand un blessé de ce genre est amené à l'hôpital, la surveillante, avant même de savoir s'il sera opéré, le prépare et tienne tout prêt pour l'opération. Il suffira alors au chirurgien de se ganter de gants préalablement bouillis.

Dans ces cas, les Allemands ont préconisé les injections intra-cardiaques de sérum, au cours même de l'opération.

C'est ce que fit M. Duval dans un cas où le massage direct du cœur était resté sans résultat. Il introduisit un litre de sérum artificiel dans le ventricule gauche; le cœur se remit aussitôt à battre, mais il s'arrêta de nouveau. M. Duval demanda de nouveau du sérum ; malheureusement, on lui passa du sérum froid, et sous l'influence de ce froid, le cœur s'arrêta tout à fait. Il faut donc bien veiller, dans ces cas, à avoir toujours du sérum à 38 degrés.

Hépatico-duodénostomie. — M. Terrier communique deux observations dans lesquelles il a eu recours à cette opération qui n'a été, jusqu'ici, pratiquée que trois fois, une fois par Kerr et deux fois par Mayo. La première malade de M. Terrier était atteinte d'un rétrécissement de l'hépatique consécutif à un drainage de ce canal. Pour y remédier il aboucha directement le canal hépatique dans le duodénum.

Dans le second cas, il s'agissait d'une obstruction complète du cholédoque par un néoplasme de la tête du pancréas. M. Terrier sectionna l'hépatique au-dessus du point où il se continue avec le cholédoque et l'aboucha dans le duodénum. Les suites opératoires, dans ces deux cas, furent des plus simples.

Fracture de la rotule. — M. Demoulin présente un malade, tuberculeux avancé, s'étant fait une fracture de la rotule. N'ayant osé lui faire la suture, dont il est partisan, il lui appliqua la greffe de Duplay. Le résultat obtenu est assez bon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 13 janvier 1907)

Sur l'élimination de l'éther. — Pour M. Nicloux l'éther s'élimine rapidement dès qu'on cesse son admininistration. La proportion de 150 milligrammes environ pour 100 centimètres cubes de sang en pleine anesthésie, devient de 75 milligrammes environ après cinq minutes de respiration d'air pur; après deux heures, on n'en trouve plus que quelques milligrammes. Après quatre heures, plus trace.

La comparaison entre l'éther et le chloroforme montre que l'éther s'élimine plus rapidement.

Action dans le sérum et dans le sang de l'émulsine sur l'amygdaline. — Pour M. Stodel, si, à du sang défibriné, on ajoute de l'émulsine, celle-ci reste tout entière dans le sérum ; on peut rechercher ce ferment dans le sang, en faisant agir le sérum sur l'amygdaline ; le sérum diminue l'activité de l'émulsine.

Neutralisation du virus rabique par la bile ou les sels biliaires. — Pour M. Lesieur, la bile des animaux normaux ou rabiques est capable de neutraliser *in vitro* le virus rabique au bout de quelques minutes de contact. Les sels biliaires isolés ou associés en solution de concentration semblable à celle de la bile, possèdent le même pouvoir. Les injections de virus rabique neutralisé par la bile ou les sels biliaires ne possèdent aucune action préventive sur les inoculations ultérieures de virus rabique pur.

Essai de différenciation des albumines du sérum chez des animaux de même espèce et de race différente. — MM. Linossier et Lemoine, partant de l'hypothèse que les substances albuminoïdes constitutives des animaux de même espèce et de race différente sont peut-être différentes, ont cherché sans succès à mettre ces différences en évidence au moyen des plécinitines. On ne peut conclure de cet échec que chez tous les animaux d'une même espèce, les substances albuminoïdes sont identiques, mais seulement que les différences, si elles existent, ne sont pas décelables par la réaction précipitante employée dans les conditions utilisées par MM. Linossier et Lemoine.

Etude physico-chimique de quelques exsudats pathologiques. — Voici les résultats auxquels arrivent MM. Iscovesco, Joltrain et Monier-Vinard :

1° L'examen physico-chimique d'un exsudat permet de tirer des conclusions sur l'état de la membrane qui contient l'exsudat ;

2° Un liquide péritonéal ou pleural contenant des globulines négatives et à conductivité électrique supérieure à celle du sérum sanguin prouve que la séreuse est altérée ;

3° On peut affirmer l'intégrité de la séreuse lorsqu'on se trouve en présence d'un exsudat à conductivité électrique faible et ne contenant que des globulines positives;

4° L'épanchement péritonéal de la cirrhose de Laënnec est accompagné d'altérations importantes de la séreuse, altérations révélées aussi bien par la manière dont la séreuse se comporte à l'égard du passage des sels qu'à la présence de globulines négatives (état inflammatoire).

Phénomènes de M. Arthus et de Th. Smith. — M. Remlinger. Un animal qui a reçu sous la peau du sérum de cheval normal ou antitoxique est anaphylactisé, c'est-à-dire hypersensibilisé pour ce sérum et une nouvelle injection peut être chez lui le point de départ de phénomènes locaux ou généraux graves (Arthus). Un cobaye à qui on a injecté de la toxine diphtérique et du sérum de Roux meurt rapidement ou du moins devient très malade si on lui inocule ensuite du sérum de cheval (Smith). Ces phénomènes étudiés par la suite par différents auteurs ont été considérablement amplifiés par eux ; 1/1000000 de centimètre cube de sérum pourrait

suffire à produire l'anaphylaxie; celle-ci serait déterminée constamment par 1/250 à 1/1 000 de centimètre cube; 1/10 de centimètre cube de sérum injecté même six mois plus tard produirait la mort à peu près fatalement. L'hypersensibilité pourrait être déterminée par l'ingestion de viande de cheval et transmise héréditairement. Enfin des phénomènes analogues auraient été observés chez l'homme et la sérothérapie aurait une vingtaine de cas de mort à son passif. Les expériences de M. Remlinger ont porté sur le cobaye, le lapin et le chien, sur les sérums normaux de cheval et de mouton, sur les sérums anti-diphtérique et anti-tétanique. Elles montrent que les faits précédents ont été considérablement exagérés. Chez le chien, on n'observe jamais d'hypersensibilité. Chez le cobaye et le lapin, les accidents sont exceptionnels et se terminent rarement par la mort. On ne les voit qu'avec des doses de sérum très élevées et lorsque les injections sont répétées de nombreuses fois et à des intervalles très rapprochés. Il ne semble pas que le praticien ait à compter avec l'anaphylaxie.

Lésions cérébrales dans l'épilepsie dite essentielle. — M. L. Marchand, chez des épileptiques qui avaient une intelligence bien développée, n'a rencontré comme lésion cérébrale qu'une adhérence plus ou moins diffuse des méninges molles au cortex sans autre altération de ce dernier. Dans quelques cas, ces adhérences pouvaient être constatées macroscopiquement; dans la plupart, ce n'est que sur les coupes histologiques qu'on peut voir la symphyse cortico-méningée. Chez les épileptiques qui présentent de la faiblesse intellectuelle ou de la démence, on constate une sclérose névroglique localisée aux régions où les méninges, souvent très épaissies, adhèrent au cortex. Entre l'épileptique à intelligence normale et l'épileptique idiot, il existe une série de cas intermédiaires auxquels correspondent des lésions scléreuses corticales d'autant plus accentuées que le sujet est plus affaibli au point de vue intellectuel. Ces lésions méningo-corticales paraissent être le résultat de méningites du jeune âge qui ont guéri.

A propos de la pathogénie de l'anthracose pulmonaire. — Pour M. Basset, 1° dans les conditions physiologiques, chez le cobaye et chez le lapin adulte ou jeune, les poussières insalubres qui circulent dans le tube digestif ne sont pas absorbées; 2° les ganglions lymphatiques de l'adulte, chez le lapin tout au moins, n'ont pas la perméabilité qui leur fut attribuée.

Sur la spécificité des sérums cytotoxiques. — MM. P. Armand-Delille et E. Leenhardt ont constaté que des sérums hémolytiques précipitants et hépatotoxiques pouvaient avoir une action toxique pour les centres nerveux. Cette action est due à des substances autres que des névrotoxines, puisqu'elles ne produisent pas les mêmes lésions histologiques que les cellules nerveuses, et autres également que les hémolysines précipitantes ou hépatotoxines respectives de ces sérums. Par contre, un sérum hépatotoxique préparé avec des nucléo-albumines du foie n'a aucune action sur les centres nerveux, même à fortes doses.

Ils en concluent qu'à côté des éléments qui caractérisent les cellules des différents organes, il existe des substances communes à tous les tissus, qui, dans les procédés habituels de préparation des cytotoxines, provoquent l'apparition, à côté des anticorps respectifs, de substances à action polytoxique; en préparant des animaux par l'injection de nucléo-albumine, on élimine vraisemblablement la plupart de ces substances communes et on obtient des cytotoxines, plus hautement spécifiques.

La vaccination antituberculeuse. — M. Lagriffoul (de Montpellier), après avoir étudié les propriétés pathogènes du bacille tuberculeux homogène d'Arloing, et avoir constaté que ces propriétés différaient tout à fait de celles du bacille tuberculeux ordinaire, a recherché si ce bacille n'aurait pas des propriétés vaccinantes à l'égard de l'infection tuberculeuse. Il a étudié avec des cultures complètes et vivantes jeunes, des cultures anciennes et desséchées (neuf à dix mois), des cultures chauffées, des cultures filtrées, les effets d'une seule ou de plusieurs inoculations, l'influence de l'intervalle qu'on laisse s'écouler entre les inoculations vaccinantes, ainsi qu'entre ces inoculations et l'inoculation d'épreuve. Il a pu, en se plaçant dans des conditions déterminées, obtenir un effet vaccinant nettement marqué. Les résultats les meilleurs lui ont été fournis jusqu'à présent par deux inoculations assez éloignées l'une de l'autre, la seconde à dose moindre que la première, avec inoculation d'épreuve au bout de quatre mois. Il a pu, notamment dans une expérience où les cobayes témoins moururent dans l'espace d'un mois environ, obtenir des survies variant de trois à six mois, et même des survies définitives. Ces expériences viennent donc confirmer celles de M. le professeur Arloing sur la possibilité d'obtenir un effet vaccinant à l'aide des cultures de tuberculose homogène.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 10 janvier 1906)

En prenant possession du fauteuil présidentiel, M. Babinski remercie ses collègues par une brève allocution très applaudie.

Syndrome syringomyélique post-traumatique. — MM. Chartier et Lejonne. Un homme de quarante ans ayant eu le doigt écrasé par une machine, fut pris de douleurs qui, trois mois après, nécessitèrent la désarticulation métacarpo-phalangienne. Mais ces douleurs persistèrent, envahissant le bras, l'épaule et, sept à huit mois après le traumatisme, l'épaule et le bras du côté opposé; quatorze mois après le traumatisme, était survenue une amyotrophie assez marquée pour l'obliger à suspendre son travail. Actuellement (quatre ans et demi après le traumatisme) on trouve une grosse amyotrophie surtout du biceps brachial antérieur, du deltoïde et aussi du triceps et du grand dorsal, du côté traumatisé. Les réflexes des membres inférieurs sont très exagérés surtout du côté sain : on trouve en outre des troubles sensitifs dont la topographie radiculaire se superpose grossièrement à celle des troubles moteurs. Il s'agit d'une anesthésie dissociée, thermique et douloureuse avec conservation de la sensibilité tactile. Les membres inférieurs présentent parfois du dérobement, sans signe de Babinski, il existe des tremblements fibrillaires de la langue et une légère scoliose. Les nerfs ne sont pas douloureux à la pression, la pupille est intacte.

Les auteurs se demandent s'il ne s'agit pas d'une syringomyélie post-traumatique.

Amyotrophie avec signes de sclérose combinés. — M. Souques. Depuis six ans, un homme de cinquante-cinq ans présente une amyotrophie du type Aran-Duchenne, d'abord unilatérale, puis bilatérale, à laquelle s'est ajoutée, voici deux ans, une paralysie par atrophie des muscles de la

nuque et de la ceinture scapulo-humérale. Aux membres inférieurs, signe de Babinski bilatéral, douleurs fulgurantes, abolition unilatérale du réflexe rotulien. Depuis huit ans, le signe d'Argyll existe. L'auteur cite des cas analogues de divers auteurs, notamment celui présenté par MM. Raymond et Huet à la dernière séance. — M. HUET vient dire que la ponction lombaire a été pratiquée chez ce dernier malade; elle a révélé une lymphocytose très abondante.

M. BABINSKI souligne l'intérêt que présente dans de semblables faits, la présence du signe d'Argyll, qu'il a toujours vu coexister avec la lymphocytose, et qui indique à coup sûr une méningite chronique spécifique.

Deux cas de ptosis hystérique. — M. SAUVINEAU. Chez une fillette de dix ans, le ptosis bilatéral, apparu brusquement et accompagné d'hémi-anesthésie, fut guéri par la suggestion très rapidement. Cette guérison se maintient depuis de longues années.

Chez une autre fillette, un ptosis analogue existe depuis deux ans; il est survenu à la suite de phlyctènes cornéens; la suggestion l'a guéri; il existait de l'astigmatisme actuellement corrigé par des lunettes; dès que celles-ci sont enlevées, apparaissent des mouvements désordonnés des yeux et des sourcils. L'auteur insiste sur l'importance des vices de réfraction que M. ROCHON-DUVIGNEAUD vient au contraire déclarer d'importance secondaire. — M. SAUVINEAU insiste sur le diagnostic du ptosis hystérique avec le blépharospasme. — M. MEIGE se demande s'il s'agit bien d'un ptosis vrai ou d'une attitude spéciale. — M. SAUVINEAU répond qu'il existe chez ses malades une tendance à la correction du ptosis par la contraction du frontal semblant exclure l'attitude habituelle. — M. BRISSAUD a vu, dans un cas d'hystéro-traumatisme, un ptosis unilatéral qui disparut par le port de verres convexes extrêmement faibles.

Neurasthénie améliorée par le traitement thyroïdien. — MM. LÉOPOLD-LÉVI et DE ROTHSCHILD présentent une jeune fille de vingt et un ans atteinte d'une neurasthénie avec phobies, améliorée par le traitement thyroïdien. En même temps la malade grandissait de 5 centimètres : les auteurs pensent que l'hypothyroïdie a pu jouer un rôle dans la production des phénomènes neurasthéniques.

Troubles trophiques des pieds paraissant dus à un tabes juvénile fruste. — MM. G. BALLET et G. MAILLARD. Chez un malade présentant une augmentation notable de la convexité du pied, la radiographie révéla des fractures spontanées des métatarsiens. Le malade présentant en outre l'abolition des réflexes achilléens et quelques douleurs fulgurantes, on peut penser à un tabes au début avec troubles trophiques précoces.

Syndromes acquis ressemblant aux symptômes de la maladie de Thomsen. — M. BALLET présente deux malades atteints de gêne des mouvements. Comme dans la maladie de Thomsen, écriture allant en rapetissant (écriture spasmodique); il fait ressortir les analogies existant entre ces symptômes et ceux de la maladie de Parkinson. Suit une discussion de détails, pour tâcher de préciser la nature psychique, cérébelleuse, etc., des symptômes.

La démarche à petits pas, phobie hystérique. — MM. BABINSKI et CHARPENTIER montrent une femme de soixante ans qui, à la suite d'une émotion, fut prise de troubles de la marche, qui ne se faisait plus qu'à petits pas. En l'absence de tous signes d'affection organique et d'astasie-abasie, les auteurs diagnostiquèrent une phobie hystérique, actuellement, presque complètement guérie par suggestion.

Réactions électriques dans le tétanos guéri. — M. BONNIOT. Il y a retard et même absence de la secousse durable (tétanos de fermeture à la cathode) contrairement à ce qu'on observe dans la tétanie. Ces modifications sont peut-être dues à une névrite périphérique que semblerait indiquer l'atrophie des muscles voisins de la plaie qui a servi de porte d'entrée à l'infection.

Autopsie de maladie de Friedreich. — M. THOMAS a rencontré dans un cas l'atrophie simple des fibres des racines et cordons postérieurs et de celles qui dans les nerfs périphériques, représentent le bout périphérique du neurone des ganglions rachidiens. Pas de désintégration de la myéline ni d'interruptions des cylindres axes, étudiés par la méthode de Cajal.

L'hyoscine dans le traitement de la chorée. — M. BABINSKI en a obtenu de bons résultats dans la chorée grave.

Petites hémorragies dans la pie-mère cérébrale des épileptiques. — MM. ALQUIER et ANFIMOW. Sur 10 cerveaux d'épileptiques dont 4 mortes en état de mal, les autres ayant succombé à des causes diverses, les auteurs ont constamment trouvé de très nombreuses petites hémorragies sous-pie-mériennes, en rapport probable avec les accidents convulsifs avec lesquels elles présentent un certain parallélisme d'âge, de nombre et d'intensité. Ces hémorragies peuvent aboutir à la formation de petites cicatrices scléreuses, à la surface du cerveau; les nombreuses interruptions des fibres tangentielles qu'elles déterminent peuvent expliquer la progression de certains troubles mentaux dans l'épilepsie.

Autopsie d'un cas de nystagmus-myoclonie. — MM. LENOBLE et AUBINEAU. L'étude histologique, pratiquée par M. Alquier, révèle, outre les lésions imputables à l'urémie dont est mort le malade, une sclérose légère des nerfs du membre superieur.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE RÉGIME DES ALIÉNÉS DEVANT LA CHAMBRE. — La Chambre a enfin abordé lundi la discussion du projet de loi de M. Dubief, réformant la loi de 1838.

La loi de 1838 sur le régime des aliénés, qui constitua un immense progrès lorsqu'elle fut édictée, a fait son temps. « Il est certain aujourd'hui, dit M. Dubief, que la liberté individuelle n'y trouve pas de garanties suffisantes et qu'elle n'est plus, d'autre part, en harmonie avec les progrès accomplis par la science, au point de vue des maladies mentales, de leur prophylaxie et de leur traitement. »

Voici, en quelques mots, l'économie du projet :

D'abord, en ce qui concerne l'admission dans les asiles d'aliénés, on ne se contentera plus d'un *certificat* médical. Il faudra un *rapport* médical détaillé qui devra être communiqué au procureur de la République, en même temps qu'au directeur de l'établissement, et qui suivra un premier rapport, dressé à la connaissance soit du maire, soit du juge de paix, soit du commissaire de police.

« Autrement dit, avant qu'un aliéné ou un prétendu aliéné puisse être envoyé à l'asile, il faut qu'une autorité judiciaire ait connaissance de l'intention où l'on est de mettre ce malade dans un asile », l'autorité administrative ne jouera plus que le rôle d'agent d'exécution.

« Aussitôt le malade admis dans l'établissement, le certificat

de vingt-quatre heures est exigé comme aux termes de la loi de 1838, et connaissance en est donnée au procureur de la République de l'endroit où se trouve l'asile ainsi qu'au même magistrat de la région originaire du malade. Puis, quinze jours après, nouveau certificat.

Enfin, l'internement ne devient définitif que lorsque le président du tribunal, saisi de tout ce dossier, le prononce soit directement, s'il n'y a pas d'opposition, soit en chambre du conseil en cas d'opposition, soit à la suite d'une expertise médicale qui peut être contradictoire si l'opposition persiste. Celui-là seul peut ordonner l'internement qui peut atteindre les citoyens dans leur liberté, c'est-à-dire le *juge.* »

« De plus, la loi qui porte à son frontispice ces deux mots significatifs « hôpitaux et traitements » n'est plus une simple loi de sûreté, elle est devenue une loi médicale, une loi de guérison qui ne s'étend pas aux seuls aliénés mais aussi aux épileptiques, aux idiots, aux crétins, aux buveurs.

Des quartiers spéciaux devront leur être réservés, de même que tout contact devra être évité aux aliénés curables ou seulement présumés avec les aliénés définitifs. »

Enfin la question, si digne d'attention, des aliénés criminels, fait également l'objet de plusieurs dispositions.

Après l'exposé de M. Dubief à la fois auteur et rapporteur du projet, et un discours de M. Joseph Reinach, la discussion générale a été close et la Chambre a passé à la discussion des articles.

La défiance envers le médecin aliéniste nous semble avoir fait encombrer cette loi de complications qui pourront être souvent nuisibles aux malades.

Abandonnant aux romanciers les légendes, la Chambre ferait bien d'étudier de près le projet afin d'en faire vraiment une loi de *guérison*, suivant l'heureuse expression de M. Dubief.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

MUSCLES FESSIERS

DIVISION. — On distingue le grand, le moyen, le petit fessiers.

I. Le GRAND FESSIER ou fessier superficiel est remarquable par son développement en rapport avec l'attitude bipède. C'est un muscle large, d'une épaisseur de 3 à 4 centimètres, apparaissant à la dissection comme une masse rhomboïdale, comme un triangle irrégulier (Cruveilhier) à base supérieure, à sommet inférieur.

Le muscle prend ses origines : 1° à l'os coxal sur la partie la plus reculée de la lèvre externe de la crête iliaque, et sur la surface sous-jacente, c'est-à-dire en arrière de la ligne courbe coxale postérieure. Parfois le muscle s'avance très près de la grande échancrure sciatique; 2° il se fixe en outre aux tubercules sacré-postéro-externes : en ce point le muscle grand fessier recouvre le ligament sacro-iliaque postérieur; 3° il prend des attaches coccygiennes, soit sur le ligament sacro-coccygien ou sur les surfaces osseuses situées de chaque côté du ligament; 4° le muscle a enfin des origines sur le bord inférieur de l'aponévrose lombo-dorsale : parfois dissociation de l'aponévrose par les fibres du grand fessier.

De ces multiples origines les fibres charnues s'ordonnent en faisceaux séparés par des cloisons aponévrotiques : ces faisceaux se dirigent en dehors et en bas. Le grand fessier se jette sur les deux faces d'un tendon de 8 à 10 centimètres de large : le tendon terminal peut être considéré comme se bifurquant, une portion inférieure allant sur la branche de trifurcation externe de la ligne âpre et au troisième trochanter (hypotrochanter), une portion supérieure atteignant le bord postérieur du grand trochanter.

Signalons la demi-torsion possible du muscle.

II. Le MOYEN FESSIER aplati, disposé en éventail, s'attache sur les trois quarts antérieurs de la lèvre externe, de la crête iliaque et sur la partie de la fosse iliaque comprise entre la ligne courbe coxale antérieure et la ligne courbe coxale postérieure : à ces origines osseuses qui se font par des fibres charnues il faut ajouter de nombreux faisceaux qui se détachent de l'aponévrose qui recouvre le muscle, et d'une arcade fibreuse, dite de Bouisson (cette arcade va de l'os iliaque au sacrum et limite le canal ovalaire par où sortent les vaisseaux fessiers supérieurs). Le muscle se condense à mesure qu'il descend : comme le précédent il se jette sur les deux faces d'un tendon. Il se termine sur la face externe du grand trochanter au niveau « d'une dépression en virgule ».

III. Le PETIT FESSIER le plus antérieur et le plus profond des trois muscles s'attache à la partie la plus antérieure de la fosse iliaque externe située entre la ligne courbe coxale antérieure et la linea glutea inferior de Gengenbaur, c'est-à-dire le sillon qui sépare la fosse iliaque externe de la cavité cotyloïde.

Les fibres antérieures sont verticales, les moyennes obliques, les postérieures horizontales; le tout forme un tendon qui apparaît sur la face externe du muscle et se termine au bord antérieur du grand trochanter : en ce point, le petit fessier prend contact avec le ligament prétrochantérien, de Bertin, et lui envoie des fibres.

RAPPORTS. — 1° APONÉVROTIQUES. — Chaque muscle est entouré d'une gaine qui lui est propre. Mentionnons à la face postérieure du grand fessier, les adhérences de l'aponévrose et du fascia superficialis formant le pli fessier ischio-cutané qui ne répond pas au bord inférieur du grand fessier;

2° AVEC LES ORGANES. — Sectionnons le grand fessier, nous voyons de haut en bas, de dedans en dehors, le moyen, le petit fessier, sur un plan inférieur, le pyramidal du bassin (au niveau de la grande échancrure), l'obturateur interne (petite échancrure sciatique), flanqué des deux jumeaux : le carré crural, la tubérosité ischiatique avec les muscles biceps demi-tendineux, demi-membraneux;

3° AVEC LES VAISSEAUX ET NERFS de la grande échancrure : α. *au-dessus du pyramidal*, artère fessière divisée bientôt en deux branches : une superficielle pour le grand fessier, une profonde pour le moyen et le petit. Le nerf fessier supérieur passe entre le moyen et le petit qu'il innerve, deux veines fessières profondes;

β. *Au-dessous du pyramidal*, le grand nerf sciatique de sa face postérieure naissent le petit sciatique et le nerf du grand fessier donnant trois filets à ce muscle : un interne, un moyen, un externe.

En dedans du sciatique : nerf de l'obturateur interne. Vaisseaux et nerfs honteux internes, ceux-ci vont se réfléchir, ensuite sur l'extrémité de l'épine sciatique pour rentrer dans le bassin par la petite échancrure sciatique.

Sur un plan encore plus interne : l'*artère ischiatique* donnera les vaisseaux au grand fessier, et l'artère du nerf sciatique.

En dehors du nerf sciatique, le nerf du jumeau inférieur et du carré crural. Enfin notons qu'il peut y avoir des filets nerveux accessoires venus de la cinquième sacrée, de la sixième ou de la troisième.

Rappelons que le grand fessier forme la paroi postérieure de la loge ischio-rectale.

Tous ces muscles sont munis d'appareil de glissement à leur terminaison fémorale : la bourse séreuse du grand fessier est la plus développée, celle du petit fessier peut communiquer avec la bourse du pyramidal.

PHYSIOLOGIE. — Le grand fessier est avant tout un extenseur, imprime au membre un mouvement de rotation en dehors, le place en légère abduction, le muscle est *relâché* dans la station debout.

Le moyen et le petit fessier interviennent dans la station hanchée, ils fixent le bassin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau traité de médecine et de thérapeutique, publié en fascicules sous la direction de MM. P. Brouardel et A. Gilbert, professeurs à la Faculté de médecine de Paris. Vient de paraître : **Maladies des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme**, par les docteurs Le Fur et Siredey, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Gr. in-8° de 458 p., avec 67 fig. Prix : broché, 8 francs ; cartonné, 9 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

Traitement du mal de Pott à l'usage des praticiens, par le docteur F. Calot, chirurgien en chef de l'hôpital Rothschild, de l'hôpital Cazin-Perrochaud et de l'Institut orthopédique de Berck. In-8° de 120 p. avec 122 fig. ou photographies dans le texte. — Prix : 3 fr. — Paris, O. Doin.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Nous prévenons nos lecteurs que la Poste est **seule responsable** *des nombreuses irrégularités qui se produisent en ce moment dans la distribution du journal.*

Nous prions instamment nos abonnés de bien vouloir continuer à nous adresser leurs plaintes afin que nous puissions les transmettre à l'administration des Postes.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Pathologie.* — Séance du 16 janvier 1907 : MM. Chambard et Gendron (Georges), 12 ; Chenet, Cléret et Houdard, 11 ; Duranton, Metzger et Richet, 10 ; Labourdette, 9 ; Thibaud (David), 8.

CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. — MÉDECINE. — Le jury est composé de MM. Roubinovitch, Sicard, Thiroloix, Caussade, qui ont accepté ; et Delbet, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

— CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS. — Le jury est composé de MM. Michon, Chaput, Robineau, qui ont accepté ; Launois et Lucas-Championnière, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. les docteurs Toulouse, médecin en chef de l'asile de Villejuif, Regnier (de Moulins), Lacroisade (d'Aigre).

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Sont nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe MM. les docteurs Giauffer, Luisi, Handelsmann et Walther.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Chevalier (de la Motte-Beuvron) et Delaporte (de Virey).

AVIS. — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de gynécologie pratique, par le docteur J. BAROZZI, ancien interne des hôpitaux de Paris, préface de L.-G. RICHELOT, professeur agrégé, membre de l'Académie de médecine. In-8° écu, cart., avec 133 fig. — Prix : 10 francs. — Paris, Vigot frères.

Le chancre et les syphilides cutanées et muqueuses et le traitement général de la syphilis, par E. GAUCHER, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis (enseignement clinique de l'hôpital Saint-Louis recueilli par le docteur LACAPÈRE, ancien chef de clinique), In-8° écu, cart. toile, tête dorée, de 320 p., avec 24 pl. en couleurs, renfermant 39 fig., hors texte. — Prix : 9 francs. — Paris, O. Doin.

Traité théorique et pratique du massage et de la gymnastique médicale suédoise. Leur emploi thérapeutique par J.-E. MARFORT. In-16 avec 111 fig., cart. — Prix : 5 francs, — Paris, Vigot frères.

La stérilité chez la femme. Son traitement par les agents physiques, par le docteur E. HUGON. In-16. — Prix : 2 fr. — Paris, Vigot frères.

Notions élémentaires de prophylaxie des maladies tropicales, par R. WURTZ, professeur agrégé, chargé de cours à l'Institut de médecine coloniale de Paris. In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Vigot frères.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 12, déc. 1906.) LERMOYEZ : Le traitement du coryza chronique simple. — GUISEZ : Nos derniers cas de bronchoscopie et œsophagoscopie; corps étranger des bronches; cure de rétrécissements infranchissables de l'œsophage.

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. (N° 204, 25 déc. 1906.) Stéphane LEDUC : Action coagulante de l'ion zinc et effet albuminolytique de l'électrolyse. — P.-Ch. PETIT, BONIFACE et AUBERT : Sur une méthode générale en radiographie. Description du support universel : « Le radio-correcteur. »

Archives de médecine des enfants. — (N° 1, janv. 1907.) COMBY : Mongolisme infantile. — Victor VEAU : Fibro-sarcomes du cou extra-pharyngiens. — PÉZOPOULOS et CARDAMATIS : Paludisme congénital. — E. DECHERF : Invagination intestinale guérie.

Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie. — (1er janv. 1907.) CASTEX : Quelques notes sur les instituts oto-rhino-laryngologiques dans le nord de l'Europe. — COLLINET : Dent nasale. — ESCAT : Anesthésie des incisives et des canines supérieures par voie nasale. — CLERMONT : Rapports du nerf dentaire antérieur avec le plancher nasal et la pituitaire. — CLAQUÉ : Septico-pyohémie otique par cellulite pétreuse sans thrombo-phlébite du sinus latéral. — BOUDIN : Des troubles de la parole, bégaiement, retard du langage, nasillement, raucité vocale, voix infantile. — CAZAL : Etude sur les bourdonnements d'oreilles. — MALHERBE : Sérothérapie des scléroses auriculaires.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 23, 23 déc. 1906.) E. ROCHARD : De la suture de la paroi dans la laparotomie. — Georges ROSENTHAL : Recherches sur la gymnastique respiratoire.

Bulletin médical. — (N° 101, 29 déc. 1906.) BERNHEIM : Aphasie par claudication intermittente de la mémoire verbale. — DIEULAFÉ : Sur la topographie vasculaire des os longs. Applications chirurgicales.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 1, 5 janv. 1907.) BRAUN : L'examen du cœur dans le décubitus latéral gauche. — TAUTSCHER : Tentative d'avortement par injection intra-utérine de liqueur de Fehling.

Medizinische Blatter. — (N° 51, 22 déc. 1906.) RUDNIK : L'anémie pendant l'enfance et son traitement causal. — (N° 52, 29 déc.) SCHWARZ : Traitement des maladies cutanées par les savons.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 52, 25 déc. 1906.) HOFMANN : Sur le dosage et le mode d'administration des analgésiques dans l'anesthésie lombaire. — ERBEN : Sur le ferment prostéolytique des leucocytes et sur l'autolyse du sang humain normal. — KRAUS : Sur la technique de la coloration des leucocytes. — STOFFEL : Sur la pseudarthrose de l'apophyse styloïde du cubitus. — MENNACHER : Perforation du duodénum par une épingle à cheveux déglutée. — MAYER : Sur le degré de la diminution de la faculté de travail après la guérison d'un anus contre nature. — LÜCKE : Ankylose congénitale des articulations des doigts. — JEHLE : Sur le rôle de l'infection des mines dans l'apparition des épidémies de méningite. — ELKAN : Représentation graphique des symptômes pulmonaires. — (N° 1, 1er janv. 1907.) PFAUNDLER : Sur la nature et le traitement des troubles de la nutrition chez le nourrisson. — SOLTMANN : Mortalité des nourrissons à l'hôpital. — SCHLOSSMANN : Statistique et soins aux nourrissons. — ESSER : Les endroits d'instruction pour les mères et les cuisines de lait pour les nourrissons de la ville de Bonn. — DOERFFLER : Les établissements de soins pour les nourrissons à Wissembourg. — FRAENKEL : La présence de toxine dans le sang des diphtériques. — KLAPP : Le massage par l'air. — KRAUSS : Sur les rapports de l'orbite avec la fosse ptérygo-palatine. — BURKHARDT et POLANA : La réplétion de la vessie avec de l'oyxgène en vue de la cystoscopie et de la radiographie. — KROMAYER : Traitement de la cystite postérieure blennorragique par le médecin praticien. — ISEMER : Deux cas de vertige auriculaire guéri par l'opération. — MANN : Traitement des hémorragies gastriques et intestinales par la gélatine liquide. — (N° 2, 8 janv.) BINGEL : Recherches sur l'influence de la bière et de l'escrime sur le cœur des jeunes gens. — BÜRKER : Sur la thermodynamique du muscle. — BEST : Sur la corrélation dans l'hérédité en ophtalmologie. — ARNSPERGER : Sur le diagnostic précoce de la tuberculose. — PFÜRRINGER et BUNZ : Diagnostic radiologique de la tuberculose pulmonaire. — NYROP : Gastropexie et rétention. — ROSENBACH : Les méthodes de renforcement du phénomène du genou. — MEKUS : Un cas de disparition du foie après un traumatisme et de réapparition de l'organe favorisée par l'intervention chirurgicale. — GOLDFLAM : Un cas de fistules congénitales de la lèvre inférieure. — FROMM : Prophylaxie des infections dans les salles d'attente des hôpitaux d'enfants. — PFAUNDLER : Sur la nature et le traitement des troubles de la nutrition chez les nourrissons. — SOLTMANN : La mortalité des nourrissons à l'hôpital.

Presse médicale. — (N° 99, 12 déc. 1906.) Marcel GARNIER : Les sécrétions thyroïdiennes. — E. PALIER : La bactériologie du carcinome de l'estomac. — (N° 100, 15 déc.) ROGER : Le cancer. — (N° 101, 19 déc.) P. RAVAUT : Les effets de la ponction lombaire sur quelques phénomènes cutanés. — A. Augustin REY : L'habitation. Hygiène de la lumière. Tonalité de nos habitations. La fenêtre. La chambre. La chambre d'enfants. — (N° 102, 22 déc.) Ch. LESIEUR : De la fièvre typhoïde exanthématique chez l'adulte et des exanthèmes chez les typhiques. — LADAME : Aphasie et anarthrie. — COMBY : La pegnine dans l'allaitement des nourrissons. Formule de bouillon végétal. — (N° 103, 26 déc.) CALMETTE : Etiologie de la tuberculose infantile. — MOURIQUAND et POLICARD : Cytologie pathologique du rein dans l'intoxication expérimentale par le sublimé. — BODIN : A propos des injections d'huile grise dans le traitement de la syphilis. — (N° 104, 29 déc.) Marcel LABBÉ : Anémie pernicieuse d'origine syphilitique. — Stamen GRIGOROFF : Vaccination antituberculeuse. — J. DUVERGEY : Un procédé nouveau de colpo-périnéorraphie.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 51, 22 déc 1906.) GAUDIER : Ostéomyélite aiguë du temporo-pariétal gauche consécutive à une otite moyenne aiguë du même côté. — (N° 52, 29 déc.) P. JACQUES : Cancer épithélial extrinsèque du larynx chez une jeune fille, opéré et guéri.

Revue scientifique. — (N° 26, 29 déc. 1906.) REMLINGER : Propagation des maladies infectieuses, des fièvres éruptives en particulier, par la fourrure du chien et du chat. — MENTRÉ : La science grecque et la renaissance. — (N° 1, 5 janv.) Herbert SPENCER : La genèse de l'évolution. — Camille MATIGNON : Coup d'œil sur l'industrie chimique italienne. — Jean JAUBERT : Les nouvelles lampes électriques.

(Voir la suite, p. 94.)

REVUE GÉNÉRALE

LES OSTÉITES TUBERCULEUSES DES OS LONGS
DE LA MAIN ET DU PIED
SPINA VENTOSA

Par MM. Georges PETITJEAN et André CHALIER,
Internes des hôpitaux de Lyon (1).

VI

Pronostic et conséquences éloignées. — D'une façon générale, le spina ventosa est d'un pronostic bénin, en tant que lésion locale. Bien traité, il peut s'arrêter au début et guérir sans laisser de traces. Lannelongue dit avoir toujours vu la guérison survenir, même dans des cas, comme on en voyait surtout autrefois, de tuberculoses phalangiennes évoluant depuis quatre ou cinq ans. Nous ne discuterons pas la question de savoir si la bénignité de ces ostéites bacillaires est le fait d'une tuberculose atténuée. Lannelongue, qui s'élève contre cette opinion, voit plutôt dans la constitution anatomique des doigts des conditions de résistance tout à fait favorables.

Mais la guérison, après les longues suppurations du spina ventosa, ne s'obtient qu'au prix de *déformations* plus ou moins considérables.

Ces déformations, à peine signalées par Gœtz, Parrot, Guterbock, Holmes, ont été particulièrement bien étudiées par Lannelongue au Congrès de chirurgie de 1889, par son élève Ortholan en 1890, et enfin tout récemment par Durand dans sa thèse (Paris, 1903).

Voici la classification donnée par Lannelongue et reproduite par Kirmisson :

1° Déformations phalangiennes consistant dans des modifications de longueur, allongement et raccourcissement ;

2° Phalanges flottantes par disparition de la diaphyse, ou même de la diaphyse et de l'épiphyse ;

3° Doigt rentrant : dans ce cas, la lésion porte sur le métacarpien, qui a en partie disparu ;

4° Doigt repoussé : ici, au contraire, le doigt proémine en avant des doigts voisins ; lui-même est normal, mais il est supporté par un métacarpien trop long. C'est seulement au pouce qu'on a constaté une semblable difformité ;

5° Déviations de l'axe des phalanges consistant dans l'incurvation des phalanges sur elles-mêmes, ou dans leur torsion suivant l'axe longitudinal ;

6° Luxations pathologiques des phalanges se faisant le plus souvent dans le sens latéral.

Durand distingue à son tour :

1° Des modifications de longueur (allongement et raccourcissement) et des modifications des diamètres transversaux ;

2° Des luxations et des mouvements de rotation, conséquences des envahissements articulaires ;

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 5, p. 51.

3° Des destructions osseuses partielles (doigt en crochet) ou totales (doigt flottant, doigt disloqué, doigt mutilé).

Nous n'insisterons pas sur la pathogénie de ces déformations. On comprend facilement, par exemple, l'augmentation de volume de l'os par apposition de nouvelles couches osseuses ; l'allongement du squelette par l'irritation du cartilage de conjugaison ; les lésions plus graves de raccourcissement, les doigts flottant, mutilé, etc., conséquences des destructions osseuses. En ce qui concerne les luxations, Lannelongue a montré le premier l'importance qu'il fallait attribuer à la contracture musculaire, contracture réflexe due à la « sensibilité consciente ou inconsciente de l'articulation ». Aux altérations tuberculeuses des surfaces articulaires s'ajoute ce que cet auteur a appelé l'ulcère de compression. Les phalanges, usées à leurs extrémités, soumises aux tractions exercées sur elles par des muscles de valeur différente, mais agissant toujours dans le même sens pour une même région, se luxent suivant un mode constant. C'est ainsi que « le groupe des fléchisseurs de la première phalange est plus puissant que celui des extenseurs, tandis que l'inverse a lieu pour les deuxième et troisième phalanges. Donc, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, le déplacement de la première phalange sur le métacarpien se fera en avant, tandis que la déviation se fera dans le sens de l'extension, c'est-à-dire en arrière, au niveau des articulations entre la première et la deuxième phalange de même qu'entre la deuxième et la troisième ».

VII

Diagnostic. — Le diagnostic du spina ventosa, si facile dans les cas typiques, ne va pas parfois sans présenter certaines difficultés. Quelques auteurs, à la recherche d'un signe qui puisse permettre un diagnostic sûr, ont étudié les données de la *radiographie*.

Voici les résultats auxquels a abouti Kienboëk :

Il a d'abord observé des formes de début, sans épaississement de l'os lui-même, mais avec gonflement périostique : l'os présente une lésion limitée, indiquée par une zone claire.

Quand la maladie est bien confirmée, il y a toujours un certain gonflement de l'os. Kienboëk distingue alors trois aspects différents de l'image radiographique.

Sur un premier groupe de radiographies, on observe une apposition d'os nouveau poreux sur la diaphyse, qui paraît plus ou moins raréfiée ; la trabéculation se voit moins bien. La teinte de l'os est normale ou un peu plus foncée que celle des os voisins.

Dans un deuxième groupe, correspondant au spina ventosa proprement dit, l'os présente une enflure assez particulière ; le cylindre cortical est renflé en outre ; la cavité médullaire est agrandie.

Enfin, dans une troisième variété de cas, l'os est composé dans sa plus grande partie par une réunion de logettes, pouvant atteindre les dimensions d'un

grain de chènevis, communiquant entre elles, et dont la paroi est assez épaisse.

Il est possible d'apercevoir des perforations de la coque osseuse, qui se montrent sous la forme de zones claires, taillées nettement comme à l'emporte-pièce.

Mais, de l'avis même de Kienboëk, ces diverses images peuvent être fournies non seulement par des lésions tuberculeuses mais aussi par des affections d'autre nature, comme la dactylite syphilitique. Le diagnostic différentiel de l'ostéite tuberculeuse des phalanges devra donc se faire à l'aide des signes fournis par l'examen clinique. Les difficultés de ce diagnostic sont un peu différentes suivant qu'on envisage la maladie à la période d'hyperostose simple ou à la période de fistulisation. Néanmoins, pour ne pas diviser plus qu'il ne convient la question, nous allons envisager successivement les diverses affections qui peuvent simuler le spina ventosa, à savoir surtout l'ostéomyélite des métacarpiens et des phalanges, l'enchondrome des doigts, les engelures, la dactylite syphilitique.

1° *La dactylite syphilitique* (Taylor, Morgan) est considérée par beaucoup d'auteurs comme une manifestation tardive de la syphilis héréditaire, apparaissant seulement entre sept et quinze ans, c'est-à-dire beaucoup plus tard que le spina ventosa. Or, nous avons vu combien l'on a exagéré la fréquence du spina ventosa dans la première enfance et que cette affection est loin d'être une rareté même après dix ans. Il est d'autre part certain que la dactylite syphilitique peut être un accident précoce de l'hérédo-syphilis.

Des deux formes décrites par Taylor, dactylite gommeuse superficielle, et dactylite syphilitique osseuse, c'est cette dernière surtout qui peut prêter à confusion. Il s'agit en effet d'une infiltration gommeuse qui débute, ou bien sous le périoste, ou bien au sein même de l'os, et détermine un gonflement parfois considérable, tout à fait identique à l'aspect en radis de la dactylite tuberculeuse. La radiographie à son tour, ne permet pas, d'après les recherches de Kienboëk, de distinguer les deux lésions.

Le diagnostic présente donc parfois de grandes difficultés. On l'établira néanmoins en se fondant sur un ensemble de symptômes concordants (Fournier). On recherchera d'abord les antécédents du malade, et en particulier ses antécédents héréditaires (interrogatoire et examen des parents); les stigmates de tuberculose ou de syphilis (triade d'Hutchinson, tibia de Lannelongue) qu'il pourra présenter; les douleurs à prédominance nocturne spéciales à cette dernière affection, etc.

Il ne semble pas que la multiplicité des lésions soit plutôt en faveur de la syphilis que de la tuberculose. On sait combien, dans ces cas d'ostéites multiples, le diagnostic peut rester hésitant (cas d'Hutinel dans la thèse de Durand, d'Abadie). Il a semblé à M. Nové-Josserand que ce diagnostic pouvait être aidé par les considérations suivantes. Dans la tuberculose, il est rare que plusieurs foyers se présentent au même degré d'évolution et avec les mêmes caractères : on observera ordinairement, chez le même malade, ici de simples hyperostoses, là du pus collecté, ailleurs des fistules. Au contraire, la syphilis à localisations osseuses multiples aura débuté partout en même temps; la marche sera parallèle dans les différents points; les lésions seront la plupart du temps au stade de simple hyperostose, et lorsque, exceptionnellement, arrivera la suppuration, celle-ci tardive, se produisant presque simultanément sur les divers os, se présentera encore sous un tout autre aspect que les fistules tuberculeuses. Les fistules de la syphilis ne sont pas décollées; elles ont tendance à se fermer spontanément. D'autre part, le liquide qui s'en écoule est visqueux, jaunâtre, contenant parfois des flocons caséeux, mais pas de pus véritable. Enfin l'intégrité des articulations paraît beaucoup plus fréquente dans la syphilis que dans la tuberculose.

Tels sont les principaux éléments du diagnostic.

Le traitement spécifique viendra, dans la majorité des cas, lever les derniers doutes, s'il en existe encore. Mais lui aussi peut être un signe infidèle. Broca, pour d'autres os, fait justement remarquer qu'actif sur les gommes, il est sans influence sur les hyperostoses constituées par du tissu adulte.

De ces diverses considérations, il résulte qu'aucun signe n'est pathognomonique, quand il s'agit de différencier le spina ventosa syphilitique du spina ventosa tuberculeux. Le plus souvent la nature des lésions pourra être reconnue par une analyse très complète des symptômes, mais parfois le clinicien restera forcément hésitant, et même il lui arrivera de ne pouvoir se prononcer dans les cas notamment où il y aura coexistence d'ostéites tuberculeuses et syphilitiques.

2° *L'ostéomyélite des phalanges* (Lannelongue, Camps) *ou panaris ostéomyélitique* (Angué) présente un début aigu, avec douleur vive, mauvais état général, fièvre élevée. Or, dans le spina ventosa, malgré la possibilité d'un début brusque, la douleur soudaine, et jamais très violente, ne s'accompagne d'aucune réaction fébrile, d'aucune atteinte de l'état général. De plus, dans l'ostéomyélite, apparaissent rapidement de l'œdème, de la rougeur de la peau, et tous les signes d'un abcès chaud. Cette allure aiguë est bien différente de l'évolution toujours lente de la tuberculose osseuse, où la suppuration ne survient qu'à une époque assez éloignée des premiers accidents.

Même dans les cas d'ostéomyélite à évolution lente, larvée (Poncet), l'erreur est facile à éviter : ici les phénomènes inflammatoires sont toujours plus marqués que dans le spina ventosa, et l'aspect typique en radis, qui caractérise pendant une longue période cette dernière affection manque totalement.

3° *L'enchondrome des doigts*, si longtemps confondu avec le spina ventosa (Dupuytren, Dolbeau, Polaillon), est rare dans le jeune âge; il évolue encore plus lentement, sans se propager aux tissus voisins et détermine à la surface de l'os des bosselures ordinairement latérales, qui ne ressemblent

en rien à l'augmentation régulière de volume des phalanges tuberculeuses.

4° *Les exostoses de croissance*, *l'ostéosarcome*, très rares au niveau des doigts, sont faciles à diagnostiquer. Nous nous contenterons de les avoir signalés.

5° *Les engelures* ont pu être une source d'erreur (cas cités par Rognetta). Mais elles coïncident avec le froid, s'accompagnent de sensations de cuisson très vives; la peau à leur niveau offre une teinte rouge, violacée; les ulcérations sont superficielles.

6° *Le panaris vulgaire* avec nécrose secondaire de l'os se reconnaîtra facilement à son évolution, et à son siège assez spécial au niveau de la phalange distale.

7° *Une arthrite suppurée interphalangienne*, consécutive par exemple à une piqûre, ne prêtera guère à confusion, étant données les circonstances étiologiques, et la localisation primitivement articulaire des phénomènes.

Il est enfin un problème qui se rencontre assez fréquemment en clinique, et dont la difficulté a été depuis longtemps déjà signalée par Ollier, puis par Adenot. On se trouve en effet quelquefois en présence d'une ulcération, d'une fistule, plus ou moins ancienne, vraisemblablement tuberculeuse, dont il s'agit de déterminer exactement l'origine superficielle ou profonde. A-t-on affaire à une lésion des parties molles (lupus, gomme cutanée, synovite tuberculeuse) ou à une véritable ostéite? C'est dans de pareils cas qu'on s'aidera des procédés capables de renseigner sur l'état du squelette sous-jacent: palpation, radiographie, exploration au stylet. Si ces moyens ne donnent aucun résultat, on sera autorisé à agrandir l'orifice de la fistule, et à cureter le trajet. On en trouvera ainsi aisément le point de départ. Chez deux malades de M. Nové-Josserand, cette incision exploratrice a seule permis de reconnaître des *synovites tuberculeuses primitives* qui avaient été prises pour des spina ventosa.

En ce qui concerne la *tuberculose mutilante*, facilement reconnaissable, on évitera de la confondre avec certaines affections susceptibles de mutiler les doigts, *telles* la lèpre, les néoplasmes, la syringomyélie du type Morvan, le rhumatisme chronique déformant, la sclérodermie, etc.

VIII

Traitement. — Le spina ventosa, avons-nous dit, peut guérir spontanément, d'une façon complète, tant qu'il en est encore à la période d'hyperostose. Au début, il faudra donc s'abstenir de toute intervention, et ne pas pratiquer, comme le préconisait Chalot, un évidement systématique de l'os, sitôt le diagnostic établi. Nous n'insisterons pas sur le traitement général, toujours de mise en pareil cas, et particulièrement efficace dans les tuberculoses bénignes (hygiène, suralimentation, climat maritime, etc.). Au point de vue du traitement local, il faudra, suivant les préceptes de Lannelongue, faire une immobilisation aussi complète que possible, de la révulsion (teinture d'iode, pointes de feu), de la compression. On se trouvera bien, par exemple, des bandelettes de Vigo, qui réalisent la plupart de ces indications. Ces moyens thérapeutiques, pour réussir, devront souvent être poursuivis pendant plusieurs mois, quelquefois même pendant un an ou deux.

Si, malgré tout, la maladie évolue, ou qu'on l'observe pour la première fois à la période d'abcès sous-périostique, il faudra intervenir. L'on admet, en effet, qu'une fois l'affection arrivée à ce stade, il existe des tissus morts (séquestres, matière caséeuse) qui ne peuvent être tolérés, et dont l'élimination s'impose. Les injections modificatrices : chlorure de zinc (méthode sclérogène de Lannelongue), sels cupriques (Th. de Luton), éther ou glycérine iodoformée, naphtol camphré (Th. de Reboul), etc., peuvent donner de bons résultats, mais il serait imprudent de s'y attarder. Les pointes de feu profondes (de Saint-Germain) sont un moyen aveugle et souvent insuffisant. Mieux vaut prendre le bistouri. L'incision sera de préférence dorsale pour les métacarpiens et les métatarsiens, latérale pour les phalanges. En respectant soigneusement les tendons, on arrivera directement sur l'os. Après évacuation de l'abcès sous-périostique, on explorera l'état du squelette sous-jacent. S'il paraît sain, et que l'on puisse surveiller de près son malade, on pourra s'en tenir là, et voir la guérison survenir (forme périostique). Mais si l'on trouve des altérations osseuses (perforation spontanée, état rugueux, etc.), ou même dans tous les cas pour beaucoup d'auteurs, on enfoncera la curette dans la cavité médullaire, dont on fera l'*évidement* complet. On évitera toutefois de se rapprocher trop des articulations, et l'on respectera autant que possible la couche corticale de l'os. On terminera par un drainage et un tamponnement à la gaze.

Cet évidement suffit dans la plupart des cas. Mais il devient lui-même insuffisant dans les formes nécrosantes et destructives. Il faut alors pratiquer la *résection* de l'os malade, intervention facile si le séquestre est mobile, un peu plus compliquée si la portion nécrosée est encore fixe.

Une deuxième indication de la résection est fournie par les complications articulaires. Si une seule articulation est prise, la résection portera sur l'extrémité correspondante de l'os malade. Si les deux articulations sont envahies, on pratiquera la résection totale de cet os.

Mais ces dernières opérations, évidement et résection, peuvent avoir justement pour résultat les déformations graves que nous avons signalées à propos du pronostic (doigt rentrant, ballant, etc.).

C'est pour obvier à ces inconvénients que les chirurgiens ont cherché depuis longtemps dans l'*ostéoplastie* une méthode qui puisse réparer les dégâts et conserver ou redonner au doigt sa forme. Cette méthode consiste à ne laisser subsister de l'os malade que ses deux extrémités, et à le remplacer soit avec des chevilles d'ivoire (procédé de Glück, aujourd'hui abandonné), soit avec des os décalcifiés (méthode de Mac Ewen, Ollier, Poncet, etc., procédé de Le Dentu et Buscarlet), soit avec un fragment ostéo-périostique pris sur le sujet lui-même. Les

uns (Bardenheuer, Thiel) dédoublent la phalange voisine. Les autres (Schneider, Timann, Ehrhardt) se servent d'un transplant détaché à distance, de préférence au niveau de la crête antérieure du tibia ou du bord libre du cubitus. Dans ce dernier procédé, sur l'os choisi, on taille un fragment des dimensions de la plalange à remplacer, en ayant soin de le laisser adhérent à son revêtement périostique. Une fois en place, le transplant est maintenu par quelques sutures périostiques au catgut. On soumet ensuite le doigt à l'extension continue, pour éviter les chevauchements et les déviations secondaires de l'os greffé.

La greffe peut se faire, soit primitivement, au moment même de la résection des parties malades, soit secondairement, après la guérison de la plaie opératoire.

Cette méthode autoplastique a donné d'assez beaux résultats C'est ainsi que Schneider l'a employée 13 fois, et a obtenu 8 guérisons complètes, maintenues encore un an ou un an et demi après.

Malheureusement, elle ne paraît applicable que dans un petit nombre de cas. Et d'abord, elle suppose l'intégrité des deux extrémités de l'os à remplacer. Or, s'il est assez facile de se rendre un compte exact de l'état de cet os, du côté correspondant au cartilage conjugal, il est beaucoup moins aisé de le savoir pour le côté opposé. D'autre part, la méthode doit être écartée, toutes les fois qu'il existe des lésions trop étendues des gaines synoviales et des parties molles; cependant la présence de fistules ne constitue pas une contre-indication formelle.

On voit donc que la méthode autoplastique ne peut pas rendre des services dans les formes graves du spina ventosa, où précisément on en aurait besoin; alors qu'au contraire dans les cas plus bénins, où elle pourrait être employée utilement, elle n'est pas indispensable, car on peut ordinairement conserver une partie suffisante de la phalange pour laisser au doigt ses fonctions et sa forme à peu près normales. On pourrait, il est vrai, y recourir de façon très précoce, à titre préventif des déformations futures, et alors faire des résections larges, en sacrifiant même quelques portions d'os encore sain. Mais, en réalité, même pratiquée dans ces conditions, la méthode n'est pas sûre : le transplant peut ne pas vivre, et être éliminé; malgré tous les soins, malgré l'extension continue, difficile à surveiller étroitement, il a une grande tendance à se déformer lui-même, ou à se souder en position vicieuse; bien plus, la tuberculose peut récidiver autour de lui, ainsi que M. Nové-Josserand en a récemment observé un bel exemple.

En somme, les indications de la méthode autoplastique paraissent bien restreintes.

A chaud, elle ne semble guère applicable que dans les lésions diaphysaires justifiant la résection complète (nécrose étendue), mais avec intégrité des épiphyses et état satisfaisant des parties molles.

A froid, elle ne présente pas les mêmes inconvénients, car on peut la retarder suffisamment pour ne pas craindre la récidive de la tuberculose. Les portions d'os laissées en place ont fait la preuve de leur vitalité et de leur bon état. Mais on se heurte alors à une grosse difficulté, que nous avons déjà signalée : il faut, en effet, conserver la longueur du doigt jusqu'au moment de la nouvelle intervention; seule l'extension continue peut lutter contre la rétraction des parties molles, ce qui nécessite beaucoup de soins (1).

Il nous reste encore à mentionner une méthode récente proposée pour remédier aux pertes de substances osseuses : c'est le *plombage iodoformé des os* de von Mosetig Moorhof, étudié dans ces derniers temps par Bérard et Thévenot et par leur élève Renaud. Ce procédé consiste à couler dans la cavité d'un os, soigneusement aseptisée, le mélange suivant :

Iodoforme..................	60	
Huile de sésame.............	}	*ââ* 40
Blanc de baleine............	}	

Sans apprécier ici les résultats généraux de cette méthode, qui a donné de nombreux succès entre les mains de certains auteurs (von Mosetig Moorhof, Serenin, Hackmann, von Eiselberg, Damianos, etc.),

(1) L'observation suivante de M. Nové-Josserand est très intéressante au point de vue de la méthode ostéoplastique. Elle en montre, pris pour ainsi dire sur le vif, la plupart des inconvénients.

Observation très résumée. — M. L..., quinze ans. Spina ventosa de la première phalange du médius, avec abcès du volume d'une noisette. Intervention le 22 septembre 1905 : évacuation de pus caséeux et de fongosités; résection de la partie moyenne de l'os qui paraît en voie de nécrose; évidement de l'extrémité proximale. Le nettoyage peut être fait d'une façon assez complète pour autoriser une ostéoplastie immédiate. Le transplant est pris au niveau du cubitus.

Le 4 octobre 1905 : Premier pansement. La réunion est parfaite, sauf à la partie supérieure de l'incision; la greffe paraît bien tolérée.

Le 14 novembre 1905, la greffe semble s'être un peu épaissie, son extrémité proximale a de la tendance à se luxer du côté palmaire, et le doigt est en retrait d'environ 1 centimètre par rapport à l'index. Il y a des mouvements dans les articulations métacarpo-phalangienne et phalango-phalanginienne, mais au niveau de cette dernière il persiste une laxité assez accentuée dans le sens latéral. Immobilisation du doigt en flexion, pour s'opposer à la subluxation en arrière.

Au mois de janvier 1906, la guérison est complète, mais le doigt, toujours rentrant, est en légère hyperextension; les mouvements sont peu étendus, presque nuls; du fait de cette gêne fonctionnelle le doigt est plus nuisible qu'utile dans les mouvements de la main, et la malade réclame l'amputation.

A l'examen du doigt enlevé, on constate que le transplant s'est soudé. Mais il est entouré sur toutes ses faces par du tissu fongueux, sans masse caséeuse. L'examen histologique de ces fongosités fait par M. Paviot a démontré qu'il s'agissait de tubercules. Sur la coupe, l'os transplanté paraît avoir une vitalité douteuse. Sa face antérieure est à nu; sa face dorsale, au contraire, est recouverte d'une mince couche d'os périostique de formation récente. L'épiphyse distale de la phalange réséquée est ramollie, infiltrée par du tissu fongueux; le cartilage de conjugaison a disparu, et l'os ne retrouve sa consistance normale qu'à environ un demi-centimètre de la surface articulaire.

La malade part guérie huit jours après.

En résumé : spina ventosa du médius traité par l'ostéoplastie; subluxation du doigt en arrière; récidive de la tuberculose *in situ*; envahissement des parties molles au contact immédiat du transplant, qui semble être lui-même en voie de tuberculisation.

il semble cependant que, pour le cas particulier de spina ventosa, elle n'évite pas toujours les déformations, telles que le doigt rentrant (cas de Bérard, in Th. Renaud). Il est vrai qu'elle n'a encore été employée que très rarement dans de pareilles lésions.

En résumé, des diverses interventions pratiquées pour arrêter la marche du spina ventosa ou pour éviter les déformations qui en sont si souvent la conséquence (évidement de la cavité médullaire, résection, autoplastie, plombage iodoformé), aucune ne donne, dans les cas graves, de résultats bien satisfaisants. C'est pourquoi, d'après M. Nové-Josserand, il faudrait peut-être un peu élargir le cadre des indications de l'*amputation*, lorsqu'il s'agit des phalanges, à condition toutefois que l'on n'ait pas affaire à l'index ou au pouce. Ce dernier doigt surtout devra être conservé le plus possible, même sous la forme du moignon le plus rudimentaire, en raison des services qu'il sera capable de rendre dans les mouvements de préhension. En tout cas, l'amputation s'impose d'une façon à peu près absolue lorsqu'un même doigt se trouve porteur de lésions multiples ou lorsqu'il s'est produit un envahissement étendu des parties molles, et e n particulier des gaines synoviales et des articulations.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la bibliographie antérieure à 1877, se reporter à la thèse de Gœtz (*Etude sur le spina ventosa*, Paris 1877).

ABADIE. Un cas de spina ventosa multiple, *Nouveau Montpellier méd.*, 1900, X, 786. — AUDRY. *Les tuberculoses du pied*, Th. de Lyon, 1890. — M. ADENOT. De l'origine osseuse de certaines ulcérations tuberculeuses en apparence exclusivement cutanées. Fréquence et obscurité de cette origine dans les affections lupoïdes des extrémités des membres, *Revue de chir.*, 1893, p. 833. — ARBAUD. *Un cas de spina ventosa chez l'adulte*, Th. de Bordeaux, 1885-86.

BARBARIN. Traitement du spina ventosa, *La clinique*, 29 juin 1906. — BREZZI. *De l'ostéite tuberculeuse des métarcapiens et des phalanges, et son traitement*, Th. de Paris, 1889. — BARDENHEUER. *Centralbl. f. Chir.*, 1896, n° 35. — BÉRARD et THÉVENOT. De l'obturation des cavités osseuses pathologiques (plombage des os) d'après la méthode de Mosetig Moorhof, *Revue d'orthop.*, 1904, p. 325. — BOUJU. *Essai sur les indications thérapeutiques dans les tuberculoses chirurgicales*, Th. de Paris, 1892. — BOULENGUIER. *Presse belge*, n° 23, p. 177. — BLUM. *Chirurgie de la main*, Bibliothèque internationale. — BUSCARLET. *Greffe osseuse chez l'homme et implantation d'os décalcifié*, Th. de Paris, 1891; — La greffe d'os morts, Revue générale in *Gaz. des hôpit.*, 19 déc. 1891.

CHARON et GEVART. *Presse belge*, n° 22, p. 169. — COTTE. Spina ventosa et rhumatisme tuberculeux, *Lyon méd.*, 1905.

DUBAR. *Anatomie pathologique des ostéites*, Th. d'agrégat. de Paris, 1883. — E. DURAND. *Contribution à l'étude des déformations et mutilatious consécutives à la tuberculose osseuse des extrémités*, Th. de Paris, juillet 1903.

EHRHARDT. *Munch. med. Woch.*, 1903, n° 39. — ESTRADÈRE. *De l'influence du traumatisme sur l'éclosion des tuberculoses locales primitives*, Th. de Bordeaux, 1892.

FONTAN. Cong. franç. de chir., 1889.

M. GANGOLPHE. *Maladies infectieuses et parasitaires des os*, 1894, p. 156. — GOSSELIN. Article OSTÉITE, in *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1878, t. XXV. — GÜTERBOCK. *Arch. f. pathol. Anat.*, 1885.

HAHN. *Beitr. z. klin. Chir.*, Bd. XXVI, p. 525. — HEYDENREICH. Article: OSTÉITE, in *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 1882.

KAREWSKI. *Die chir. Krankh. der Kind.*, 1894, p. 180. — H. KÉRANNGYADER. *Contribution à l'étude et au traitement du spina ventosa*, Th. de Bordeaux, 1895-96, n° 89. — KIENBOËK. Zur radiographischen Anatomie ù Klinik der syphilitischen Knochenerkrankringen an Extremitäten, *Zeits. f. Heilk.*, 1902, t. XXIII, n° 6. — KIENER et POULET. De l'ostéopériostite tuberculeuse chronique ou carie des os, *Arch. de physiol.*, 1883. — E. KIRMISSON. *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*, 1890; — *Les difformités acquises de l'appareil locomoteur pendant l'enfance et l'adolescence*, 1902; — *Précis de chir. infantile*, 1906. — F. KŒNIG. *Traité de pathol. chirurgicale spéciale*, t. III.

LANNELONGUE. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1878, 1879, 1880, 1881; — *Abcès froid et tuberculose osseuse*, 1881; — *Tuberculose chirurgicale*, encyclopédie Léauté, 1894; — Sur quelques déformations permanentes des doigts et de la main déterminées par la tuberculose de ces organes, *Congrès français de chir.*, 1889, p. 55; — Loi qui régit les attitudes et la déformation des luxations pathologiques dans les ostéo-arthrites tuberculeuses, *Bull. méd.*, 1904, p. 953; — *Leçons de clinique chirurgicale*, 1905, p. 193 et 205. — LANNELONGUE, BARTHÉLEMY et OUDIN. De l'utilité des photographies par les rayons X dans la pathologie humaine, *Compte rendu hebdomadaire des séances de l'Acad. des sciences*, 1896. — LEUDET. Acad. de méd. 14 avril 1885. — E. LUTON. *Traitement de la tuberculose par les sels de cuivre*, Th. de Paris, 1894.

P. MAUCLAIRE. Art. OSTÉO-TUBERCULOSE, in *Traité de chirurgie* Le Dentu et Delbet, p. 620; — *Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses*, Th. de Paris. 1893. — MÉNARD. Congr. franc. de chir., Paris 1898. — MÜLLER. *Berl. klin. Woch.*, 1885; — *Centralbl. f. Chir.*, août 1886; — Congr. de chir. allem., juin 1903.

Ch. NÉLATON. *La tuberculose dans les affections chirurgicales*, Th. d'agrég., Paris 1883.

ORTHOLAN. *De quelques déformations consécutives au spina ventosa*, Th. de Paris, 1889-1890.

PARROT. Etude sur le spina ventosa, leçons recueillies par H. Martin, *Gaz. méd. de Paris*, 1880, p. 661, 677, 694. — PERLIS. *Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses locales par la méthode sclérogène*, Th. de Paris, 1892. — PERROT. *Contribution à l'étude des tuberculoses osseuses à foyers multiples de la seconde enfance*, Th. de Bordeaux, 1891. — PETITPIERRE. *D'une forme particulière tuberculeuse d'ostéites diaphysaires chroniques de la clavicule*, Th. de Lyon, 1890. — PHOCAS. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1891, p. 112; — Du spina ventosa et de son traitement, *Gaz. des hôpit.*, 1893, p. 57. — T. PIÉCHAUD. *Précis de chirurgie infantile*, collect. Testut. — PIERRE. *Nature des maladies dites scrofuleuses*, Th. de Paris, 1895. — A. PONCET : Art. AFFECTIONS TUBERCULEUSES DES OS, in *Traité de chirurgie* Duplay et Reclus, p. 783.

J. REBOUL. *Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses; de l'emploi des antiseptiques et en particulier du naphtol camphré*, Th. de Paris, 1890. — A. RENAUD. *Du plombage iodoformé des os (méthode de von Mosetig Moorhof)*, Th. de Lyon, 1904. — G.-H. ROUSSEL. *Contribution à l'étude historique et thérapeutique du spina ventosa*, Th. de Paris, 1897.

A. SAHUT. *Essai sur la tuberculose de la diaphyse des os*, Th. de Paris, mars 1903. — SCHMIEDEN. Sur la transplantation osseuse autoplastique dans la cure du spina ventosa, et de ses résultats définitifs, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, t. LXXV, p. 2-4. — SIEGEN. Le spina ventosa, *Tribune méd.*, 1906.

L. THÉVENOT et M. PATEL. Ancienne tuberculose mutilante des doigts et adénite extra-axillaire, *Arch. prov. de chir.*, 1901, p. 235. — TIMANN. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1902, p 189.

UNGER. *Jahr. f. Kind.*, 1891; — *Inaug. Dissert.*, Berlin 1898.

L. VALETTE. *Etude sur le spina ventosa*, Th. de Toulouse, 1894-1895, n° 76. — E. VINCENT. Ostéopathies scrofulo-tuberculeuses, *Encyclop. internat. de chir.*, 1885, t. IV, p. 322. — VOLKMANN. Congr. de chir. allem., 1885.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 16 JANVIER 1907)

Sarcome double des mamelles. — M. CHAPUT a présenté, le 21 novembre dernier, une femme qui semblait atteinte d'une hypertrophie des deux mamelles. Après avoir diminué sous l'influence de la compression, cette hypertrophie a augmenté à un point qu'il a fallu recourir à l'amputation. L'examen histologique, pratiqué par M. Cornil, a montré qu'il s'agissait d'un double sarcome globo-cellulaire.

Empalement. — M. SIEUR, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Quénu, rapporte un cas analogue d'empalement dans lequel il y eut perforation de la paroi antérieure du rectum, de la paroi postérieure de la vessie et péritonite consécutive. Un peu d'écoulement sanguin par l'anus, le cathétérisme vésical ramenant de l'urine sanguinolente, la fièvre, les douleurs abdominales, les vomissements ne pouvaient laisser aucun doute sur le diagnostic. Vingt-quatre heures après l'accident, M. Sieur fit la laparotomie médiane sous-ombilicale, donna issue à un liquide louche, fit passer dans la cavité abdominale 4 à 5 litres de sérum chaud, examina l'intestin sans y rien trouver, constata l'existence de deux perforations sur la paroi postérieure de la vessie qu'il sutura, ferma la plaie du rectum sans fonder un grand espoir sur la solidité de cette suture. En effet, quelques jours après, à la suite d'une débâcle, la plaie rectale se rouvrit. Il fendit alors les fibres du sphincter au thermocautère, mit dans le foyer prérectal un drain qu'il laissa quatre jours. Une petite fistule vésicale se fermait d'elle-même et le malade guérit.

M. GUINARD fut appelé d'urgence, un jour, à la Pitié, auprès d'un jeune homme qui présentait tous les signes d'une hémorragie interne. Il était impossible de tirer de lui le moindre renseignement. M. Guinard fit la laparotomie et trouva dans le ventre une bougie de stéarine au milieu de nombreux caillots de sang et d'une hémorragie considérable. Il chercha et trouva une plaie rectale qu'il sutura.

M. QUÉNU condamne le lavage abdominal fait par M. Sieur dans son cas. Il croit sage de s'en tenir au nettoyage local.

M. SIEUR fait observer que la péritonite était généralisée.

M. QUÉNU répond à cela que la rougeur du péritoine n'implique pas l'infection.

M. DELORME, dans le cas de M. Sieur, se serait contenté de dilater largement l'anus, de rechercher la plaie rectale et de drainer.

M. QUÉNU n'est pas de cet avis et aurait, comme M. Sieur, fait la laparotomie.

Hypospadias. — M. VILLEMIN vit, un matin, arriver dans son service une jeune couturière avec une grande natte blonde dans le dos, qui venait réclamer un bandage herniaire. En y regardant de près, il vit que cette jeune fille portait deux testicules mal descendus, et un pseudo-clitoris avec deux petites lèvres qui aboutissaient au canal urétral. Il se servit de ces deux lèvres pour compléter une sorte de gland qui permit à ce sujet d'uriner debout; il fit la cure radicale des hernies. L'état civil put être changé et la couturière est devenue un cordonnier.

Adénome du cou d'origine thyroïdienne. — A propos de la communication faite en novembre dernier par M. Reynier, M. VILLEMIN rapporte un cas d'adénome du cou d'origine thyroïdienne.

Rachistovaïnisation chez les enfants. — M. KIRMISSON fait un rapport sur un travail de M. Gaudier (de Lille), qui, chez les enfants de huit à treize ans, a eu recours à ce mode d'anesthésie pour des opérations importantes : amputation de jambe, de cuisse, résection de la hanche, etc. Il n'a pas dépassé la dose d'un centigramme. Il n'y a pas eu d'accident, sauf parfois un peu d'agitation, ce qui fait que, pour les cures radicales de hernies, il préfère la chloroformisation.

Appendicite. — M. MICHAUX fait un rapport sur un travail de M. Bonnet (du Val-de-Grâce), relatif à une variété d'appendicite dans laquelle l'appendice est inclus dans la terminaison du mésentère. Il faut alors le chercher vers le bord postérieur du cæcum et doubler celui-ci par sa partie externe.

Ostéomes musculaires. — M. REYNIER analyse une observation de M. Lop (de Marseille), dans laquelle il s'agit d'un malade qui, à la suite d'une luxation du coude, fut massé pendant une vingtaine de jours.

A ce moment, apparut un gonflement de la région. M. Lop reconnut l'existence d'un ostéome qu'il enleva. C'est généralement à la suite de massages que se produisent ces ostéomes. M. Reynier en a récemment observé un cas dans ces conditions. Il s'agissait d'une femme de soixante-quatre ans, qui s'était fait une luxation de l'épaule.

Elle fut réduite, on fit du massage et un mois après, M. Reynier était obligé d'enlever un ostéome qui occupait le tendon du sous-scapulaire.

M. SIEUR rappelle qu'Ollier avait signalé cette fréquence des ostéomes à la suite de massages.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE qui, plus que personne a l'expérience du massage, n'a jamais constaté la production d'ostéomes musculaires qui pût lui être attribuée, il a lui-même fait des expériences sur les animaux.

Grossesse tubaire. — M. REYNIER analyse également deux observations de grossesse tubaire adressées par M. Lop. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans qui, à la suite de deux grossesses, eut de la métrite hémorragique, fut curetée et eut une salpingite gauche. Tout semblait rentré dans l'ordre, quand après un retard de six semaines, elle fut prise d'un grand frisson, d'une température de 39°5 et de muguet. M. Lop intervint et trouva une salpingite hémorragique avec grossesse tubaire enkystée. Il enleva les caillots et draina la poche.

Dans le second cas, il s'agit également d'une jeune femme qui, à la suite de plusieurs poussées de salpingite, eut une grossesse tubaire survenue du côté où il y avait eu des lésions au cours d'une grossesse utérine.

Adénite subaiguë spéciale. — Enfin M. REYNIER communique un troisième travail de M. Lop sur une adénite inguinale subaiguë s'observant spécialement sur des marins revenant de l'Inde.

Elections. — M. Mayo Robson est nommé membre associé étranger. — MM. Barnsby (de Tours), Bonnet (du Val-de-Grâce) et Vallas (de Lyon) sont nommés membres correspondants nationaux.

MM. Israël (de Berlin), Psaltoff (de Smyrne), Dudley-Tait (de San-Francisco), et Giordano (de Venise), sont nommés membres correspondants étrangers.

ANALYSES

MEDECINE

Epiphysite pneumococcique multiple. (A. WOELCHER et S. HANDLEY. *Lancet*, 24 nov. 1906, p. 1436.) — La pyémie épiphysaire ne doit pas être confondue avec la pyémie articulaire. Il importe en effet de ne pas ouvrir une synoviale articulaire saine alors qu'il existe un abcès dans une épiphyse contiguë. Le tableau clinique de cette affection assez rarement observée se trouve au complet dans l'observation qui va suivre.

Un enfant de treize mois est admis à l'hôpital le premier août. Ses parents étaient sains et l'enfant avait été allaité par sa mère pendant un an. Cinq semaines avant son entrée à l'hôpital il avait eu une attaque de pneumonie. La convalescence paraissait s'effectuer normalement quand, le matin de l'admission, sa mère constata une impotence et un gonflement de l'épaule droite.

La température était de 40 degrés, le pouls de 108 pulsations; la dyspnée atteignait 60 inspirations par minute. Il y avait une légère diminution des mouvements d'ampliation thoracique du côté droit, de la submatité et des râles crépitants de retour au niveau du lobe inférieur du poumon gauche.

L'épaule droite était notablement gonflée, chaude, sensible à la pression, limitée dans ses mouvements. La tuméfaction portait principalement sur les faces antérieure et externe de la jointure. La peau n'était pas rouge mais on percevait de la fluctuation à la partie interne du deltoïde. Une ponction exploratrice permit d'extraire du pus sans odeur qui, ensemencé dans les tubes, ne donna pas de culture, par contre la méthode de Gram décela de nombreux diplocoques.

On pratiqua une incision dans l'interstice pectoro-deltoïdien et on ouvrit ainsi une cavité pleine de pus, située entre le deltoïde et le côté externe de l'humérus, et s'étendant en avant de l'articulation. La capsule n'était pas distendue. L'abcès fut drainé et la température tomba immédiatement.

Le 8 août la température s'éleva de nouveau et le 10 elle atteignait 39°5. Un petit abcès se développa au niveau d'une des articulations chondro-costales du côté droit et fut incisé après anesthésie locale. Un abcès semblable apparut ensuite au niveau d'une des articulations chondro-costales supérieures gauches. Puis un gonflement fut constaté au-dessus du genou gauche et incisé; le pus siégeait au niveau de la jonction de l'épiphyse avec la diaphyse et l'articulation du genou était indemme. La cavité de l'abcès fut lavée et drainée.

Au bout de dix jours, la température s'éleva de nouveau à 38°5 et le cou-de-pied se mit à enfler mais sans nécessiter d'opération. Puis ce fut le tour de l'articulation du genou gauche qui fut incisée.

Le 11 septembre les drains furent enlevés. La température était redevenue normale; l'enfant était très amaigri, ce qui tenait en partie à une diarrhée légère mais rebelle et qui ne disparut qu'à la fin de septembre. Les plaies guérirent rapidement. Les signes stétoscopiques disparurent et la convalescence survint, mais les jointures atteintes conservaient une limitation très marquée dans leurs mouvements. A. HOUSQUAINS.

CHIRURGIE

Fractures de la base du cinquième métatarsien de cause indirecte. (Walter M. BRICKNER. *Amer. Journ. of surg.*, vol. XX, nº 10, oct. 1906, p. 306-307.) — L'auteur attire l'attention une fois de plus sur ces fractures que la radiographie seule a permis de distinguer dans la masse disparate de lésions englobées sous les noms d'entorse, de foulure, de contusion. Ces fractures sont toujours transversales, passant à travers la base, ou tout juste au-dessus, ou quelquefois s'étendant nettement jusqu'à la diaphyse. Elles se produisent pendant la marche ou la danse, à la suite d'une rotation du pied, le talon étant détaché du sol. L'explication du mécanisme n'est pas très claire. Il semble que le facteur principal soit le poids du corps appuyant en totalité sur le bord externe du pied : peut-être la tension brusque du long péronier latéral joue-t-elle un rôle. Le diagnostic est facile et se fait par la douleur localisée à la base de l'os, la douleur rapportée à la base de l'os quand on appuie sur l'extrémité distale, le gonflement du bord externe du pied, et la présence (inconstante) d'une ecchymose. La crépitation est rare. La douleur, soit spontanée, soit provoquée par la marche, est peu intense. La radiographie juge en dernier ressort. Le traitement est simple et se résume dans la contention par un petit bandage approprié. La guérison est toujours parfaite. F. GARDNER.

VOIES URINAIRES

Démonstration sur le vivant de la présence de trois uretères, cathétérisme recueillant trois urines différentes dont l'une infectée par le gonocoque. (Bransford LEWIS. *Medical Record*, vol. LXX, nº 14, 6 oct. 1906, p. 521-524.) — Un homme de vingt-quatre ans présente des récidives constantes de blennorragie malgré l'emploi judicieux de tous les meilleurs procédés connus de désinfection des voies urinaires inférieures. Une particularité attire l'attention : les gonocoques sont toujours plus abondants dans le dépôt de l'urine que dans le pus de l'urètre ou de la prostate. Le cathétérisme urétéral montre un orifice à droite et deux à gauche. Dans ces deux derniers, on introduit sans difficulté deux cathéters qui donnent deux urines très différentes d'aspect, et évacuées suivant deux rythmes très différents aussi. L'une est normale, l'autre est trouble et contient de nombreux gonocoques. En injectant une solution colorée d'un sel d'argent, on peut se convaincre que chacun des uretères gauches aboutit à un bassinet distinct; celui correspondant au plus interne des uretères étant douze fois plus petit que l'autre. Une radiographie après un triple cathétérisme et l'introduction dans chaque sonde d'un fil de plomb montre les trois uretères et l'entrecroisement des deux du côté gauche. Quelques lavages à la solution de nitrate d'argent eurent raison de la pyélite du grand bassinet gauche, cause des réinoculations constantes. Cette infection d'un seul uretère, si rapproché d'un autre est remarquable. Ce cas est le premier où l'on ait recueilli en même temps trois spécimens d'urine différente. L'uretère surnuméraire aboutissait-il à un troisième rein indépendant? C'est peu probable car ces troisièmes reins sont extrêmement rares. Un seul rein avec deux bassinets et deux uretères est beaucoup plus fréquent. Dans ces cas, l'uretère qui naît le plus près du pôle supérieur du rein, passe généralement derrière l'autre uretère, et aboutit à l'ouverture la plus éloignée du col de la vessie. Ces conclusions de Byron Robinson, basées sur l'examen de 13 cas, sont appuyées par le cas ci-dessus relaté et par une autre pièce de B. Lewis. Il y a donc une certaine régularité dans les anomalies de l'uretère. Souvent les deux pôles du rein, correspondant chacun à un bassinet et un uretère sont séparés par des coins de tissu embryonnaire. C'est ce qui explique la possibilité de la limitation de l'infection à l'un d'eux. F. GARDNER.

LIVRES NOUVEAUX

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris [1905-1906] (1), par M. le professeur G. Dieulafoy.

Il serait superflu de faire ici l'éloge d'un livre de clinique médicale émanant du professeur Dieulafoy, car cet éloge n'est plus à faire, puisque chacun connaît la valeur de pareils ouvrages, dont celui-ci est la continuation. Cette notice n'a d'autre but que de signaler aux lecteurs l'intérêt des nouvelles leçons qu'il renferme.

Dans les deux premières, consacrées à l'exposé clinique et anatomique de la *syphilis nécrosante et perforante du crâne*, M. Dieulafoy, qui a su réunir pour ses démonstrations orales une collection de crânes extrêmement intéressante, en a fait reproduire de nombreux exemplaires, et avec eux, nous fait passer en revue l'évolution du syphilome gommeux qui, avec ces processus opposés d'ostéite raréfiante et exubérante, aboutit à la perforation par la chute variée des sequestres. Type de syphilis régionale et invétérée, ce syphilome est intéressant à connaître, car à côté des formes à localisation péricranienne ou cranienne pure, sans grands symptômes, il peut présenter des formes endocraniennes aux complications variées, auxquelles un bon diagnostic permet de remédier par le traitement mercuriel associé au traitement chirurgical, en cas de séquestre.

Dans les deux suivantes, il reprend l'étude clinique de la *gangrène foudroyante de la verge*, et par une savante étude bactériologique nous en montre la prophylaxie et le traitement; mais sa leçon, bien qu'il s'en défende, vise plus loin, et avec la description du bacille septique et aérobie, il aborde des questions qui sortent de la clinique pour entrer dans le domaine de la pathologie générale la plus élevée.

La cinquième et la sixième leçon nous font voir les modalités de la *cécité hystérique* soudaine dans son début, précédée toutefois d'une céphalée prodromique, absolue dans sa période d'état, malgré la conservation du réflexe pupillaire à la lumière et l'intégrité des milieux de l'œil et de la rétine, variable dans sa durée, mais toujours bénigne dans son pronostic.

Dans la huitième leçon, il étudie les *paralysies oculaires diabétiques*, entité morbide bien définie, localisées le plus souvent à la deuxième paire, habituellement bénignes et agissant sans reliquats par l'application simple du régime antidiabétique.

La neuvième leçon nous montre un cas de *pyopneumothorax tuberculeux* sans adjonction d'autres microbes, et M. Dieulafoy insiste sur cette modalité importante à connaître, puisqu'elle contre-indique l'intervention qui est réservée aux cas où il y a infection d'autres micro-organismes.

Plus loin, dans la onzième et la douzième leçons, à propos de deux cas d'*hémothorax traumatique*, il reprend toute la question de physiologie pathologique des hémorragies des séreuses, et en nous montrant l'évolution clinique de ces faits, nous apprend à poser les indications d'une médication médico-chirurgicale. Dans la treizième, il étudie la *phlébite syphilitique*, variété des phlébites infectieuses, due à l'agent aujourd'hui connu de la syphilis, le spirochæte pallida; dans la seizième, il nous met sous les yeux un remarquable exemple d'*actinomycose lombaire et thoracique*.

Mais ce qu'il faut relire encore et avant tout, car là la maîtrise du clinicien et du savant s'affirme tout entière, c'est l'exposé de ces remarquables communications à l'Académie, dont le souvenir est encore présent à tous les esprits, et dans lesquelles il traite des rapports de la *cholécystite avec l'appendicite*, de l'*ulcère perforant du duodénum avec l'appendicite*, et enfin des *fausses appendicites* chez ces nombreux malades qui simplement atteints de typhlocolite glaireuse, membraneuse ou sableuse, ont été indûment opérés d'appendicite qu'ils n'avaient pas.

Dr René Gaultier.

(1) In-8°. — Paris, Masson et Cie.

SUITE DES SOMMAIRES

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Janv. 1907.) Marfan et Lemaire : Contribution à l'étude des accidents séro-toxiques. L'érythème marginé aberrant. — Guisez : Sixième cas d'extraction de corps étrangers bronchiques par la bronchoscopie supérieure. — Maurice Péraire : Mal de Pott guéri depuis trois ans et demi.

Riforma medica. — (N° 50, 15 déc. 1906.) Giovanni Marchetti : Pathogénie de l'ulcère gastrique et ses applications en thérapeutique. — Michele Landolfi : Notes de séméiotique physique relatives à la présence de gaz dans la plèvre, qu'il y ait ou non un épanchement liquide concomitant. — A. Conti et P. F. Zuccola : Le passage du mercure de la mère au fœtus. — (N° 51, 22 déc.) Raffaele Cecca : Hyperplasie inflammatoire du corps adipeux de la joue (boule graisseuse de Bichat). — Luigi Tomellini : Recherches expérimentales sur les altérations anatomo-pathologiques dans l'empoisonnement chronique par l'acide nitrique. — Tullio Mazzei : La rage expérimentale chez le rat. — (N° 52, 29 déc.) Table alphabétique des matières et des noms d'auteurs pour 1906.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 51, 20 déc. 1906.) Torok : La doctrine de l'angioneurose et l'inflammation hématogène de la peau. — Mager : Sur le phénomène du facial dans l'entéroptose. — Rudnik : Sur la question de l'emploi et des résultats du sérum antidysentérique. — Karlinski : Sérothérapie de la dysenterie. — Ranzi : Sur la déviation du complément par le sérum et les organes. — Eitner : Sur la présence d'anticorps dans le sérum d'un lépreux démontrée au moyen de la déviation du complément. — (N° 52, 27 déc.) Laehr : Traitement par l'occupation des névropathes. — Chutaro-Tomita : Quelques cas de tuberculose iléo-cæcale guéris chirurgicalement. — Stenczel : Recherches sur le spirochæte pallida dans les produits morbides au cours de la syphilis acquise. — Pöhlmann : Contribution à l'action des courants alternatifs dans l'artério-sclérose de moyenne intensité. — Joachim : Sur les épanchements chyliformes. — (N° 1, 3 janv. 1907.) Lœwi : Sur le mode d'action et l'indication de quelques diurétiques. — Dœrr : Sur quelques combinaisons des toxines non toxiques et dissociables. — Jehle : Sur la présence du méningocoque et du micrococcus catarrhalis dans le naso-pharynx et sur les tentatives de désinfection avec la pyocyanase. — Küller : Sur l'endocardite gonococcique. — Fürntratt : L'évolution de l'idée actuelle de l'immunité.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Lecture des copies. — *Anatomie.* — Séance du 18 janvier 1907 : MM. Pépin, 12 ; Burnier et Gastinel, 11 ; Buizard et Pironneau, 9; Lévy (Pierre), 7 ; Roux (Georges), 6 ; Bossoreil, 5.

Séance du 20 janvier : MM. Péraldi, 14; Cruet, 12; Bécus et Sourdel, 11 ; Douay, 10; Génil-Perrin et Mornard, 9; Bajan et Gauchery, 8.

Pathologie. — Séance du 18 janvier 1907: MM. Braun et Jacoulet, 12; Pascalis, 11 ; Magrou et Wunschendorff, 10; Ancibure et Boivin, 9; Phélip, 8; Alexandre (Paul), 7; Gelma, 5.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Prix décernés :

Prix Barbier (2 000 francs). — M. Heitz-Boyer.

Prix Montyon. — *Mention honorable* : M. Hébert.

Prix Jeunesse (hygiène). — *Mention très honorable* : MM. Pierre Couteaud et Henri Giraud. *Mention honorable* : MM. Borrel et Collet, et M. Renoux.

Prix Lacaze (10 000 francs). — M. Achard.

Prix Saintour (3 000 francs). — MM. Castaigne et Ferrand.

Prix Behier (1 800 francs). — M. Charles Fouquet.— *Mention honorable* : MM. Courcoux et Ribadeau-Dumas.

Thèses récompensées. — *Médaille d'argent* : MM. Blondel, Boidin, Brumpt, Charpentier (René), Chevassu, Dusolier (Maurice), Ertzbischoff, François-Dainville, Halbron, Hallopeau, Lacasse, Lebar, Lévy, Mercadé, Paisseau, Paul (Charles), Trémolières, Vinceneux.

Médaille de bronze : MM. Baize, Bauer, Besnier, Bouchet, Bour, Challamel, Daviau, Digne, Dodeuil, Elixheff, Français (Henri), Français (Raymond), Mlle Francillon, MM. Gaudemet, Guillaume-Louis, Graux, Guenot, Hébert, Lebailly, Le Play, Lequeux, Le Serrec de Kervily, Petit, Touchard, Villaret, Voguet.

Mentions honorables : MM. Baudet, Berniolle, Bezançon, Boivin, Calvé, Castagnary, Civatte, Delaunay, Delbarre, Désormeaux, Fillassier, Gasne, Mme Grandjean-Bayard, MM. Hocquet, Héchemann, Lhouste, Pécharmant, Rœderer, Rousseau, Viteman.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — L'Assemblée de la Faculté a élu MM. les professeurs Sigalas et Boursier pour les représenter au conseil de l'Université.

La liste des candidats à présenter au choix du ministre pour la chaire de médecine légale a été ainsi établie : en première ligne M. Lande, en deuxième ligne M. Cassaët.

— Lyon. — Le buste du professeur Gayet vient d'être placé dans le hall de la Faculté de médecine. Des discours ont été prononcés par MM. les docteurs Aurand, Hugounenq, Renaut, Rollet, Pollosson, Truc (de Montpellier), Motais (d'Angers) et Parisotti (de Rome).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Reims. — Après concours, M. le docteur Blum a été nommé chef de clinique médicale à l'École de médecine.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Les récompenses honorifiques ci-après sont accordées, pour services rendus à la mutualité, aux personnes dont les noms suivent :

Médaille d'or. — M. le docteur Laguesse (de Lyon).

Médaille d'argent. — M. les docteurs Fournier (de Bèze), Gagez (de Pouilly en-Auxois) et Laffage (d'Arnay-le-Duc).

Médaille de bronze. — M. le docteur Weil (de Dijon).

CONSEIL D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ DE LA SEINE. — M. le docteur Navarre, conseiller municipal de Paris, est nommé vice-président du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine pour l'année 1907.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La prochaine séance de la Société de l'Internat aura lieu le jeudi 24 janvier, à quatre heures et demie, dans la salle de la Société de chirurgie, rue de Seine, 12.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Émile Javal, membre de l'Académie de médecine.

CONFÉRENCES. — M. le docteur Iscovesco fera une série de six conférences publiques sur les colloïdes (préparation, propriétés, applications) à l'amphithéâtre de physiologie du pro-

fesseur Dastre à la Sorbonne. Ces conférences, dont la première aura lieu le jeudi 24 janvier, se feront les mardis et jeudis à une heure trois quarts.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Janv. 1907.) BÉRIEL et ROUSSILLE : Le tatouage bleu des morphinomanes. — CHRISTIANI : Essais de détermination du degré de souillure des étoffes, en particulier du linge. — SALOMONSON : Expertise dans un procès de tentative d'empoisonnement par l'arsenic.

Annales médico-psychologiques. — (N° 1, janv.-fév. 1907.) G. ROUGÉ : De l'aliénation mentale consécutive à la fièvre typhoïde. — Paul COURBON : Automatisme ambulatoire (observations cliniques). — Serge SOUKHANOFF : Contribution à l'étude de la psychose de Korsakoff à marche continue.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 1, janv. 1907.) TOUBERT et VALLET : Influence de la loi de deux ans sur la chirurgie dans l'armée. — CANEL : La méthode de Bier; ses applications dans la pratique journalière. — JALADE : Contribution à l'étude des altérations du pain de troupe. — BILLET : La filaire de l'œil; un cas de filaire avec œdèmes superficiels et intermittents, hémo-microfilaires et éosinophilie intense. — FERRATON : Volumineux calcul de l'urètre inclus dans une poche juxta-vésicale; petite pseudo-vessie prostatique. — VACK et HAURY : Un cas de tumeur stercorale chez un jeune homme de vingt-deux ans avec symptômes d'intoxication aiguë. — DELACROIX : Mort par coup de canon tiré à blanc.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 51, 20 déc. BARTH : Principes de diagnostic différentiel de la péritonite. — HABERERN : Difficultés du diagnostic des hernies inguinales étranglées. — FRANK : Sur la sténose du larynx par intubation, après trachéotomie secondaire. — OPITZ : Lavage du vagin et désinfection des mains. — OFFERGELD : Sciatique due à la rétroflexion utérine. — GOMPERZ : Tympans artificiels de paraffine et d'argent. — SCHINDLER : Traitement de l'épididymite blennorragique. — KLUG : Le Viscolan, nouvel élément fondamental des pommades. — ULENLUTH : Déviation du complément et différenciation des albumines du sang. — KLOSE : Sur les diathèses hémorragiques compliquant la scarlatine; remarques sur le traitement par la gélatine. — FEILCHENFELD : Les pince-nez orthocentriques sont-ils recommandables? — (N° 52, 27 déc.) SITTMANN : Traitement des anémies. — ALBU : Diagnostic précoce du cancer de l'estomac. — VOGEL : Un dispositif simple pour le traitement des fractures par l'extension. — BARTH : Un nouvel amygdalotome. — MARTIN : Technique du traitement des maladies du nez par l'aspiration. — KLOSE : Sur les diathèses hémorragiques compliquant la scarlatine. — (N° 1, 3 janv. 1907.) FRAENKEL : Traitement de la pleurésie exsudative. — JÜRGENS : Sur les maladies d'aspect typhoïde. — PELS-LENDSEN : Les tumeurs des tendons chez les enfants. — LANDOIS : Contribution à l'étude de la méningo-encéphalite tuberculeuse chronique. — PFISTER : Contribution à l'étude du traitement interne de l'appendicite. — BLEIBTREN : Sur l'influence du corps thyroïde sur l'évolution de l'embryon. — JACOBI : Sur la question des actions mécaniques de la diminution de la pression atmosphérique sur l'organisme. — PICK : Sur les séquelles acoustiques et oculo-motrices des attaques convulsives. — ENGEL : Sur les lésions causées par la radiothérapie. — COHN : Sur un cas de gonorrhée para-urétrale. — LAQUEUR : Les bains d'oxygène.

Écho médical du Nord. — (N° 1, 6 janv. 1907.) Jules LOOTEN : Du mode de terminaison des artères cérébrales (*fin*). — Ch. DUBOIS : Un cas de rein unique. Fusion des deux reins à droite de la colonne vertébrale. — NOCQUET : Rapport sur l'état actuel de la question de l'exercice en France par les médecins de la frontière belge.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 147, 9 déc. 1906.) Gaetano BOSCHI : La pression sanguine dans la tuberculose pulmonaire. — Giuseppe GASPARINI : Pneumothorax traumatique. Pleurotomie d'urgence. — Ettore GIULIANO : Gros lipome congénital de la jambe. — Giuseppe Luigi PIOLA : Gastralgie syphilitique. — Adolfo BIANCO : L'action alimentaire et curative du Miciuratu, lait fermenté préparé en Sardaigne. — (N° 150, 16 déc.) Benedetto FORMIGGINI : Contribution au traitement opératoire des épanchements tubaires. — Gino MONZARDO : Une nouvelle méthode de néphropexie. — F. DE MARCHIS : La valeur de l'épreuve de Salomon pour le diagnostic du carcinome de l'estomac. — E. CASAVECCHIA : Anévrismes multiples de l'aorte siégeant sur la portion ascendante, la crosse et la portion descendante, avec symphyse cardio-pulmonaire. — Nino DE PAOLI : Innocuité de la paranglin e (adrénaline) employée par la voie gastrique. — (N° 153, 23 déc.) Prof. Giovanni GALLI : L'électricité dans la thérapeutique des maladies du cœur. — Arnaldo AMADUCCI : Urémie et néphrite hémorragique au cours d'une parotidite infectieuse. — Massimo CENCI : Sujet tuberculeux soumis au traitement spécifique. Mort subite par hémoptysie. — Emilio MAGGI : Un cas de tumeur cérébrale. — LATIS : Fracture de la voûte du crâne; opération et guérison. — GHEDINI : Recherches sur le sérum du sang d'un individu atteint de kyste par échinocoque et sur le contenu liquide de ce kyste. — MOLON et FANFANI : Quelques recherches sur les ferments organisés de l'intestin. — A. CONTI et P. F. ZUCCOLA : Le passage du mercure de la mère au fœtus. — G. SPADARO : Définition des rapports quantitatifs entre l'acide urique urinaire et les leucocytes du sang. — Urbano ALESSI : Astasie-abasie traumatique chez une fillette phrénasthénique.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 1, 6 janv. 1907.) F. LAGRANGE : Nouveau traitement du glaucome chronique. Iridectomie et sclérectomie combinées. — Em. PETIT : De l'indication opératoire dans les contusions de l'abdomen (*fin*). — (N° 2, 13 janv.) PETGES : La pathogénie de la syphilis dans les découvertes expérimentales récentes. — DUVERGEY : Un cas de myxo-sarcome de la gaine du nerf sciatique. Ablation. Guérison. — GAUDUCHEAU : Filtration des eaux dites coagulées.

Gynécologie. — (N° 5, oct. 1906.) MANGIN : La lutte contre le cancer de l'utérus. — Ch. SOULIGOUX : Rupture traumatique de l'utérus au huitième mois de la grossesse. — A. MOUCHET : Deux cas de fistules uretérales après hystérectomie. — Georges KÜSS : A propos du procédé de Baldy et du « nouveau procédé de raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds ». — J. BAROZZI : Résultats éloignés de l'ovariectomie.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 1, 6 janv. 1907.) FROMAGET : Kératites à pneumocoques guéries par le sérum antidiphtérique. — CAVALIÉ : La carie dentaire. Histoire et signification de la carie dentaire. — (N° 2, 13 janv.) E. ROBERT : Considérations sur quelques cas d'intoxication par les vapeurs d'alcools dans la fabrication de la poudre sans fumée. — M. CAVALIÉ : La carie dentaire. Histoire et signification de la carie dentaire classique (*suite*).

(Voir la suite, p. 106.)

DU TRAITEMENT PRÉCOCE

DES

PHLEGMONS DE L'ESPACE PELVI-RECTAL SUPÉRIEUR

Par l'incision en U latéro et rétro-anale.

Par le docteur Robert PICQUÉ,

Médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Observation. — Un homme de cinquante-quatre ans, en traitement à l'asile-clinique, dans le service de M. le docteur Magnan, pour débilité mentale, est pris de phénomènes généraux vagues.

M. L. Picqué, chirurgien en chef des asiles, appelé *six jours après*, trouve un malade délirant, le teint jaunâtre, le pouls petit, la température à 40 degrés, en proie évidemment à une infection grave.

Le souvenir de cas analogues observés chez les aliénés, oriente aussitôt ses investigations vers la région anale.

Or, des bourrelets hémorroïdaires enflammés se projettent, saillants, hors l'anus, et un écoulement louche, extrêmement fétide, sort de leurs anfractuosités; en même temps, le périnée, dont les téguments sont rouge violacé par places, est envahi par une tuméfaction qui semble, née de la profondeur, l'avoir refoulé en masse, et qui déjà s'est propagée à la fesse droite.

Opération. — Immédiatement, une incison latéro-anale droite fend la peau sur toute la longueur du périnée antérieur et postérieur. Au niveau de sa partie moyenne, sort tumultueusement une grande quantité d'un pus gangréneux.

Le doigt, qui explore la fosse ischio-rectale, constate alors que le tissu cellulaire en est décollé en totalité, jusque dans ses prolongements *antérieur* : et les ciseaux, débridant dans ce sens, sectionnent le diaphragme uro-génital;

Postérieur : Section des parties molles jusqu'au coccyx.

Latéral : Section transversale de la peau de la fesse, et de quelques fibres du grand fessier, sous le bord interne duquel une fusée s'est faite en même temps sous la peau.

De plus, profondément, le doigt pénètre, au travers d'un anneau, dans une cavité plus élevée, où le rectum est libre; le releveur est donc perforé, et l'espace pelvi-rectal supérieur envahi.

Mais, quel a été le point de départ de cette vaste suppuration?

Or, sur la paroi rectale, immédiatement au-dessus du releveur, une perforation arrondie, à bords déchiquetés, conduit dans la cavité intestinale.

Il y a donc eu, par suite de phlébites hémorroïdaires, ulcération du rectum et phlegmon de l'espace pelvi-rectal supérieur, puis perforation du releveur, et phlegmon secondaire de la fosse ischio-rectale droite.

L'opération est alors complétée par :

1° A gauche, une incision pararectale, symétrique de la première, qui permet, au travers de la graisse ischio-rectale saine, d'effondrer le releveur et de donner issue par là à un nouveau flot de pus;

2° Une incision transversale, rétro-anale, sectionne le raphé ano-coccygien, transformant ainsi les deux précédentes, en une vaste incision en fer à cheval, qui met largement au jour la cavité suppurante, et laisse le rectum libre, tombant en battant de cloche au milieu d'elle;

3° En raison de l'atteinte profonde de la paroi intestinale, au voisinage de ce foyer, celle-ci est fendue verticalement à droite, depuis l'anus jusqu'à la perforation.

L'énorme brèche est irriguée à l'eau oxygénée. Un drain, paré de gaze, est placé dans le rectum.

La cavité est tamponnée et drainée par trois fortes mèches de gaze, sans qu'aucune ligature soit nécessaire.

Suites opératoires. — Or, dès le lendemain matin, la température était tombée à 37°3. Mais, une ascension à 38°6 le soir et à 38 degrés le lendemain matin, indiquant une rétention septique profonde, l'on constate en effet que le recollement s'est fait à gauche, entre releveur et rectum; il suffit d'insinuer une pince entre eux pour voir s'écouler une certaine quantité de pus; les mèches sont poussées plus à fond, les irrigations oxygénées étant d'autre part continuées deux fois par jour, la température tombe définitivement à 37°5, puis à 37 degrés.

Dès lors, malgré la diarrhée fétide qui ne cesse de souiller la plaie, la réparation de ce vaste cratère se fait avec une rapidité surprenante, le rectum libéré et sectionné allant facilement à la paroi.

Mais il persiste une incontinence, qui dure pendant cinq mois, tant que le bourgeonnement superficiel n'a pas complètement modelé les anfractuosités de la région, et surtout que la consistance des matières ne s'est point régularisée.

Nous voulons, à l'occasion de ce cas favorable, insister sur les règles du traitement de ces phlegmons profonds du bassin, phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur de Quénu et Hartmann.

Or, ces règles peuvent se résumer en ces deux termes : *diagnostic précoce*, *incision large*.

Exprimons-nous sur l'une et l'autre :

Diagnostic. — Le plus souvent les suppurations profondes du petit bassin viennent trop tard au chirurgien (au sixième jour chez notre malade), c'est-à-dire à la période où le pus est, non seulement collecté, mais encore diffusé au delà des barrières de la loge où il est né. Alors les phénomènes d'infection générale ont pris les devants, et le malade y succombe, avant ou malgré l'intervention chirurgicale.

Et cependant, différents signes permettent de les dépister.

D'une part, les *phénomènes généraux*, par leur précocité même, peuvent être considérés comme un symptôme, non terminal, mais de début, tout au contraire, et par leur intensité ils doivent faire soupçonner une infection d'origine intestinale; alors, si le pharynx et l'abdomen sont trouvés hors de cause, il faut songer au petit bassin. Ces infections à point de départ intestinal sont d'une fréquence extrême parmi les aliénés; là, plus qu'ailleurs, il convient donc de savoir les reconnaître.

Or, d'autre part, les *signes locaux* peuvent y suffire.

En effet, 1° en dehors de la tuméfaction saillante et localisée à un des côtés du périnée, avec parfois quelques marbrures violacées des téguments, telle qu'on peut l'observer dans les abcès d'une des fosses ischio-rectales, il y a, au début, dans les phlegmons que nous étudions, non une tuméfaction, mais comme une *projection en masse de tout le périnée*; et la

symétrie étant conservée, les téguments n'étant nullement modifiés, il faut être prévenu pour se laisser frapper par ce changement dans la morphologie de la région;

2° Alors le palper montre, de chaque côté de l'anus, une induration très profonde, et réveille en même temps une douleur extrêmement vive.

Ces deux points douloureux exquis para-anaux, provoqués par la pression profonde seule, sont pathognomoniques de l'infection de l'espace pelvi-rectal supérieur au début; il est exceptionnel en effet, dans les phlegmons ischio-rectaux, que les deux fosses soient d'emblée simultanément infectées.

Mais, pour déceler cette douleur, il faut encore être prévenu, car une pression timide, au travers du coussinet adipeux ischio-rectal élastique, la laisserait insoupçonnée.

Or, à son défaut, les douleurs spontanées, sensations de pesanteur au périnée, épreintes et ténesme, n'ont, elles, rien de pathognomonique. Elles conduisent cependant à examiner le rectum, et le toucher peut alors révéler une induration haute, sus-jacente au releveur et parfois renseigner sur l'origine rectale, prostatique ou vésiculaire de la collection.

En somme, deux symptômes nous semblent devoir permettre, chez un malade en proie à des phénomènes généraux graves, le diagnostic de phlegmon de l'espace pelvi-rectal supérieur au début.

La projection en masse du périnée.

La douleur exquise, paranale, bilatérale, provoquée.

Les considérations anatomiques nous rendent aisément compte de ces particularités symptomatologiques; nous les exposerons en traitant de la technique opératoire.

Traitement. — Lorsque l'examen clinique a conduit au diagnostic de phlegmon profond du petit bassin, est-il besoin de dire que l'indication est formelle d'un traitement opératoire immédiat?

En effet, l'évolution de ces infections se montre toujours d'une extrême gravité : tantôt revêtant une forme hyperseptique gangréneuse, elles tuent par intoxication générale; tantôt, aboutissant à la suppuration franche, elles s'étendent rapidement, en détruisant tout le tissu cellulaire du petit bassin.

C'est donc à une *ouverture précoce et large* qu'il faut avoir recours, si l'on veut arrêter la marche envahissante de ces phlegmons.

Données anatomiques. — A cet effet, demandons à l'anatomie quelle voie s'offre à nous la meilleure, et considérons à ce point de vue : 1° la disposition du tissu cellulaire périrectal; 2° ses rapports avec les plans superficiels du périnée.

A. *Le tissu cellulaire périrectal.* — Là où cesse pour l'intestin son revêtement péritonéal, un tissu cellulaire se développe, qui tient lieu de séreuse de glissement entre le rectum et les parois du bassin.

Ce tissu cellulaire, de plus en plus abondant à mesure qu'il descend vers l'anus plus mobile, rencontre en chemin une barrière : le diaphragme des releveurs et ischio-coccygiens.

Ces muscles, symétriquement insérés sur tout le pourtour de l'excavation, particulièrement de chaque côté à la partie supérieure de l'aponévrose des obturateurs internes, descendent de là obliquement en bas et en dedans vers la ligne médiane. Rencontrant les parois latérales du rectum, ils s'y accolent, puis s'y fusionnent, contribuant à la formation du sphincter anal.

En arrière de l'anus, faute d'organe à engainer, ils se rejoignent et s'entrecroisent superficiellement à la face profonde de la peau : ainsi se trouve constitué le raphé ano-coccygien.

Et l'ensemble de ces muscles forme, à la partie terminale du gros intestin, une sangle puissante qui, par sa tonicité, assure son soutien, et par sa contraction permet sa mobilité et sa déplétion.

Mais il en résulte, pour le tissu cellulaire de glissement, un cloisonnement en deux étages, l'un sus-jacent, l'autre sous-jacent au releveur, et que l'on nomme, depuis Richet, espace pelvi-rectal inférieur ou creux ischio-rectal, espace pelvi-rectal supérieur.

Or, une première déduction se tire, quant à la topographie de ces deux espaces, des notions que nous venons de rappeler concernant les releveurs : en effet, l'espace pelvirectal inférieur, compris entre releveurs en dedans, paroi obturée en dehors, peau superficiellement, se trouve interrompu, sur la ligne médiane, par l'anus en avant, en arrière par l'insertion des releveurs au raphé ano-coccygien. Il a donc deux fosses ischio-rectales : le doigt qui explore l'une ne peut atteindre l'autre ; l'infection qui envahit l'une respecte initialement l'autre; la tuméfaction et la douleur, qui signalent la formation de son phlegmon, sont au début *unilatérales*.

Au contraire, au-dessus des releveurs, le rectum sous-péritonéal, libre dans l'excavation, est entouré d'un tissu cellulaire continu; il y a un espace pelvi-rectal supérieur unique; la tuméfaction et la douleur de son phlegmon se montrent d'emblée *bilatérales*.

Ainsi se trouve éclairée la symptomatologie que nous esquissions tout à l'heure.

Précisons maintenant, au point de vue opératoire, la topographie de cet espace pelvi-rectal supérieur.

Il n'en est point de description plus claire que celle laissée par Richet : elle mérite toutefois d'être complétée en un point. Compris entre le péritoine d'une part, qui « après s'être beaucoup abaissé au-devant du rectum pour former le cul-de-sac recto-vésical, se relève insensiblement pour gagner le sacrum » et les releveurs, d'autre part « dont le plan s'incline en sens inverse du premier, c'est-à-dire de la prostate au coccyx », l'espace pelvi-rectal supérieur est donc surtout développé en arrière et sur les côtés.

Réduit en avant à un simple espace décollable, compris entre lui et l'aponévrose prostato-péritonéale chez l'homme, la paroi postérieure du vagin chez la femme, il est occupé en arrière et sur les côtés par un tissu cellulaire abondant, à mailles larges et assez lâches, rarement chargé de graisse et destiné à favoriser les mouvements et l'ampliation du rectum (Richet), c'est la *gaine fibro-séreuse du rectum* (Poirier). C'est donc sur les côtés et en arrière

du rectum que se collecteront les suppurations, et, dès lors, il semble logique de les ouvrir latéralement et en arrière de l'anus.

Mais cet espace, traversé déjà sur le côté par les branches viscérales de l'artère et de la veine hypogastriques, est encore cloisonné en arrière par les aponévroses sacro-recto-génitales, sagittalement orientées de part et d'autre, et délimitant un *espace rétro-rectal* (Quénu et Hartmann), irrigué non plus par l'hypogastrique, mais par la mésentérique inférieure, contenant des ganglions, et dans lequel l'on peut voir se circonscrire des abcès, pour lesquels une incision rétro-rectale convient seule.

Mais, d'après la description même de ces auteurs, il ne s'agit point là d'une barrière infranchissable ; et ces abcès rétro-rectaux circonscrits sont rares.

Ces cloisons sont de simples « accidents de la gaine fibro-séreuse » (Poirier) ; les infections suraiguës de cette région ne les respectent guère.

Et en somme cliniquement, nous devons conserver la conception de Richet d'un espace pelvi-rectal supérieur unique et ne tenir compte de ces données nouvelles sur son cloisonnement que pour élargir nos procédés opératoires en faisant de l'ouverture de cette loge rétro-rectale un temps nécessaire. Telle est donc la première déduction que nous tirons de la disposition de ce tissu cellulaire péri-rectal supérieur : *ouverture latéro et rétro-rectale*.

B. *Les rapports de l'espace pelvi-rectal supérieur.* — Mais quelle voie s'offre à nous pour cette incision ? L'étude des rapports de cet espace pelvi-rectal supérieur va nous le montrer :

Ses rapports évidents avec la portion ampullaire du rectum, qui sont la cause fréquente de son infection, nous permettent assez de comprendre l'ouverture spontanée de ces collections dans la cavité rectale au travers d'une paroi primitivement ou secondairement altérée : voie peu indiquée chirurgicalement ; toutefois, la section de la paroi rectale peut devenir, comme dans notre cas, un complément opératoire nécessaire.

En avant, la prostate et les vésicules sont la source de certains de ces phlegmons : leur origine reconnue, l'incision pré-rectale leur convient évidemment.

Les rapports avec la ceinture pelvienne ne peuvent que nous expliquer certaines propagations, non au travers de l'échancrure sciatique vers la fesse, comme les abcès froids, car ces phlegmons à évolution rapide ont auparavant appelé à eux le chirurgien ; mais en haut vers les fosses iliaques, par continuité directe de tissu cellulaire sous-péritonéal ; il faut d'ailleurs, pour cela, ou une intervention par trop retardée, ou une infection suraiguë de forme gangréneuse : c'est la *cellulite pelvienne diffuse* décrite par Bouilly, fréquente jadis à la suite des opérations sur le petit bassin. Nous avons été appelé un soir auprès d'une aliénée moribonde, chez laquelle l'incision périnéale d'une énorme collection en rapport avec une vieille fistule rétro-anale, nous a permis d'entrer main et moitié de l'avant-bras dans le bassin avant d'atteindre les limites supérieures du décollement ; la mort survenait dès le lendemain matin.

Une incision iliaque de Roux eût pu, dans un cas moins désespéré, être indiquée, assurant un drainage par voie mixte, abdomino-périnéale.

Mais ce sont évidemment les rapports de l'espace pelvi-rectal supérieur avec le plancher pelvien, qui commandent la *voie d'élection* pour l'ouverture de ses collections, la *voie périnéale*.

Or, un mot nous suffit à les exprimer :

Sus-jacent au diaphragme pelvien, cet espace se trouve en rapport, par son intermédiaire, sur les côtés avec les fosses ischio-rectales, dont le tissu cellulaire condensé, véritable coussinet adipeux du rectum, est en continuité directe avec le pannicule sous-cutané et avec la peau latéro-anale.

Que la barrière musculo-aponévrotique des releveurs soit franchie, et l'invasion se fera de l'une ou des deux fosses ischio-rectales. De même, une incision latéro-rectale permettra au chirurgien, par une marche inverse, d'aller au travers de la graisse ischio-rectale envahie ou non, effondrer le releveur et accéder à la collection bilatérale, cette incision assurera un drainage assez satisfaisant.

Mais nous avons vu le tissu cellulaire surtout abondant en arrière du rectum. Or, sur la ligne médiane, nous avons les releveurs entrecroisés en un raphé ano-coccygien en rapport immédiat avec la peau. Là donc, une incision médiane et sagittale ouvrira d'emblée l'espace rétro-rectal, et répondra au point déclive.

Néanmoins, ni l'une ni l'autre de ces incisions, para-rectale, uni ou bilatérale, rétro-rectale médiane, ne nous a paru suffisante.

En effet :

1° Aucune d'elles ne réalise avec sécurité l'évacuation totale des collections pelvi-rectales supérieures, si nous admettons avec Quénu et Hartmann, l'intérêt clinique des cloisonnements anatomiques de cet espace en loges latéro et rétro-rectales ;

2° En admettant même que, par l'une d'elles, le doigt explorateur ait su effondrer les cloisons, la brèche reste insuffisante.

D'une part, au point de vue de l'évacuation immédiate, si larges semblent-elles, ces incisions ne créent qu'une cheminée étroite par rapport au vaste clapier profond ; elles obligent à compter sur le drainage par les tubes ou les mèches ; elles exposent à des rétentions partielles, alors que la gravité de la situation réclame de juguler d'emblée l'infection.

Elles ne réalisent point le principe de la large mise à l'air des cavités septiques ; le seul drainage efficace étant la création d'un cratère évasé en surface.

D'autre part, au point de vue de la réparation ultérieure, elles exposent aux fistules, puisqu'elles drainent mal et aussi parce qu'elles ne laissent pas au rectum, décollé dans sa portion ampullaire, mais fixé dans sa partie anale, assez de mobilité pour aller s'accoler ultérieurement là où l'appelleront les adhérences.

Et il est permis de songer à rapprocher à ce point de vue la séreuse rectale de la séreuse pleurale, qui reste fistuleuse pour les mêmes raisons.

Technique opératoire. — La technique opératoire que nous proposons ne nous semble mériter aucun de ces reproches.

Le principe en est en effet le suivant :

1. L'espace pelvi-rectal supérieur, unique et développé principalement sur les côtés et en arrière du rectum, doit être drainé par une incision unique latéro et rétro-rectale.

2. Le rectum, privé par la suppuration de ses connexions péri-ampullaires, doit être mobilisé par la libération, grâce à cette incision, de ses connexions péri-anales.

Dès lors, quel sera le manuel opératoire.

Il ne pourra s'agir d'une opération réglée comme un exercice d'amphithéâtre.

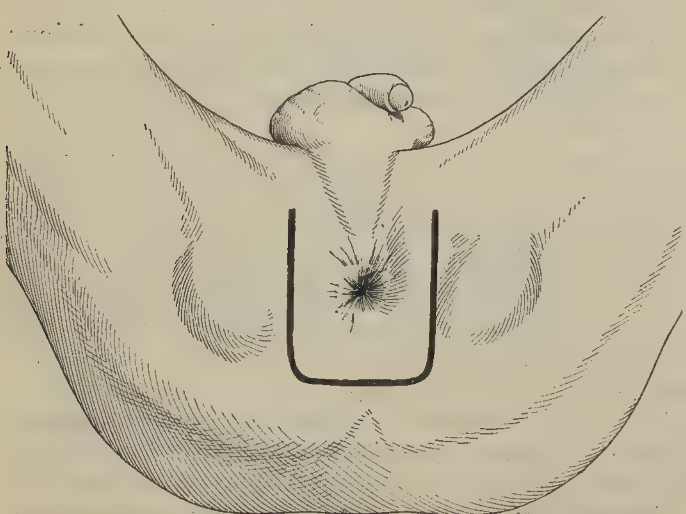
En effet, plaçons-nous au point de vue clinique.

Le diagnostic précoce de phlegmon de l'étage pelvi-rectal supérieur sera rarement porté, avec certitude.

Souvent le malade sera vu après envahissement d'une ou des deux fosses ischio-rectales.

C'est donc temps par temps, au vu des lésions, que le bistouri devra être conduit; et la succession des temps sera le plus souvent celle de notre opération, plus haut relatée :

Premier temps. — Du côté de la tuméfaction ou de la douleur maxima, incision sagittale, latéro-anale, de quatre travers de doigt, située à mi-distance de la tubérosité ischiatique et de l'orifice anal, et ayant son centre sur la ligne ischio-anale (fig. 1).



Fif. 1. — *Tracé de l'incision.*

Ouverture de la fosse ischio-rectale et de ses prolongements antérieur, postérieur, latéral, s'ils sont envahis, comme dans notre observation.

De toutes façons, débridement antérieur, au travers du diaphragme uro-génital, car la figure 2 montre, à gauche et à droite, le jour très différent que l'on obtient vers le fond de la fosse suivant que l'arc du transverse est ou non sectionné; et l'hémorragie due aux vaisseaux périnéaux superficiels, ne doit pas plus entrer en ligne de compte que tout à l'heure celle venue des vaisseaux hémorroïdaux inférieurs.

Incision du releveur : le pus sourd-il au-dessus de lui.

Deuxième temps. — La même opération est répétée du côté opposé.

Parfois, comme dans notre cas, après la première fosse envahie, la deuxième sera trouvée encore saine.

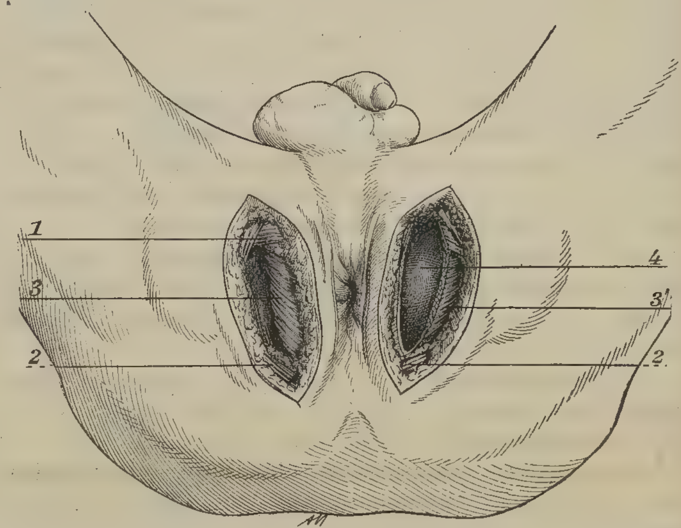


Fig. 2. — *A gauche. La fosse ischio-rectale.* — 1. Transverse, 2. Grand fessier, 3. Releveur. — *A droite. L'espace pelvi-rectal supérieur.* — 4. Paroi rectale.

Alors, les index, introduits dans chaque plaie, se rejoignent au-dessus des releveurs derrière le rectum, après dilacération au besoin de quelque cloison.

Troisième temps. — L'index gauche continuant d'accrocher le rectum, l'opérateur réunit en arrière les deux incisions latérales par une section transversale, passant peu en avant du coccyx, c'est-à-dire au point le plus déclive et intéressant, après la peau, le raphé fibreux des releveurs.

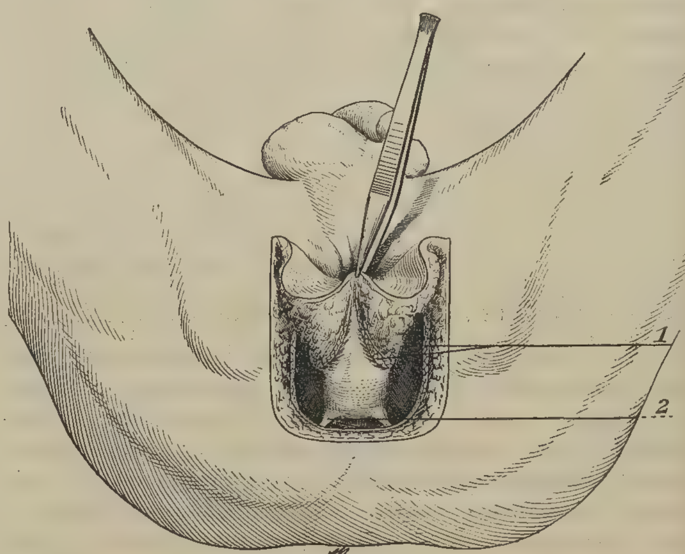


Fig. 3. — *L'espace pelvi-rectal supérieur, après libération complète du rectum.* — 1. Sections des releveurs, 2. Cloisons rétro-rectales.

La figure 3 montre le jour énorme ainsi obtenu : la face postérieure de l'ampoule apparaît largement, et le rectum, complètement libéré en arrière et sur les côtés, pend *en battant de cloche*, au milieu du lambeau en V à pédicule antérieur ainsi obtenu.

Temps accessoire. — Un temps complémentaire de l'opération peut alors se montrer nécessaire, comme dans notre cas : la paroi rectale est largement perforée ; ses tuniques sont alentour profondément altérées par l'infection ; leur vitalité est réduite au minimum. La nécessité s'impose de réduire au minimum aussi le temps pendant lequel elles resteront immergées dans ce milieu septique, privées de leurs connexions pariétales, la perforation tardant à s'obturer, parce que profondément situées, la tunique externe ayant difficulté à adhérer aux parois de la cavité, parce que celle-ci très disproportionnée de calibre.

La *mobilisation du rectum*, dans notre procédé, a déjà eu pour but de permettre au rectum d'*aller à la paroi* ; sa section verticale, depuis l'anus jusqu'à la perforation, va lui permettre de s'entr'ouvrir en coquille, de s'étaler et de se mouler sur la cavité suppurante, la taille longitudinale qui en résulte se comblant par bourgeonnement.

L'on ne peut s'empêcher, de rapprocher cette idée, bien que l'analogie soit loin d'être complète entre un viscère plein et un organe creux, de celle de la décortication du poumon.

Suites opératoires. — Dans notre cas, le résultat a été surprenant.

Outre que la chute de la température a été immédiate et définitive, montrant l'exactitude du drainage, la réparation s'est effectuée avec une rapidité étonnante, bien que le malade fût aliéné, c'est-à-dire modérément docile.

Sans doute, l'incontinence a persisté pendant cinq mois, avant que la région anale se soit à nouveau façonnée. Actuellement, un an après l'opération, la muqueuse anale reste éversée au dehors, mais dissimulée, sans prolapsus véritable, au fond des anfractuosités de la cicatrice. Et toute incontinence a depuis longtemps disparu.

Telle est la technique que nous proposons pour le traitement des phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur, pour ceux tout au moins, le plus couramment observés en clinique, qui relèvent d'une lésion ano-rectale ou ceux, très fréquents aussi, dont l'étiologie est encore inconnue, au moment où l'on intervient, pressé par la menace des phénomènes généraux.

Si au contraire le siège prostatique ou vésiculaire initial était reconnu, l'incision prérectale leur conviendrait comme premier temps opératoire, complétée au besoin par des débridements latéraux, en U renversé.

Conclusion. — En résumé, l'infection de l'espace pelvi-rectal supérieur qui aboutit à la formation de phlegmons diffus ou circonscrits d'une extrême gravité, doit être *dépistée d'une façon précoce* :

1° Par la constatation d'une tuméfaction para-anale, d'emblée bilatérale, donnant l'impression d'une *projection en masse du périnée* ;

2° Par la recherche des *points douloureux profonds para-anaux*, d'emblée bilatéraux ;

3° Par le toucher rectal.

Le traitement, *énergique et large*, doit consister en une longue incision en U latéro et rétro-rectale, qui a pour avantages :

1° De *mettre largement à l'air* dans toute son étendue la cavité septique, et d'assurer ainsi parfaitement son drainage, particulièrement au point déclive, en avant du coccyx ;

2° De *mobiliser le rectum* et de lui permettre ainsi d'*aller à la paroi*, facilement où l'appelleront les adhérences, condition essentielle à la réparation rapide de la brèche septique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(séance du 7 janvier 1907 [*fin*])

Mesure du degré radiochromométrique par le voltmètre électrostatique dans l'utilisation en médecine des rayons de Röntgen. — M. J. Bergonié (de Bordeaux) signale une méthode nouvelle, simple et pratique, pour connaître à chaque instant la qualité, c'est-à-dire le degré radiochromométrique des rayons X utilisés par le médecin ; c'est l'emploi du voltmètre électrostatique gradué jusqu'à *soixante mille volts* mis en dérivation sur le tube de Crookes. Les indications de cet appareil sont indépendantes de la quantité des radiations émises et du modèle du tube, elles ne dépendent que de la quantité des rayons plus ou moins *pénétrants* émis. L'emploi de cette méthode apporte une précision nouvelle et féconde dans les applications médicales des rayons X, particulièrement la radiothérapie est appelée à en bénéficier.

Le fluor dans les eaux minérales. — M. P. Carles. Dans les analyses d'eaux qui figurent dans les annuaires, le fluor est très rarement signalé. M. Carles l'a recherché systématiquement dans toutes les eaux minérales françaises. Il résulte de ces recherches que la présence du fluor est la règle, on ne relève en effet que six exceptions dans le tableau que publie le professeur de Bordeaux.

Influence de la température et du degré hygrométrique ambiant sur la conservation des œufs. — M. de Loverdo. La ponte des œufs étant abondante dans nos climats, pendant la bonne saison seulement, presque nulle en automne et en hiver, le commerce est obligé de débiter en arrière-saison des œufs conservés.

En France, on se sert généralement d'*eau de chaux* pour cette conservation.

M. de Loverdo montre que la conservation par le *froid*, usitée aux Etats-Unis, en Allemagne, en Angleterre, en Belgique, est bien supérieure, à la condition de maintenir la chambre froide à une température constante de — 1 degré et à un degré hygrométrique aussi rapproché que possible de 78 p. 100.

(séance du 14 janvier 1907)

Sur les prétendues plantes artificielles. — M. Gaston Bonnier. A l'occasion de la dernière communication de M. Stéphane Leduc à l'Académie des sciences (voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 6, p. 70), M. Bonnier montre, en citant les travaux de Traube de 1865 à 1867, que les expériences de M. Leduc n'apportent rien de nouveau aux expériences classi-

ques de Traube, reprises et variées presque à l'infini par un grand nombre d'auteurs.

« Mais, dit M. Bonnier, à la répétition des expériences de Traube, M. Stéphane Leduc ajoute des considérations qui lui sont personnelles. Dans sa communication du 7 janvier 1907, et dans d'autres publications signées de lui (1), M. Leduc fait entendre que ces précipités métalliques tubulaires possèdent : organisation cellulaire, appareil circulatoire, thermotropisme, osmotropisme, nutrition, et il ajoute : « Une seule fonction reste à réaliser pour achever la synthèse de la vie : la reproduction en série. Je considère le problème comme de même ordre que ceux que j'ai déjà résolus. »

On sait que la physiologie moderne démontre que les forces mises en jeu dans les êtres vivants ne sont autres que les forces physico-chimiques; M. Traube et les auteurs cités plus haut ont étudié, à ce point de vue, les propriétés des membranes hémiperméables. M. Leduc n'apporte aucun élément nouveau à cette démonstration. Quant à l'organisme cellulaire et à l'appareil circulatoire, rien de semblable ne s'observe dans la constitution de ces curieux précipités tubulaires.

M. Stéphane Leduc, dans sa communication à l'Académie du 7 janvier 1907, dit avec raison qu'il ne faut pas exagérer les analogies entre les « graines artificielles » et les graines naturelles. Il semble que M. Leduc ne se soit pas suffisamment gardé contre ces exagérations. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 JANVIER 1907)

Accidents imputables à l'usage exclusif, régulier des farines alimentaires. — M. Variot, à l'occasion du procès-verbal et à propos du scorbut infantile revient sur les accidents imputables à l'usage exclusif, régulier des farines alimentaires. Il démontre, exemples à l'appui, que la farine lactée est en quelque sorte « rachitigène », si on la substitue trop tôt au lait; il insiste sur les dangers que font courir aux enfants les farines au cacao ou farines chocolatées, farines que les familles apprennent à faire elles-mêmes. L'usage uniforme de ces farines une ou deux fois par jour provoque des troubles assez particuliers : troubles de la motricité de l'intestin, constipation opiniâtre et quasi invincible; anémie qui se caractérise par une teinte jaune de la peau avec bouffissure du visage, nervosité, croissance normale mais avec amaigrissement. Il s'agit là d'un véritable état hypertrophique imputable seulement à ces farines. M. Variot a demandé à M. Armand Gautier son avis sur l'emploi de ces farines, et il a appris du savant chimiste que le cacao est de toutes les substances l'une des plus riches en acide oxalique (4,50). Or l'acide oxalique est une substance toxique très voisine de l'oxyde de carbone. N'est-ce pas cet acide oxalique qui devient un élément d'anémie?

M. Fernet appuie les assertions de M. Variot. Il affirme aussi que l'abus du cacao peut créer des troubles nerveux.

M. Variot présente ensuite des **radiographies d'enfant myxœdémateux.**

(1) Stéphane Leduc. *Les bases physiques de la vie et la biogenèse* (avec fig.), Paris 1906, Masson; — Miracles : Comment un savant crée des êtres vivants (avec illustrations), *Le Matin*, 21 déc. 1906.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1907)

Corps thyroïde et neuro-arthritisme. — MM. Léopold Lévi et Henri de Rothschild ont montré antérieurement que certain arthritisme peut être considéré comme d'essence hypothyroïdienne.

Ils ont soutenu l'opinion que certain nervosisme était réalisé par l'hyperthyroïdie.

L'association neuro-arthritique qu'ils rangent dans le groupe de l'instabilité thyroïdienne se manifeste sous des formes variées. Ils étudient quelques particularités de cette combinaison et fixent certains rapports réciproques de l'hypo et de l'hyperthyroïdie.

Par des exemples cliniques, ils exposent les oscillations du fonctionnement thyroïdien autour de l'équilibre thyroïdien (orthothyroïdie) et concluent d'après les résultats de la médication thyroïdienne, que, dans bien des cas, le nervosisme est secondaire à l'hypothyroïdie.

Absorption péritonéale. — Pour MM. Achard, Gaillard et Ribot, l'osmose à travers les membranes vivantes, ou biosmose, s'opère dans des conditions beaucoup plus complexes que celle qui s'accomplit dans un dialyseur inerte. Pour chercher par l'expérience les règles générales suivant lesquelles elle se produit, il importe de n'employer que des substances faciles à dissoudre et à doser, et dépourvues d'action irritante ou toxique. Il faut aussi mettre hors de cause le chlorure de sodium qui se comporte d'une façon spéciale. Les auteurs ont étudié l'absorption péritonéale de l'urée, du sulfate de soude, du glycose et du lactose, en prenant comme unité de mesure la molécule, et en envisageant une série de conditions différentes : variations de volume, de concentration, de solutions d'un même corps; comparaison de solution de corps différents; comparaison des divers composants de solutions mixtes.

Or les résultats peuvent se résumer assez simplement; qu'il s'agisse de solutions simples ou de mélanges, ce sont les molécules introduites en plus grand nombre qui s'absorbent le plus dans le même temps, et à nombre égal de molécules, ce sont les moins pesantes.

Ainsi le nombre et le poids des molécules paraissent être les facteurs principaux. Le volume et le degré de concentration des solutions ne semblent jouer qu'un rôle accessoire, sans doute parce qu'ils sont très rapidement modifiés par l'afflux d'eau chlorurée qui se produit toujours.

Réactions sanguines et hématopoïétiques provoquées par le collargol. — MM. Achard et E. Weil ont étudié chez le lapin, le sang, la moelle osseuse, la rate et le thymus, à la suite de l'injection intra-veineuse d'argent colloïdal. Les réactions ressemblent à celles que provoquent les infections. Dans le sang, il y a immédiatement leucopénie, puis leucocytose polynucléaire, et enfin mononucléose avec éosinophilie légère.

La réaction de la moelle est très rapide et consiste en une myélocytose neutrophile qui explique la polynucléose. La rate subit une prolifération malpighienne qui donne naissance à de grands mononucléaires et à des lymphocytes, d'où résulte la mononucléose secondaire. Le thymus réagit de la même manière que la rate.

Ces réactions expliquent peut-être le mode d'action thérapeutique du collargol.

Étude expérimentale des propriétés thérapeutiques de l'argent colloïdal. — M. Charrin, avec MM. Chirié et Monier-Vinard, a traité par des injections d'argent colloïdal à grains très fins des animaux infectés par le pneumocoque, le bacille pyocyanique, l'agent de la tuberculose.

Dans le cas de bacillose les résultats sont médiocres. Par contre, quand on inocule des cultures pyocyaniques ou pneumococciques de moyenne virulence, on parvient à sauver les animaux.

Il ne faut pas s'étonner des échecs constatés avec les virus très actifs. On ne conteste pas la valeur de la quinine, du sérum de Behring, etc., qui cependant sont souvent inefficaces contre les formes pernicieuses ou malignes de la malaria ou de la diphtérie.

D'autre part, surtout au début de la bactériologie, on a fait d'innombrables essais de thérapeutique antiseptique interne, en introduisant isolément, en les combinant de mille façons, les corps microbicides *in vitro*. Habituellement les sujets traités sont morts les premiers.

Pourquoi l'argent colloïdal donne-t-il de meilleurs résultats ?

En premier lieu, il est très bactéricide, beaucoup plus que les sels de mercure réputés les plus actifs. Des doses correspondant à 1/80 000 d'argent arrêtent toute pullulation du pneumocoque ou du germe du pus bleu.

Bien au-dessous les modifications sont déjà manifestes.

En second lieu, ce produit n'est pas sensiblement toxique. Durant une ou deux semaines, sans inconvénient on fait pénétrer quotidiennement des quantités 6 et 10 fois supérieures à celle qui stérilise les cultures.

En troisième lieu, comme les petites proportions de matières minérales, cette substance modifie heureusement l'économie (élévation du coefficient azoturique, de la thermogenèse; agglutination plus rapide du sérum des animaux inoculés avec le bacille pyocyanique, etc.).

En somme, très nuisible pour l'agent pathogène, l'argent colloïdal est inoffensif et même salutaire à l'égard de l'organisme.

Régime de l'élimination chlorurée dans les tuberculoses au début. — Pour MM. Enriquez et Ambard, chez l'homme sain, le passage d'un régime de chloruration normale à un régime strictement déchloruré s'accompagne d'une décharge chlorurée en lysis et d'une durée maximum de quatre jours. Chez les tuberculeux au début, la décharge chlorurée se fait souvent beaucoup plus rapidement, en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

A propos des médications ioniques. — MM. Tuffier et Mauté ont étudié le mode de pénétration des médicaments introduits par ionisation à travers la peau saine. En employant pour leurs recherches, le trypanroth, l'argent et l'acide salicylique, ils ont constaté :

1° Que les médicaments peuvent être introduits à l'aide du courant continu à travers la peau saine dans laquelle ils pénètrent par les glandes, les gaines des poils, et même le revêtement épidermique ;

2° Que les médicaments semblent pouvoir former dans les protoplasmas cellulaires des combinaisons différentes de celles qu'ils présentent lorsqu'ils sont introduits par la voie sous-cutanée ;

3° Que leur pénétration reste toujours superficielle et que par conséquent dans la thérapeutique électro-ionique, il y a lieu de considérer deux actions différentes : l'action *médicamenteuse* vraie qui reste absolument localisée à la peau, sauf pour les médicaments toxiques à très faible dose qui peuvent produire des effets généraux après leur pénétration dans la circulation, et l'action due aux phénomènes biologiques et aux modifications osmotiques provoquées par le déplacement des ions de l'organisme, indépendamment de la solution employée au niveau des électrodes.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

L'IBOGA ET L'IBOGAÏNE

La neurasthénie, les atonies nerveuses et musculaires, le surmenage, les convalescences, n'avaient jusqu'à présent qu'un nombre restreint de médicaments spéciaux. Notre thérapeutique vient de s'enrichir d'un nouvel alcaloïde, l'ibogaïne, qui donne de bons résultats dans le traitement de ces affections. C'est le principe actif de l'iboga du Congo, employé par les nègres, comme stimulant ou tonifiant du système nerveux. Au point de vue physiologique, l'ibogaïne est un névrosthénique, un toni-cardiaque et un excitant de la nutrition.

On l'emploie sous forme de dragées d'ibogaïne Nyrdahl (2 à 6 par jour) dont la formule est due au docteur Landrin, auteur du travail important publié chez Rousset, à Paris.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 28 JANVIER AU 2 FÉVRIER 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 28 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Joffroy, Déjerine et Legry ; — (2e série) : MM. Gaucher, Claude et Marcel Labbé ; — M. Legueu, suppléant.

Mardi 29 janvier, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Sébileau et Gosset ; — (2e série) : MM. Berger, Faure et Marion ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Dupré et Carnot ; — M. Renon, suppléant.

Mercredi 30 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Sébileau et Gosset.

2e : MM. Gautier, Ch. Richet et Branca.

3e (1re partie, oral) : MM. Reclus, Potocki et Cunéo ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Blanchard et Marcel Labbé.

4e : MM. Pouchet, Richaud et Balthazard ; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 31 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Faure.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Bezançon et Maillard.

2e : MM. Gley, Launois et Desgrez.

3e (1re partie, oral) : MM. Poirier, Marion et Brindeau.

4e : MM. Pouchet, Dupré et Méry ; — M. Vaquez, suppléant.

Vendredi 1er février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Cunéo et Pierre Duval.

2e : MM. Gariel, Ch. Richet et Branca.

3e (2e partie, oral) : MM. Joffroy, Blanchard et Legry.

5e : MM. Landouzy, Thoinot et Richaud ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Legueu et

Gosset; — (2e série) : MM. Reclus, Mauclaire et Proust; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Claude, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Brindeau; — M. Langlois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 30 janvier 1907, à une heure. — M. Charles Thébault. Des albuminuries par suppuration au cours de la puerpéralité. (MM. Pinard, président; Landouzy, Segond et Wallich.) — M. Ramond. Pleuro-tuberculose primitive et méningite tuberculeuse. (MM. Landouzy, président: Pinard, Segond et Wallich.) — M. Denis Vidal. Des déplacements secondaires, passifs de la tête humérale, consécutifs aux luxations de l'épaule. (MM. Segond, président; Pinard, Landouzy et Wallich.)

Jeudi 31 janvier 1907, à une heure. — M. P. Clément. Essai sur le traitement intra-utérin de l'infection puerpérale. (MM. Le Dentu, président; Albarran, Auvray et Morestin.) — M. Léon Sourdille. Contribution à l'étude clinique de la lithiase rénale. (MM. Albarran, président; Le Dentu, Auvray et Morestin.) — M. E. Hamon. Recherches cliniques sur les endométrites puerpérales. (MM. Budin, président; Thoinot, Jeanselme et Demelin.) — M. André Jouvin. De la syphilis de l'appareil auditif. (MM. Thoinot, président; Budin, Jeanselme et Demelin.)

SUITE DES SOMMAIRES

Montpellier médical. — (N° 49, 9 déc. 1906.) Ardin-Delteil : Leçon inaugurale à l'Ecole d'Alger.

Nord médical. — (N° 293, 15 déc. 1906 - 4 janv. 1907.) O. Pasteau : De la position à donner à l'opéré dans le cas d'opération rénale. — (N° 294, 1er-12 janv.) Bué : Grossesse gémellaire chez une femme ayant subi une hystéropexie abdominale; Double présentation de l'épaule; Hémorragie pendant et après la délivrance. — Edmond Marlier : Contribution à l'étude de la pleurésie purulente interlobaire chez l'enfant. — Vanverts : Un facteur peu connu de l'allaitement artificiel : la garde-couches.

Pédiâtrie pratique. — (N° 1, 1er janv. 1907.) Guaita : La tuberculose pulmonaire dans les écoles. — (N° 2, 15 janv.) J. Roux et Ph. Josserand : De la valeur de la micropolyadénie superficielle dans la tuberculose latente. — Langevin : La gastro-entérite à la Goutte de lait du Mans.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 51, 25 déc. 1906.) Chyser : Maladies professionnelles causées par les accumulateurs. — (N° 52, 30 déc.) Strohl : Le proponal comme hypnotique chez les aliénés. — Schein : Cas d'arrêt et de retard de la croissance en surface de la peau.

Policlinico. — (Déc. 1906.) *Partie chirurgicale.* — Giuseppe Betagh : Cholestérinurie par hydro-pyonéphrose calculeuse avec pyélo-urétérite hyperplastique. Néphrectomie; guérison. Contribution à l'étude de la genèse des cellules géantes par présence de corps étrangers. — V. Gandiani : Contribution à l'étude du sarcome primitif des gaines tendineuses. — G. Fichera : L'hyperémie par stase dans les infections aiguës. — *Partie médicale.* — F. Feliziani : La genèse de l'anthracose pulmonaire. — U. Soli : L'état du testicule chez les animaux privés expérimentalement de thymus. — F. Corsini : Recherches sur la réaction bactéricide du liquide céphalo-rachidien chez les typhiques. — G. Pecori : Le syndrome cérébelleux d'origine malarique.

Province médicale. — (N° 1, 5 janv. 1907.) St. Leduc : La défense du cœur dans les maladies fébriles. — Jean Lépine : Le rétrécissement mitral spasmodique dans les états anxieux. — (N° 2, 12 janv.) Rappin : Les toxines du bacille de Koch dans l'organisme tuberculeux. — Léon Bérard et Maurice Péhu : Les péricardites tuberculeuses à épanchement considérable.

Répertoire de pharmacie. — (N° 1, 10 janv. 1907.) Grimbert et Dufau : Moyen de distinguer l'albuminurie vraie de la substance mucinoïde des urines. — P. Carles : Y a-t-il lieu d'interdire la vente de l'absinthe? — Corminbœuf et Grosman : Différenciation des divers accidents benzoïques pharmaceutiques. — Pellet : Analyse des urines pauvres en glucose.

Revue de chirurgie. — (N° 1, 10 janv. 1906.) Gross et Sencert : Contribution à l'étude et au traitement des rétrécissements infranchissables non cancéreux de l'œsophage. — Vautrin : Quelques considérations sur les hernies paraduodénales. — Terrier et Mercadé : Tétanos. Note à propos de deux cas d'insuccès du sérum antitétanique en injection préventive. — Delore : De l'extirpation des anévrismes supérieurs de la carotide primitive. — Okynczye et Küss : Les luxations de l'os malaire. — Bréchot : Contribution à l'étude de la pylorectomie dans les sténoses bénignes du pylore (*à suivre*).

Revue de médecine. — (N° 1, 10 janv. 1907.) Ch. Féré : La peur et l'explosion sexuelle (douleur et plaisir). — Klippel et Maurice Renaud : Note sur l'histogenèse d'un épithélioma secondaire du cerveau. — L. Lortat-Jacob : A propos du régime déchloruré dans l'épilepsie de l'enfant; — Hyperchlorurie d'alarme précédant une congestion pulmonaire. — G. Sardou : L'être vivant et les variations du milieu extérieur. Crise saisonnière. Crise thermale. Crise climatique. — Sézary : Quatre cas d'adipose douloureuse, maladie de Dercum. — E. Géraudel : Morphogenèse du système circulatoire du foie. — S. J. Kanellis : Contribution à l'urologie de la fièvre hémoglobinurique bilieuse.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 24, 30 déc. 1906.) G. Wyrouboff : Les théories modernes sur la structure des milieux cristallisés. — Clerget : La mise en valeur et l'utilisation économique du Rhin. — E. Laguesse : Revue annuelle d'anatomie.

Revue médicale de l'Est. — (N° 1, 1er janv. 1907.) R. Driout : Contribution à l'étude des corps étrangers de l'œsophage chez l'adulte.

Semaine gynécologique. — (N° 1, 1er janv. 1906.) Pichevin : L'asepsie et l'antisepsie dans le service gynécologique de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — (N° 2, 8 janv.) R. Pichevin : A propos de l'hydrosalpinx. — (N° 3, 15 janv.) Pichevin : Rupture d'une grossesse tubaire. Hématocèle intra-ligamentaire et sous-péritonéale.

Semaine médicale. — (N° 1, 2 janv. 1906.) R. de Bovis : De l'auto-infection puerpérale au point de vue clinique. — (N° 2, 9 janv.) A. Vignot : L'épidémie de suette miliaire des Charentes en 1906 et les enseignements qu'elle comporte au point de vue de la nature et de la contagiosité de cette affection. — F. Lejars : Ce qu'on appelle pyohémies atténuées. — (N° 3, 16 janv.) Chauffard : Pathogénie de l'ictère congénital de l'adulte.

Tribune médicale. — (N° 1, 5 janv. 1907.) Aynaud : Le pseudo-tabes de l'anémie pernicieuse progressive protopathique. — A. Prévost : Anévrisme diffus traumatique de la tibiale antérieure. — Meillère : Phosphore urinaire. — (N° 2, 12 janv.) Emile Weill : Des injections de sérums sanguins frais dans les états hémorragiques.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 10. — JEUDI 24 JANVIER 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 24 JANVIER 1907. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 21 janvier 1907 : MM. Brisset, 12; Gallais, 11; Chibret et Cotoni, 10; Brémond et Cheurlot, 9; Toussaint, 8.

Pathologie. — Séance du 21 janvier 1907 : MM. Levêque et Woimant, 12; Périneau et Séjournet, 11; Barré, Boulay et Marie, 10; Gauthier (Emile) et Lasnier, 9; Pellot, 8.

CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. — MÉDECINE. — Le jury est définitivement composé de MM. Roubinovitch, Sicard, Thiroloix, Caussade et Delbet.

— CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS. — Le jury est définitivement composé de MM. Michon, Chaput, Robineau, Launois et Lucas-Championnière.

GUERRE. — TROUPES COLONIALES. — M. le médecin principal de deuxième classe des troupes coloniales Simond, professeur de bactériologie à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales, a été nommé sous-directeur de l'école.

M. le docteur Heckel, professeur à la Faculté des sciences et à l'école de médecine, directeur de l'institut et du jardin colonial; M. le docteur Treille, médecin-inspecteur général du corps de santé des colonies en retraite, professeur de clinique exotique à l'école de médecine de Marseille; M. le docteur Raynaud, médecin en chef des colonies en retraite, chargé de cours à l'école de médecine de Marseille; M. le docteur Torel, médecin principal de la marine, hors cadres, directeur de la santé à Marseille; M. le docteur Bettramé, docteur en médecine, docteur en chirurgie dentaire de la faculté de Philadelphie, diplômé de l'école dentaire supérieure, ont été agréés en qualité de conférenciers près de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS-INSPECTEURS DES ÉCOLES DE LA VILLE DE PARIS ET DE LA SEINE. — Le bureau pour 1907 est ainsi constitué :

Président : M. le docteur Doury; vice-présidents : MM. les docteurs de Pradel, Cayla et H. Gourichon; secrétaire général : M. le docteur Lucien Butte; trésorier : M. le docteur Georges Lévy; secrétaires : MM. les docteurs Biard, Meyer et Gagnière.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — ANNÉE 1907. — *Prix Belhomme* : 1000 francs. — Question : « De la démence épileptique chez les enfants et les adolescents. » — *Prix Esquirol* : Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale. — *Prix Moreau* (de Tours) : 200 francs. Ce prix sera décerné au meilleur manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1905 et en 1906, dans les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse. — *Prix Semelaigne* : 500 francs. — Question : « Des sorties à titre d'essai au point de vue clinique, administratif et législatif. »

ANNÉE 1908. — *Prix Esquirol* : Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale. — *Prix Aubanel* : 1200 francs. — Question : « Des amnésies dans les lésions organiques et traumatiques du cerveau. »

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés le 31 décembre 1907 pour les prix à décerner en 1908, chez M. Ant. Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le professeur Budin, décédé à Marseille à la

suite d'une courte maladie. Budin, né le 9 novembre 1846, avait été nommé agrégé en 1880 et accoucheur des hôpitaux le 5 juillet 1882. En 1898 il avait succédé à Tarnier comme professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris; — de MM. les docteurs Depeton (de Saint-Martin de Hinx); — Hyacinthe Joire (de la Membrolle).

COURS ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE. — Cinq internes des hôpitaux commenceront le 4 février 1907 les cours suivants :

Médecine pratique : M. Bory à Lariboisière. — Chirurgie pratique : M. Siegel à Cochin. — Maladies des enfants : M. Jules Lemaire aux Enfants-Malades. — Gynécologie élémentaire : M. Pottet à Broca. — Maladies de la peau et syphilis : M. Bord à Broca.

Le nombre des places est limité. Chaque cours comprendra 10 leçons, 3 par semaine, strictement élémentaires et pratiques. Droit d'inscription : 20 francs par cours. Pour inscription, écrire à M. Bord, interne à l'hôpital Broca.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX (Directeur : M. Pierre Sébileau, agrégé de la Faculté, chirurgien de Lariboisière). — *Semestre d'été 1907. Cours et exercices de médecine opératoire générale et spéciale.* — MÉDECINE OPÉRATOIRE GÉNÉRALE : MM. Pierre Sébileau, directeur, Chifoliau et Chevrier, prosecteurs : 1re série, du 9 au 22 avril, tous les jours, à une heure et demie; 2e série, du 14 au 27 mai, tous les jours, à une heure et demie; 3e série, du 10 au 22 juin, tous les jours, à une heure et demie. Droit d'inscription : 50 francs. Le cours est gratuit pour les internes et les externes des hôpitaux. Le nombre des élèves est limité par les ressources du laboratoire. Chaque série comprend douze leçons.

CHIRURGIE D'URGENCE ET DE PRATIQUE COURANTE : M. Ch. Walther, agrégé, chirurgien de la Pitié; M. Arrou, chirurchien des hôpitaux, du 27 février au 27 mars, le lundi, le mercredi et le vendredi, à trois heures.

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE : M. Ricard, agrégé, chirurgien de Saint-Antoine; M. Gosset, agrégé, chirurgien des hôpitaux, du 26 février au 26 mars, le mardi, le jeudi et le samedi, à trois heures.

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE : M. Albarran, professeur, chirurgien de Necker; M. Proust, agrégé, chirurgien des hôpitaux, du 9 avril au 6 mai, le lundi, le mercredi, le vendredi, à trois heures.

CHIRURGIE DE L'ESTOMAC, DE L'INTESTIN, DU FOIE : M. Félix Lejars, agrégé, chirurgien de Beaujon; M. Pierre Duval, agrégé, chirurgien des hôpitaux, du 29 avril au 31 mai, le lundi, le mercredi, le vendredi, à trois heures et demie.

CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE : M. Pierre Delbet, agrégé, chirurgie de Laënnec, du 8 au 31 mai, le lundi, le mercredi, le vendredi, à deux heures.

CHIRURGIE DE LA TÊTE ET DU COU : M. Pierre Sébileau, agrégé, chirurgien de Lariboisière; M. Etienne Lombard, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, du 31 mai au 28 juin, le lundi, le mercredi, le vendredi, à trois heures et demie.

CHIRURGIE DE L'ŒIL ET DE L'ORBITE : M. Morax, ophtalmologiste de Lariboisière, du 31 mai au 28 juin, le lundi, le mercredi, le vendredi, à deux heures.

TECHNIQUE DE LA MASSOTHÉRAPIE : M. Dagron, ancien interne des hôpitaux, du 9 au 30 avril, le mardi, le jeudi, le samedi, à trois heures.

Chacun de ces cours comprendra dix leçons de technique chirurgicale et sera précédé de trois leçons d'anatomie pratique (total treize leçons).

Les cours de chirurgie expérimentale et de massothérapie comprendra seulement dix leçons. Le droit d'inscription est de 100 francs par cours. Les cours sont gratuits pour les internes des hôpitaux de Paris. Le nombre des élèves est limité. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Carnaval de Nice.* — Train spécial à prix réduits, 2e et 3e classes, de Paris, de Dijon et de Lyon à Nice. 7 à 15 jours à Nice.

Départ : de Paris, le 6 février à 11 h. 55 du matin ; — de Dijon, à 6 h. 20 du soir ; — de Lyon, à 11 h. 26 du soir.

Prix du voyage, aller et retour, de Paris à Nice : 2e classe, 90 francs ; 3e classe, 60 francs ; — de Dijon à Nice : 2e classe, 64 francs ; 3e classe, 42 francs ; — de Lyon à Nice : 2e classe, 50 francs ; 3e classe, 30 francs.

Retour : au gré des voyageurs, par tous les trains ordinaires comportant des voitures de la classe du billet, à partir du 14 février, jusqu'au dernier train de la journée du 22 février.

Pour plus amples renseignements, voir les affiches.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie du foie et des voies biliaires, par MM. TERRIER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et M. AUVRAY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgiens des hôpitaux. T. II, gr. in-8° avec 47 fig. dans le texte. — Prix : 12 francs (vient de paraître). Précédemment paru : T. I, gr. in-8° avec 50 fig. dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, F. Alcan.

L'arthritisme par suralimentation, par le docteur L. PASCAULT. In-18 (bibliothèque de la nutrition). — Prix : 4 fr. — Paris, A. Maloine.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal des praticiens. — (N° 1, 5 janv. 1907.) RECLUS : Des rétrécissements congénitaux du rectum. — GUISEZ : Adénoïdite hypertrophique et entérite muco-membraneuse. — (N° 2, 12 janv.) BARIÉ : L'état et le volume du cœur dans la tuberculose pulmonaire chronique. — BERGER : Les contre-indications opératoires dans les tumeurs malignes du sein. — HUCHARD : Asthme ou artério-sclérose chez le vieillard. — FOUCHON-LAPEYRADE et Carle RŒDERER : La radiographie à la période d'état de la coxalgie. — BOUSQUET : Médication mercurielle et perméabilité rénale.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 1, 5 janv. 1907.) MONTEUUIS : L'alimentation minérale et l'alimentation rationnelle. — (N° 2, 12 janv.) DURET : Pseudarthrose flottante de la jambe, sutures perpendiculaires. Guérison.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 1, 3 janv. 1907.) Numéro spécialement consacré à la dermatologie et à la syphiligraphie : BAYET : Observations sur 2250 cas de syphilis observés à Bruxelles. — A. MINNE : Contribution à la physiologie du réseau de Malpighi. — LEFÈVRE : Note sur le traitement radiothérapique des teignes. — (N° 2, 10 janv.) Marcel HEGER : Note sur une petite épidémie récente de scarlatine.

Lyon médical. — (N° 1, 6 janv. 1907.) A. PONCET et LERICHE : Tuberculose inflammatoire et arthritisme.

OPSONINES ET INDEX OPSONIQUE

COMME MOYEN DE CONTROLE DE L'EFFET PRODUIT PAR CERTAINES MÉDICATIONS

Par le docteur E. BOSSAN,

Médecin en chef de l'hôpital des Dames françaises de Nice.

C'est vers la connaissance des causes de la maladie que s'est tournée dans ces trente dernières années la plus grande partie de l'activité intellectuelle des pathologistes.

Nous avons passé des anciens concepts symptomatique et anatomique au concept étiologique.

Le progrès le plus remarquable a été la démonstration qu'un grand nombre de maladies doivent leur origine à l'invasion de l'organisme par des microbes parasites. La doctrine que ces microbes sont spécifiques a triomphé; et le but de ces études difficiles et complexes a été d'édifier une théorie pathogénique scientifique, et par là d'arriver à une thérapeutique rationnelle.

Mais de plus en plus, cette thérapeutique rationnelle tend à devenir une thérapeutique *spécifique*. On cherche des remèdes qui puissent conduire à la destruction exclusive du microbe spécifique qui a été reconnu être la cause de la maladie en question.

Tout récemment en Angleterre, A. E. Wright, pathologiste au Saint-Mary's hospital of London, démontrait qu'il existe dans le sérum normal des substances défensives qu'il appela des *opsonines* (1), et que ces opsonines peuvent être augmentées par certains traitements. Il est manifeste d'après lui, qu'une des principales défenses de l'organisme contre l'envahissement microbien, existe dans le sérum et non dans les cellules, ainsi qu'on le croyait avant lui, et que la destruction des microbes par les phagocytes est précédée par l'action du sérum.

Il a aussi créé une méthode pour déterminer le pouvoir opsonique du sérum, et grâce à cette détermination, il est possible de voir l'effet produit par une médication quelconque sur une infection donnée; nous avons ainsi un moyen de contrôle parfait, puisque nous *voyons* la réaction défensive de l'organisme et que nous pouvons en apprécier rigoureusement les fluctuations.

Nous pouvons donc nous rendre compte *objectivement*, si dans les cas observés nous nous rapprochons du but, c'est-à-dire si notre thérapeutique est spécifique.

La phagocytose, d'après Wright (loc. cit.), a lieu grâce à un élément susceptible de se combiner au microbe pathogène et de le préparer à la digestion intra-cellulaire. Cette substance appelée *opsonine* (d'ὀψονῶ, je prépare) est décelable et dosable dans le sang en suivant la technique de Leishmann (*Brit. med. Journ.*, 11 janv. 1902), et modifiée par Wright et Douglas (loc. cit.).

Ce dosage des opsonines se fait de la manière suivante : Nous étant pourvu d'une simple pipette capillaire munie d'une tétine en caoutchouc et d'une marque au crayon sur la tige, nous aspirons (en divisant par des bulles d'air, suivant le procédé de Wright) un volume de sang tiré du doigt, un volume de solution de citrate de soude à 1 p. 100 dans une solution physiologique de sel, et un volume de suspension bactérienne obtenue en agitant une culture sur agar de vingt-quatre heures, dans une solution physiologique de sel et en centrifugeant de manière à écarter tout grumeau de bactérie. (Cette suspension peut contenir, conventionnellement, à peu près 10000000000 de bactéries par centimètre cube. Ce nombre peut être calculé aisément à l'aide du système de numération microscopique décrit in *Lancet*, 5 juillet 1902.)

Nous mêlons ensemble les trois volumes égaux de sang, de suspension bactérienne et de citrate de soude, en les soufflant sur une lamelle propre et en les réaspirant à plusieurs reprises. Le mélange terminé, une portion suffisante à notre étude est aspirée dans le tube capillaire et l'orifice du tube est scellé à la lampe. Cela fait, la pipette est placée pendant quinze minutes dans l'étuve à 37 degrés.

Après ce laps de temps de quinze minutes, nous brisons l'extrémité de la pipette, nous en mêlons soigneusement le contenu de façon à avoir un échantillon moyen et nous faisons une préparation que nous colorons par le liquide de Romanowski, modifié par Leishmann (*Brit. med. Journ.*, 1901).

La préparation ainsi obtenue est examinée avec l'objectif à immersion.

On compte le nombre des bactéries phagocytées par les vingt ou trente premiers leucocytes qui se présentent au microscope.

En divisant le total des microbes phagocytés par le nombre de leucocytes examinés, on obtient le coefficient phagocytaire, que l'on compare avec le pouvoir phagocytaire du sang normal lorsqu'on veut faire des expériences de comparaison.

Dans un nouveau travail (1), les deux auteurs rapprochant leurs expériences d'autres faits élucidés par Wright et le captain F. Windsor I. M. S. (*Journ. of Hygiene*, vol. I), et se rapportant à l'action bactéricide exercée par le sang humain sur les diverses espèces de micro-organismes pathogènes, ont pu classer ces bactéries dans les catégories suivantes :

1° Bactéries qui sont extrêmement sensibles aux actions bactéricide, bactériolytique et opsonique du sérum humain normal : le bacille typhique, vibrion du choléra asiatique;

2° Bactéries qui sont à un certain degré sensibles à l'action bactéricide du sérum humain normal et qui le sont éminemment à son action opsonique : bacillus coli, bacillus dysenteriæ;

3° Bactéries qui sont absolument insensibles à l'action bactéricide du sérum humain normal, mais sont éminemment sensibles à l'action opsonique : staphylococcus pyogenes, bacillus pestis, micrococ-

(1) *An experimental investigation of the* rôle, *of the blood fluids in connection with phagocytosis*, by A. E. Wright M. D. FRS and Stewart R. Douglas MRCS.

(1) Wright and Douglas. Further Observations on the role of the Blood Fluids in connexion with Phagocytosis, *Proceedings of the royal Society*, vol. LXXIII, p. 129 et suiv., 1904.

cus melitensis, diplococcus pneumoniæ de Frænkel

4° Bacilles qui sont insensibles et à l'action bactéricide et à l'action opsonique du sérum normal: bacille de la diphtérie, bacillus xerosis.

Wright et ses élèves portent alors leur attention sur les changements produits dans le pouvoir phagocytique du sang humain par l'inoculation de vaccine bactérienne (1). Ils étudièrent d'abord la vaccination antityphoïde, puis la vaccination de la fièvre de Malte, de la tuberculose, de la peste, du pneumocoque, du staphylocoque, etc.

Après l'inoculation de chacun de ces vaccins microbiens (2), les faits suivants se sont toujours produits : Il survient tout d'abord une période d'intoxication caractérisée par la chute des pouvoirs anti bactériens du sang. Cette *phase négative* est plus ou moins accentuée et prolongée, suivant la dose plus ou moins forte de vaccin injectée.

Dans le premier cas, la « phase négative » peut se révéler elle-même par une ascension thermométrique et une réaction de l'organisme. Dans le deuxième cas, la phase négative peut n'être accompagnée d'aucun signe cliniquement appréciable.

A cette « phase négative », succède une *phase positive*. Cette phase, caractérisée par un accroissement des pouvoirs antibactériens (3) du sang, correspond à une période d'accroissement de résistance.

La courbe représentant les variations du pouvoir opsonic du sang, monte en beaucoup de cas, brusquement pour redescendre, d'abord assez rapidement, puis plus lentement.

Le plus ordinairement, au moment où la « phase positive » atteint son apogée, le malade éprouve un sentiment de bien-être et de vigueur physique.

Après cette « négative » et « positive phase » que Wright compare au flux et au reflux de la marée de l'immunité, le pouvoir opsonic peut rester au-dessous de ce qu'il était auparavant pour une période variable. (Quelquefois après une inoculation de tuberculine pendant au moins un mois.)

D'autres fois, et cela arrive le plus souvent dans le cas de vaccination tuberculeuse, le pouvoir antibactérien du sang peut tomber progressivement au bout de dix à quinze jours, au niveau où il était avant.

Peut-on obtenir des effets d'accumulation de la phase négative ou de la phase positive en pratiquant les réinoculations dans les phases correspondantes? Peut-être oui, pour la phase négative cette accumulation d'effet se présente-t-elle. Mais tout au moins, dans les cas de vaccination antituberculeuse, il est impossible d'augmenter par ce moyen la phase positive.

Wright conseille donc de considérer chaque inoculation comme un traitement séparé.

Dans un remarquable travail (1), ce même auteur et ses disciples, s'occupant du traitement par la tuberculine T R de Koch de l'infection tuberculeuse, nous montrent que l'on doit tenir compte des faits suivants :

1° Le pouvoir opsonique spécifique pour le bacille tuberculeux est toujours plus bas chez les malades tuberculeux que chez les individus sains (d'où possibilité de diagnostic précoce);

2° Chez eux, le stimulus nécessaire à élever le pouvoir opsonique et à le maintenir, fait défaut;

3° Les bacilles tuberculeux se cultivent dans les foyers infectés dans des conditions bien plus favorables à leur multiplication que celles qu'ils rencontrent dans la circulation;

4° Un accroissement du pouvoir opsonique du sang peut être obtenu et maintenu par l'inoculation de doses de tuberculine espacées et dosées de manière appropriée;

5° Nous avons à notre disposition des méthodes qui nous permettent d'augmenter l'arrivée de la lymphe dans le ou les foyers infectés de façon à y amener les éléments antibactériens du sang au contact des bactéries envahissantes.

Parmi ces méthodes, Wright cite celle de Bier, l'application des rayons X et la méthode de Finsen.

Grâce à cette méthode de mesure du pouvoir opsonique, ces auteurs sont donc arrivés à déterminer le mode d'action des vaccins et à préciser très exactement les doses à employer, et le moment le plus favorable à leur inoculation (op. cit.).

On voit donc l'énorme intérêt pratique de cette

(1) WRIGHT. Notes on the treatment of furonculosis, sycosis and acne by the inoculation of a staphylococcus vaccine, and generally on the treatment of localised bacterial invasions by therapeutic inoculations of the corresponding bacterial vaccines, *Lancet*, 29 mars 1902, p. 874; — A lecture on therapeutic inoculations of bacterial vaccines and their practical exploitation in treatment of disease, *Brit. med. Journ.*, 9 mai 1903; — On the treatment of acne, furonculosis and sycosis by therapeutic inoculations of staphylococcus vaccine, *Brit. med. Journ.*, 7 mai 1904. — WRIGHT and DOUGLAS. On the action exerted upon the staphylococcus pyogenes by human blood and on the elaboration of protective elements in the human organism in response to inoculations of a staphylococcus vaccine, *Proceedings of the royal Society*, vol. LXXIV, p. 147, 1904. — BULLOCH. On the principles underlying the treatment of bacterial disease by the inoculation of corresponding vaccines, *Practitioner*, nov. 1905.

(2) Le terme « vaccin microbien » est employé par Wright pour exprimer uue suspension stérilisée et mesurée de micro-organismes.

(3) L'élément antibactérien mesuré était presque toujours l'opsonine.

(1) WRIGHT. On the general principles of the therapeutic inoculation of bacterial vaccines as applied to the treatment of tuberculosis infection, *Transactions of the R. M. C. Society*, vol. LXXXIX, 1906. — WRIGHT and DOUGLAS. On the Action exerted upon the tubercle bacillus by human blood fluids and on the elaboration of protective elements in the human organism in response to inoculations of tubercle vaccine, *Proc. royal Soc.*, vol. LXXIV, p. 159-180, and *Lancet*, 22 oct. 1904. — WRIGHT and REID. On the determination of the presence or absence of tubercular infection by the examination of the patient's blood and tissue fluids, *Proc. royal Society*, 1906. — BULLOCH. The treatment of tuberculosis by tuberculin, *Transactions of the royal med. chir. Soc.*, vol. LXXXIX, 1906, p. 69-84. — David LAWSON and Ian Struthers STEWART. A study of some points in relation to the administration of tuberculine TR, controlled by observation of the opsonic index in pulmonary tuberculosis, *Transactions of the royal med. chir. Soc.*, 1906, vol. LXXXIX, p. 45-68.

nouvelle méthode, dont l'utilité se manifeste dans toute l'étendue du domaine thérapeutique.

C'est ainsi que nous avons élucidé l'action de la levure de bière dans les infections à staphylocoques.

En déterminant le pouvoir opsonique des trè nombreux malades atteints d'infections staphylococciques que nous voyons à l'hôpital des Dames françaises de Nice, nous avons pu montrer que ce pouvoir était très diminué.

Sous l'influence de l'ingestion de levure de bière fraîche, ce pouvoir s'est toujours, au bout de quelques jours de traitement, considérablement accru, et cet accroissement se manifestait parallèlement par l'amélioration des lésions constatées.

La levure de bière agit donc d'une manière spécifique contre le staphylocoque, en relevant le pouvoir opsonic du sang.

Il est encore une question fort controversée : l'action de l'essence de térébenthine dans l'infection puerpérale.

Fauchier, par ses abcès de fixation, pensait produire à leur niveau un appel, non pas des agents microbiens, mais de leurs toxines qui se neutralisent par les produits sécrétés sous l'influence de l'irritation du tissu [cellulaire.

Avant lui, Brenan (cas de fièvre puerpérale et leur traitement par l'essence de térébenthine, Londres 1814) faisait ingérer le médicament par la bouche.

Fernandès, dans sa thèse intitulée : *De la péritonite puerpérale et de son traitement, en particulier par l'essence de térébenthine* (Paris 1830), discute ces observations de Brenan.

Enfin, le professeur Fabre [de Lyon (1)] pense que l'essence de térébenthine introduite dans l'organisme est un antiseptique interne; qu'elle agit sur le streptocoque qui est très sensible à son influence. C'est pour lui l'antiseptique spécifique du streptocoque puerpéral.

Il l'emploie en injections intra-utérines, en injections sous-cutanées, émulsionnées dans du sérum artificiel.

On comprend l'intérêt de savoir si ce médicament agit et quelle est son action, dans les cas d'infection streptococcique.

En étudiant le pouvoir opsonique de nombreux cobayes contre le streptocoque avant et après une série d'injections sous-cutanées de sérum térébenthiné selon la formule du professeur Fabre (loc. cit.), on s'assure en effet que ce pouvoir augmente considérablement sous l'influence de ce traitement.

Dans deux cas de fièvre puerpérale grave, nous avons pu voir se réaliser l'espoir de l'éminent professeur.

L'indice opsonique spécifique pour le streptocoque s'élevait, sans cependant subir un accroissement parallèle contre d'autres micro-organismes, le staphylocoque dans ce cas particulier.

Telles sont, brièvement résumées, les indications précieuses que peut donner, dans l'étude de nos moyens thérapeutiques, cette méthode simple de l'évaluation et de la mesure du pouvoir opsonique du sang.

(1) Du traitement des infections puerpérales à streptocoques par les injections intra-utérines d'essence de térébenthine et les injections sous-cutanées de sérum térébenthiné, *Lyon méd.*, 6 août 1905.

SUR UNE VARIÉTÉ

D'ADÉNITE INGUINALE SUBAIGUE

PARAISSANT SPÉCIALE AUX MARINS VENANT DES INDES NÉERLANDAISES, LEUR TRAITEMENT

Par le docteur LOP,

Chargé du cours complémentaire d'accouchement et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Marseille.

Pendant ces trois dernières années, j'ai été frappé de la fréquence de ces adénites chez des marins allemands ou anglais arrivant à Marseille sur des vapeurs chargés de coprah (coco desséché) provenant des Indes néerlandaises.

S'agit-il d'une affection spéciale à ces régions? Je serais assez porté à le croire. Sur presque un millier d'hommes examinés, provenant des différents points du monde, je n'ai rencontré cette variété d'adénite que chez ceux provenant de Java et surtout de la côte orientale de cette île; point très insalubre où se récoltent en abondance les noix de coco.

Il va sans dire que chaque fois (16) que j'ai été appelé auprès de ces malades, je me suis non seulement informé de leurs antécédents génitaux, mais encore j'ai soignensement examiné les organes génitaux, l'anus et les membres inférieurs.

L'aspect particulier de ces adénites a mis souvent en éveil les médecins sanitaires des ports; certains de ces malades même ont été regardés comme suspects de peste; à Marseille, l'un d'eux est resté en observation vingt-quatre heures; un examen un peu attentif eût empêché cette quarantaine injuste.

Evolution clinique. — Le début de ces adénites est généralement peu douloureux. Ce n'est qu'après trois ou quatre semaines de douleurs vagues dans le pli de l'aine qu'apparaît une tumeur de la grosseur d'une noix; à ce stade la tumeur semble cesser d'évoluer; elle reste stationnaire quinze jours, trois semaines, puis repart de plus belle et ne tarde pas à prendre l'allure d'un abcès chaud de la grosseur d'une pomme; la peau devient alors squireuse, rouge violacé, dure, reposant sur un empâtement ligneux; il existe des douleurs continues avec exacerbation nocturne et irradiation dans la cuisse et la fesse.

Il n'y a jamais de fluctuation; livrées à elles-mêmes, ces adénites (j'en ai observé 7 cas non opérés) acquièrent un volume assez considérable, suppurent par mortification avec élimination de gros bourbillons, mettent huit ou dix mois pour cicatriser et rendent toute occupation active à peu près impossible.

Le retentissement sur l'état général est très variable, tantôt presque nul, tantôt assez marqué pour

altérer la santé et obliger le malade à abandonner ses occupations.

L'altération de l'état général est parfois assez précoce et, dès le début, il y a quelquefois de la fièvre avec perte de forces et amaigrissement.

Voici deux exemples typiques :

Marin, vingt-neuf ans, taille 1m83, pesant 104 kilogs; début de l'adénite à Colombo; à l'arrivée à Port-Saïd, vingt et un jours après, amaigrissement de 8 kilogs. Le malade est sans forces, sans énergie et c'est à peine si la tumeur a la grosseur d'une mandarine. A l'arrivée à Marseille, la tumeur est extirpée ; elle ne contenait pas de pus collecté.

Un capitaine, homme de trente-sept ans, vigoureux, haut de 1m87, avait diminué de près de 9 kilogs en un mois. Il avait de la fièvre chaque soir, son teint, habituellement (je le connaissais depuis plusieurs années) frais et rose, était terreux. A la coupe, la tumeur, très volumineuse, était farcie d'abcès miliaires.

J'ai examiné 16 malades dont 7 ont refusé toute intervention, ne voulant pas rester à Marseille, mais qui ont été opérés soit à Hambourg, soit à Liverpool.

Le traitement a toujours été le même : extirpation très large; la brèche ainsi faite est assez longue à réparer. Elle demande deux longs mois pour se combler; la réunion par première intention peut toujours être tentée, mais elle échoue le plus souvent.

En résumé, je suis intervenu dans 9 cas suivis de guérison, 6 cas à droite, 3 à gauche.

L'examen histo-pathologique a montré chaque fois du tissu glandulaire infiltré avec abcès miliaires multiples.

Dans aucun cas, il n'y avait de pus collecté.

Bactériologiquement, l'infiltrat purulent a toujours révélé la présence du streptocoque. Pas un seul des cas opérés et examinés n'a fait constater la présence du bacille de Koch, dont l'état général pouvait faire craindre la présence.

En résumé, il s'agit là d'une variété d'adénopathie suppurée paraissant spéciale à la pathologie exotique des Indes néerlandaises. Jusqu'à ce jour, je n'ai pas observé un seul cas sur un très grand nombre de marins venant d'autres points du globe, que j'examine depuis onze ans.

Quelle en est la cause? Quelle est la raison de son unilatéralité? Je l'ignore! Ce qu'il y a de certain, c'est que cette variété d'adénite gagnerait à être connue des médecins des offices sanitaires, afin d'éviter l'erreur avec la peste bubonique qu'un examen attentif permettra toujours d'écarter.

Chirurgicalement, ces tumeurs sont aussi intéressantes à connaître. Elles peuvent être confondues avec la tuberculose ganglionnaire du pli de l'aine dont le pronostic est infiniment plus sérieux que les suppurations dont je m'occupe ici, puisque la guérison locale est la règle avec retour à la santé immédiat.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1907)

Tuberculose. — Au nom de la commission de la tuberculose, M. HÉRARD fait un rapport sur deux travaux renvoyés à cette commission. Le premier est dû à M. Viguier de Maillane qui préconise un sérum antituberculeux. Après de nombreuses expériences sur les poules, M. Viguier de Maillane a constitué un sérum formé d'un sérum du sang de poule avec une culture de bacille de Koch. Après avoir fait des injections sur lui-même et sur plusieurs membres de sa famille, et reconnu ainsi sa parfaite innocuité, M. Viguier de Maillane l'a appliqué sur une soixantaine de tuberculeux chez lesquels il aurait donné des résultats fort appréciables. Il n'y a jamais eu de réaction locale inflammatoire; chez quelques malades seulement, il y a eu une légère réaction fébrile. Les résultats obtenus semblent d'autant plus satisfaisants que ce sérum est appliqué à une période moins avancée de la tuberculose.

M. Hérard estime qu'il y a lieu de tenir compte des résultats de M. Viguier de Maillane et d'encourager ses recherches.

L'autre travail analysé par M. Hérard est une relation, par M. Triboulet, d'une mission dont il a été chargé au Canada pour l'étude de la tuberculose dans ce pays.

Classification des maladies. — Sous ce titre, M. LANCEREAUX fait une communication dont les conclusions sont qu'il y aurait lieu de reviser la nomenclature médicale.

En effet la terminologie actuelle semble défectueuse et peut prêter à des confusions. M. Lancereaux propose qu'une même désinence soit affectée à un groupe de maladies, une autre pour les intoxications. On emploierait, par exemple, les désignations de tuberculose, dermatose, syphilose, celles d'iodisme, bromisme, saturnisme pour les intoxications.

M. FERNET partage entièrement cette opinion et propose qu'il soit nommé une commission chargée de ce soin.

La proposition de M. Fernet est mise aux voix et adoptée.

Une commission est nommée et qui est ainsi composée : MM. Lancereaux, Fernet, Landouzy, Blanchard et Reclus.

— Au début de la séance, M. le président a annoncé la mort de M. Javal. Il rappelle ses nombreux travaux d'ophtalmologie, en particulier ses études sur le strabisme. M. Javal s'est toujours beaucoup occupé des aveugles. Devenu lui-même aveugle, il n'en a pas moins continué à suivre les travaux de l'Académie, à s'occuper toujours à des recherches propres à améliorer, dans la mesure du possible, le sort des malheureux aveugles. C'était avec un rare courage que M. Javal supportait son infirmité à laquelle, d'ailleurs, il s'était préparé depuis longtemps, l'ayant depuis longtemps prévue.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 17 JANVIER 1907)

Laryngectomie en deux temps. — M. TOUSSAINT rappelle, à propos de l'observation de M. Pouillaude présentée à la dernière séance, que la pneumonie septique est le danger le plus grave des laryngectomies, puisqu'elle tue la moitié des opérés. Il montre que la méthode de M. Le Bec (*Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, 1905) s'oppose à cette

pneumonie septique par déglutition, Schluckpneumonie des Allemands. M. Le Bec pratique la laryngectomie en deux temps : dans un premier temps, il sectionne la trachée au-dessous du larynx, la renverse en avant et la suture à la peau ; puis vingt jours après dans un deuxième temps, il fait en toute sécurité l'ablation du larynx ; trois malades qu'il a ainsi opérés n'ont pas présenté de complications pulmonaires.

La dysenterie. — La discussion continue. Pour M. Antony (de Châlons), l'infection du sol joue un rôle primordial dans la propagation de la dysenterie. Il serait à désirer que les travaux de désinfection du sol fussent effectués par un corps spécial de *soldats sanitaires*, dirigés par le service de santé de l'armée.

Pour MM. Bergounioux (de Poitiers) et Renard (de Besançon), la souillure de l'eau paraît la cause principale de certaines épidémies de dysenterie.

M. Lair (de Grenoble) montre que la dysenterie est endémique à Grenoble, particulièrement dans le quartier Bayard, situé cependant en dehors de la ville, au milieu des champs de culture maraîchère ; c'est que l'épandage se pratique là sur une vaste échelle, jusqu'aux murs mêmes de la caserne ; le sol est infecté, et par les temps de sécheresse et de vents violents si fréquents à Grenoble, les poussières vont porter à distance le germe de la dysenterie. Par contre l'eau de boisson est excellente. Dans les Alpes briançonnaises, c'est encore l'infection par la matière fécale qui entre en ligne de compte.

M. Carlier (de Grenoble) a assisté à Grenoble, en 1906, à une épidémie de garnison, due à la contagion par un soldat dysentérique qui rentrait d'un détachement des environs.

M. Oberlé (de Tlemcen) fait remarquer que dans une épidémie qui a frappé l'école et le village de Saint-Cyr, l'eau était de mauvaise qualité ; les puits dans de certaines maisons étaient à proximité des fosses d'aisance.

M. Toussaint a vu nettement à l'Ecole de Saint-Cyr en 1893, qu'une épidémie de dysenterie n'avait atteint que les cavaliers de remonte, clientèle assidue des auberges et cafés entourant l'Ecole et où s'étaient déclarés auparavant quelques cas de dysenterie.

MM. Martin et Braün (de Lyon) ont pu constater nettement que la dysenterie à bacille de Shiga sévit dans le milieu militaire aussi bien en hiver qu'en été. Le germe dysentérique persiste en effet très longtemps dans l'intestin de l'homme convalescent de dysenterie. Pourquoi ne pas imiter Shiga qui a fait au Japon, en 1898, 10000 vaccinations antidysentériques ? N'avons-nous pas aujourd'hui le sérum de MM. Vaillard et Dopter dont la haute valeur thérapeutique et curative n'est plus à démontrer, et qui peut nous donner aussi une immunisation certaine ?

S'il ne faut admettre avec M. Calmette (de Rouen) comme vrais dysentériques que ceux dont le sérum agglutine le bacille de Shiga, il ne faut pas oublier que M. Dopter a isolé ce bacille dans les selles de sujets atteints de diarrhée simple : ce sont ces cas ambulatoires qui sont les plus dangereux, car ils sont méconnus.

Modifications à apporter à la forme des lunettes réglementaires. — M. Beigneux, ayant constaté que les pourcentages au tir à la cible étaient faibles dans la position du tireur couché pour les hommes porteurs de lunettes réglementaires, préconise des verres plus grands, à peu près circulaires, qui modifient avantageusement ces pourcentages.

Angine et appendicite. — M. Doche (de Bordeaux) ajoute aux cas de MM. Lejars, Simonin, Brionval, un nouvel exemple d'appendicite survenu peu après le début d'une amygdalite pultacée.

Nouveau procédé de réduction de luxation du coude. — M. Daussat. C'est une modification du procédé de Pengaud : le sujet est placé haut dans le décubitus ventral, le bras blessé pendant verticalement ; le chirurgien fait avec sa main droite de l'extension sur le poignet du blessé, pendant que son pouce gauche propulse l'olécrâne en avant, vers la poulie humérale.

Lipomatose généralisée. — M. Fontanel présente un malade atteint de cette affection et qui a en plus des troubles hystéro-traumatiques, postérieurs à la lipomatose.

Présentation d'un paquet de pansement (1). — M. Cavalier-Bénézet. La discussion se continuera au sujet des conditions que doit remplir le premier pansement sur le champ de bataille et dans les formations sanitaires de campagne.

ANALYSES

MEDECINE

Recherches bactériologiques à l'autopsie d'un porteur de bacilles typhiques. (Lévy et Kayser. *Münch. med. Wochens.*, 11 déc. 1906, n° 50, p. 2434.) — Une femme internée dans un asile d'aliénés fut atteinte, en 1903, de fièvre typhoïde dont elle guérit sans complications. Lévy et Kayser ayant fait, en octobre 1905, l'examen bactériologique des matières fécales de cette femme, y décelèrent du bacille d'Eberth ; l'examen répété depuis cette époque à dix reprises différentes donna chaque fois le même résultat. Cette femme était donc une « porteuse de bacilles typhiques ». En octobre 1906 cette femme fut prise de phénomènes fébriles avec asthénie cardiaque et pneumonie hypostatique, qui amenèrent la mort au bout de onze jours.

Lévy et Kayser purent pratiquer l'examen bactériologique du foie, de la vésicule biliaire et de la rate.

L'ensemencement du foie et de la rate donna du bacille d'Eberth en culture pure. La vésicule biliaire légèrement épaissie, contenait une bile d'aspect sale, présentant à l'examen microscopique de nombreux leucocytes, et un calcul deux fois gros comme un haricot. L'ensemencement de la bile et de la partie centrale du calcul préalablement immergé quelque temps dans l'eau bouillante donna d'innombrables colonies de bacille d'Eberth.

Ce fait est le premier qui démontre d'une façon manifeste que la vésicule biliaire est bien, chez les porteurs de bacilles typhiques, le lieu de végétation de ces bacilles qui sont ainsi continuellement déversés dans l'intestin avec la bile et se retrouvent dans les matières fécales : on sait que cette théorie est soutenue depuis quelque temps par Forster et Kayser, mais ces auteurs n'avaient pu la vérifier qu'expérimentalement.

On voit aussi que la vésicule biliaire chroniquement infectée peut devenir le point de départ d'une réinfection éberthienne, qui cette fois mérite le nom d'auto-infection.

A. Lemierre.

Les kystes hydatiques du cerveau chez l'enfant. (L. Babonneix. *Revue des mal. de l'enf.*, sept. 1906.) — Dans ce mémoire très complet, l'auteur, après avoir rappelé que les kystes hydatiques du cerveau ont été étudiés par de très

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 119, p. 1421.

nombreux auteurs (Clemenceau, Odile, Guérineau, de Léon, Rœder, Gerhardt, Cranwell et Vargas, Devé, Verco, Auvray), aborde leur *étiologie*, qui est celle des hystes hydatiques en général. Les kystes hydatiques du cerveau sont surtout fréquents chez l'enfant, sans que l'on puisse, de ce fait, donner une explication satisfaisante; on les observe presque exclusivement en certains pays (République argentine, Islande). Quant à leur cause déterminante, c'est l'infection échinococcique. Aussi coexistent-ils souvent avec d'autres productions de même nature localisées aux différents viscères, et l'on peut se demander si kystes cérébraux et kystes viscéraux relèvent d'une infection simultanée de l'organisme par plusieurs embryons hexacantes, ou si, au contraire, il n'y aurait pas lieu d'établir entre les uns et les autres une relation de cause à effet, ceux-ci étant primitifs et ceux-là secondaires.

Dans le chapitre suivant, consacré à l'*anatomie pathologique*, l'auteur étudie successivement le kyste, les lésions de voisinage, le mode de développement de la tumeur.

Le kyste présente la constitution habituelle aux kystes hydatiques. Le plus souvent, il est unique, et présente une forme arrondie et un volume considérable. Il peut occuper : 1° les os du crâne ; 2° les méninges ; 3° l'encéphale lui-même ; dans ce dernier cas, il peut être superficiel ou profond. Superficiel, il se localise aux lobes antérieurs ou aux circonvolutions rolandiques ; profond, il siège à l'intérieur du ventricule latéral (Davaine).

Les lésions de voisinage sont de divers ordres : atrophie, ramollissement de la substance cérébrale, hydrocéphalie, phénomènes de compression. Les lésions méningées ne s'observent que lorsque le kyste est superficiel ou lorsqu'il tend à s'ouvrir à l'extérieur; enfin, les lésions osseuses se localisent presque toujours à la voûte et consistent en une ostéite raréfiante aboutissant à la perforation.

En ce qui concerne le développement, M. Babonneix rappelle : 1° que certains kystes hydatiques reconnaissent une origine embolique ; 2° que certains kystes hydatiques du cerveau se développent autour d'un vaisseau artériel et conclut que, si l'on ne peut encore étendre à tous les kystes hydatiques du cerveau la théorie de l'échinococcose secondaire, il semble que l'on soit actuellement en droit de l'appliquer à certains d'entre eux et d'affirmer que, de toutes les hypothèses proposées, c'est celle qui explique le mieux la coexistence, si fréquemment notée, de kystes hydatiques du cerveau et du foie.

Une fois constitué, le kyste tend : 1° à s'accroître ; 2° à gagner l'extérieur. A un moment donné, il finit par perforer la boîte cranienne et faire saillie sous les téguments.

Cliniquement, les kystes hydatiques du cerveau, chez l'enfant comme chez l'adulte, manifestent leur existence par trois ordres de symptômes : les premiers sont communs à tous les néoplasmes cérébraux, ce sont des symptômes de compression générale ; les seconds sont en rapport avec le siège de la lésion, ce sont des symptômes de localisation ; les troisièmes, enfin, sont particuliers aux kystes hydatiques ; seule, leur constatation permet d'affirmer la nature parasitaire de la tumeur observée.

Parmi les symptômes de la première catégorie, il faut faire une place à part aux troubles intellectuels, très fréquents et souvent très accusés. Les autres symptômes : céphalée, vomissements, épilepsie généralisée, névrite optique, vertiges, troubles intellectuels, altérations du rythme respiratoire, modifications du pouls, ne présentent rien de spécial.

Les symptômes en rapport avec le siège du kyste n'offrent guère plus d'intérêt. Non qu'ils soient rares : ils s'observent, en effet, dans la majorité des cas, mais ils n'offrent aucune particularité propre aux kystes hydatiques. Il n'en va pas de même des symptômes de la dernière catégorie, que l'on peut diviser en deux groupes : symptômes fonctionnels, signes physiques.

Des symptômes fonctionnels, deux doivent être mis au premier plan : la chorée et les paralysies directes, déjà signalées par Davaine. A ces troubles, on peut ajouter les éruptions cutanées et l'éosinophilie. Quant aux signes physiques, ce sont les suivants : l'inspection révèle l'existence d'une tuméfaction cranienne, habituellement localisée à la région rolandique. Cette tumeur est fluctuante, parfois pulsatile, douloureuse à la pression ; à la percussion, elle rend un son clair, tympanique, tout à fait spécial.

L'échinococcose cérébrale passe par deux phases : une première, où la tumeur, restant enfermée dans l'intérieur du crâne, ne traduit son existence que par des phénomènes fonctionnels de compression, et une seconde où, tendant à gagner les téguments, elle devient extracranienne et donne lieu à des signes physiques plus ou moins nets. Dans l'immense majorité des cas, elle aboutit à la mort au bout d'un temps plus ou moins long. A côté de cette forme *néoplasique*, il faut réserver une place à la forme *méningitique*, dont il existe au moins quatre observations probantes (Faton, Guérineau, Laurand, Mauthner), et qui s'observe, soit d'emblée, soit à la phase terminale de la maladie.

Toujours difficile et souvent impossible, le *diagnostic* doit envisager successivement les trois questions suivantes : 1° Existe-t-il une tumeur cérébrale? 2° Cette tumeur est-elle de nature hydatique? 3. Quel est son siège? La première question est facile à résoudre ; quant à la seconde, on se rappellera qu'en faveur de l'échinococcose cérébrale, on peut invoquer trois ordres d'éléments. Les uns sont tirés de l'état local : seul leur ensemble est relativement caractéristique. En voici l'énumération :

a. Fréquence des troubles intellectuels, et, particulièrement, de l'aphasie ; *b*. intensité des troubles oculaires ; *c*. caractère diffus des symptômes de localisation ; *d*. existence de mouvements involontaires identiques à ceux de la chorée ; *e*. possibilité d'éruptions cutanées et *f*. de paralysies directes ; *g*. constatation d'une tumeur cranienne fluctuante, douloureuse à la palpation, et rendant, à la percussion, un son particulier.

Ces symptômes acquerront tout de suite une importance extrême si on les rapproche de certaines constatations telles qu'éosinophilie sanguine et coexistence d'autres signes hydatiques, et si l'on tient compte des anamnestiques. Ces divers éléments permettront de différencier les kystes hydatiques du cerveau de la tuberculose et de la syphilis cérébrale, et du cancer de l'encéphale. Enfin on pourra parfois déterminer le siège de la tumeur, et voir si elle provient des os du crâne : voûte ou base (Westphall), de la dure-mère, des méninges molles ou de l'encéphale.

Le *traitement* médical se réduit à peu près à rien ; quant au traitement chirurgical, ses résultats sont des plus médiocres, puisque les statistiques accusent de 74 à 78 p. 100 de mortalité. Toutefois, si l'on considère que la mortalité des kystes hydatiques du cerveau, abandonnés à eux-mêmes, n'est pas loin de 100 p. 100, on admettra, avec tous les auteurs récents, que la seule chance de salut pour les patients consiste dans une intervention précoce. Peut-être les perfectionnements de la technique parviendront-ils à atténuer la gravité d'une opé-

ration que rendent redoutable le jeune âge des malades, le siège de la lésion et, surtout, le voisinage des méninges.

L. GAYARD.

CHIRURGIE

Tuberculose de l'oreille moyenne et de la mastoïde. (E. A. CROCKETT. *Journ. Amer. med. assoc.*, vol. XLVII, nº 16, 20 oct. 1906, p. 1293-1295.) — La recherche systématique du bacille de Koch au moyen des cultures faites dans une longue série de cas, montrera certainement la nature tuberculeuse d'un grand nombre de suppurations de l'oreille moyenne qui n'offrent pas de caractères spéciaux. L'auteur pense que la tuberculose constitue la plupart des cas de mastoïdites graves des enfants du premier âge. La difficulté de déceler le bacille de Koch est la seule chose qui empêche ce fait d'être reconnu. Dans plusieurs cas, cependant, le diagnostic de tuberculose est facile d'après la simple clinique. D'abord apparaît une adénite au-devant du tragus, d'abord indépendante de la parotide, plus tard confondue avec cette glande et donnant lieu à la formation d'une induration sous-zygomatique, d'un abcès et enfin, dans les cas extrêmes, amenant à un envahissement des glandes du cou. En même temps ou plus tard, se montre une suppuration de l'oreille moyenne. Dans les cas graves, la paralysie faciale est précoce, et la formation et l'élimination de séquestres considérables. La maladie ne guérit qu'après la destruction complète du tympan et des osselets. Le pronostic sans intervention est décidément mauvais ; au contraire, ces cas guérissent très bien, si, en même temps que l'on donne un bon traitement général, on se sert du bistouri souvent et largement. Ce sont là les seuls cas où la gaze iodoformée soit manifestement supérieure à la gaze simple. F. GARDNER.

THERAPEUTIQUE

Sur la digitoxine soluble de Cloetta. — M. LAUMONNIER (Soc. de thér., déc. 1906) a expérimenté la digitoxine soluble de Cloetta ou digalène, sur dix malades atteints d'affections valvulaires avec troubles de la compensation, myocardites, néphrites, hypertrophie et dilatation du cœur. Les résultats ont été très favorables : la systole est renforcée, la pression artérielle monte, le pouls diminue de fréquence, la diurèse devient considérable, la dyspnée et les œdèmes disparaissent, mais l'amélioration ne paraît pas durer beaucoup plus longtemps que l'administration du médicament. Cette dernière circonstance, toutefois, ne doit pas être jugée défavorable. En effet, la digalène ne s'accumulant pas, on peut en reprendre l'usage autant de fois que cela est nécessaire.

L'absence d'effets cumulatifs paraît due à la rapidité d'élimination du produit, et aussi à sa diffusibilité plus grande, qui permettent une action beaucoup plus rapide qu'avec les autres préparations digitaliques.

Enfin, les résultats obtenus ont été si constants et réguliers, qu'il paraît difficile d'admettre que le produit puisse être impur ou de composition variable. Sur ce point, M. Laumonnier est d'accord avec les médecins étrangers — Naunyn, Bibergeil, Kottmann, Schwyzer, Eulenburg, etc. — qui ont déjà expérimenté la digalène.

La digalène est une solution de digitoxine soluble dans l'eau glycérinée, à la dose de 3 dixièmes de milligramme par centimètre cube.

M. Laumonnier l'a utilisée surtout en injections intra-musculaires qui sont presque complètement indolores, mais il l'a aussi administrée par la bouche. La digalène est parfaitement tolérée par l'estomac. L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Alimentation et digestion (1), par le professeur ROGER.

L'ouvrage que M. le professeur Roger vient de publier résume ses études à la fois critiques, expérimentales et cliniques sur l'alimentation et la digestion.

Il est divisé en deux parties :

La première, consacrée à l'étude des aliments, à leur constitution, leur pouvoir énergétique, aux qualités nutritives de certains produits tels que le sucre et l'alcool, sur la valeur desquels médecins et hygiénistes demandent tant à être fixés ;

La seconde partie consacrée à l'étude de la digestion.

On trouvera dans cet ouvrage un exposé clair et complet des travaux publiés sur la question, auxquels s'ajoutent les études personnelles de l'auteur : sur les ferments, sur les réflexes salivaires, sur les mouvements de l'intestin ; ses expériences sur les auto-intoxications d'origine digestive, sur l'occlusion intestinale et sur l'entérite muco-membraneuse.

L'œuvre n'est pas seulement d'un physiologiste expérimentateur, elle est encore celle d'un médecin ; aussi abonde-t-elle en aperçus nouveaux, en suggestions fécondes, en renseignements pouvant servir à éclairer la pathogénie, l'évolution, le diagnostic et la thérapeutique des affections digestives.

Les questions d'alimentation étant à l'ordre du jour, il est tout à fait juste de faire remarquer, ainsi que l'a fait M. le professeur Landouzy, en le présentant à l'Académie de médecine, que cet ouvrage est un maître livre qui vient bien à son heure. L. GAYARD.

Les gastro-entérites des nourrissons. Etude clinique (2), par le docteur LESAGE.

On peut distinguer aujourd'hui deux variétés d'affections digestives chez les nourrissons : celles qui ne relèvent pas d'une infection microbienne évidente, et celles dont la cause microbienne apparaît aujourd'hui évidente. Les premières que l'auteur désigne sous le nom d'*états digestifs* comprennent le déséquilibre hépatique, l'acholie pigmentaire, le spasme intestinal, la surcharge alimentaire, l'intolérance pour le lait ou pour les graisses, l'intoxication par des poisons chimiques ajoutés au lait. Dans les secondes, ou *maladies microbiennes*, rentrent la dysenterie, la maladie d'été, la dothiénentérie, le paratyphus, la gastro-entérite de Tissier. Divers accidents peuvent venir compliquer les gastro-entérites des nourrissons : accidents méningés, broncho-pneumonies dites « intestinales », altérations hépatiques, néphrites, etc.

L. BABONNEIX.

(1) In-8º de 524 p. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-8º. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

ABCÈS ET PHLEGMONS DE LA RÉGION ANALE

DIVISION. — Dans les suppurations du dernier segment de l'appareil digestif, deux cas peuvent se présenter : la suppuration siège dans l'espace pelvi-rectal supérieur, ou au niveau de la fosse ischio-rectale; cette dernière forme présente à son tour plusieurs variétés, en effet que les lésions portent sur l'appareil pilo-sébacé ou sudoripare, nous avons l'*abcès tubéreux*. Si, au contraire, la suppuration porte sur une hémorroïde, c'est l'*abcès phlébitique*.

Ces deux formes répondant aux abcès superficiels ne sont pas les plus fréquentes, ce sont les abcès sous-cutanéo-muqueux ou abcès de la marge de l'anus qui se rencontrent dans la majorité des cas.

Mentionnons encore comme suppuration de l'espace pelvi-rectal inférieur, l'abcès de la fosse ischio-rectale.

Enfin, le phlegmon diffus forme une variété bien isolée.

ÉTIOLOGIE. — Dans les lésions de l'espace pelvi-rectal inférieur, on a fait intervenir comme causes prédisposantes toutes les ulcérations dont la région ano-rectale peut être le siège, l'intertrigo, l'eczéma, la macération et les traumatismes (Malgaigne).

Puis ce sont les affections graves du rectum : rectites, néoplasme, tuberculose. Au point de vue bactériologique, on peut trouver le bacterium coli, le bacille de Kooh (7 fois sur 12) le streptocoque.

Les associations microbiennes ont été surtout notées dans les cas où la suppuration péri-anale coïncide avec une affection périnéale, urétrale, prostatique.

DESCRIPTION. — I. ABCÈS TUBÉREUX. — Dans des cas son apparition est marquée par de la douleur, une sensation de pesanteur, tout comme le furoncle du cou. Chez d'autres sujets il passe inaperçu. Le siège de ces abcès n'est pas fixe. On les trouve au pourtour même de l'anus, ou au niveau des plis radiés.

C'est une petite tumeur rouge au début, du volume d'une noisette; la collection s'ouvre du troisième au quatrième jour, il s'écoule de la sérosité avec quelques stries purulentes, parfois on peut extraire un véritable bourbillon. Telle est l'hydradénite qui ne se fistulise pas, mais peut être chez les cachectiques, les diabétiques, le point de départ d'un phlegmon.

II. ABCÈS PHLÉBITIQUE. — Chez un sujet porteur depuis un certain temps d'hémorroïdes externes, apparaissent des phénomènes généraux : malaise, nausées, élévation thermique; en même temps les hémorroïdes perdent leur souplesse; elles sont dures, tendues, prennent une teinte violacée. C'est la phlébite hémorroïdaire qui va suppurer. Lorsque le pus est formé, la douleur diminue. Malgré tout, il est bon de recourir à l'incision précoce, pour éviter la suppuration prolongée.

III. ABCÈS DE LA MARGE DE L'ANUS. — Ce sont des abcès sous-cutanéo-muqueux. Mais suivant des degrés faciles à concevoir, ces abcès seront sous-cutanés et alors sous-sphinctériens, sous-muqueux et intra-sphinctériens. Cette collection peut remonter très haut, dans certains cas, elle deviendra péri-rectale.

Le début est aussi difficile à préciser que dans les formes sus-indiquées : l'affection débute par une sensation de gêne; il y a une tuméfaction sans limites précises, siégeant au voisinage de l'anus, soit en avant, en arrière ou latéralement. Pour Pierre Delbet, cette dernière localisation est la plus fréquente.

Les téguments sont rouges, œdématiés. On ne sent pas encore de fluctuation.

La température oscille entre 38 degrés, 38°5, dépasse rarement 39 degrés. On note un léger état gastrique.

Pour examiner la lésion, Chassaignac, Nélaton recommandaient de mettre le malade dans la position de la taille; il est plus simple de faire coucher le malade en décubitus latéral (sur le côté lésé), puis de soulever la fesse du côté sain : on reconnaît que le gonflement est *intra-anal*, le toucher rectal montrerait que l'organe est intact, sauf au niveau de la partie inférieure du canal anal où la muqueuse est refoulée.

L'abcès peut s'ouvrir spontanément, dès lors la fièvre tombe; plusieurs cas peuvent se présenter; l'abcès se vide en un seul point ou par deux et trois pertuis, par de nombreux orifices (ouverture en écumoire de Gosselin), à ce moment, le pus, la sérosité mélangée de sang s'écoule; mais dans nombre de cas, le pertuis s'oblitère; l'abcès se reforme, il est fréquent de voir des sujets présenter dans l'intervalle de quelques semaines, une série d'abcès. C'est le même abcès qui continue (abcès à répétitions) ou d'autres suppurations de voisinage.

Les complications sont : immédiate, la collection s'étend à la fosse ischio-rectale; consécutive, c'est la *fistule anale*.

IV. ABCÈS DE LA FOSSE ISCHIO-RECTALE. — Il ne faut décrire que l'abcès né dans la fosse. C'est le type de l'abcès extra sphinctérien.

Dans la fosse ischio-rectale, existe toujours une masse graisseuse persistante, même chez les sujets les plus amaigris. Par la constitution anatomique de la région, nous comprenons que les collections, se portant en arrière, arriveront sous le grand fessier; se portant en avant, elles gagneront la région ano-scrotale ou ano-vulvaire; en haut arriveront à l'espace pelvi-rectal supérieur; en bas, seront éloignées des téguments.

Dans cette variété, les symptômes s'accusent : douleurs, fièvre; s'exacerbent ; la palpation montre que la région est empâtée, mais il est impossible de localiser la lésion : un signe de grande valeur est la rétention d'urine. Tous les intermédiaires sont possibles.

Chez des sujets, il se fait un sphacèle des téguments, et il s'écoule un pus fétide, verdâtre, mélangé de gaz, avec des débris de tissu cellulaire. C'est une forme grave, car le sphacèle peut s'étendre jusqu'au scrotum, c'est ce que l'on trouve chez les diabétiques.

Dans d'autres cas, le doigt qui pratique le toucher anal reconnaît la fluctuation : surtout si l'on exerce simultanément des pressions sur la fosse ischio-rectale. Dans cette variété, la peau rougit; puis on reconnaît un point de douleur maxima. Les téguments sont violacés; à la percussion, il existe de la sonorité; il faut intervenir, car la lésion pourrait fuser dans l'espace pelvi-rectal supérieur. Alors apparaîtraient les troubles adynamiques : indurations pariétales, constipation, ce serait le véritable phlegmon diffus.

Ces abcès sont graves, parce qu'après leur ouverture, ils tardent à se cicatriser. Il persiste une fistule; en explorant celle-ci, nous pourrions être conduits sur un point osseux, ce qui éclairerait l'étiologie de la lésion.

TRAITEMENT. — Il faut ouvrir « il faut traiter préventivement l'abcès comme une fistule » (Faget), c'est-à-dire comprendre toute la paroi rectale dans l'incision du foyer purulent.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 11. — SAMEDI 26 JANVIER 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 26 JANVIER 1907. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50**. — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Pathologie.* — Séance du 24 janvier 1907 : MM. Foy, Mesnager, Pélissier (André) et Weil (Pierre), 12 ; Fimbel, Portocalis et Saiget, 11 ; Chamard-Bois et de Vaugiraud, 10 ; Simonin, 8.

Séance du 25 janvier : MM. Lévy-Bruhl, Paul-Boncour, Vaucher, Vernes et Willette, 11 ; Lemarignier, 10 ; Cottenot, 9 ; Gosselin et Lemaire, 8 ; Salès, 4.

La prochaine séance aura lieu le lundi 28 janvier, à cinq heures, à la Charité.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ROUEN. — M. le docteur Méret vient d'être nommé, après concours, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de Rouen.

LE NOUVEAU RÉGIME DES ALIÉNÉS. — La Chambre des députés a achevé la discussion des articles de la nouvelle loi sur le régime des aliénés. L'ensemble de la proposition mis aux voix a été adopté.

A côté de dispositions heureuses que nous avons déjà signalées, se trouvent d'autres dispositions malheureusement dictées par la défiance envers le médecin et contre lesquelles on ne saurait trop protester. Telles sont celles prévues par l'article 3, d'après lequel « nul ne peut créer ni diriger un établissement privé (destiné à recevoir des aliénés) sans l'autorisation du gouvernement ». Cet article a été aggravé par un amendement de M. Victor Fort qui dispose que les maisons de santé ne recevant pas d'aliénés ne pourront être établies sans une autorisation du préfet et sont soumises à la surveillance administrative.

« Il y a, a dit M. Victor Fort, des maisons de santé où l'on traite les maladies nerveuses, et il est à craindre, si la surveillance n'est pas exercée sur ces maisons spéciales, que la séquestration ne soit rendue plus facile. A Paris, notamment, cette surveillance est établie par le préfet de police. Il n'y a aucun inconvénient à étendre l'application du principe de la surveillance à toutes ces maisons dans les différents départements et à en charger les préfets. »

M. Léonce de Castelnau a fait remarquer avec beaucoup de bon sens et beaucoup de force qu'il suffisait, pour sauvegarder la liberté individuelle, de prescrire la surveillance sans recourir à la formalité arbitraire de l'autorisation.

Il est profondément regrettable qu'il se soit trouvé 35 députés médecins sur 54 pour introduire dans la loi une menace véritable pour la liberté des médecins spécialistes ou simplement des personnes charitables qui voudront s'occuper de la guérison des malades.

L'IMPOT SUR LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES. — Le Sénat a prononcé hier la disjonction des articles 24 et 25 de la loi de finances établissant un impôt sur les spécialités pharmaceutiques.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Les inscriptions des candidatures au concours de 1907 pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés seront reçues, du lundi 28 janvier au dimanche 10 février 1907, au ministère de l'Intérieur (1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès).

INTERNAT EN PHARMACIE.— Un concours pour la nomination aux places d'interne en pharmacie, vacantes au 1er juillet 1907, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le mercredi 13 mars 1907, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices, 47, quai de la Tournelle.

Les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le vendredi 1er février jusqu'au samedi 23 du même mois inclusivement.

MARINE. — M. le docteur Lauret est nommé au grade de médecin de troisième classe.

— M. le mécecin de deuxième classe Cloaguen, du port de Brest, est désigné pour embarquer, le premier février 1907, sur le *Brennus* (escadre de la Méditerranée).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publque. — MM. les docteurs Bellat (de Breuty-la-Garenne), Bellissent (du Vésinet), Blin (de Vaucluse), Boix (de Paris), Bourdillon (de Marseille), Bourée (de Châtillon-sur-Seine), Bouteron (de Paris), Cacarrié (de Saint-Priest-la-Roche), Camous (de Nice), Chambounaud (de Chéronnac), Chardon (d'Armentières), Château (de Grenoble), Dalbéra (de Contes), Darses (de Parlan), Decourt (de Mitry-Mory), Descour (de Lyon), Dorain (de Nantes), Dorian (de Montmeyrau), Dorison et Doucy (de Paris), Dumont (de Mons-en-Barœul), Duputel (de Rouen), Durand (de Bordeaux), Ermenge (de Paris), Eveillé (de Saint-Bonnet), Féa (de Lyon), Fège (de Paris), Fleurot (de Précy-sous-Thuil), Fleys (d'Aurillac), Gachet (de Paris), Grallan (de Pleudihen), Grimoux (de Beaufort-en-Vallée), Grossard (de Paris), Guelle (d'Allègre), Guertin (de Paris), Guy (de Lignau), Hélary (d'Enghien-les-Bains), Hommey (de Séez), Isaac (de Paris), Knœri (de Reims), Kocher et Lacroix (de Paris), Lafourcade (de Bayonne), Larquier (d'Archiac), Le Bas (de Paris), Le Filiatre (de Fresnes), Le Goff (de Paris), Legrand (de Biarritz), Lemesle (de Loches), Lepicard (de Pantin), Leviste (de Dreux), Lucas (de Paris), Martin (de Tarascon), Martin (de Conches), Mercier (de Tours), Merlin (de Saint-Etienne), Mesnard, Monier et Olivier (de Paris), Pacaud (d'Angles), Pamard (de Paris), Pelon (de Montpellier), Pennel (de Paris), Périer (de Champagne-les-Marais), Planchon (de Paris), Prioleau (de Brives), Raimondi et Ramond (de Paris), Ricoux (de Puteaux), Sainturet et Sureau (de Paris), Texier (de Nantes), Valois (de Nevers), Veil, Wassilief et Weil (de Paris).

M. Amaury, directeur de l'hôpital Tenon, à Paris.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Achard (d'Aïn-Témouchent), Aubert (de Saint-Pierre-Eglise), Aubry-Baillière et Ball (de Paris), Bernevel (de Joué-les-Tours), Bazin (de Carrouges), Beaumont (de Geaune), Beis (de Martillarguès), Bellier (de Laigle), Bénéteau (de Saint-Amand-en-Puisaye), Berger (de Coutras), Bernard (de Haybes), Bompaire (de Millau), Bonjour (de Nantes), Bonnaud (de Roanne), Bonnemaison (de Maisons-Alfort), Bonteil (de Paris), Boriès (de Marseille), Bosc (de Montpellier), Bouchet (de Cruseilles), Bourdineau (du Perreux), Bouteil, Bouvet, Braye, Brisard, Bué et Calmeau (de Paris), Camus (de Reims), Casabianca (de Bonifacio), Cassé (de Caen), Castagne (de Montpellier), de Castelet (de Marseille), Cayrol (de Paris), Celles (de Cramayel), Cérac (de Reims), Chavernoc (de Marseille), Chevallier (de Rully), Colloge (de Brossac), Coittier (de Paris), Cola (de Mont-de-Marsan), Colonna (de Sartène), Cortot (de Paris), Cosse (de Tours), Cousin (de Vienne), Coustan (de Fabrègues), Crouzet (de Cuxac-Cabardès), Danet (de Josselin), Daraignez (de Hagetmau), Daubois (de Valence), Debrabant (de Mont-Saint-Jean), Décornoz (de Mignovillard), Delbosc (de Castelsarrazin), Demirleau (d'Alençon), Desjardins (de Mauvages), Digoy (de Saint-Léger-sous-Beuvray), Disser (de Paris), Domergue (de Michelet), Dufour (de Nancy), Dupont (de Lussac-les-Châteaux), Durand (de Maubourguet), Dutar et Erlanger (de Paris), Etesse (de Tréguier), Farcy (de Marseille), Félix (de Panissières), Fériaud (de la Verdière), Filaudeau (de la Roche-sur-Yon), Follet (d'Etréaupont), Fornari (de Menton), Fouquet (de Paris), Fraty (de Pélussin), Galinier (de Fontès), Galvaing (d'Auriac), Garnier (de Commercy), Garripuy (de Toulouse), Gautrelet (de Baron), Gavard (de Penthièvre), Genoud (de Thonon), Géraudel (de Paris), Gonot (de Dôle), Grégoire (de Marseille), Grimpret (de Vervins), Guérin (de Paris), Gugelot (de Waziers), Guilloteau (d'Alfort), Guitton (de Vouillé), Guth (de Timmimaux), Guy (de Murviel), Guyon (de Remiremont), Hanotte et Harlay (de Paris), Hideux (de Barentin), Huguin (de Tourteron), Husson (de Saint-Quentin), Inversene (de Lavaur), Jehanno (de la Haie-Fouassière), Joly (de Bagnole), Julia (du Kreider), Kahn (de Paris), Klein (de Wahagnies), Kuborn (de Paris), Laborderie (de Lavit), Lormard (de Saint-Germain-des-Bois), Lançon (de Lyon), Laroche (de Milly), Lasgoutte et Lasne-Desvareilles (de Paris), Lasserre (de Bayonne), Lassignardie (d'Agen), Laubie (de Donzenac), Laufer (de Paris), Laurent (de Marly), Lautier (de Laroque-de-Fa), Lavoine (de Boves), Lebrun (de Paris), Le Chapelain (de Châtelaudren), Lefèvre (de Paris), Léméré (de Breteuil-sur-Roye), Lenormand, Lèques et Leroux (de Paris), Lesueur (d'Aillaut-sur-Tholon), Leullier (de Paris), Lochon (de Thonon), Logeais (de Palluau), Luciani (de Moca-Crocce), Mage (de Beaulieu), Maleyx (de Clion-sur-Indre), Mangon (de Margaux), Marbot (de Mondovi), Marciguey (de Paris), Marie (de Gavray), Martin (d'Angers), Mauger (de Versailles), Meilhon (de Quimper), Melon (du Buisson), Ménard (de Saint-Broladre), Mercier-Bellevue (de Poitiers), Merlat (de Carcassonne), Métayer (de Moncoutant), Meyer et Millaut (de Paris), Miraillé (de Nantes), Mondelic et Narboni (de Paris), Nicolaï (du Tarf), Nicolas (d'Oran), Ollivier (de Guillaumes), Olmières (de Castelsarrasin), Omnès (de Paris), Oudiné (de Barbonne-Fayel), Parrain (de Guéret), Passeron (de Roquesteron), Payrau (de Saint-Gaudens), Pécharmant et Péradon (de Paris), Perceau (de Nérondes), Perrée (de Grand-Couronne), Phelippon (de Fontenay-le-Comte), Pietri (de Nice), Pignot (de Paris), Pinel (de Pont-Rousseau), Pison (de Douéra), Pize (de Quingey), Poey-Noguez (d'Oloron), Poinsot (de Paris), Poirrier (de Mayenne), Poisson (d'Alban), Pompéani (de Neuilly), Poujol (d'Aïn-Bessem), Poulain (de Paris), Poupinel (de Saint-Arnoult), Prat (de la Cheurlie), Prunier (de Châteaudun), Radiguer (de Paris), Ravarit (de Poitiers), de Ribier (de Chamalières), de Robillard (de Paris), Rocher (de Gabarret), Rochette (de Saint-Hilaire-Saint-Mesmin), Rousseau (de Paris), Saisy (de Rouillac), Sarlabous (de Saint-Martory), Savatier (de Paris), Scheffler (de Saint-Etienne), Sempé (de Carcassonne), Sérégé (de Bordeaux), Sersiron (de Paris), Simon (de Dinard), de Stankiewicz (de Paris), Suffisceau (de Luzillé), Susini (d'Alger), Tapie (de Bourg-Saint-Maurice), Tellier (de Lyon), Tisserand (de Saint-Jean-de-Losne), Trébosc (de Montpellier), Tripier (d'Abbeville), Tujague (de Bernadets-Debat), Vaissière (de Jussac), Verdière (de Bertincourt), Viallon (de Bron), Vignaud-Dupuy de Saint-Florent (de Saint-Junien), Viguier (de Paris), Vivès (de Cierp), Vivien (d'Hourtin), Wavelet (d'Alençon), Yon (de Gray).

Mme la doctoresse Genouy (de Paris).

Mlle Vallée, ancien professeur d'accouchement, à Caen.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Analyse des urines considérée comme un des éléments de diagnostic, par le docteur Ern. Gérard, professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille, 2e édit. revue et augmentée. In-8° écu cart. avec 41 fig. dans le texte et une pl. en couleurs. — Prix : 8 francs. — Paris, Vigot frères.

L'activité psychique et la vie, par Bechterew. In-8°, 347 p. Prix : 5 francs. — Paris, Boulangé, édit.

REVUE GÉNÉRALE

LES DÉTERMINATIONS VISCÉRALES LATENTES
DE LA SYPHILIS SECONDAIRE

Par A. SÉZARY,
Interne des hôpitaux de Paris.

Au cours d'une infection générale aiguë, bien classée, il n'est pas rare que l'agent pathogène ou ses toxines, sollicités par le terrain morbide, s'attaquent particulièrement à tel ou tel viscère et y déterminent des lésions plus ou moins intenses qui constituent une complication.

Celle-ci, dans certains cas, peut être mortelle.

Dans d'autres, elle évolue à côté de la maladie et ajoute à son tableau clinique les symptômes qui lui sont propres. Elle peut ne pas empêcher la guérison. Après la convalescence, la maladie, pas plus que sa complication, ne semblent avoir laissé de séquelle et le retour à la santé paraît absolu. Cependant, la lésion souvent n'a pas disparu, elle évolue sans fracas, sans manifestation extérieure bruyante, car son intensité ou son étendue ne sont pas tellement considérables qu'elle gêne la fonction de l'organe atteint. Ne savons-nous pas que l'ablation d'un rein ou d'une glande surrénale, que la résection d'un tiers du parenchyme hépatique ne compromettent en rien l'existence? L'affection reste donc latente : elle pourra n'être décélée qu'après l'autopsie, à l'examen macroscopique ou histologique du viscère; ou bien elle se traduira un jour par des signes frustes dont une étude méthodique et complète indiquera la vraie signification; ou bien, jusque-là méconnue, elle se révélera bruyamment à l'occasion d'une cause intercurrente, souvent minime, mais qui a suffi à détruire un équilibre instable et à mettre en évidence les troubles d'une fonction apparemment normale.

Bien plus, *d'emblée* la lésion peut être *latente*, et ne se manifester jamais par aucun symptôme qui attire sur elle l'attention. Grâce aux perfectionnements de la technique clinique et des méthodes de laboratoire, elle peut quelquefois être dépistée précocement, si l'on pratique systématiquement l'examen physique et fonctionnel de chaque viscère. Mais souvent, on ne la reconnaîtra qu'après coup, car, quoique latente, elle n'est pas moins susceptible d'évoluer sourdement et d'amener plus ou moins tardivement la déchéance de l'organe atteint, déchéance dont on ne distinguera alors l'origine que par des investigations parfois bien difficiles.

C'est ainsi qu'après une crise de rhumatisme articulaire aigu, malgré la disparition de la fièvre et la guérison apparente de la maladie, l'endocardite, qu'une oreille exercée aura pu dépister par les seules modifications des bruits du cœur, persiste à l'état latent et la lésion orificielle à laquelle elle aboutit, ne se traduira que longtemps après par les souffles et les troubles fonctionnels qui la caractérisent.

Il en est de même pour certaines néphrites chroniques, pour certaines cirrhoses dont le processus initial est resté complètement latent.

Au cours de la grippe (Le Gendre et Terrien), des oreillons (R. Monod, Chauffard), de la vaccine (Rouget), on a noté quelquefois, en l'absence de tout symptôme nerveux, une lymphocytose marquée du liquide céphalo-rachidien.

Quel que soit le moment où on les découvre, ces déterminations latentes ne sont pas rares en pathologie médicale et leur importance mérite d'être retenue. Comme l'a dit M. Roger : « Si, dans certains cas, les suites des infections sont tellement marquées qu'elles ne peuvent échapper même à l'observateur le plus superficiel, bien souvent elles sont d'une constatation difficile ou d'une interprétation délicate. C'est qu'en effet, elles sont parfois tellement minimes que c'est l'induction, plutôt que l'observation qui force d'en admettre l'existence. D'un autre côté, elles peuvent apparaître tardivement. Des mois, des années s'écouleront, et quand, au bout d'un temps aussi long, des accidents viendront à éclater, on éprouvera une certaine hésitation, une sorte de répugnance à les rattacher à leur véritable cause. »

Les mêmes considérations s'appliquent aux infections et aux intoxications chroniques. C'est ainsi que la lésion qu'ont décrite Armanni et Ehrlich dans les tubes urinaires au cours du diabète, reste toujours latente. Les déterminations viscérales latentes de la tuberculose ne sont pas plus exceptionnelles : sans parler des tubercules viscéraux, qui si souvent sont des trouvailles d'autopsie, nous rappellerons que L. Bernard et Bigart ont trouvé très fréquemment de la cirrhose des glandes surrénales chez des bacillaires ne présentant en aucune façon des symptômes même frustes de la maladie d'Addison. Daunic et Pissavy ont noté d'une façon constante des lésions du rein chez des tuberculeux n'ayant aucun symptôme avéré d'insuffisance rénale; et M. Roger a fait, à propos du foie, la même constatation. Nous savons aussi que le chimisme urinaire de ces malades ou l'exploration provoquée de leurs fonctions hépatiques et rénales révèle parfois des insuffisances que la clinique n'avait pas prévues (Rabasse). Il faudrait encore citer les endocardites, les thyroïdites, les splénopathies, etc., des tuberculeux, à évolution latente.

Il en est de même pour la syphilis. Nous n'insisterons pas ici sur la latence des gommes ou des productions scléro-gommeuses que l'on découvre à l'autopsie d'anciens syphilitiques, sans qu'on les ait soupçonnées du vivant des malades : ce sont là des faits trop connus pour que nous nous y arrêtions. Mais, au cours de la période secondaire on peut, se basant sur des recherches récentes, décrire des atteintes viscérales latentes, qui empruntent aux caractères de l'évolution de l'infection causale une allure un peu spéciale.

Comme le dit M. Fournier, la vérole n'a pas d'âge pour compromettre l'état général des sujets qu'elle affecte; loin de se limiter tout d'abord, comme on le disait autrefois, aux tissus extérieurs et superficiels, elle étend dès l'origine son action sur tout l'être vi-

vant; même jeune, elle retentit sur les systèmes intérieurs et attaque les forces vives de l'organisme.

Aucun organe n'est à l'abri des coups de la syphilis secondaire : la néphrite, l'ictère, l'épididymite, la phlébite, la pleurésie, la méningite, etc., sont à l'heure actuelle des complications bien connues de cette période. Certaines d'entre elles, particulièrement malignes, peuvent entraîner la mort : tels sont l'ictère grave, la néphrite suraiguë, pour ne citer que les principales. La plupart au contraire, sont curables, car elles ont rapidement éveillé les craintes du malade et suscité de la part du thérapeute une médication spécifique intensive. Faut-il cependant considérer cette guérison comme définitive? Tous les auteurs ne répondent pas par l'affirmative, tel Neumann qui admet que les processus tertiaires naissent de restes d'exsudats ou de résidus cellulaires de manifestations secondaires antérieures, tel encore Hutchinson qui défend une thèse analogue.

Bien plus, à côté de ces déterminations viscérales avérées de la syphilis secondaire, il en existe d'autres, absolument latentes, analogues à celles que nous avons rappelées au cours des infections banales. Ce sont elles que nous nous proposons de réunir et d'étudier.

I

La réaction méningée. — En 1902, Milian, Crouzon et Paris, frappés de l'intensité de la céphalée chez certains syphilitiques secondaires, et tentés de la rapprocher de la céphalée méningitique, pratiquèrent la ponction lombaire chez huit de leurs malades ; dans deux cas, le liquide céphalo-rachidien contenait des lymphocytes. Le jour même où ces auteurs rapportaient à la Société médicale des hôpitaux le résultat de leurs observations, M. Widal faisait part des conclusions analogues auxquelles ses recherches avaient abouti et il ajoutait : « Il est intéressant de noter qu'au début de la période secondaire, alors qu'aucun symptôme nerveux n'est apparent, le virus syphilitique peut, dans certains cas, créer des réactions méningées légères, décelables seulement par la ponction lombaire, réactions qui, au seuil même de la maladie, nous donnent la démonstration anatomique de la susceptibilité des centres nerveux pour la vérole. »

Ainsi donc, il est avéré qu'au cours de la syphilis secondaire, la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, dont la constatation ne doit pas étonner lorsqu'elle accompagne une lésion nerveuse patente, comme une méningite (Widal et L. Le Sourd), une paralysie faciale (Thibierge et Ravaut), une névrite optique précoce (de Lapersonne, Opin et Et. Le Sourd), peut exister isolément, en dehors de toute manifestation méningée, cérébrale, médullaire, radiculaire ou névritique,

Car, comme l'a montré Ravaut, cette lymphocytose n'a aucun rapport avec l'intensité et même avec l'existence de la céphalée : tel syphilitique sans céphalée peut présenter une grosse réaction, alors que tel autre, atteint de céphalée violente ne présentera aucun élément cellulaire dans son liquide céphalo-rachidien. Les sujets offrant le plus constamment cette réaction méningée seraient atteints en même temps de manifestations cutanées profondes (telles que les syphilides papuleuses, miliaires ou psoriasiformes, et même l'alopécie) ou persistantes (comme la syphilide pigmentaire). Au contraire, les réactions discrètes ou nulles auraient été constatées de préférence chez des syphilitiques ne présentant aucune manifestation actuelle de leur maladie, ou bien atteints de roséole ou de plaques muqueuses et cutanées. Mais la règle n'est pas absolue, elle souffre des exceptions, dont on trouvera quelques exemples dans les observations de Ravaut. D'autre part, dans deux cas de syphilis maligne précoce s'accompagnant d'éruptions intenses et profondes, Milian n'a pas trouvé de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien ; il est vrai qu'il s'agit là de syphilis tertiaires d'emblée.

Y a-t-il donc réellement parallélisme entre les réactions cutanées et nerveuses, c'est-à-dire atteinte des deux systèmes ectodermiques, suivant la conception de M. Brissaud?

Il faut remarquer que l'éruption n'est que la manifestation la plus patente d'une poussée syphilitique intéressant tout l'organisme et que son importance est souvent en rapport avec l'intensité de cette poussée. Parallèlement à elle évoluent des altérations sanguines et souvent des déterminations viscérales avérées ou latentes qui montrent que d'autres organes, non ectodermiques, peuvent être intéressés, en même temps que le système nerveux, au même titre que la peau, plus ou moins gravement, suivant l'intensité de l'exanthème. Ce qui revient à dire que sans doute la réaction méningée dépend en partie de la gravité de la poussée (exception toujours faite pour les syphilis malignes précoces).

Les recherches ultérieures devraient encore étudier l'influence de la prédisposition innée ou acquise du système nerveux. A ce dernier point de vue, il serait intéressant d'examiner le liquide céphalo-rachidien des Arabes, dont les manifestations cutanées sont si florides au cours de la syphilis, et les réactions nerveuses si rares d'une manière générale.

Quoi qu'il en soit, malgré les résultats négatifs obtenus par Funke dans 13 cas qu'il a examinés, un fait demeure acquis, grâce aux travaux des auteurs français : c'est l'existence, à la période secondaire de la syphilis, d'une réaction méningée qu'aucun symptôme n'avait laissé prévoir, mais qui coïncide souvent avec une éruption profonde ou persistante.

Cette réaction, comme nous l'avons vu, consiste en une lymphocytose discrète, moyenne ou intense, suivant les cas. On rencontre parfois dans la préparation quelques gros éléments nucléés, prenant moins bien la matière colorante et ressemblant assez à des lymphocytes en voie de dégénérescence. Dans quelques cas à réaction intense, on peut trouver, en outre, quelques polynucléaires.

La fréquence de cette réaction méningée paraît considérable, puisque Ravaut l'a notée 51 fois sur 116 cas et Merzbacher dans une proportion encore plus forte.

Son évolution, d'après Ravaut, serait parallèle à

celle des manifestations cutanées. Mais quelques cas s'écartent de la règle ; cet auteur rapporte même une observation où la lymphocytose augmentait, alors que l'éruption diminuait légèrement d'intensité.

Belètre a étudié l'action du traitement mercuriel sur cette lymphocytose et il a vu qu'elle disparaissait sous son influence. Nous citerons, de sa thèse, l'observation d'une femme de vingt et un ans, chez laquelle une lymphocytose intense disparut après un mois de traitement, mais récidiva onze jours plus tard, à l'occasion d'une nouvelle poussée éruptive.

Cependant, cette réaction méningée peut s'observer à tout stade de la période secondaire, même en l'absence de toute manifestation actuelle de la vérole (elle a sans doute alors une signification particulière). On l'a vue six mois, dix-sept mois et plusieurs fois deux années après l'accident initial. Mais, au seuil de la période tertiaire, elle a disparu : à ce moment, dit Ravaut, il est presque constamment de règle, si le malade ne présente uniquement que des manifestations cutanées même très étendues et très intenses, de ne constater que des réactions discrètes ou nulles du liquide céphalo-rachidien : exception doit être faite pour la perforation du voile du palais qui — on ne sait pourquoi, ni comment — s'accompagne d'une réaction méningée. En dehors de ce cas, la constatation d'une lymphocytose doit faire rechercher systématiquement des symptômes nerveux, qui témoigneront d'une lésion de l'axe cérébro-spinal (tabes, paralysie générale, méningite, diverses formes de syphilis cérébro-spinale, etc.).

La réaction lymphocytaire de la période secondaire peut s'accompagner d'autres modifications des caractères du liquide céphalo-rachidien.

Souvent, au moment même de la ponction, il s'écoule de l'aiguille avec force et, pour M. Widal, cette hypertension est signe d'hydrocéphalie symptomatique de l'irritation méningée.

De même, sa teneur en albumine, très faible à l'état normal, se trouve augmentée d'une façon quelquefois très notable (Ravaut).

Mais ces faits sont loin d'être constants et la lymphocytose demeure le signe principal de la détermination nerveuse latente au cours de la syphilis secondaire.

De même, jusqu'ici, le treponema pallidum n'a pu être décelé dans le liquide (Widal et Ravaut, Siebert), fait qui concorde avec le résultat négatif de l'inoculation au singe de ce même liquide céphalo-rachidien (Thibierge et Ravaut).

II

Les insuffisances fonctionnelles. — On s'est beaucoup occupé de déterminer, par l'analyse des urines, les troubles de la nutrition chez les syphilitiques secondaires. Mais, sur ce sujet, on est loin d'être d'accord. Pour les uns, les échanges seraient augmentés, la quantité d'urée dépasserait plus ou moins la normale (Stefanoff, Radaeli, Gastou, Ferras); pour d'autres, les troubles observés seraient analogues à ceux qu'on constate dans toutes les intoxications chroniques, la quantité d'urée diminuerait (Gaucher et Crouzon, Moog); il est vrai que certains admettent que le chimisme urinaire est normal (Soual).

Si l'infection syphilitique avait frappé des sujets réagissant suivant un mode analogue et si l'on avait analysé les urines à un même stade de la maladie — naturellement avant tout traitement — ces divergences seraient sans doute moins accentuées et nous pourrions connaître à peu près le chimisme urinaire de la syphilis secondaire.

En réalité, les faits cliniques sont complexes : l'âge, le sexe, le climat, la race, les tares héréditaires ou acquises, la façon de vivre, sont autant de conditions qui modifient les réactions de l'organisme vis-à-vis de l'agent de la syphilis. Il ne saurait y avoir *un* chimisme urinaire de la syphilis secondaire, mais *des* chimismes urinaires pouvant varier suivant chacun des facteurs que nous avons énumérés. C'est ainsi que Patoir a constaté que, « chez les sujets jeunes, la syphilis, au moment d'une poussée éruptive, augmente la quantité d'urée excrétée, mais, quand la poussée a évolué pendant un certain temps, quand elle a asthénié le malade, la désassimilation se ralentit et la quantité d'urée tombe au-dessous de la normale. »

Cependant, si l'on étudie les observations des auteurs précédents, on trouve parfois des modifications du chimisme urinaire qui dénotent plus qu'un trouble de la nutrition. Maintes fois, elles traduisent l'insuffisance fonctionnelle de certains organes, insuffisance qui peut être absolument latente ou bien s'accompagne de phénomènes généraux plus ou moins vagues, mais qui serait en tous cas passée inaperçue, si l'analyse urinaire n'avait été systématiquement pratiquée.

L'insuffisance hépatique et l'insuffisance rénale sont surtout à retenir.

Le foie et le rein sont quelquefois manifestement intéressés au cours de la syphilis secondaire, témoin ces cas d'ictère bénin et même d'ictère grave ou bien de néphrite aiguë, dont les observations sont actuellement nombreuses. De même, qu'à l'occasion des infections banales, ces viscères peuvent n'être qu'effleurés par l'agent pathogène ou ses toxines : leur souffrance ne se traduira pas par de la jaunisse ou des œdèmes, mais par des modifications du chimisme urinaire dont, à l'exemple de Patoir, Gaucher et Crouzon, Saulneret, etc., il ne faut pas méconnaître la signification.

L'insuffisance hépatique latente sera dépistée par l'étude du syndrome urinaire. De ce qu'un syphilitique excrète moins d'urée, on ne doit pas conclure que la cellule hépatique est atteinte. Mais si pendant une poussée éruptive, au cours de plusieurs examens successifs, en même temps que cette hypoazoturie, on note de l'urobilinurie, si l'on observe le rythme polycyclique de l'élimination du bleu de méthylène, si l'on constate l'hypertoxicité de l'urine — fait d'autant plus important que l'urine des syphilitiques secondaires est notablement hypotoxique pour le lapin — si l'on calcule, suivant les indications de M. Bouchard, le poids de la molécule élaborée moyenne et si l'on trouve qu'elle est très grosse, on sera en droit de conclure à une insuffisance hépatique latente.

Dans quelques cas, on a relaté de la glycosurie. L'épreuve de la glycosurie alimentaire peut être positive, comme l'ont montré Patoir, Paris et Dobrovici.

De même, l'insuffisance latente de l'émonctoire rénal ne se reconnaîtra pas seulement à l'hypoazoturie. On recherchera encore systématiquement l'albumine, que Patoir a décelée ainsi 6 fois chez les 40 syphilitiques secondaires qu'il a examinés. On étudiera les anomalies de l'élimination du bleu, élimination qui, ordinairement activée au cours d'une poussée secondaire, est retardée, ralentie, affaiblie et intermittente en cas d'imperméabilité rénale. On pourra demander à la cryoscopie une appréciation des fonctions rénales (Saulneret) et on l'utilisera pour la détermination du poids de la molécule élaborée moyenne (Patoir). L'urine des syphilitiques secondaires étant habituellement hypotoxique pour le lapin, l'étude de la toxicité urinaire devient difficile dans les cas d'insuffisance rénale, où cette hypotoxicité est encore bien plus considérable, et où l'animal souffre plus de la quantité de l'urine qu'on lui a injectée que de son pouvoir toxique. Après les avoir contrôlés pendant plusieurs jours consécutifs, on réunira les résultats donnés par ces diverses recherches, on les comparera, on les interprétera et c'est seulement d'un faisceau de constatations qu'on pourra conclure à l'insuffisance rénale latente.

Comme nous le verrons, ces insuffisances fonctionnelles sont utiles à connaître. Mais, outre que dans la pratique courante, un examen si complexe est pour ainsi dire impossible, l'interprétation des résultats ne laisse pas souvent que d'être fort embarrassante, car ils peuvent être modifiés par les troubles généraux de la nutrition, ils peuvent dépendre de la viciation simultanée des fonctions de plusieurs viscères ou d'autres facteurs contingents, à supposer encore que l'organisme fût intact lorsque les accidents syphilitiques secondaires sont apparus. Aussi faut-il les soumettre à une critique sévère, avant d'en tirer des conclusions définitives.

L'observation résumée suivante, que nous empruntons au mémoire de Patoir, constitue un remarquable exemple de l'association des insuffisances hépatique et rénale. Le malade, âgé de trente-cinq ans, très alcoolique, fit dès le début une syphilis grave. Après l'apparition du chancre, *quinze jours avant l'explosion des accidents secondaires*, il excrétait par jour 2 300 centimètres cubes d'urine, dont la densité était de 1019, qui contenait des traces d'albumine et 36g5 d'urée : il éliminait le bleu dans les délais normaux, suivant un rythme continu cyclique. Malgré le traitement mercuriel déjà institué, la *poussée secondaire* fut intense et la santé fort compromise. Le volume des urines s'abaissa à 950 centimètres cubes, tandis que leur densité était de 1020; l'albumine augmenta (50 centigrammes); l'urobilinurie apparut, avec la glycosurie alimentaire; l'élimination du bleu se fit selon un mode polycyclique, avec une intermittence, et l'urée tomba à 12g2. Cependant, sous l'influence d'une médication intensive, le malade fut fort amélioré au bout d'un mois et demi : à ce moment, l'urine (1600 centimètres cubes) ne renfermait plus de principes anormaux, le bleu s'éliminait à peu près normalement et la quantité d'urée s'élevait à 24g5.

Ces déterminations viscérales latentes de la syphilis secondaire ne sont sans doute pas les seules. Si l'on savait à l'heure actuelle explorer les fonctions de certains organes comme on le fait pour le foie ou le rein, on pourrait, dans certains cas, par des examens aussi systématiques, reconnaître nombre d'autres méiopragies. En principe, aucun viscère n'est susceptible d'être épargné par la syphilis secondaire : le fait, vrai pour les manifestations avérées, doit l'être encore pour les déterminations latentes.

Même sans altération apparente de la santé, le milieu sanguin subit presque toujours le contre-coup de l'infection spécifique; mais, puisque le fait est habituel, l'anémie et la mononucléose traduisent simplement la réaction des organes hématopoiétiques vis-à-vis du virus syphilitique, comme le syndrome urinaire caractérise les troubles de la nutrition lorsqu'il n'y a pas insuffisance hépatique ou rénale et, à ce titre, elles ne méritent pas de nous arrêter.

Nous bornant aux faits, nous n'envisagerons pas les hypothèses que certains phénomènes ont suscitées sur le sujet (telle l'asthénie, parfois intense, de la période secondaire, qui a rappelé un processus surrénal), d'autant plus que l'anatomie pathologique ne saurait nous être ici d'un grand secours.

Les autopsies de syphilitiques secondaires ne sont pas fréquentes : il serait intéressant de pratiquer systématiquement l'examen histologique de chacun de leurs organes, surtout si l'on est en droit d'y soupçonner quelque détermination latente. Mais, seuls, les examens positifs auraient quelque intérêt, car nous n'ignorons pas qu'un viscère, ayant failli à sa tâche pendant le cours d'une maladie infectieuse, peut ne présenter à l'étude microscopique aucune lésion nette, et l'on est bien tenté, dans ces cas, d'incriminer l'imperfection de nos procédés de technique histologique, car l'exploration fonctionnelle nous renseigne sur des altérations qu'elle ne nous fait pas voir.

III

Les caractères des déterminations viscérales latentes. — Quoi qu'il en soit, des faits précédents et de l'étude des observations où ils sont rapportés, il est permis de tirer certaines remarques concernant les déterminations viscérales latentes de la syphilis secondaire.

Comme le dit M. Fournier, « on ne doit qu'à soi-même, et non à autrui, la modalité de la syphilis que l'on a et l'on est seul responsable de la gravité idiosyncrasique qu'elle peut affecter. » Les déterminations latentes ne s'écartent pas plus de cette règle qu'elles ne démentent la parole de Ricord : « Il fait bon se bien porter quand on a la vérole. » Elles peuvent être fixées par plusieurs facteurs.

Le syphilitique âgé est prédisposé à l'insuffisance rénale et plus rarement à l'insuffisance hépatique : on en trouvera plusieurs exemples dans le mémoire de Patoir.

Les maladies antérieures, infections et intoxica-

tions, sont autant de causes de moindre résistance pour certains viscères, dont la syphilis fera facilement sa proie. Nous rappellerons plus loin une observation de surrénalite syphilitique latente qui survint chez un ancien tuberculeux. On sait aussi que l'alcoolisme fixe le virus soit sur le système nerveux, soit sur le foie et les reins : nous en avons cité un exemple.

Il faut compter encore avec les influences dépressives de tout ordre, la misère, le surmenage, la mauvaise hygiène, les traumatismes, etc., et avec la gravité de l'infection syphilitique, qui n'est le plus souvent que la résultante de ces facteurs.

L'hérédité détourne aussi les coups de la syphilis sur certains viscères, qui se défendent mal contre l'infection spécifique. L'hérédité nerveuse, la plus grave de toutes, prédispose aux atteintes de l'axe cérébro-spinal ou de ses enveloppes : peut-être favorise-t-elle la réaction méningée de la période secondaire.

« Le sens commun et le sens clinique sont d'accord pour répugner à l'idée que la syphilis distribue ses coups comme la fortune distribue ses faveurs, c'est-à-dire au hasard... Bien évidemment, rien de pathologique n'est livré au hasard et, dit M. Fournier, j'ai l'intime conviction qu'en l'espèce le hasard n'a pas la moindre part dans *la plus légère*, non plus que dans les plus graves manifestations de la syphilis. » La vérole, en cela, ne fait que confirmer une grande loi de pathologie générale.

Un individu, dont l'hérédité et le passé pathologiques sont minimes, dont les viscères sont sains et bien résistants, supportera allègrement sa syphilis : il en sera quitte pour quelques accidents secondaires et, bien traité, il aura peu de chances de souffrir plus tard de sa maladie.

Soit, au contraire, un homme dont les antécédents névropathiques sont patents, ou bien un alcoolique, ou bien un individu présentant une des multiples causes de moindre résistance que nous avons énumérées ci-dessus. Contracte-t-il la vérole ? Au moment même de l'explosion secondaire, le viscère *déterminé* par les tares héréditaires ou acquises subira l'atteinte plus ou moins profonde de l'infection syphilitique et s'il n'en résulte pas une méningite, un ictère bénin ou grave, une néphrite plus ou moins aiguë, on pourra cependant par une exploration méthodique reconnaître l'insuffisance ou l'altération de la fonction de l'organe et, peut-être, l'abondance de la réaction méningée.

Les déterminations viscérales latentes de la syphilis secondaire évoluent parallèlement aux poussées de la maladie : elles peuvent apparaître avec la roséole, durer autant qu'elle et disparaître lorsqu'elle pâlit. Mais, souvent, elles récidiveront lorsque de nouveaux accidents surviendront et s'atténueront encore lorsqu'ils guériront. D'ailleurs, au même titre que les symptômes cutanés et que toutes les autres manifestations secondaires (anémie, etc.), elles subissent l'heureuse influence du traitement mercuriel : l'insuffisance hépatique, l'insuffisance rénale, la réaction méningée disparaissent sous son action.

Est-ce à dire que ces déterminations latentes seront à redouter surtout lorsque l'exanthème et l'énanthème seront étendus et abondants ?

D'après Ravaut, on doit répondre affirmativement pour ce qui concerne la réaction méningée ; mais, comme nous l'avons vu, le fait n'est pas sans exceptions.

Pour les déterminations hépatiques, rénales, il n'en est plus de même. Nous savons qu'il est des syphilis « tout en dehors », remarquables par la confluence, l'intensité et la répétition de l'éruption et qu'inversement il en est d'autres où les manifestations cutanées sont minimes, discrètes, alors que prédominent des troubles variés des systèmes splanchniques ; « les véroles qui sortent sont moins graves, » disait Diday. En réalité, ces déterminations s'observent aussi bien au cours des syphilis florides que des véroles peu bruyantes, mais les dernières sont particulièrement redoutables, puisque, apparemment bénignes, elles sont plus graves qu'elles ne le laissent voir.

Après une poussée de la maladie, ou bien sous l'influence du traitement, la détermination viscérale rétrocède et paraît bientôt guérie, mais survienne une nouvelle efflorescence cutanée, la même détermination peut réapparaître. Elle semble donc en quelque sorte invétérée : en matière de syphilis, la chose n'a rien d'étonnant. M. Dieulafoy insistait récemment encore sur la fréquence de ces localisations régionales et invétérées de la syphilis tertiaire, et le fait s'applique à toute la syphilis. Mais faut-il voir là une récidive du mal sous une influence inconnue ou bien une réviviscence, une recrudescence ?

Nous avons récemment rapporté, avec M. Jacquet, l'histoire d'un homme de soixante-six ans, qui, au moment de l'explosion secondaire, présenta une asthénie telle que, bien qu'il fût emphysémateux et ancien tuberculeux, nous pensâmes à une lésion syphilitique de ses capsules surrénales ; des douleurs qu'il accusait à l'épigastre, aux lombes et dans les membres inférieurs, pouvaient peut-être affermir nos soupçons. Sous l'influence du traitement, les syphilides s'affaissèrent, mais demeurèrent pigmentées, l'état général s'améliora et le malade put bientôt vaquer de nouveau à ses occupations. Un mois et demi plus tard, il rentra dans le service pour soigner son emphysème; des plaques scrotales avaient récidivé, mais aucun symptôme d'insuffisance surrénale n'avait réapparu. Quelques jours après, cet homme succombait brusquement à la suite d'une hémorragie cérébrale. On était en droit, dans ce cas, de croire à la disparition des lésions des glandes surrénales, car aucun symptôme, depuis plus de deux mois, n'exprimait, même d'une façon fruste, la souffrance de ces organes. Nous pûmes cependant y constater des lésions très marquées et des tréponèmes très abondants.

Cette observation nous paraît importante, parce qu'elle démontre qu'une détermination viscérale syphilitique, très fruste à son début, peut continuer à évoluer, alors que cliniquement elle est devenue absolument latente.

De même si, chez un syphilitique secondaire dont le liquide céphalo-rachidien contenait des lympho-

cytes au moment d'une poussée éruptive, l'on vient à pratiquer une nouvelle ponction lombaire, plusieurs semaines ou plusieurs mois après la disparition des accidents cutanés ou de tout autre stigmate, si léger soit-il, on pourra, dans quelques cas, constater encore une réaction méningée, même abondante (Ravaut).

Il faut donc savoir que les déterminations viscérales latentes peuvent persister, alors que toute manifestation avérée de syphilis a disparu : on ne peut s'empêcher de rapprocher ces faits de ceux que nous rappelions tout au début à propos des infections banales.

Donc, pour nous résumer, les déterminations viscérales latentes de la syphilis secondaire, conditionnées par des prédispositions innées ou acquises, apparaissent au moment de l'explosion secondaire, évoluent parallèlement aux poussées de la syphilis, sans qu'elles aient aucun rapport nécessaire avec l'intensité des symptômes objectifs (cependant la réaction méningée coïncide souvent avec une éruption importante ou persistante). En dehors des poussées ou après une cure mercurielle insuffisante, elles peuvent continuer à évoluer sourdement.

IV

Leurs conséquences. — Il nous faut maintenant envisager leurs conséquences. Bien que latentes, ces déterminations ne sont pas bénignes : elles aggravent l'état actuel de la maladie et assombrissent son avenir.

Si certaines syphilis sont parfaitement tolérées par des sujets, même présentant des manifestations cutanées d'une importance inusitée, d'autres au contraire altèrent profondément la santé et c'est précisément dans ces derniers cas que les auteurs ont le plus souvent décelé des troubles dans les fonctions des principaux organes glandulaires. Ces déterminations latentes contribuent donc à aggraver l'état général. On ne saurait en dire autant de la réaction méningée, qu'on peut constater au cours de syphilis peu graves, indépendamment de tout symptôme nerveux ou de toute altération marquée de la santé.

De plus, la syphilis, adultérant tel ou tel viscère, le met en état de moindre résistance vis-à-vis de toute autre agression et le rend plus facilement vulnérable. M. Dieulafoy, M. Rénon ont insisté sur la fragilité spéciale du rein des syphilitiques : le moindre coup de froid est susceptible chez eux de provoquer une néphrite aiguë. La chose est certainement encore vraie pour le foie et les autres organes. Si la syphilis profite, dans certaines circonstances, de leur moindre résistance, elle les met, dans d'autres cas, dans un état d'infériorité qui les exposera à subir, sans défense, les injures les plus légères et à en souffrir profondément. Et c'est ainsi que des déterminations latentes pourront se transformer en manifestations graves.

Mais ce n'est pas tout. Ces syphilis, lorsqu'elles s'accompagnent de troubles marqués de la santé, alarment, à juste titre, le malade et le médecin : un traitement sévère est donc institué et l'on croit ainsi juguler rapidement le mal. Or, il n'est pas rare que ces sujets supportent très difficilement le mercure. C'est chez eux que l'on trouve ces prétendues idiosyncrasies qui ne sont souvent que l'indice d'insuffisance hépatique ou rénale (qu'elles soient d'ailleurs préexistantes à l'infection syphilitique ou causées par elle). Le foie n'exerçant plus qu'imparfaitement son rôle antitoxique et les reins devenant incapables d'assurer l'élimination des produits nocifs, au bout de quelques jours le traitement n'est plus toléré, il doit être suspendu. Et, dès lors, on se trouve en présence de cette fâcheuse éventualité : organisme atteint de syphilis grave et ne supportant pas le traitement hydrargyrique.

Les déterminations viscérales latentes aggravent donc la situation du syphilitique secondaire, mais leur action se borne-t-elle là ?

Nous avons vu qu'elles sont susceptibles, alors qu'on est en droit de croire à leur guérison, d'évoluer sourdement pendant un temps plus ou moins long. Pour ne citer que l'exemple le mieux étudié, la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien peut s'observer jusqu'au seuil de la période tertiaire. Mais, comme l'a dit Ravaut, c'est surtout lorsqu'elle persiste, alors que les autres accidents disparaissent, qu'elle comporte un pronostic grave. Lorsque la réaction méningée accompagne une poussée secondaire, elle ne fait que témoigner de l'activité actuelle de la maladie et, sans négliger cette constatation, on peut espérer que, suivant la règle, elle disparaîtra en peu de temps. Lorsque, au contraire, on la découvre en dehors de toute manifestation de syphilis, on doit craindre qu'elle ne constitue une localisation invétérée.

Or, dans certains cas, au plein de la période tertiaire, la ponction lombaire révèle la présence d'une lymphocytose céphalo-rachidienne. L'expérience nous a appris qu'alors, une lésion indélébile du système nerveux est constituée : cette lésion, d'abord fruste cliniquement, s'accentue peu à peu et il arrive un jour où, après l'apparition du signe d'Argyll-Robertson, le complexus symptomatique du tabes ou de la paralysie générale est patent. Abondante dans les tabes complets ou dans les tabes incipiens à syphilis récente, cette lymphocytose est moins intense dans les cas à évolution lente et à syphilis lointaine, elle disparaît même dans les tabes frustes, immobilisés. Mais alors, elle ne subit plus l'influence du traitement mercuriel (Milian), elle a pris le caractère parasyphilitique.

Ne peut-on établir aucun rapport entre la réaction méningée secondaire et la lymphocytose parasyphilitique ?

Si, par des examens successifs, on était parvenu à suivre l'évolution et à constater la persistance de la réaction méningée depuis la période secondaire jusqu'au développement d'une affection nerveuse indélébile, on pourrait établir une relation entre elles. Mais, à l'heure actuelle, le fait n'est pas démontré.

Cependant, Ravaut a suivi pendant deux ans un syphilitique présentant constamment une grosse lymphocytose rachidienne et chez lequel il a vu apparaître successivement de la paresse des pupilles à la lumière, puis de l'inégalité pupillaire.

D'ailleurs, l'hypothèse est plausible. A propos du tabes, par exemple, l'idée d'une lésion inflammatoire aiguë ou subaiguë, soutenue par certains auteurs, s'accorde mal, d'une part, comme le font remarquer MM. Déjerine et Thomas, avec l'évolution clinique de la maladie, d'autre part, suivant Milian, avec les caractères de la lymphocytose. Il s'agirait plutôt d'une affection à évolution très lente, très insidieuse, en quelque sorte résiduelle, dont le processus initial pourrait remonter à la période secondaire.

La même conception s'appliquerait à la paralysie générale. Hors de la pathologie nerveuse, on pourrait encore se demander si certaines manifestations viscérales, qui surviennent chez d'anciens syphilitiques, ne sont pas consécutives à des déterminations latentes de la période secondaire. Le fait qu'on classe certaines d'entre elles parmi les affections parasyphilitiques viendrait à l'appui de cette hypothèse : dès 1878, Frerichs a soutenu, avant l'heure, une opinion analogue à propos de certaines néphrites.

Ainsi se trouveraient expliquées des manifestations morbides qui, pour être issues de la syphilis *comme origine*, n'ont cependant plus rien de syphilitique *comme nature*. Ainsi pourrait-on, mieux que par l'influence de toxines fort problématiques à une période aussi avancée de la maladie , concevoir la genèse de la *parasyphilis* et comprendre pourquoi l'histologie, la microbiologie et la thérapeutique la distinguent de la vérole elle-même.

V

Leur traitement. — De ce qui précède découlent l'importance et parfois la gravité des déterminations viscérales latentes de la syphilis secondaire et, comme corollaire, la nécessité de leur traitement.

Les syphilis à déterminations viscérales latentes, dans certains cas, s'accompagnent de troubles de la santé, dont le traitement mercuriel peut avoir raison rapidement.

Ou bien, elles évoluent d'une façon absolument latente. La maladie présente alors les apparences les plus bénignes. Or, ces apparences sont trompeuses. « Une syphilis qui commence bien, dit M. Fournier, n'est pas moins exposée pour cela à mal finir. » C'est qu'il faut compter avec les lésions latentes.

On s'efforcera de les prévenir par une thérapeutique bien conduite et par de prudents conseils hygiéniques : le malade évitera chacun des facteurs de gravité de la maladie que nous avons cités plus haut et qui ne sauraient que détourner sur tel ou tel organe les atteintes de la vérole.

Si l'on a dépisté la détermination viscérale latente, la conduite est la même : mais les préceptes hygiégiques seront encore plus sévères et le mercure administré d'une façon plus prudente, quoique sans timidité. En cas d'insuffisance hépatique ou rénale, l'intolérance peut survenir rapidement : il convient alors de cesser momentanément la médication qui ne saurait qu'aggraver la situation, de prescrire le régime lacté qui permettra au foie et au rein de recouvrer leurs fonctions dans une mesure suffisante et, après disparition complète des phénomènes d'intoxication, on reprendra la cure mercurielle, avec des doses d'abord faibles, puis progressivement croissantes.

Lorsqu'on aura constaté l'existence d'une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien à la période secondaire de la syphilis, il sera peut-être utile de donner au fait une sanction thérapeutique et, outre le traitement mercuriel, de pratiquer dans ces cas une large révulsion le long du rachis, ou en arrière de l'occipital. Peut-être arrêterait-on par ces deux moyens un processus méningé dont on ne peut aujourd'hui que soupçonner les conséquences.

Le traitement empêchera encore l'extension d'un processus latent et l'éclosion d'une détermination viscérale dont la gravité est parfois extrême (ictère grave, néphrite suraiguë).

Le plus souvent, il faut le reconnaître, ces déterminations resteront complètement méconnues du médecin : elles n'en seront pas moins redoutables et ce fait constitue un des meilleurs arguments en faveur du traitement préventif de la syphilis, tel qu'il a été réglé par M. Fournier, contre la méthode opportuniste : car par une thérapeutique continue (avec intermittences), on peut guérir, sans le savoir, des processus insidieux dont le développement aurait eu pour l'organisme les plus graves conséquences.

Pour faire œuvre durable, la cure mercurielle ne saurait avoir quelque répit que lorsque l'organe atteint aura récupéré sa fonction normale ou lorsque la réaction méningée aura disparu. Encore ne faut-il pas perdre de vue le sujet, le réexaminer à maintes reprises, eût-il les meilleures apparences de santé et, si la moindre récidive se produisait, attaquer aussi fermement le mal.

Savoir reconnaître et traiter ces déterminations viscérales latentes, tel est le secret du pronostic de beaucoup de syphilis. C'est en s'inspirant de ces préceptes, que la thérapeutique rendra au malade sa vérole douce pour le présent et inoffensive pour l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

(*concernant la syphilis seulement*).

Belêtre. Th. de Paris, 1902. — Bouchard. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1899. — Déjerine et Thomas. *Traité de médecine et de thérapeutique*, t. IX. — Dieulafoy. *Cliniques méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. II ;— *Bull. de la Soc. de l'Int.*, déc. 1905.— Ferras. Th. de Paris, 1902. — Fournier. *Traité de la syphilis*; — Traitement de la syphilis ; — Les affections parasyphilitiques ; — *Acad. de méd.*, 1906. — Frerichs. *Die Bright Nierenkrank. und ihren Behandl.*, 1878. — Funke. *Arch. f. Derm. u. Syphil.*, t. LXIX, p. 351. — Gastou. Soc. de dermat., 1901. — Gaucher et Crouzon. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1902. — Jacquet et Sézary. Soc. méd. des hôpit., 23 mars 1906. — De Lapersonne, Opin et Le Sourd. Soc. de biol., 10 janv. 1903. — Merzbacher. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, mai 1906. — Milian. Le liquide céphalo-rachidien ; — *Ann. de dermat.*, 1903. — Milian, Crouzon et Paris. Soc. méd. des hôpit., 14 fév. 1902 ; — Moog. Th. de Paris, 1904. — Neumann. *La syphilis.* — Paris et Dobrovici. *Presse méd.*, 1905, n° 91. — Patoir. *Arch. gén. de méd.*, 1901. — Rabasse. Th. de Paris, 1906. — Radaeli. *Giorn. ital. delle malat. vener.*, 1900, fasc. 4. — Ravaut. *Ann. de dermat. et de syphil.*, janv. et juillet 1903, déc. 1904 ; — Soc. méd. des hôpit., 9 oct. 1903. — Renon. *Presse méd.*, 1899. — Roger. *Les maladies infectieuses.* — Saulneret. Th. de Lyon, 1903. — Sicard. *Le liquide céphalo-rachidien.* — Siebert. *Deuts. med. Wochens.*, 1905, n° 41. — Soual. Th. de Toulouse, 1900. — Stefanoff. Th. de Saint-Pétersbourg, 1875. — Thibierge et Ravaut. Soc. méd. des

hôpit., 21 nov. 1902 et 26 déc. 1902. — WIDAL. Soc. méd. des hôpit., 14 fév. 1902. — WIDAL et L. LE SOURD. Soc. méd. des hôpit., 17 janv. 1902. — WIDAL et RAVAUT. Soc. méd. des hôpit., 2 juin 1905.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE ANNUELLE DU 23 JANVIER 1907)

La Société de chirurgie fait bien de conserver la tradition de la séance annuelle. Il est seulement à regretter que bien des membres se désintéressent de cette petite solennité, *apparent rari*... alors que les places sont occupées par des personnes étrangères à la Société, surtout des dames, que l'éloge posthume d'un ancien membre peut sans doute intéresser, mais que le compte rendu annuel des travaux, si bien fait d'ailleurs qu'il soit, comme hier celui de M. Michaux, doit médiocrement passionner.

En quittant le fauteuil présidentiel, M. SEGOND, dans une de ces chaleureuses allocutions dont il a le secret, après avoir rendu hommage aux membres disparus, Cruveilhier, Dauvé, Paulet, souhaité la bienvenue aux nouveaux élus, M. Thierry et les membres associés nationaux et étrangers, nommés dans la dernière séance, a stigmatisé, en termes assez durs, le temps actuel. Il a dit bien haut ce que beaucoup pensent tout bas. Il s'est élevé, non sans éloquence, contre cette rage de tout détruire, de tout transformer, d'attaquer les institutions les mieux organisées et qui ont fait leurs preuves : « Tout craque, tout croule, tout roule, » a-t-il dit, et il nous a fait un portrait saisissant de ce médecin, ayant acquis péniblement son diplôme de docteur, après une série de notes médiocres, s'installant en maître dans un journal, ou dans un syndicat quelconque, réclamant à grands cris la suppression de la Faculté, de l'Académie, de tous les corps constitués, montrant du doigt les Sociétés fermées, comme la Société de chirurgie où on ne fait rien de bien, lui n'y étant pas, luttant enfin contre cette vieille institution du concours, qui n'est à ses yeux qu'un masque de la faveur. « Est-elle donc si fermée la Société de chirurgie ! et notre collègue toujours jeune, M. Hennequin, n'est-il pas la preuve vivante qu'il suffit d'être un homme de grande valeur, sans aucun titre officiel, pour pénétrer par les grandes portes largement ouvertes dans cette enceinte. » En terminant, M. Segond adjure ses collègues de se tenir les coudes, de s'entendre plus que jamais pour maintenir et défendre le bon renom de la vieille Société de chirurgie.

M. MICHAUX, secrétaire annuel, chargé, cette année, de la tâche un peu ingrate du compte rendu des travaux, s'en est tiré très habilement en nous lisant un rapport bien écrit, clair et relativement court. Comme les années précédentes, la Société a beaucoup travaillé, et M. Michaux a pu dire, avec raison, qu'elle restait toujours le foyer ardent de la saine chirurgie française.

M. NÉLATON a prononcé l'**éloge de de Saint-Germain**, avec un talent fait de finesse, de bonhomie et de simplicité, dont il nous a déjà donné des preuves. Il nous le montre tout enfant, élevé assez sévèrement par son père, commissaire de la marine, qui, surveillant de près son fils et lui donnant lui-même l'exemple du travail, lui fit faire d'assez brillantes études. Externe en 1854, dans le service de Maisonneuve, interne en 1856, de Saint-Germain, qui était de la plus exubérante gaieté, devint bientôt célèbre par ses farces dans toutes les salles de garde. Il fut successivement interne de Maisonneuve, de Legroux et de Chassaignac. Chez ce dernier, au moment où fleurissait dans tout son épanouissement le fameux écraseur, il y avait un jour réservé aux opérations des fistules et des hémorroïdes. C'était ce que de Saint-Germain appelait le grand festival fistulo-hémorroïdaire. On plaçait six malades en batterie, les parties malades tournées vers le public; on appliquait à chacun d'eux l'écraseur et, pour bien montrer qu'il fallait procéder avec lenteur afin d'éviter toute hémorragie, les élèves qui maintenaient l'instrument ne devaient donner un tour de clef que sur le commandement du maître. Mais un jour on entendit une succession brusque de déclics qui fit retourner Chassaignac furieux. Chaque élève, passé en revue, n'avait cependant bien tourné qu'un seul cran. On n'y comprenait plus rien et on envoya tous les écraseurs à la réparation. C'était de Saint-Germain qui, s'étant caché derrière le paravent, s'était amusé à faire fonctionner à blanc un de ces instruments si chers à leur inventeur. Il ne s'en vanta que beaucoup plus tard.

Ses quatre années d'internat ne furent qu'un éclat de rire et qu'une succession de farces de ce genre. Cependant, doué d'une grande mémoire, ayant le travail facile, bien que ne l'aimant que très peu, de Saint-Germain gagna la médaille d'argent. Maisonneuve l'avait pris pour secrétaire aux appointements de 50 francs par mois, ce qui lui rendit service, d'autant plus qu'il l'assistait dans ses opérations, ce qui lui permettait de vivre. Deux personnes eurent une grande influence sur de Saint-Germain et le soutinrent vaillamment dans la lutte pour la vie, ce furent M[me] de Saint-Germain, sa femme, et Tarnier, son ami inséparable. Sur le conseil de ce dernier, il chercha sa voie du côté de l'obstétrique, mais cela ne marcha pas; il rentra un jour chez lui bien décidé à ne plus écouter les plaintes d'une malheureuse qui se permettait de souffrir vingt-quatre heures sans accoucher. Il fit, sur ces entrefaites, la connaissance de Roger, qu'il charma par son esprit et sa gaieté, qui le prit sous sa protection et le fit entrer en 1872 à l'hôpital des Enfants où il fit toute sa carrière.

La grande préoccupation de de Saint-Germain qui exerça la chirurgie avant l'ère de l'antisepsie, était de faire vite. C'est pourquoi il imagina son procédé de trachéotomie en un seul temps. Ses leçons étaient fort suivies, d'abord parce qu'elles étaient bien faites et ensuite parce qu'elles étaient toujours très amusantes : deux d'entre elles sont restées célèbres, l'une sur les déformations du nez où il exhala si drôlement cette plainte : « Le nez s'en va, » l'autre sur l'obésité où il raconta sa propre histoire, en disant qu'il s'agissait de son meilleur ami. Ceux en effet, qui ont connu de Saint-Germain se le rappellent très bien dans ses deux phases bien distinctes, la première où il était énorme, la seconde où il n'était plus que l'ombre de lui-même, mais une ombre encore bien gaie et bien aimable.

Tout en plaisantant et en amusant constamment la galerie, de Saint-Germain fit œuvre utile en prenant pour lui, en ramenant dans le domaine de la chirurgie, l'orthopédie, en se mettant après Jules Guérin et Bouvier, à la tête du mouvement. C'est là un réel mérite qui appartient à de Saint-Germain.

Les anecdotes, toutes plus comiques les unes que les autres, fourmillent dans la vie de ce chirurgien qui trouvait avec cela le moyen de travailler, de faire des publications intéressantes, d'arriver à la renommée et à la fortune. Sa vie n'avait été qu'un éclat de rire, jusqu'au jour où il perdit son fils qui était parti au loin, malgré lui. Alors il cessa de rire et il mourut, triste et déçu, après avoir tenté d'écrire sa vie pour se distraire, mais succombant, malgré les soins si dévoués de sa femme, à son profond chagrin. Joyeuse vie, triste fin : telle fut la vie de de Saint-Germain qui fit œuvre utile en faisant rentrer, dans le domaine de la chirurgie, l'orthopédie. Il laissa d'assez nombreux travaux. Mais l'œuvre ne survit pas à son auteur. Peu importe; son passage dans ce monde n'aura pas été inutile, puisqu'il laisse un souvenir aimable et gai dans le cœur de tous ceux qui l'ont approché.

Le Directeur-gérant : D[r] François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE . PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 25 mars 1907, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), de midi à trois heures, du lundi 18 février au samedi 2 mars inclusivement.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Par suite de l'indisposition de l'un des juges, il n'y a pas eu de séance du concours d'agrégation depuis mercredi soir.

La suite de l'exposé des titres reprendra le mardi 29 janvier à quatre heures trois quarts. La liste d'admissibilité sera vraisemblablement connue jeudi soir.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 25 janvier 1907 : MM. Fenestre, 12; Henry et Ménard (Pierre), 11; Davesne, Jumentié et Le Grand, 10; Bernard et Gras, 7; Chanoine-Davranches, 5.

Séance du 27 janvier : MM. Debertrand et Stroëhlin, 13; Mallet (Raymond) et Railliet, 11; Boulard et Riberol, 10; Quinquaud, 9; Gaillard, 7; Bouhey et Thiel, 5.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — RENNES. — Un concours sera ouvert devant la Faculté de médecine de Paris, le 24 juin 1907, pour un emploi de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris un mois avant l'ouverture du concours.

L'IMPOT SUR LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES A LA COMMISSION DU BUDGET. — La commission du budget s'est occupée samedi des modifications apportées par le Sénat au budget de 1907.

En ce qui concerne les taxes sur les spécialités pharmaceutiques, disjointe du budget par le Sénat, la commission a décidé de la maintenir. Toutefois elle a décidé que cette taxe serait fixée d'une manière uniforme au taux de 5 p. 100.

Le projet primitif, qui imposait de 10 p. 100 les spécialités et les articles hygiéniques et de toilette, devait rapporter 7 millions. Les articles hygiéniques ayant été exonérés, l'impôt ne devait plus rapporter que 3 millions environ. Réduit à 5 p. 100, et portant seulement sur les spécialités pharmaceutiques, l'impôt ne rapportera pas 1 500 000 francs, bien que M. le ministre des finances, avec son optimisme habituel, l'évalue à 3 millions.

Cette brimade parlementaire serait risible, si elle ne compromettait gravement les intérêts d'une industrie française !

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — La Société de chirurgie a décerné les prix suivants :

Prix Marjolin Duval à M. Chevassu pour sa thèse sur les tumeurs du testicule.

Prix Laborie. — Le prix n'est pas décerné. Une mention honorable et 600 francs à titre d'encouragement sont accordés à M. Maurice Patel pour son mémoire sur les sigmoïdites et les périsigmoïdites.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Sont nommés membres du jury du concours du 4 mars 1907 pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés, savoir :

Président, M. le docteur Drouineau, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur.

Membres titulaires, MM. les docteurs Thoinot, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine; Rémond, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse (maladies mentales); Paris, chargé de cours à la Faculté de médecine de Nancy (maladies mentales); Vallon, médecin en chef de l'asile clinique Sainte-Anne, à Paris; Girma, directeur-médecin à l'asile public d'aliénés de Pau (Basses-Pyrénées); Pichenot, médecin en

chef de l'asile public d'aliénés de Montdevergues (Vaucluse).

Membre suppléant, M. le docteur Chocreux, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Bailleul (Nord).

GUERRE. — Après concours, MM. les docteurs Walter, Desquiens, Leduc et Langlois sont nommés médecins stagiaires au Val-de-Grâce.

MUTATIONS. — M. le médecin principal de première classe Maljean, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte du Mans, passe à l'hôpital d'eaux minérales d'Amélie-les-Bains.

M. le médecin principal de deuxième classe Loup, des salles militaires de l'hospice mixte du Mans, est nommé médecin chef des salles militaires dudit hospice.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Jolly, du 59e rég. d'inf., passe au 1er rég. étranger; Bertelé, du 1er rég. étranger, passe au 59e rég. d'inf.

M. le médecin aide-major de première classe Bouclier, des hôpitaux de la division d'Alger, passe au 1er rég. de chasseurs d'Afrique.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Thivol, du 1er rég. de chasseurs d'Afrique, est affecté pour ordre, à l'hôpital militaire du Dey à Alger; Trucy, de l'hôpital militaire de Marseille, passe au 163e rég. d'inf.; Feuilli, de l'hôpital militaire de Nancy, passe au 10e bat. de chass. à pied.

MARINE. — M. le docteur Mathieu, élève du service de santé, est nommé au grade de médecin de troisième classe.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Paul Le Borgne (de Pleyben).

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU. — COURS DE PERFECTIONNEMENT. — M. le professeur de Lapersonne, assisté de MM. Weiss, Monthus, Cantonnet et Gellé, commencera le mardi 9 avril prochain, à trois heures, à l'Hôtel-Dieu, un cours de *technique ophtalmologique*, comprenant la médecine opératoire, l'ophtalmométrologie, l'anatomie pathologique et la bactériologie oculaires, la rhinologie appliquée à l'ophtalmologie, etc. Les élèves seront exercés individuellement aux exercices opératoires et aux manipulations : ils seront appelés à tour de rôle à examiner les malades de la Clinique. Les inscriptions seront reçues à la Faculté les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures, à partir du 1er mars.

HOPITAL BROCA. — MALADIES DE LA PEAU. — M. J. Darier commencera le samedi 2 février, à dix heures et demie, une série de conférences de dermatologie (avec présentation de malades et projections microscopiques), et continuera les samedis suivants à la même heure.

AVIS. — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes du Carnaval.* — A l'occasion des fêtes du Carnaval, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 9 février 1907, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 13 février.

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

(Leçons du mardi de la Salpêtrière.)

SUR QUELQUES

AFFECTIONS DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES

Par M. le professeur RAYMOND (1).

Messieurs,

Je reprends aujourd'hui mes cours de clinique des maladies nerveuses, et fidèle à la tradition de cette chaire, je consacre, comme je le fais depuis douze ans, cette matinée du mardi à l'étude essentiellement clinique des malades. Je les connais souvent à peine; c'est donc une véritable consultation que je fais devant vous, comme vous devez la faire vous-mêmes dans votre cabinet; c'est de la clinique extemporanée, ce sont des leçons improvisées suivant le hasard même de la clientèle de cette clinique.

Il a fait qu'aujourd'hui je puis réunir devant vous quelques cas de lésions des nerfs périphériques et j'entrerai tout de suite en matière en vous présentant cet homme vigoureux, âgé de vingt-neuf ans, exerçant la profession de relieur. Il n'avait jamais été malade jusqu'ici, lorsque, il y a dix-huit mois environ, il commença à percevoir, dans l'éminence hypothénar de la main gauche, des sensations pénibles d'engourdissement. Un peu plus tard, un matin, c'est le petit doigt qui à son tour est engourdi; petit à petit, la main gauche en entier devient maladroite; et en s'observant, le malade constate une difficulté, une parésie dans certains mouvements des doigts. Cette parésie s'accentuant lentement, mais progressivement, il vint ces jours derniers nous consulter.



FIG. 1. — *Paralysie du cubital.* (Extension de la première phalange. Flexion des deux autres.)

Il est visible que la main gauche est un peu atrophiée. Les éminences thénar et hypothénar sont aplaties et molles. Dans l'extension forcée, la main prend un aspect caractéristique : les premières phalanges sont fortement étendues : les deuxième et troisième phalanges à demi fléchies.

Décomposons les mouvements des doigts : la flexion des premières phalanges seule est affaiblie ; l'extension des deuxième et troisième se fait à peine, alors que l'extension des premières se fait avec force. Les mouvements d'abduction et d'adduction des doigts sont difficiles, l'adduction du pouce très faible et l'opposition du petit doigt est nulle. C'est dire que adducteur du pouce, interosseux et lombricaux, petits muscles de l'éminence hypothénar sont également paralysés. D'ailleurs, l'examen électrique montre la réaction de dégénérescence dans les muscles hypothénar. Le cubital paraît donc responsable de ces phénomènes.

Or, point intéressant, il n'existe aucun trouble de la sensibilité, et vous savez qu'il n'existe point de névrite de quelque durée qui ne s'accompagne tout au moins d'hypoesthésie, dans le territoire du nerf atteint. Aussi, lorsqu'une atrophie musculaire intéressant les muscles de la main, du type dit Aran-Duchenne, survient isolée, sans troubles de la sensibilité objective, doit-on penser aux affections qui lèsent uniquement le neurone médullo-musculaire, sans toucher aux fibres sensitives. Les affections, ainsi localisées au système moteur, sont celles de la corne antérieure de la moelle.

Vous voyez tout l'intérêt du diagnostic, car le pronostic en découle et il est tout différent si la lésion siège dans la cellule motrice ou dans son prolongement. Eh bien, serions-nous ici en présence d'une affection myélopathique?

L'unilatéralité des lésions, leur localisation aux muscles de la main sans progression ascendante depuis dix-huit mois, l'absence de contractions fibrillaires et de modifications dans l'état des réflexes, permettent de rejeter cette supposition.

D'ailleurs l'étude anatomique de la distribution du cubital nous donnera l'explication de l'absence de tout phénomène de sensibilité objective dans le cas particulier. De ses deux branches terminales, la branche profonde ne donne aucun rameau cutané ; elle innerve par contre tous les muscles de la main, sauf le court abducteur et l'opposant du pouce. La branche superficielle, branche sensitive, innerve la peau de la partie interne de la main. Une lésion limitée de la branche profonde du nerf cubital détermine donc une paralysie sans troubles sensitifs.

Or il n'est point dans le caractère des névrites que nous voyons ordinairement, névrites toxiques ou infectieuses, de se localiser ainsi à une seule branche nerveuse. Elles sont au contraire diffuses, comme l'indique le nom de polynévrites qui leur a été justement donné.

Il a donc fallu, dans le cas présent, que cette branche profonde du cubital soit atteinte isolément, directement. Nous allons voir de quelle façon.

Cet homme est relieur; toute la journée, de sa main gauche, il tourne une roue, qu'il meut péniblement en appuyant sur elle le talon de sa main. Il a même remarqué, après avoir exercé longtemps ce mode de travail, que des fourmillements plus accusés se faisaient sentir. A n'en point douter, c'est dans la compression, répétée depuis des années, du nerf sur le plan résistant de l'apophyse unciforme de l'os crochu qu'il contourne, qu'il faut voir la cause de cette paralysie.

Une dernière question se pose : pourquoi cet homme, qui exerce son métier depuis de nombreuses années, a-t-il attendu jusqu'à l'année précédente pour

(1) Leçon recueillie et publiée par M. CHARTIER, interne du service.

présenter ces accidents? Il est facile d'y répondre : c'est qu'une cause prédisposante quelconque est survenue pour rendre plus vulnérable l'appareil des nerfs périphériques. Interrogeons-le sur ce point : il avoue un peu d'éthylisme, ce qu'on pourrait appeler l'alcoolisme physiologique de l'ouvrier parisien; de plus, il a souffert pendant plusieurs mois d'une blennorragie mal soignée. C'était plus qu'il ne faut pour prédisposer à une névrite, qui, vu l'importance primordiale de la cause première, n'en reste pas moins une névrite professionnelle.

Le traitement, c'est tout d'abord la cessation momentanée de la profession actuelle, c'est l'électrisation faradique. Plus tard, nous lui conseillerons de modifier son travail et de protéger la paume de sa main par un solide gant de cuir.

Le deuxième cas que je vais mettre sous vos yeux concerne une jeune fille, âgée de vingt et un ans, employée au Crédit lyonnais. C'est vous dire que, toute la journée, elle écrit dans une position invariable, assise trop bas devant un pupitre trop haut. Son bras, mal appuyé, fatigue constamment, d'autant qu'au bas des grands livres, le bord interne de sa main ne prend plus point d'appui.

Au mois de mars 1905, elle constate, principalement à la fin de la journée, des fourmillements, un certain engourdissement dans le bord interne de la main droite et l'auriculaire. Bientôt elle s'aperçoit de la diminution de la sensibilité objective dans les mêmes régions, puis d'une gêne fonctionnelle et d'un certain degré de paralysie dans l'auriculaire.

Quelques semaines plus tard ces phénomènes s'étendent à l'annulaire et au médius. Les troubles subjectifs de la sensibilité disparaissent à cette époque.

Depuis, la paralysie resta stationnaire. Malgré la gêne fonctionnelle et une certaine maladresse des mouvements, Mlle R... continue sa profession; elle lutte contre la fatigue qui survient rapidement dans la main, dès le début de la journée, et ce n'est qu'à la fin de septembre, constatant un symptôme nouveau : l'atrophie de la main parésiée, qu'elle se décide à consulter un médecin. Celui-ci la dirige sur la Salpêtrière.

Remarquez d'abord que, chez cette jeune fille, la marche, les divers mouvements des membres, sont absolument normaux et que les troubles se localisent à la main droite. Cette main est amaigrie : l'atrophie musculaire prédomine au niveau de l'éminence hypothénar et des interosseux, mettant en relief sur le dos de la main le gril des métacarpiens.

Voyons maintenant quels sont les muscles parésiés. La plupart des mouvements de la main sont parfaitement conservés; l'adduction (cubital antérieur) est cependant affaiblie et la corde dessinée d'ordinaire par le tendon de ce muscle n'est plus aussi fortement tendue.

L'extension de la première phalange des doigts est bien conservée; l'extension des deux autres phalanges est plus faible, surtout pour le troisième et le quatrième doigt. C'est dire que l'extenseur commun des doigts est intact, et que les interosseux et une partie des lombricaux sont atteints.

La flexion des deuxième et troisième phalanges est forte pour l'index et le médius, affaiblie pour l'annulaire et l'auriculaire (parésie de deux chefs internes du fléchisseur profond). La flexion des premières phalanges est faible pour l'annulaire et l'auriculaire. Les mouvements de latéralité des doigts sont difficiles. L'opposition du petit doigt se fait à peine : c'est encore incriminer les interosseux, le troisième et le quatrième lombrical et les muscles de l'éminence hypothénar. L'adducteur du pouce participe à cette parésie.

Rappelez un instant vos connaissances anatomiques : quel est le nerf dont la distribution comprend les muscles atteints? C'est le nerf cubital.

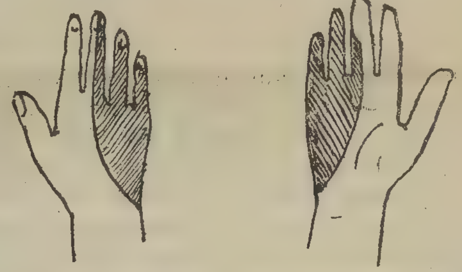


FIG. 2. — *Compression du cubital au coude.* (Troubles de la sensibilité).

Sauf un peu d'engourdissement persistant dans la moitié interne de la main, les troubles subjectifs du début ont disparu. Objectivement, par contre, persistent des troubles de la sensibilité : une hypoesthésie à tous les modes, et distribuée selon le schéma, c'est-à-dire dans la moitié interne de la main, face dorsale et face palmaire. Le nerf correspondant : c'est encore le cubital.

J'ajouterai que, dans les muscles atteints fonctionnellement, l'examen électrique dénote une réaction de dégénérescence partielle.

Au point de vue anatomique, la conclusion à tirer de ces phénomènes est fort simple : il existe une lésion du cubital assez importante pour que la réaction de dégénérescence soit apparue dans les muscles de son domaine; cette lésion est vraisemblablement située au-dessus de l'avant-bras, puisque l'innervation des deux chefs internes du fléchisseur profond des doigts est compromise.

Il n'y a point en effet à chercher une lésion du cerveau ou de la moelle. Vous savez que les premières ne se manifestent pas par des paralysies aussi localisées, et que les secondes ont une distribution différente.

La paralysie du plexus brachial à type radiculaire inférieur peut se rapprocher davantage d'une paralysie cubitale. Mais rappelez-vous qu'elle frappe en plus les muscles de l'éminence thénar, que l'anesthésie occupe en outre la partie interne de l'avant-bras, qu'il est de règle d'observer des phénomènes oculo-pupillaires, et que des troubles trophiques importants en sont rapidement la conséquence.

Dans le cas présent, c'est donc le tronc même du nerf cubital qui est atteint, par une lésion dont il faut maintenant préciser la nature. Une première

au point de vue théorique, le sont aussi au point de vue pratique, spécialement en ce qui concerne la diphtérie. Les cliniciens ont en effet remarqué qu'à certains moments il semble que le pouvoir du sérum ne soit plus le même, et il est nécessaire d'injecter de plus fortes doses. Ces moments sont précisément ceux où il existe, en même temps que la diphtérie, une autre épidémie, telle que la grippe ou la scarlatine, ce qui est le cas actuellement à Paris. Aussi est-il indiqué d'injecter d'emblée des doses doubles des doses habituelles.

Les sulfo-éthers urinaires dans l'ictère par rétention. — MM. Henri Labbé et G. Vitry ont montré, dans leurs précédentes recherches, qu'à l'état normal les sulfo-éthers urinaires sont directement proportionnels aux matières albuminoïdes ingérées. Poursuivant leurs recherches sur les cas pathologiques, ils ont constaté toutes les fois que, par suite d'un obstacle sur les voies biliaires, la bile ne passait plus dans l'intestin, mais se retrouvait au contraire dans l'urine, la quantité de sulfo-éthers urinaires s'élevait considérablement au-dessus de la normale ; quand la bile reprenait son cours normal, le chiffre des sulfo-éthers retombait au chiffre que faisait prévoir l'alimentation albuminoïde du sujet; le même fait fut constaté dans trois crises de rétention biliaire chez le même sujet. Il semble donc que la bile joue un rôle important dans ces cas, soit par son absence du tube intestinal, soit par sa présence dans l'urine.

Le collargol en injections intramusculaires. — M. Capitan propose de remplacer la méthode des injections intravasculaires de collargol dans les cas où elles sont très difficiles à pratiquer que par l'injection intramusculaire du même sel. Dans plusieurs faits d'infections diverses, il a eu des succès en injectant plusieurs fois en vingt-quatre heures, profondément dans les muscles de la cuisse, 2 à 4 centimètres cubes à la fois d'une solution de collargol à 2 p. 100 dans de l'eau distillée stérilisée. Il n'a jamais observé aucun accident, bien que, dans un cas de méningite pneumonique particulièrement grave, il ait fait en vingt-quatre heures six injections intramusculaires, de 2 centimètres cubes chacune, de la solution sus-indiquée. Le malade, d'ailleurs, a guéri.

Cette méthode, beaucoup plus facile à employer que les injections intravasculaires, mérite d'être connue et expérimentée.

M. Netter fait remarquer que cette méthode peut être employée quand on ne peut user de la voie intraveineuse, mais que celle-ci conserve sa supériorité au point de vue de la puissance thérapeutique.

Causes de l'augmentation vespérale de la température normale. — A propos des communications récentes de MM. Toulouse et Piéron sur la marche nycthémérale de la température normale, le docteur Maurel rappelle les expériences que, dans le même but, il a faites dès 1882 et qui ont été publiées en 1889.

Dans cette note, il signale les points sur lesquels les observations de MM. Toulouse et Piéron viennent appuyer les siennes. Ces points sont les suivants :

1° Possibilité de renverser la marche nycthémérale de la température normale en changeant les conditions diurnes et nocturnes de la vie ;

2° La nécessité de prolonger pendant un certain temps ces conditions pour arriver à conserver ces températures ;

3° Rôle joué par les mouvements pour obtenir ce résultat.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX

(Séance du 24 janvier 1907)

Traitement des fractures du col chirurgical de l'humérus (chez l'enfant) par un appareil plâtré thoraco-brachial en abduction. — M. Henri Judet a traité trois cas de fracture du col chirurgical, à grand déplacement par un appareil plâtré maintenant le bras dans la position d'abduction à 45 degrés par rapport à l'axe du corps. On commence par construire avec des bandes plâtrées un bandage entourant la moitié supérieure du thorax, passant sur les épaules et figurant en un mot la partie supérieure d'un corset de Sayre. L'enfant est ensuite endormi au bromure d'éthyle et on pratique la réduction dans la position assise. La réduction est faite par un aide qui tire sur le bras placé en abduction plus ou moins marquée. Le chirurgien vérifie la coaptation et, lorsqu'il la juge parfaite, il complète l'appareil en enroulant des bandes plâtrées de Sayre depuis l'épaule jusqu'au poignet. Le coude est pris à angle droit.

L'appareil ainsi construit remplit les indications suivantes : il immobilise exactement l'omoplate et l'humérus, maintient le bras en position d'abduction à 45 degrés de telle sorte que le fragment supérieur a peu de tendance à abandonner le fragment inférieur. Cet appareil assure également l'extension continue par sa partie antibrachiale, la contre-extension par sa partie thoracique et par suite s'oppose au chevauchement suivant l'axe.

Dans les trois cas, cet appareil thoraco-brachial en abduction est resté dix jours en place.

Il a été bien toléré et a donné dans tous ces cas une guérison complète anatomique et fonctionnelle.

Un cas de grossesse extra-utérine bilatérale. — M. Hepp a opéré, le 23 décembre 1904, une fille de vingt ans parfaitement saine d'ailleurs. Cette femme avait cessé d'être réglée au mois de septembre ; le 2 novembre, au cours d'un coït, douleur violente et syncopale dans le bas-ventre, à droite, qui est le point de départ d'une hématocèle rétro-utérine. Six semaines après, la malade présente une énorme tuméfaction remontant jusqu'à l'ombilic, déprimant les culs-de-sac vaginaux, rejetant l'utérus en avant contre la symphyse pubienne; comme elle avait de la fièvre, le chirurgien attendit la défervescence complète pour opérer.

A l'ouverture du ventre, on trouve une énorme poche à droite remplissant la fosse illiaque, remplissant le Douglas et repoussant l'utérus en avant ; à gauche, les annexes mobiles sont vascularisées et présentent, au-dessous de la trompe, un kyste qui se crève et d'où sort, enveloppé de liquide clair, un embryon de six semaines environ.

Les deux annexes étant malades, le chirurgien fit une hystérectomie dont les suites furent des plus simples.

M. Hepp pense s'être trouvé en présence d'une grossesse tubaire droite avec avortement tubaire, grossesse de plus de trois mois, et d'une grossesse ovarienne ou juxta-ovarienne gauche de six semaines. La fécondation se serait faite à gauche, grâce au même coït qui a déterminé l'avortement tubaire à droite.

Étant donné la rareté des grossesses ovariennes, M. Delaunay ne partage pas entièrement l'avis de M. Hepp. MM. Jayle et Lequeux pensent qu'il s'agit plutôt d'une greffe secondaire de l'œuf.

La conférence habituelle a été faite par M. Reymond, sénateur, sur le médecin de ville et le médecin de campagne.

PRATIQUE MÉDICALE

Le globule sanguin est volumineux, déformé et nucléé dans la chloro-anémie grave de troisième degré. Pour le ramener à son état normal, plein et discoïde, il ne suffit pas de lui donner du fer, il lui faut en même temps de l'azote nutritif. C'est alors que le globule sanguin met le minimum de temps pour se rétablir.

Autrement dit, il faut employer un ferrugineux en même temps que l'on réveille vivement l'appétit.

La meilleure formule synthétique comprend artémisine, quassine cristallisée et protoxalate de fer (formule des dragées Briss), comme il est fait aux hôpitaux de Vienne. La réunion de ces médicaments est légèrement laxative, donne un appétit presque immédiat et les couleurs se montrent dès le dixième jour.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 4 AU 9 FÉVRIER 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 4 février, à une heure. — 2e (1re série) : MM. Gautier, Roger et Branca; — (2e série) : MM. Ch. Richet, Retterer et André Broca; — (3e série) : MM. Blanchard, Gley et Desgrez.

3e (1re partie, oral) : MM. Reclus, Lepage et Cunéo; — M. Claude, suppléant.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Gosset et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Segond, Legueu et Proust; — M. Balthazard, suppléant.

Mardi 5 février, à une heure. — 2e (1re série) : MM. Retterer, Mauclaire et Cunéo; — 2e série) : MM. Gley, Launois et Maillard; — M. Carnot, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Berger, Albarran et Marion; — (2e série) : MM. Pozzi, Auvray et Morestin; — (2e partie) : MM. Joffroy, Renon et Gougét; — M. Dupré, suppléant.

Mercredi 6 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Mauclaire et Cunéo.

2e (1re série) : MM. Gariel, Roger et Legry; — (2e série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Desgrez; — (3e série) : MM. Blanchard, Gley et André Broca.

3e (1re partie, oral) : MM. Kirmisson, Sébileau et Potocki; — (2e partie) : MM. Joffroy, Teissier et Marcel Labbé; — M. Vaquez, suppléant.

4e : MM. Pouchet, Landouzy et Richaud.

Jeudi 7 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Albarran, Thiéry et Marion.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Bezançon et Maillard.

2e : MM. Gley, Launois et Desgrez.

3e (2e partie, oral) : MM. Raymond, Renon et Gouget.

4e : MM. Gilbert, Dupré et Méry; — M. Auvray, suppléant.

Vendredi 8 février, à une heure. — 2e (1re série) : MM. Gautier, Blanchard et Gley; — (2e série) : MM. Gariel, Déjerine et Branca; — (3e série) : MM. Ch. Richet Desgrez et Legry; — (4e série) : MM. Pouchet, Roger et Retterer.

3e (1re partie, oral) : MM. Terrier, Wallich et Cunéo; — M. Pierre Duval, suppléant.

5e (1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki; — M. Richaud, suppléant.

Samedi 9 février, à une heure. — 2e (1re série) : MM. Retterer, Langlois et André Broca; — (2e série) : MM. Gley, Launois et Maillard; — M. Vaquez, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Bar et Brindeau; — M. Carnot, suppléant.

THÈSES

Mercredi 6 février 1907, à une heure. — M. Maurice Rouzaud. Fréquence. Prophylaxie et traitement des crevasses du mamelon. (MM. Pinard, président; Terrier, Segond et Wallich.) — M. L. Vinçon. De l'anesthésie par les mélanges d'air et de chloroforme au moyen de l'appareil Ricard. (MM. Terrier, président; Pinard, Segond et Wallich.) — M. A. Caldaguès. L'exclusion intestinale par le procédé d'écrasement. (MM. Segond, président; Pinard, Terrier et Wallich.) — M. Wulfing. Contribution à l'étude de la pathologie nerveuse et mentale chez les anciens Hébreux et dans la race juive. (MM. Déjerine, président; Gaucher, Claude et Balthazard.) — M. Lachapelle. Contribution à l'étude des gommes hérédo-syphilitiques de la voûte et du voile du palais. (MM. Gaucher, président; Déjerine, Claude et Balthazard.)

Jeudi 7 février 1907 à une heure. — M. Louis Faugeron. Comparaison de l'élimination rénale pendant le jour et pendant la nuit. (MM. Debove, président; Pouchet, Jeanselme et Richaud.) — M. Henri Prince. Contribution à l'étude de l'érysipèle gangréneux. (MM. Debove, président; Pouchet, Jeanselme et Richaud.) — M. Louis Isou. La défense du vin et la lutte antialcoolique. Etude de la question dans la région de Marcillac (Aveyron). (MM. Pouchet, président; Debove, Jeanselme et Richaud.) — M. Alfred Foucart. Polymyosites primitives. (MM. Le Dentu, président; Pozzi, Faure et Morestin.) — M. Jean-Louis David. Indications et procédés opératoires de la jéjunostomie. (MM. Le Dentu, président; Pozzi, Faure et Morestin.) — M. C. Nandrot. Contribution à l'étude des kystes dermoïdes du médiastin antérieur. (MM. Pozzi, président; Le Dentu, Faure et Morestin.) — M. Louis Bougarel. L'adénopathie trachéo-bronchique des nourrissons. Son diagnostic par le cornage bronchitique expiatoire et la radioscopie. (MM. Berger, président; Chantemesse, Thiroloix et Carnot.) — M. Jules Roy. Les péritonites par propagation au cours de la fièvre typhoïde. (MM. Chantemesse, président; Berger, Thiroloix et Carnot.) — M. Louis Monier. Des hépato-pancréatites scléro-hypertrophiques (alcool et tuberculose). (MM. Chantemesse, président; Berger, Thiroloix et Carnot.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. (N° 205, 10 janv. 1907.) G. Hudellet : Action des rayons X sur le foie. — H. Bordier : Influence du nombre de décharges électriques sur la quantité de rayons X émise par une ampoule radiogène. — A. Imbert et H. Marquès : Pigmentation des cheveux et de la barbe par les rayons X. — Jules Curchod : Sur un nouveau dispositif de dosage des rayons X.

Revue neurologique. — (N° 24, 30 déc. 1906.) L. ALQUIER et LHERMITTE : Mal de Pott et syringomyélie (2 fig.). — Ch. MIRALLIÉ et A. GENDRON : L'état des muscles masticateurs dans l'hémiplégie.

Revue scientifique. — (N° 2, 12 janv. 1907.) MIQUEL et MOUCHET : Sur les filtres à sable non submergé. — Ch.-R. EASTMANN : Les éruptions du Vésuve pendant la première partie du moyen âge. — Paul LAPIE : Notes et mémoires de l'Institut Solvay (sociologie). — (N° 3, 19 janv.) H. ROGER : L'occlusion intestinale. Causes et mécanisme des accidents. — P. MIQUEL et H. MOUCHET : Sur les filtres à sable non submergé (*suite*).

Therapie der Gegenwart. — (Fasc. I, janv. 1907.) F. KRAUS : Devons-nous traiter la fièvre? — F. SCHULTZE : I. De la paralysie pupillaire dans la crise hystérique et la syncope. II. Diagnostic de la leucémie. — O. MINKOWSKI : Traitement de l'hydropisie par la réglementation de l'apport de l'eau et du sel. — G. KLEMPERER : Quand doit-on opérer les gangrènes diabétiques? — GÉRONNE : Contribution à l'étude de la question de la fièvre hépatique syphilitique. — W. KRÜGER : Recherches cliniques sur un nouveau diurétique, « Theolactine ». — Léopold ALKAN : Thérapeutique de la goutte. — Ernst SACHS : Guérison de sténoses pyloriques par des injections sous-cutanées de thiosinamine. — Julius SIMON : Stase céphalique de Bier comme remède dans le mal de mer. — G. HAUFFER : Le tricycle comme moyen de locomotion pour les malades au lieu du fauteuil roulant.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 1, 16 janv. 1906.) D'HOTEL : Deux cas d'empoisonnement par l'acide phénique. Lavage de l'estomac. Guérison.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 2, 10 janv. 1907.) Werner VON JAUREGG : Deuxième rapport sur le traitement du crétinisme endémique par la substance thyroïdienne. — RIEDL : Un nouveau cas de luxation totale des vertèbres cervicales avec guérison. — HAUSER : Radio-activité des sources de Teplitz-Schöuauer. — KÜLBS : Un cas d'actinomycose du gros orteil. — KREIBICH : Réponse au travail de Torök : « L'angioneurose et l'inflammation hématogène de la peau. »

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 13. — JEUDI 31 JANVIER 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 31 JANVIER 1907. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, le 30 janvier 1907.

Dans la séance du 22 janvier, M. le ministre de l'Instruction publique répondant à notre confrère, le sénateur Reymond, lui disait à propos de « la réorganisation complète des études médicales » : « Dès à présent nous nous occupons de constituer une commission chargée d'*éluder* [sic] (1) la question et je puis assurer qu'elle sera composée de manière que toutes les compétences puissent s'y faire entendre. »

Eluder la question, n'est sans doute que le fait d'une irrémédiable et fâcheuse coquille, à laquelle tout journal, fût-il officiel, se trouve exposé. L'honorable M. Briand a sans doute voulu dire : nous nommerons « une commission, chargée d'enterrer la question ». Car c'est là le rôle classique de toute commission qui se respecte qu'elle soit ou non parlementaire. Nos lecteurs ont dû d'eux-mêmes d'ailleurs rétablir la phrase de M. le ministre dans toute sa pureté originelle.

On s'occupera de constituer une commission, qui s'occupera de se réunir, et dans ses réunions, on s'occupera de mille choses intéressantes, de tout, sauf d'aboutir. Et le temps passera, se chargeant de concilier toute chose. La petite secousse qui a fait un instant frissonner le corps médical, sera depuis longtemps calmée, avant que la commission ait commencé à fonctionner.

(1) *Journal officiel*, 1907, p. 220, 2e colonne.

Aussi, que M. le ministre nous promette d'éluder, d'enterrer ou d'étudier la question, peu nous importe à nous autres médecins, enregistrons sa promesse, elle vaut ce que vaut une promesse ministérielle. Mais n'ayons pas la naïveté de compter sur sa prompte et efficace réalisation. Nous obtiendrons ce que nous voulons, à condition de le bien vouloir et de faire savoir que nous le voulons.

Méfions-nous d'anodines réformes qu'on nous proposera, et gardons-nous d'oublier qu'il s'agit d'une véritable « réorganisation de l'enseignement médical ». Nous avons des associations professionnelles nombreuses, puissantes et respectées, nous avons des sociétés savantes dont la parole fait autorité ; nous avons enfin et surtout des Facultés qui se rendent compte de l'insuffisance de leur enseignement technique. Ne sont-ce pas là des éléments suffisants pour réussir ?

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Lecture des copies. — *Anatomie.* — Séance du 28 janvier 1907 : MM. Basset, Guillaume (Maurice) et Paillard, 12 ; Aine, Corpechot et Perdoux, 11 ; Collin et Detré, 10.

Séance du 30 janvier : MM. Cadenat et Lévy (Edmond), 12 ; Dehelly, 11 ; Potelet et Savouré, 10 ; Galup et Haller, 9 ; Bax et Serée, 6.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 1er février, à cinq heures, à la salle des Saints-Pères.

Pathologie. — Séance du 28 janvier : MM. Barbet, Cesbron et Mascarenhas, 12 ; Berger, Lerat (Henry) et Verdoux, 11 ; Bachy et Velter, 10 ; Delort, 8 ; Houlmann, 6.

Maison départementale de Nanterre. — Le concours pour deux places de médecin suppléant de la maison départementale de la Seine, s'est terminé par la nomination de MM. Oppenheim et François Dainville.

L'impot sur les spécialités pharmaceutiques. — La Chambre des députés a examiné lundi soir le projet d'impôt sur les spécialités pharmaceutiques. Après un excellent discours de M. Caseneuve et malgré une vive défense de M. le ministre des finances, la disjonction a été prononcée à une énorme majorité : après vérification, 464 voix contre 58. Espérons que nous n'en entendrons plus jamais parler.

L'ASSISTANCE MÉDICALE AUX INDIGÈNES EN AFRIQUE OCCIDENTALE. — On sait que M. Roume, gouverneur général de l'Afrique occidentale française, a organisé dans son gouvernement l'assistance médicale aux indigènes. Il s'agit de donner à ceux-ci des soins médicaux, des conseils d'hygiène, et de les vacciner.

Ce service est assuré par des médecins des troupes coloniales et par des médecins civils recrutés en France. Ceux-ci doivent avoir moins de trente-cinq ans. Ils sont engagés pour une durée de cinq ans, divisée en deux périodes de deux ans, séparées par un congé de six mois, et reçoivent une solde annuelle de 10000 francs, plus 2000 francs d'indemnité de séjour et de vivres.

Mais il résultait des règlements que ces médecins civils pouvaient à leur volonté résilier leur engagement, tandis que le gouvernement était lié sans conditions avec eux. Or, l'expérience semble avoir démontré que certains n'étaient pas aptes au service qu'on exigeait d'eux. Un nouvel arrêté, publié dans le *Journal officiel* de l'Afrique occidentale française, permet de rapatrier sans autres frais que ceux du voyage ceux dont on aurait à se plaindre soit à cause de leur insuffisance, soit à cause de leur indiscipline. Ce licenciement sera prononcé par le gouverneur général, sur rapport motivé du chef du service de santé de la colonie et avis du médecin-inspecteur des services sanitaires civils. (*Le Temps.*)

MARINE. — Sont promus :

Au grade de directeur du service de santé. — M. Hyades.

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. Jan.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — MM. Laugier et Aubert.

Au grade de médecin principal. — MM. Berriat et Seguy.

Au grade de médecin de première classe. — MM. Bellile et Le Feunteun.

HOTEL-DIEU. — CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES. — M. Gilbert Ballet reprendra ses leçons cliniques, à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre Trousseau, le dimanche 3 février, à dix heures précises, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Le samedi toute l'année, à neuf heures et demie, consultation externe pour les maladies nerveuses et mentales, et policlinique (salon de la salle Sainte-Anne).

INFIRMERIE SPÉCIALE DE SAINT-LAZARE (107, faubourg Saint-Denis). — COURS COMPLETS ÉLÉMENTAIRES ET PRATIQUES DE SYPHILIGRAPHIE ET DE VÉNÉRÉOLOGIE (ANNÉE 1907). — Ces cours sont faits deux fois par an par les médecins et chirurgiens de l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare.

La première série de ces cours commencera le mardi 12 février à dix heures et demie du matin, et se continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Ce cours sera fait le mardi, par M. le docteur Le Pileur (syphiligraphie); — le jeudi, par M. le docteur Verchère (vénéréologie); — le samedi, par M. le docteur Ozenne (syphilis viscérale), et sera complet en dix-huit leçons.

Seront admis à suivre ces cours les docteurs et les étudiants en médecine, pourvus de seize inscriptions, qui se feront inscrire chez le directeur de Saint-Lazare.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes du Carnaval.* — A l'occasion des fêtes du Carnaval, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 9 février 1907, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 13 février.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLV, n° 16, 27 déc. 1906.) David L. EDSALL : L'intolérance des graisses. — Horace PACKARD : Une méthode simple de traitement du moignon dans l'appendicectomie (avec 4 fig.). — David D. SCANNELL : Ablation d'un corps étranger de l'œsophage, sept semaines après son ingestion avec l'aide de la radioscopie, sans opération (avec 1 fig.). — Théodore C. BUBE : Un cas inusité d'abcès cérébral. — (Vol. CLVI, n° 1, 3 janv. 1907.) David W. CHDEVER : « Mens sana in corpore sano. » — C. A. DREW : Quelques problèmes médicaux dans les services publics des Etats-Unis. — L. R. G. CRANDON et David D. SCANNELL : La péritonite généralisée et l'irrigation prolongée de la cavité abdominale (avec 8 fig.). — Walter A. GRIFFIN : Un cas de kyste dermoïde du médiastin antérieur (avec 1 fig.).

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 1, 8 janv. 1907.) E. ROCHARD : Des soins consécutifs à l'opération de la fistule à l'anus. La question de la mèche. — (N° 2, 15 janv.) Albert ROBIN : L'entéro-colite muco-membraneuse et son traitement. — BARDET : Régime du dyspeptique hypersthénique.

Bulletin médical. — (N° 2, 9 janv. 1907.) E. DUPRÉ : Revue clinique des démences. — (N° 3, 12 janv.) THIROLOIX : Classification des artérites syphilitiques. Hémiplégie d'origine syphilitique. — (N° 4, 16 janv.) Paul BERGER : Déformations tardives survenant dans des fractures qui semblaient régulièrement consolidées. — JACQUET : Tachyphagie et ataraxie digestive. — (N° 5, 19 janv.) OULMONT et LIAN : Rupture du cœur, ralentissement du pouls. Crises épileptiformes. Importance pathogénique des lésions cardiaques. — BOUSQUET : Une grenouille dans l'intestin. Guérison par suggestion due à l'emploi d'images radiographiques. — A. PÉCHIN : Forme spéciale de tuberculose oculaire.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 2, 12 janv. 1907.) POLLAND : Rôle étiologique du centre vaso-moteur dans les névroses cardiaques, la maladie de Basedow et les angionévroses de la peau.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 2, 10 janv. 1907.) KOCH : Rapports sur les travaux de l'expédition allemande pour l'étude de la maladie du sommeil jusqu'au 25 nov. 1906. — RUDINGER : Influence des rayons Röntgen sur les échanges azotés dans la maladie de Basedow. — BERGELL : Sur l'hexaméthyleutétramine et ses sels. — LOOSE : Sur la valeur clinique de la cystopurine. — JÜRGENS : Sur les maladies à aspect typhoïde. — PFISTER : Contribution au traitement interne de l'appendicite. — BOLDT : Glycosurie après disparition d'un goitre. — KRUEGER : Un cas de rupture intrapéritonéale de la vessie. — SACHS : Une simplification de la réaction de Heller.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. (N° 3, 20 janv. 1907.) LEMAIRE : Abaissement de tension superficielle urinaire et biliurie. — DUVERGEY : Deux cas d'appendicite à forme toxi-infectieuse rare (*fin*). — LABORDERIE : Erysipèle du bras chez une cardiaque.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 3, 20 janv. 1907.) E. ROBERT : Considérations sur quelques cas d'intoxication par les vapeurs d'alcools dans la fabrication de la poudre sans fumée (*suite*).

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

(Leçons du mardi de la Salpêtrière.)

SUR QUELQUES

AFFECTIONS DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES

Par M. le professeur RAYMOND (1).

Messieurs, si l'intervention chirurgicale peut venir en aide dans nombre de cas de compression des nerfs périphériques, il est une affection de ces mêmes nerfs où vous devrez avant tout vous défendre de toute tentative opératoire, quels que puissent être les apparences et le désir même du malade : je veux parler des névrites ascendantes, où l'inflammation se propage de l'extrémité périphérique vers les centres.

Les deux sujets que je veux maintenant vous présenter sont des types similaires de cette affection. Le premier est une femme de cinquante-huit ans. Remarquez tout d'abord son aspect général. Avant de prendre contact avec le malade, le médecin doit toujours apprécier d'un coup d'œil ce que l'on appelait autrefois le tempérament, c'est-à-dire le terrain sur lequel la maladie germe, et s'adapte suivant une modalité particulière.

Or, cette femme est pâle et bouffie; les yeux sont tuméfiés, le ventre obèse. Interrogez-la : elle vous dira qu'elle est diabétique depuis quatorze ans.

Il y a quatre mois, sans cause connue d'elle, est survenu un panaris du médius de la main droite. Ce panaris, malgré un traitement attentif et une incision opportune, a longtemps suppuré et s'est accompagné d'un œdème lymphangitique du dos de la main, d'une lymphangite tronculaire à la face interne du bras et d'une volumineuse adénite axillaire. Comme il arrive souvent chez les diabétiques, le panaris lui-même fut peu douloureux.

Mais, vers la fin de la suppuration, alors que tout danger de nécrose était écarté, et que toute complication paraissait éloignée, des douleurs vives se firent sentir le long du médius, puis dans la paume de la main, irradiant bientôt dans les doigts voisins, et remontant petit à petit le long de l'avant-bras et du bras, atteignant l'épaule.

Ces douleurs devinrent de plus en plus vives; c'étaient des tiraillements, des sensations extrêmement pénibles, variant de la morsure à la brûlure, accompagnées de spasmes musculaires, de soubresauts des membres au moment même des paroxysmes douloureux. Douleurs continuelles, elles avaient évidemment amené l'impotence absolue du bras droit; mais bien plus, chaque mouvement du corps, chaque effort, la marche même les exaspérait au plus haut point.

Le membre diminua considérablement de volume au niveau du bras et de l'avant-bras. Quant à la main, elle resta gonflée, rouge et chaude; elle l'est encore aujourd'hui.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 12, p. 135.

Soignée chez elle pendant quatre mois, elle suivit strictement le régime des diabétiques, elle essaya tous les analgésiques. Mais ce traitement fut sans résultat, et elle vint enfin il y a quelques jours consulter à la Salpêtrière.

Messieurs, vous avez reconnu dans ces symptômes le tableau clinique de la névrite ascendante. Je dis névrite à cause des caractères et de la localisation des douleurs. Je dis ascendante, parce que celles-ci se sont progressivement étendues aux nerfs des doigts, de la main, de l'avant-bras et du bras, surtout dans le domaine du cubital, traduisant ainsi la marche ascendante du processus.

Il s'agit donc d'une névrite disto-centrale, encore à la première étape, celle « de réaction périphérique à ascension limitée ». Il est probable que les ganglions et les racines ne sont pas atteints par l'inflammation; mais les lésions périphériques ont tout au moins retenti à distance sur les centres ganglionnaires et médullaires, car il n'est point de neurone atteint dans son prolongement, qui ne réagisse dans son corps cellulaire.

Si je puis ainsi préciser devant vous le diagnostic anatomique de cette affection, c'est que la névrite ascendante est aujourd'hui nettement dégagée du groupe confus dans lequel elle était autrefois comprise. Sous cette dénomination, au temps où la théorie de la névrite ascendante était en honneur, vers 1865, on avait englobé des faits disparates. Comme exemple, qu'il me suffise de vous rappeler que les paraplégies urinaires, fonction de myélites infectieuses d'origine vasculaire, étaient expliquées par la succession des processus de névrite ascendante, de myélite, et de névrite descendante.

Depuis, les inflammations des nerfs d'origine périphérique, ont été réduites à proportion. Actuellement encore, la question est fort complexe, si l'on y fait rentrer tous les cas où une dégénération, une inflammation, une propagation microbienne ou une diffusion des toxines s'effectue de l'extrémité vers le centre d'un nerf. Il faut donc distinguer l'un de l'autre ces différents processus, et l'on peut, comme M. Sicard, au Congrès de Rennes, en 1905, réserver le nom de névrite ascendante régionale post-traumatique au syndrome prenant son point de départ dans le ou les nerfs du segment traumatisé, et survivant à la toxi-infection localisée.

La malade que je vous présente rentre donc bien dans ce cadre nosologique.

Mais il est encore un point de cette observation sur lequel je veux attirer votre attention. En regard des phénomènes névritiques, il existe des troubles ostéo-articulaires, localisés et répartis à des degrés divers, dans tous les segments du membre traumatisé.

Presque toutes les articulations sont douloureuses, depuis les phalangiennes jusqu'à l'épaule; la main présente un œdème rosé et les doigts affectent une forme fuselée caractéristique. Il y a donc plus que les lésions de raréfaction osseuse, bien connues de la névrite ascendante. Il s'agit d'un véritable processus rhumatismal subaigu.

D'ailleurs, les épreuves radiographiques que je vais faire passer sous vos yeux sont démonstra-

tives : elles montrent une importante augmentation de volume des épiphyses, surtout au niveau des doigts; et une raréfaction osseuse des mêmes épiphyses, qui s'étend jusqu'à l'extrémité supérieure de l'humérus.

Quelle est donc l'origine de ce processus ostéo-articulaire, à rapprocher du rhumatisme subaigu, dont le siège est unilatéral et qui se cantonne dans cette partie du squelette dont les nerfs ont été éprouvés antérieurement par la névrite ascendante?

Chez cette malade, deux hypothèses seulement sont à considérer : ou son rhumatisme est infectieux, sous l'unique dépendance du microbisme local ; ou bien il reconnaît pour cause le processus névritique, développé lui-même à la suite de l'infection. Chacune de ces théories possède ses arguments ; à vrai dire je ne sais laquelle rejeter, et au risque d'être accusé d'éclectisme, j'admettrai comme la plus vraisemblable l'hypothèse suivante : le processus névritique, modifiant os et articulations, les a rendus plus fragiles. L'infection favorisée par le terrain diabétique, et persistant à l'état latent dans les voies lymphatiques, comme le prouve l'engorgement ganglionnaire, a créé dès lors un véritable rhumatisme infectieux localisé sur un seul membre.

Voilà donc une première complication des névrites régionales post-traumatiques.

Ce n'est point la seule et je me propose au sujet de la jeune malade que je vais faire paraître devant vous, de mettre en relief les réactions que provoquent sur le système nerveux central, les inflammations périphériques des nerfs.

Permettez-moi de vous citer à ce sujet le cas d'un jeune sous-officier colonial que je vis autrefois dans cet hospice, pour un syndrome de névrite ascendante consécutif au traumatisme d'un doigt, et qui s'adressa à nous après avoir épuisé, vous allez voir comment, tous les moyens thérapeutiques. A la suite d'une suppuration prolongée d'un doigt, causée par un corps étranger, il souffrait intolérablement, le doigt subit l'amputation. Les mêmes douleurs, aussi atroces, se manifestèrent dans la main : l'avant-bras fut sectionné. Elles remontèrent au bras : on pratiqua une désarticulation. Loin de s'améliorer les douleurs persistèrent aussi violentes ; il souffrait dans son membre fantôme, subissant sans repos l'impitoyable hallucination. C'est alors qu'il rencontra un chirurgien qui pratiqua la section des quatre dernières racines cervicales postérieures et n'eut d'hésitation qu'en présence de la première dorsale. Cette intervention n'eut pas plus de succès que les précédentes.

En effet, Messieurs, à cette époque avancée dans l'évolution du syndrome de névrite ascendante, lorsque la douleur, d'intensité croissante, s'est étendue aux plexus avoisinants, le point de départ des douleurs n'est plus dans les extrémités nerveuses, mais dans les centres ganglionnaires, qu'ils soient simplement modifiés dans leur trophisme, ou qu'ils soient irrités par une véritable inflammation ascendante. Et je ne parle pas seulement des ganglions rachidiens, mais encore des neurones médullaires, des neurones cérébraux, qui tous solidaires, éprouvent le retentissement des douleurs périphériques. C'est dans ces neurones supérieurs que se fixe pour ainsi dire le souvenir de la douleur, perpétuant ainsi, même après l'ablation du membre, l'algie d'une partie du corps disparue, souvenir assez puissant pour en évoquer l'hallucination.

Vous comprendrez dès lors l'inutilité de toute intervention radicale. Soyez donc prévenus des propositions que le malade pourra vous faire; contentez-vous de chercher la cause de la névrite; cherchez le point particulièrement douloureux à la pression; radiographiez; vous trouverez souvent quelque chose : là un corps étranger, là une infection osseuse. Voyez à ce sujet le métacarpien séquestré que je mets sous vos yeux :

Cette ostéomyélite créa de toutes pièces un processus de névrite ascendante; celle-ci ne cessa qu'après l'enlèvement du foyer d'infection. Cette chirurgie locale et conservatrice est la seule qui puisse donner quelque résultat.

En dehors des faits de ce genre, c'est donc au traitement médical que l'on doit s'adresser. Les bains tièdes prolongés provoqueront une certaine sédation des phénomènes douloureux; les enveloppements ouatés permanents auront le double avantage de protéger le membre contre les variations de température, contre les heurts et la répercussion si douloureuse des mouvements du corps, de la marche surtout. L'électrisation galvanique à courants de faible intensité donnera parfois quelques résultats.

Enfin, l'on doit s'adresser à un traitement qui a été souvent suivi de la guérison, mais dont l'application pénible nécessite du courage de la part du malade et une grande persuasion de la part du médecin. Je veux parler du traitement de Delorme, par la compression des rameaux et des troncs nerveux. Violemment, le médecin comprime de toute sa force, entre ses doigts, pendant tout le temps que le malade peut le supporter, quelques secondes ou quelques minutes, les trajets nerveux particulièrement douloureux, en s'adressant d'abord aux extrémités et en remontant progressivement. La douleur est extrême; mais succède bientôt un soulagement toujours très appréciable, souvent durable ; la guérison peut être obtenue en un certain nombre de séances.

Voilà donc, Messieurs, les méthodes auxquelles vous vous adresserez. Seront-elles toujours suffisantes? Soyez assurés que non, surtout si le début de la maladie est quelque peu éloigné.

Je vous le disais à l'instant : les lésions périphériques retentissent à distance sur les centres ganglionnaires et médullaires; les corps cellulaires lésés dans leurs prolongements sont toujours plus ou moins modifiés dans leur trophisme, et dans leur fonction.

A leur tour, ils déterminent dans les neurones plus haut situés (noyaux gris centraux, écorce cérébrale) des réactions d'un ordre encore mal connu, mais certaines. Les centres sensitifs supérieurs n'ont pas, pendant des mois, transmis et perçu des sensations aussi éloignées des perceptions normales que le sont les dou-

leurs effroyables de la névrite ascendante, sans avoir à leur tour éprouvé des modifications, peut-être dans leur constitution anatomique, sûrement dans leur mécanisme fonctionnel.

Parmi les troubles dynamiques des centres sensitifs corticaux, deux faits paraissent devoir être dégagés : d'une part l'emmagasinement des sensations douloureuses antérieurement perçues; d'autre part, l'excitation morbide constante de ces centres, qui ont cessé d'être placés sous le contrôle régulateur du psychisme supérieur.

On comprendra comment, sous l'influence de cette excitation morbide, les centres percepteurs pourront multiplier au centuple, après la guérison des centres périphériques, des sensations autrefois considérées comme normales; et comment, grâce au souvenir persistant et obsédant des sensations morbides anciennes, ces centres pourront même déterminer l'hallucination douloureuse du membre disparu.

Basé sur ces troubles perceptifs, un concept mental va dès lors se développer de plus en plus, absorber toute l'attention du sujet, l'obséder sans qu'il se rende compte de la fausseté de ces sensations : et l'idée fixe est ainsi créée.

Dès lors, nous ne sommes plus dans le domaine organique, mais dans le domaine psychique. Mais ne voyez point dans mes paroles plus que je ne veux dire : il ne s'agit point de séparer deux ordres de phénomènes; bien au contraire, de vous montrer les liens qui les rattachent.

Je veux dire que faute de mieux, il nous faut encore réserver à ces manifestations nerveuses la dénomination de névroses. La thérapeutique spéciale qui leur convient, suffirait à démontrer l'utilité de cette classification. L'exemple suivant va vous en donner la preuve.

La malade qui est devant vous est une jeune fille de vingt-trois ans. Ceux d'entre vous qui fréquentaient cet amphithéâtre l'an dernier doivent la reconnaître, et se rappeler qu'au mois de juin 1906 son visage amaigri exprimait la souffrance, et qu'elle s'avançait avec précaution, craignant à chaque pas de remuer son bras, suspendu dans une écharpe.

Voilà ce qui était survenu. En octobre 1905, elle s'écrase le médius de la main gauche entre une porte et le chambranle. La plaie est pansée soigneusement; elle se cicatrise rapidement. Mais, immédiatement après l'accident, de vives douleurs se font sentir au niveau du médius. Elles gagnent, en irradiant progressivement, les autres doigts, puis la paume de la main, l'avant-bras, le bras, et enfin quatre mois après le traumatisme, elles atteignent la région de l'épaule gauche. Les phénomènes subjectifs ont même envahi l'épaule du côté opposé, la région du plexus cervical : le cou, la mastoïde, l'occiput. Ce sont, dit la malade, des tiraillements continus, avec des exacerbations violentes, où les nerfs sont comme tordus et déchirés.

Quelques phases de rémission succédèrent à des périodes plus douloureuses. Mais lorsque nous vîmes la malade, huit mois après l'accident, l'affection est encore en évolution : douleurs, atrophie, gonflement considérable de la main et des doigts, spasmes musculaires dans tout le membre, lésions osseuses parfaitement visibles à la radiographie. Tel était en deux mots le tableau clinique qu'elle présentait. A côté du syndrome de névrite ascendante, elle avait en outre, comme la malade précédente, des signes manifestes d'une poussée rhumatismale subaiguë. Je ne reviendrai pas sur la nature de ce processus ostéo-articulaire. Je vous dirai seulement qu'il était la cause évidente de l'atrophie musculaire, atrophie sans D. R., atrophie réflexe; et de l'exagération des réflexes tendineux.

Du mois de juin au mois d'août, elle fut soignée dans le service. M. Chartier, mon interne, pratiqua la méthode de compression de Delorme, de la façon dont je vous l'exposais il y a un instant. L'électricité, l'enveloppement continu, plus tard des bains sulfureux, les médicaments analgésiques, les salicylates, provoquèrent bientôt, en deux mois, une amélioration très sensible, subjective et objective. Résultat d'autant plus appréciable que, depuis huit mois l'état s'aggravait de plus en plus à chaque poussée douloureuse nouvelle. Toutefois, la guérison complète n'était pas obtenue. Des douleurs persistaient; un œdème rosé occupait encore le dos de la main.

Le moment est venu de vous dire que l'état général de la malade était assez sérieusement compromis; d'une part, amaigrissement, pâleur, anorexie; d'autre part, insomnies causées par les douleurs et la préoccupation continuelle de savoir comment se terminerait cette affection. C'était plus qu'il ne faut pour créer chez une ouvrière parisienne, d'abord un certain degré de surexcitation nerveuse, puis un véritable état névropathique. Bientôt il fut facile de se rendre compte que les insomnies et que l'état nerveux diurne étaient moins dus aux douleurs qu'à la pensée continuelle qu'elle ne pourrait pas guérir. De plus, les sensations subjectives de la malade, encore assez vives, se trouvaient être en contradiction flagrante avec la plus grande facilité des mouvements passifs, la disparition des spasmes, le retour des réflexes à l'état normal.

Sur le terrain névropathique créé par de longs mois de souffrances et d'ennuis moraux, un concept mental s'était développé sans mesure, en dehors de la conscience de la malade. Ce sont bien là les caractères de l'idée fixe de nature hystérique. C'était donc dans ce sens nouveau que notre traitement allait alors s'orienter, lorsque vers le milieu du mois d'août nous ne revîmes plus la malade.

Un mois plus tard, elle revenait nous voir heureuse et triomphante, nous annonçant la disparition totale des douleurs, le retour des forces, si bien qu'elle avait repris complètement son travail.

De plus, l'*œdème du dos de la main* et *des doigts*, la *coloration rosée de ces régions*, les *sueurs abondantes* qui donnaient à la main cette sensation de moiteur et de macération, en un mot tous les phénomènes ressortissant à *des troubles vaso-moteurs*, étaient absolument disparus.

Mieux encore, au dire de la malade, la cessation des phénomènes subjectifs et objectifs avait été subite. Suivons-la dans son récit. Dans son état d'in-

quiétude, et de peur d'être à jamais infirme, alors qu'elle ne se rendait pas compte de l'amélioration très sensible de son affection, influencée par des parents, brusquement elle partit pour Lourdes. Elle fut plongée dans la piscine. Le froid de l'eau la transit. « Je suis guérie ! » s'écria-t-elle.

Au sortir de la piscine, douleurs et phénomènes vasomoteurs, tout ce qu'il y avait d'inorganique dans sa maladie, tout ce que ses centres corticaux avaient inconsciemment créé, tout était disparu : la guérison était achevée.

Messieurs, elle était partie sans nous prévenir, pensant peut-être que nous essaierions de la dissuader de son projet. En cela, elle a eu tort. Nous savions alors quelle place avait prise chez elle, à côté de la symptomatologie réelle, l'élément psychique, et nous connaissons bien la puissante suggestion que peut exercer Lourdes sur un catholique fervent, et sur ceux chez qui la maladie rallume des croyances à demi éteintes.

La disparition subite des phénomènes subjectifs n'avait donc rien qui puisse étonner. Mais il est encore, dans ce récit, un point particulièrement curieux sur lequel je veux, pour terminer, attirer votre attention, c'est la suppression brusque des troubles vasomoteurs, œdème et rougeur, sous l'influence d'une vive suggestion.

Vous savez, Messieurs, que tous les neuropathologistes ne rangent pas dans le cadre de l'hystérie les phénomènes somatiques de ce genre. Aussi n'est-ce point sur les seules affirmations de la malade que je me baserais pour admettre leur origine psychopathique, si je n'avais observé des cas autrement objectifs, et que l'évidence permettait de classer parmi les accidents de nature hystérique. D'ailleurs, je vous le disais tout à l'heure : des troubles organiques, retentissant sur la corticalité, peuvent y créer une façon anormale de percevoir les sensations. Ne peuvent-ils point aussi y déterminer une manière différente de réagir ? Et alors, si l'on considère l'influence évidente des états psychiques sur tout le système vaso-moteur, n'est-il point logique d'admettre comme explication d'observations démonstratives, que la corticalité peut à la fois localiser sur une partie du corps, et des phénomènes douloureux et des modifications du système vasomoteur ?

Telles sont, Messieurs, les considérations cliniques qui se dégagent de l'examen de ces quatre malades. Dans cette consultation pratique, je me suis attaché surtout à la question de thérapeutique ; et j'ai voulu finalement vous montrer un exemple de cette association, si fréquente dans les maladies nerveuses, d'un élément organique et d'un élément psychique surajouté.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1907)

Tuberculoses. — Cette séance a été celle des membres correspondants. Après l'éloge que M. le président a fait du regretté Budin, la parole a été donnée à M. D'ESPINE (de Genève), pour la lecture d'un travail de bonne clinique relatif aux signes précoces de la tuberculose chez l'enfant, sujet déjà traité magistralement par M. Grancher. M. d'Espine insiste tout particulièrement sur l'adénopathie bronchique, au sujet de laquelle il a déjà appelé l'attention de l'Académie, le 8 novembre 1904, dans un travail qui a été analysé par Brouardel. Il entre dans des détails très précis, sur les signes fournis par l'auscultation ; il insiste sur l'importance de l'auscultation de la voix, de la bronchophonie, sur le retentissement exagéré de la voix, sur la technique de l'auscultation avec et sans sthétoscope. On peut arriver ainsi à dépister de bonne heure les premiers signes de la tuberculose ganglionnaire, de l'adénopathie bronchique. M. d'Espine appuie ces considérations sur de nombreuses observations. Il pense que, dans la grande majorité des cas, la tuberculose des enfants est d'origine intestinale, et M. d'Espine communique plusieurs observations d'adénopathie bronchique dans lesquelles l'ingestion de lait tuberculeux a été manifestement la cause de l'infection tuberculeuse. Il pense également que, dans la plupart des cas de tuberculose osseuse, il existe de l'adénopathie bronchique.

C'est encore de la tuberculose qu'il s'agit dans une très intéressante communication de M. BRUNON (de Rouen) sur le traitement à l'air libre. Il a fait installer à l'Hôpital général de Rouen une simple galerie couverte, en plein air, dans laquelle les enfants séjournent, par tous les temps, de huit heures du matin à quatre heures du soir en hiver, de six heures du matin à huit heures du soir en été. L'installation est des plus simples et peut se faire à peu de frais. Les fenêtres des dortoirs restent ouvertes la nuit. L'âge des enfants traités dans cet aerium a été de deux à seize ans. La durée du séjour d'un mois à deux ans. Voilà cinq années que M. Brunon traite ainsi les enfants tuberculeux, et les résultats qu'il a obtenus sont des plus encourageants et il n'a jamais constaté le moindre inconvénient.

A ce traitement par l'air, M. Brunon ajoute des soins hygiéniques, surtout des soins de propreté, auxquels il attache une grande importance, frictions chaque jour, bains, lavages fréquents de la bouche, etc.

Tremblement essentiel héréditaire. — M. LECLERC (de Saint-Lô) lit un travail sur ce sujet qui est renvoyé à l'examen de M. Raymond.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 26 JANVIER 1907 [*fin*])

Production expérimentale de cavernes pulmonaires chez le cobaye et le lapin. — La tuberculose expérimentale du cobaye se distingue, comme on sait, de la phtisie de l'homme en ce qu'elle ne parvient pas, sauf quelques rares exceptions, dues au hasard, au stade de ramollissement et de formation de cavernes.

M. Marmorek a cherché à supprimer cette différence essentielle et à reproduire chez l'animal les mêmes lésions que chez l'homme. Le point de départ de ses expériences fut le fait suivant : les cavernes se forment rapidement et le plus sûrement dans les cas de tuberculose aiguë ou de poussée nouvelle, qui sont caractérisés par des symptômes d'intoxication grave. Il est évident que c'est à la sécrétion abondante de toxines par les bacilles qu'il faut attribuer tout le syndrome qui aboutit anatomiquement à l'excavation pulmonaire. Or, on peut considérer la tuberculine comme un réactif chimique qui, injecté à un organisme contenant des bacilles de Koch, a pour effet d'inciter ceux-ci à sécréter la vraie toxine tuberculeuse.

Voici comment l'auteur a procédé: Des cobayes reçoivent des crachats tuberculeux ou des bacilles jeunes, provenant de nos cultures. L'injection se fait par voie sous-cutanée intrapéritonéale, pulmonaire (par piqûre intercostale) ou par injection dans la chambre antérieure de l'œil, dans le foie et dans l'estomac. Dans ces deux derniers cas, on pratique une laparotomie; l'organe est mis à nu et l'injection est faite à l'aide d'une aiguille très fine. Le point d'inoculation est cautérisé.

Pour le lapin, c'est dans la veine marginale de l'oreille qu'on injecte les bacilles.

Immédiatement après l'injection, on administre aux animaux 0,25 de tuberculine brute sous la peau; le lendemain la même dose et ainsi de suite tous les deux ou trois jours en augmentant légèrement la quantité de tuberculine. Huit à dix injections de celle-ci suffisent.

Les animaux ainsi traités meurent après des temps variables; à l'autopsie, on trouve de très belles cavernes, formant tantôt une simple poche, tantôt tout un système de cavernes communiquant entre elles. Un tel poumon du cobaye ou du lapin représente la réduction en petit du poumon de l'homme phtisique.

Les cavernes sont plus ou moins vides; parfois elles contiennent encore des masses caséuses. Les bacilles présentent, selon leur origine, des degrés d'aptitude différents, pour la formation de cavernes; ceux qui sont contenus dans les crachats viennent d'abord, ensuite les bacilles jeunes des cultures et finalement ceux enfermés dans les émulsions d'organes tuberculeux.

On parvient à reproduire la caverne par n'importe quelle voie d'injection. Mais les modes qui donnent les meilleurs et les plus sûrs résultats sont l'injection dans le foie et dans l'estomac; l'injection sous-cutanée reste souvent sans l'effet recherché. Quelquefois l'injection dans le foie donne des cavernes, tandis que l'introduction de la même dose sous la peau ne provoque pas cette lésion.

En général, il se passe au moins trois mois depuis l'injection avant que la caverne paraisse, mais l'auteur l'a constatée assez souvent plus tôt, une fois même après trente et un jours.

Les masses caséeuses qui remplissent les cavernes renferment une quantité énorme de bacilles de Koch et ceci est la constatation la plus étonnante — les bacilles sont toujours en culture pure; jamais on n'a pu trouver une infection mixte comme c'est la règle chez l'homme.

Action de l'éther sur le sang. — M. Maurice Nicloux. L'éther se répartit d'une façon uniforme entre les globules et le plasma, c'est là un caractère différentiel très net avec le chloroforme qui se fixe dans une proportion 7 à 8 fois plus grande sur les globules que dans le plasma.

Sur la pénétration ionique d'électrolytes à travers les sels colloïdaux. — MM. H. Iscovesco et A. Matza montrent qu'un courant électrique fait pénétrer à travers la gélatine pour certaines solutions de sels, le cathion ou l'anion de ces sels à une petite profondeur, mais difficilement et très lentement, même après une action très prolongée; ce qu'on trouve dans la partie superficielle de la gélatine, après le passage du courant, c'est un sel nouveau, formé par l'union du cathion (ou bien de l'anion) que le courant a fait pénétrer, avec l'anion (ou le cathion) de la solution de gélatine isotonique que ce même courant a libéré. Ils en concluent que la pénétration d'un sel dans l'organisme, quand elle peut se faire, ne consiste qu'en un échange avec celui-ci d'ions positifs ou négatifs; il est donc permis de supposer que lorsqu'on fait pénétrer sous la peau de l'iodure de potassium par exemple, par le courant électrique — moyen difficile et long — ce qui pénètre en réalité, ce n'est pas le sel employé, mais de l'iodure de sodium, et l'on est en droit de se demander alors, s'il ne serait pas plus simple d'injecter directement par voie hypodermique, le médicament choisi.

Les constituants colloïdes du liquide céphalo-rachidien. — M. Iscovesco. Le liquide céphalo-rachidien présente une conductivité électrique allant de 143.10^4 à 158.10^4 à 25 degrés. Il contient une globuline électro-négative et un colloïde non albuminoïde électro-négatif. Il diffère donc totalement, par la nature des colloïdes qu'il contient, des autres humeurs de l'organisme.

M. Piéron présente un **cardiagraphe** permettant d'éviter l'inscription des mouvements du thorax. Le graphique est inscrit sur une feuille gélatinée pouvant servir directement de cliché.

Toxicité d'un terpène ozoné. Réactions sanguines provoquées par l'injection intraveineuse de ce produit. — M. J. Gautier. Les vétérinaires emploient journellement un terpène ozoné, fabriqué industriellement sous le nom de tallianine pour provoquer une hyperleucocytose au cours des septicémies.

Ce produit contient quatre fois son volume d'ozone, et dégage donc dans l'organisme six fois son volume d'oxygène. Rendu isotonique par adjonction de NaCl, il tue à raison de 20 centimètres cubes par kilog la dose thérapeutique étant de $0^{mc3}2$ à $0^{cm3}4$ par kilog. Ce produit est donc inoffensif.

Après injection de ces quantités dans les veines ou dans le péritoine, l'examen du sang montre une hyperleucocytose énorme qui, en deux heures et demie à trois heures et demie, atteint 25 à 35000. Cette leucocytose est une polynucléose qui atteint suivant les animaux de 75 à 85 p. 100. Les autres formes leucocytaires sont peu influencées par cette injection. Le fait capital est que cette leucocytose dure de cinq à six jours, elle peut être représentée par une courbe régulière ondulée qui redescend au chiffre primitif en cent ou cent cinquante heures ; chaque ondulation durant de trois à quatre heures.

L'expérimentation a prouvé déjà que sur le cobaye et le lapin, ce terpène enraie les septicémies provoquées à l'aide du pyocyanique du streptocoque et du staphylocoque doré.

Une plus longue expérimentation montrera l'étendue véritable de son action.

Sur l'action hémolytique de la toxine tétanique. — M. Victor Henry.

ANALYSES

MEDECINE

Priapisme d'origine nasale réflexe. (Arthur G. Hobbs. *Indiana med. Journ.*, vol. XX, nº 4, oct. 1906, p. 142-143.) — Les deux premiers cas de cette affection ont été publiés, en 1888, par l'auteur : 4 l'ont été depuis. Aujourd'hui, un septième cas vient s'ajouter. Un homme de trente-trois ans est pris de céphalalgie violente due à une obstruction nasale par turgescence de la muqueuse recouvrant les cornets, turgescence si forte qu'elle équivalait à une obstruction complète. En même temps apparut un priapisme intense, extrêmement douloureux, qui persista deux jours, rebelle à tous les traitements, et qui ne disparut que lorsque la turgescence nasale eut cédé à des applications répétées et énergiques d'adrénaline et de cocaïne. Hobbs rapproche des faits des éternuements tout particuliers qu'une idée érotique provoque chez certaines personnes et dont il cite plusieurs cas très nets. Il s'agit là de phénomènes purement réflexes, où la similarité de constitution histologique des corps caverneux et de la muqueuse pituitaire érectile joue probablement un rôle.

F. GARDNER.

La séro-réaction dans la fièvre méditerranéenne. (Soulié et Gardon. *Bull. méd. de l'Algérie*, 30 avril 1906.) — Les auteurs se sont proposé de suivre jour par jour la marche de la séro-réaction chez un certain nombre de malades atteints de fièvre méditerranéenne. Leurs recherches, qu'il est impossible de résumer, les conduisent à affirmer la spécificité de la réaction agglutinante vis-à-vis du micrococcus melitensis.

L. BABONNEIX.

Présentation d'un larynx provenant d'un malade mort de fièvre méditerranéenne. (Soulié. *Bull. méd. de l'Algérie*, 30 juin 1906.) — Il s'agit d'une laryngite infiltro-ulcéreuse observée chez un malade de trente-sept ans, mort d'accidents asphyxiques au cours d'une fièvre méditerranéenne. De ce cas, et de deux autres analogues, l'auteur conclut que les complications laryngées, dans la fièvre de Malte, comportent un pronostic grave.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Rupture des deux reins, s'accompagnant d'hémorragie intrapéritonéale; ablation du rein gauche en totalité et d'une partie du rein droit. Guérison. (A. Leo Franklin. *Amer. Journ. of Surg.*, vol. XX, nº 10, oct. 1906, p. 309.) — Chez une jeune fille de seize ans qui était tombée d'un wagon de chemin de fer à plat ventre sur un rail, l'opération après dix-huit heures (incision médiane de laparotomie) montra une grosse hémorragie intrapéritonéale. Le rein droit était bas dans l'abdomen, devant les troisième et quatrième lombaire. Il présentait trois déchirures transversales et était réuni par son pôle inférieur au pôle inférieur du rein gauche par un tractus fibreux dense de près de 3 centimètres de diamètre (rein en fer à cheval?). Le rein gauche était absolument réduit en miettes, sans capsule et séparé de l'uretère. Il fut enlevé ainsi qu'une portion du rein droit réduite en bouillie. Il restait alors une portion du rein droit, moins des deux cinquièmes de la totalité de la substance rénale et encore ces deux cinquièmes étaient-ils fort contus et déchirés en deux endroits. Ce qui n'empêcha pas la malade de fermer une fistule urinaire en six jours, et de s'en aller chez elle le vingt-troisième jour complètement guérie. L'opération date de plus de six mois et la santé de l'opérée est toujours parfaite.

F. GARDNER.

THERAPEUTIQUE

Le traitement sérothérapique du goitre exophtalmique. (G. A. Waterman. *The Boston med. and surg. Journ.*, vol. CLV, nº 7, p. 165.) — Après avoir montré que la théorie de l'hyperactivité glandulaire (théorie de Mœbius) est aujourd'hui presque universellement admise pour le goitre exophtalmique et montré les preuves sur lesquelles elle repose : accroissement de volume de l'organe, améliorations par les thyroïdectomies partielles, reproduction expérimentale par hyperthyroïdisation, Waterman montre que le traitement le plus logique doit être un traitement sérothérapique. Il peut être compris de deux façons, soit par l'emploi de sérum d'animaux immunisés par l'absorption de plus et plus grande de corps thyroïde (méthode de Lépine), soit par l'emploi de sérum d'animaux en état d'hypothyroïdisation par ablation du corps thyroïde (méthode de Ballet et Enriquez), c'est ce dernier sérum qui semble avoir prévalu et l'auteur réunit toutes les observations publiées où il a été employé avec des améliorations presque constantes, mais sans beaucoup de guérisons définitives.

Il relate ensuite cinq observations personnelles, dans lesquelles il a employé les injections hypodermiques de chèvres thyroïdectomisées. Ces cinq cas donnent deux guérisons définitives, deux améliorations et un échec. L'auteur conclut de l'examen des faits que l'on possède dans le sérum un agent qui agit favorablement sur l'affection, mais qui a besoin encore d'être modifié avant d'être considéré comme un agent curateur certain.

M. LANCE.

Traitement interne de la péritonite aiguë consécutive à la pérityphlite. (M. Katzenstein. *Therapie der Gegenwart*, nov. 1906, p. 504.) — M. Katzenstein envisage la question du traitement de la pérityphlite aiguë; il note d'abord qu'au point de vue chirurgical la pérityphlite aiguë n'est pas tant opérée par nécessité que par suite de l'ignorance où l'on se trouve de l'existence d'une perforation ouverte ou fermée par des adhérences, par embarras en quelque sorte, il constate que l'on opère à la première crise parce que l'on redoute d'arriver trop tard une fois apparu le tableau clinique de la perforation intra-péritonéale. L'auteur veut nous amener à envisager avec lui les cas particulièrement septiques, donnant lieu à une symptomatologie d'emblée grave rappelant celle des grands empoisonnements, pour lesquels l'intervention chirurgicale n'est par toujours heureuse.

Dans le but de justifier la thérapeutique médicale, dont il va être question, Katzenstein attire l'attention sur la formation d'un exsudat très riche en fibrine lors de l'envahissement de la cavité péritonéale par des bactéries, la présence de cette fibrine sur les parois de la cavité a pour conséquence d'empêcher la résorption de l'exsudat. Il y a là, selon lui, analogie avec ce qui se passe à la suite d'ablations chirurgicales de tumeurs, quand du sang s'est épanché sous le tégument : il se fait un dépôt de fibrine à ce niveau, qui a souvent pour résultat d'empêcher la résorption du sérum restant.

C'est en se basant sur ces constatations que Katzenstein a employé, dans des cas de péritonites en pleine progression, une méthode thérapeutique due à J. Wernitz, qui l'avait surtout mise en œuvre dans des cas d'infection puerpérale avec beaucoup de succès. La méthode consiste en lavements salés administrés goutte à goutte afin d'éviter une stagnation capable de provoquer des mouvements péristaltiques et favoriser

en même temps l'absorption du liquide, on administre ainsi 4 à 6 litres d'une solution aqueuse chaude (40 degrés) contenant 8 p. 1000 de sel, par vingt-quatre heures ; l'auteur compte une heure ou deux pour l'introduction d'un demi-litre de solution.

Ratzenstein a appliqué avec succès cette méthode dans trois cas de péritonite aiguë, il administra ces lavements trois, quatre ou cinq jours de suite et obtint la cessation des vomissements et une guérison complète plus ou moins rapide. L'auteur est persuadé que, opérés, ses trois malades auraient succombé, le moindre choc pouvant les tuer par défaillance cardiaque, tant ils étaient faibles.

L'action si douce de ces lavements inoffensifs, résorbés si lentement qu'ils n'ont aucune influence sur le cœur, s'expliquerait par un lavage de l'organisme entraînant une expulsion plus grande de bactéries et de toxines et par suite un retour des forces; de plus une expulsion de fibrine du côté péritonéal se produisant, dégagerait celui-ci et assurerait la guérison.

Zollikofer appliquant le traitement à la pérityphlite a eu 26 succès sans aucune mort. Katzenstein est cependant d'avis qu'il faut limiter l'emploi de cette méthode aux cas où le traitement opératoire ne pourrait donner que de mauvais résultats ce sont surtout les cas conduisant rapidement à une septicémie générale.

L'auteur limite par suite l'opération aux cas qui sont opérés dans les quarante-huit premières heures de l'accès de péritonite, à ceux qui se limitent en abcès encapsulés et à tous les cas en dehors des périodes d'accès. P. VIOLLET.

Le phytinate de quinine. (S. Posternak. Soc. de thérap., déc. 1907.) — L'auteur a décrit comme suite à ses recherches sur le principe phospho-organique des graines végétales, un nouveau sel, le phytinate de quinine, ayant la composition chimique de l'anhydro-oxy-méthylène-disphosphate-acide de quinine.

C'est une poudre jaunâtre, d'aspect cristallin, de saveur amère, très soluble dans l'eau, insoluble dans l'acool, l'éther, le benzène et le chloroforme. Les solutions aqueuses sont fluorescentes.

Le phytinate de quinine contient 57 p. 100 de quinine et 43 p. 100 d'acide phytinique, ce qui permet l'administration simultanée de doses suffisantes de deux principes actifs. Ses indications sont celles des autres sels de quinine, sur lesquels il présente cependant quelques avantages.

Les propriétés pharmacodynamiques de la phytine, considérée à l'heure actuelle comme reconstituant général et modificateur de la nutrition, sont de nature à soutenir l'organisme dans sa lutte contre les microbes et à favoriser ainsi l'action spécifique de la quinine dans le paludisme, la fièvre typhoïde et surtout la cachexie paludéenne.

Dans les névralgies et le vertige de Ménière, intervient l'effet fortifiant de l'acide phytinique, très riche en phosphore organique assimilable (22,07 p. 100), sur le système nerveux.

L'action thérapeutique de la quinine dans certains cas de diabète, signalée par Blumenthal, Lécorché, Semmola, etc., sera très probablement renforcée par le phytinate de quinine.

En un mot, la quinine envisagée comme base végétale, semble trouver dans le principe phospho-organique des graines végétales un dissolvant acide naturel capable de compléter jusqu'à un certain point les effets thérapeutiques de l'alcaloïde. L. GAYARD.

PRATIQUE MÉDICALE

CONTRE LES SUEURS DES PHTISIQUES

A la liste des médicaments arrêtant les sueurs des phtisiques, il faut ajouter le gayaforme qui est un nouveau dérivé du gayacol. Ce nouveau médicament agit rapidement, en un ou deux jours, et comme il est sans danger, il aura la préférence sur les autres, l'atropine par exemple.

Le gayaforme s'ordonne à la dose de 2 grammes par jour, en cachets ou en granulé.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel d'histologie pathologique [tome III] (1), par MM. Cornil et Ranvier.

La majeure partie de l'ouvrage est consacrée au système nerveux.

Les lésions du cerveau (p. 1-108) ont été, comme nous en avertit une note de la première page écrite, par A. Riche, sous l'inspiration de M. Gombault. Le regretté maître a voulu qu'on retrouve ici la simplicité pratique des anciennes éditions du manuel d'histologie pathologique et qui faisait le charme de son propre enseignement.

Les centres nerveux inférieurs (p. 180-425) sont étudiés par Nageotte et Riche. Tout en restant simples et clairs, les auteurs se sont efforcés de bien mettre en valeur les acquisitions récentes de l'anatomie pathologique du système nerveux. De nombreuses figures, très claires et très exactes, mettent sous les yeux du lecteur les principales lésions, et permettent d'abréger les descriptions. A remarquer surtout les chapitres consacrés aux dégénérations, à l'étude du nerf radiculaire et de ses lésions, à la syphilis médullaire et au tabès.

M. Durante a consacré, à l'étude des lésions des nerfs, un très long article (p. 425-853), qui vise à l'encyclopédie. Ainsi que dans l'article du même sur l'histologie des muscles, l'auteur s'est efforcé d'accumuler tout ce qui a été écrit, concernant l'histologie pathologique des nerfs, et ne craint pas d'aborder, avec force détails, les points, à l'heure actuelle, sujets à discussion.

Puis M. R. Marie décrit les lésions du système vasculaire. Son article (p. 853-1027), simple, précis et complet, est l'œuvre d'un homme qui connaît à fond et a beaucoup enseigné l'anatomie pathologique, dont il sait rendre l'étude extrêmement intéressante.

Les chapitres du système lymphatique et de la rate, due à M. Fernand Bezançon (p. 1027-1127), présentent les mêmes qualités, qui mettent ces deux articles au rang des meilleurs du *Manuel d'histologie pathologique*.

L'ouvrage se termine par l'exposé des lésions du layrnx (p. 1127-1162), par M. Legry c'est le début du système respiratoire, dont la suite sera étudiée dans le tome IV.

Le dernier volume de ce manuel est annoncé pour 1907.

L. ALQUIER.

(1) 1 vol. de 1172 p., avec 388 gravures en noir et couleurs. — Paris, Alcan, 1907.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

ICTÈRE CATARRHAL

DÉFINITION. — L'ictère catarrhal est la forme la moins grave des ictères infectieux; il consiste essentiellement en une angiocholite aiguë, non spécifique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE. — On peut rapporter à deux altérations d'ordre différent les troubles qui constituent l'ictère catarrhal. Il existe: 1° *une lésion d'obstruction*, qui entraîne mécaniquement la rétention biliaire et toutes ses conséquences; l'obstruction est due au gonflement inflammatoire de la muqueuse des voies biliaires, qui dans certains cas peut être assez marquée pour former un véritable bouchon muqueux, comme l'ont observé Virchow, Vulpian, Frerichs; 2° *une lésion toxi-infectieuse* qui se traduit localement par l'infiltration leucocytaire de la sous-muqueuse et la desquamation épithéliale; à distance, par l'atteinte possible de la cellule hépatique, et des autres parenchymes dans les cas où l'ictère s'est « aggravé ».

ÉTIOLOGIE. — CAUSES PRÉDISPOSANTES. — L'ictère catarrhal peut se montrer chez un sujet ne présentant aucun antécédent hépatique caractérisé. Mais, le plus souvent, on retrouvera chez lui les stigmates d'un état de prédisposition aux affections biliaires (teinte jaune spéciale de la peau, prurit et urticaire, troubles dyspeptiques, troubles nerveux, hémorragies, douleurs articulaires, etc.), prédisposition héréditaire et familiale (cholémie familiale du professeur Gilbert).

CAUSES DÉTERMINANTES. — Infection et intoxication, telles sont les causes réelles de l'ictère catarrhal. L'*infection* paraît être le plus souvent ascendante, et réalisée alors par les germes banaux de l'intestin; aussi l'ictère survient-il ordinairement après une phase de troubles gastro-intestinaux dont l'ensemble reproduit le tableau de l'embarras gastrique. Mais l'infection peut être due à des germes plus spécifiés, et peut-être d'origine septicémique, tel que le bacille d'Eberth. On sait en effet que certains auteurs ont indiqué la séro-réaction positive comme existant chez les ictériques; elle démontre la nature éberthienne de certains ictères catarrhaux, et explique que dans quelques circonstances on ait vu coïncider l'éclosion de plusieurs cas d'ictère catarrhal et de fièvre typhoïde. L'*intoxication* peut suffire à expliquer la production de l'ictère. Pour M. Chauffard, la résorption des poisons intestinaux par la veine porte exerce « une action irritante directe sur la glande biliaire et ses conduits d'excrétion, d'où, en dernier ressort, l'obstruction catarrhale du cholédoque ». Cette intoxication intestinale, quelle que soit d'ailleurs sa cause provocatrice, peut agir aussi en favorisant l'action des microbes de l'intestin et des premières voies biliaires et en exaltant leurs toxines.

CAUSES OCCASIONNELLES. — L'affection se montre ordinairement après un écart de régime, d'où le nom d'ictère « a potu immoderato » qui lui a été donné autrefois. Le surmenage physique, le refroidissement ont pu être relevés comme causes occasionnelles. Tout cela explique que ce soit surtout une maladie des hommes jeunes.

SYMPTOMES. — PÉRIODE DE DÉBUT. — Le début est insidieux, et se fait par des troubles gastro-intestinaux et des troubles généraux. Les premiers consistent en gonflement et pression à l'épigastre, enduit saburral de la langue, anorexie, nausées ou vomissements; les seconds en courbature générale, céphalée, apathie intellectuelle et musculaire, fièvre légère. C'est la phase *préictérique* de la maladie.

PÉRIODE D'ÉTAT. — Au bout de cinq à six jours, quelquefois plus, l'ictère apparaît. C'est bientôt un ictère franc, ortho-pigmentaire, puis mixte, et il constitue le symptôme essentiel : coloration jaune d'or des téguments, peau et muqueuses linguale et conjonctivale; réaction de Gmelin dans les urines et dans le sérum sanguin. Le pouls est ralenti, et il existe souvent des souffles cardiaques (cardio-pulmonaires, ou par insuffisance tricuspidienne); il existe des démangeaisons parfois très violentes, des troubles oculaires (xanthopsie, amblyopie). En dehors des signes propres à l'ictère, on trouvera généralement la rate et le foie de volume normal, parfois ce dernier sensible à la pression. Les matières fécales sont décolorées, et c'est là un signe important. Elles peuvent prendre en outre un aspect graisseux, par défaut d'action des sucs pancréatiques, consécutif à l'obstruction simultanée du canal de Wirsung. La fièvre vespérale est très peu élevée; elle peut même manquer; par contre, le malade éprouve une sensation très vive de fatigue, de courbature.

PÉRIODE DE TERMINAISON. — Dans la majorité des cas, au bout de deux semaines environ, les selles reprennent leur coloration et l'ictère va en diminuant; à ce moment les urines sont très abondantes et riches en urée (crise urinaire), tous les symptômes s'atténuent et l'état général se rétablit. Néanmoins la convalescence est toujours longue; les fonctions digestives ne reviennent que progressivement à l'état normal; les forces du malade restent longtemps atteintes.

FORMES CLINIQUES. — *Ictère catarrhal prolongé.* — A côté de la forme precédente, on décrit l'ictère catarrhal prolongé, dans lequel la coloration ictérique et la décoloration des selles persistent pendant deux et trois mois, avec des rémissions et des retours; le foie et la rate augmentent de volume, l'état général s'aggrave; cette forme peut guérir comme la précédente, ou évoluer vers l'ictère grave.

Il existe d'ailleurs tous les intermédiaires entre l'ictère catarrhal et les ictères infectieux graves (ictère catarrhal infectieux de M. Chauffard).

PRONOSTIC. — L'ictère catarrhal guérit dans la très grande majorité des cas; son pronostic reste néanmoins sérieux parce qu'il témoigne d'une certaine prédisposition du foie à l'infection, et que celle-ci laisse des traces de son passage ; parce que l'ictère peut, spécialement chez les alcooliques et les saturnins, prendre plus ou moins brusquement l'allure de l'ictère grave (hémorragies, fièvre, convulsions, coma); aussi peut-on dire, avec Trousseau, qu'il en est de l'ictère comme de l'épanchement pleural, on ne peut jamais dire quelle en sera la terminaison.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic devra être fait avec les affections suivantes: 1° les *ictères infectieux bénins*. Les symptômes généraux sont plus marqués ; la fièvre plus élevée, les selles ne sont pas décolorées; ils sont nettement provoqués par une intoxication exogène déterminée (viandes avariées, eaux souillées, émanations putrides). Cependant l'ictère catarrhal infectieux dans lequel les selles restent colorées représente une forme intermédiaire; 2° la *lithiase biliaire*. Mais ici l'ictère est apparu après une crise de colique hépatique. Si les antécédents de colique hépatique ne sont pas nets, le diagnostic avec l'ictère catharral prolongé ne pourra pas toujours être fait d'emblée; 3° la *cirrhose de Hanot* se différenciera par le volume du foie et de la rate, la marche progressive, la coloration persistante des selles; 4° le *cancer de la tête du pancréas*, les *pancréatites chroniques* débutent parfois comme un ictère catarral, et avant que l'évolution ait apporté des éléments de differenciation, le diagnostic est souvent difficile; 5° l'*ictère syphilitique* secondaire, qui apparaît au milieu des autres accidents de la période secondaire, n'est souvent qu'un ictère catarrhal chez un syphilitique.

TRAITEMENT. — Le régime lacté est de rigueur pendant la plus grande partie de la maladie. Les antiseptiques intestinaux et les cholagogues formeront les éléments du traitement; parmi ceux-ci, le calomel à petites doses tient la première place. On emploiera, en outre, les grands lavements froids, suivant la méthode de Krull.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de physique médicale, par le docteur André Broca, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-8°, 634 p., avec 379 fig., cart. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Demi-fous et demi-responsables, par J. Grasset. In-8°, 297 p. — Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan.

Traité des maladies de la voix chantée, par le docteur A. Perretière. In-8°, 303 p. — Lyon, Poinat.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Pathologie.* — Séance du 30 janvier 1907 : Mlle Bouteil, MM. di Chiarra et Mock (Jean), 12; Sevestre et Sorrel, 10; de Cumont, Ménard et Miginiac, 9; Labande, 8.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — *Liste d'admissibilité.* — Voici la liste, par ordre alphabétique, des candidats admissibles aux épreuves définitives :

MM. Bernard, Bertin, Bousquet, Breton, Cade, Carles, Castaigne, Clerc, Cruchet, Dalous, Garnier, Gaussel, Gellé, Jousset, Lagriffoul, Leenhardt, Lépine, Lereboullet, Lesieur, Lœper, Marie, Martin, Micheleau, Mouriquand, Nattan-Larrier, Nobécourt, Péhu, Raviart, Rimbaud, Salager, Sicard, Sorel, Vansteenberghe.

Leçon d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre. — Le tirage au sort pour l'ordre de passage de cette épreuve a lieu au moment où nous mettons sous presse. Les deux premiers candidats désignés par le sort feront leur leçon lundi prochain 4 février, à cinq heures et six heures du soir, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Mauriac (de Bordeaux) et Vielle (de Pey).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Dehenne, Pallier, Valude et Weil (de Paris), Charles (de Marseille), Faré (de Tours), Gérard (de Lille), Pauthier (de Senlis) et Scheydt (de Cette.)

LA SANTÉ DU PROFESSEUR VON BEHRING. — Le bruit courait depuis quelque temps que la santé du professeur von Behring était fort ébranlée et qu'il avait été obligé de se retirer dans une maison de santé. Une dépêche adressée au journal *Le Temps* dément formellement cette nouvelle et annonce que le professeur de Marburg est en bonne santé et n'a pas interrompu ses travaux de laboratoire.

SECRET PROFESSIONNEL. — Un médecin anglais soumet au *British medical Journal* un terrible cas de conscience. Il a pour client un employé de chemin de fer préposé aux signaux sur une grande ligne. Cet employé est atteint d'asthme et ses crises le surprennent si brusquement et si violemment qu'il est obligé de se rouler à terre pour retrouver haleine, et cela quelquefois pendant une heure.

Jusqu'ici il n'a pas eu de crises dans son service, mais elles peuvent se produire d'un moment à l'autre et l'on frissonne en songeant à l'horrible catastrophe dont elles pourraient être la cause.

Pris entre sa conscience et le secret professionnel, notre confrère se confie au *British* et lui demande s'il peut aviser la Compagnie. Il n'y a pas deux réponses à ce problème. Le médecin ne peut violer le secret professionnel. Comme on ignore sur quel réseau se trouve le malade, le public anglais qui voyage est, paraît-il, peu rassuré. Il y a de quoi !

ANALYSE DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES FRANÇAISES IMPORTÉES EN RUSSIE. — La convention commerciale franco-russe du 16/29 septembre 1905 prévoit dans sa remarque aux paragraphes 1 et 2 de l'article 113 du tarif russe que les analyses des spécialités pharmaceutiques françaises faites dans les laboratoires français agréés par le gouvernement russe feront foi devant le conseil médical du ministère impérial de l'intérieur.

Après un échange de vues entre le gouvernement russe et le gouvernement de la République en vue d'établir la liste des laboratoires français qui seraient désignés pour procéder, *dans un intérêt purement privé et sous la responsabilté de leurs titulaires*, aux analyses qui leur seraient demandées pour les produits pharmaceutiques destinés à être exportés en Russie par les fabricants français, un certain nombre de laboratoires ont été reconnus comme compétents pour faire l'analyse chimique desdits produits, en voici la liste que nous communique l'Office national du commerce extérieur :

Laboratoire municipal de Paris; — de l'École supérieure de pharmacie de Nancy; — de pharmacie de l'École supérieure de pharmacie de Montpellier; — de chimie organique et physiologique de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille; — de chimie minérale et toxicologique de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille; — de pharmacie de la Faculté de Lille; — d'hydrologie et de minéralogie de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille; — de pharmacologie de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon; — de chimie médicale de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon; — de l'enseignement de la pharmacie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse.

Les laboratoires désignés agiront, dans la circonstance, sans aucun caractère officiel et ils seront appelés à se prononcer non sur la qualité des médicaments, *mais seulement sur leur composition.* Les analyses qui seront effectuées ont exclusivement pour but de satisfaire aux justifications exigées en pareil cas par l'administration russe et ne pourront jamais être invoquées en France à l'encontre de la législation applicable.

HOPITAL LAENNEC. — SERVICE D'OPHTALMOLOGIE. — *Exercices pratiques de technique ophtalmologique*, sous la direction de M. ROCHEN-DUVIGNEAUD, chef de service. — MM. Onfray et Caillaud, assistants du service, commenceront le lundi 18 février, à une heure et demie, une série d'exercices pratiques de technique ophtalmologique.

Application à la clinique des procédés d'optique, d'électricité (emploi de l'électro-aimant, électrolyse, radiothérapie, oculaire, etc.) et des procédés de laboratoire.

Le cours sera complet en 20 leçons.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades et au maniement des appareils; leur nombre est par conséquent limité.

Prière de s'inscrire dès maintenant, dans la matinée, auprès de M. Onfray, à l'hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres.

CLINIQUE APOSTOLI-LAQUERRIÈRE (45, rue Montmartre). — MM. les docteurs Laquerrière, directeur de la clinique, et Delherm, ancien interne des hôpitaux de Paris, commenceront le 15 février une série de 12 conférences pratiques d'électrothérapie.

Programme. — I et II. Electrophysique et appareils. — III, IV et V. Electrodiagnostic. Maladies du système nerveux. VI et VII. Tube digestif. — VIII. Dermatoses. — IX et X. Organes génito-urinaires. Gynécologie. — XI. Maladies de la nutrition. — XII. Affections diverses (Accidents du travail. Affections articulaires. Applications chirurgicales).

Le prix de la série est de 50 francs.

Ces conférences auront lieu à huit heures et demie du soir.

On est prié de s'inscrire d'avance. S'adresser à la Clinique les mardis, jeudis, samedis de trois à six heures.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Alphonse Desdouity (de Bréhal) et Masson (de Fère-Champenoise).

Traité des torticolis spasmodiques, par R. CRUCHET, ex-chef de clinique de l'Université de Bordeaux, préface de M. le professeur A. PITRES. In-8° de xv-836 pages, 120 fig. — Prix : 15 francs. — Paris, Masson et Cie.

Les ions et les médications ioniques, par Stéphane LEDUC, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes. In-8° de 40 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal médical de Bruxelles. — (N° 3, 17 janv. 1907.) BRANDÈS : Deux cas de dermoïde de l'œil chez le chien. — VAN DUYSE : Aniridie incomplète. Iris rudimentaire. — — J.-P. NUEL : Du traitement chirurgical de l'ectropion cicatriciel de la paupière inférieure; — De l'âge avancé comme facteur dans l'évolution de l'incapacité du travail résultant de la perte d'un œil. — BETTREMIEUX : Traitement chirurgical du strabisme chez les enfants. — A. VAN LUIT : Péritomie électrolytique.

Medizinische Blatter. — (N° 2, 12 janv. 1907.) SADGER : L'hydriatique de l'érysipèle. — SOFER : Le corps de sauvetage à Vienne. — SCHEIN : Cas d'arrêt et de régression relative du développement en surface de la peau. — (N° 3, 19 janv.) WEINBERG : La tuberculose à Stuttgart, 1873-1902. — RUDNICK : La nutrition du nourrisson. — SOFER : Les moyens de secours à Vienne.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 3, 15 janv. 1907.) TENDELOO : Tuberculose pulmonaire aéro-lymphogène. — SCHUCHT : Transmission expérimentale de la syphilis à l'œil du lapin. — HOFFMANN : Sur l'éventration rudimentaire. — BÜDINGEN : Traitement des cardiaques dans des maisons spéciales; ses indications. — ROEMISCH : Sur les succès durables du traitement par la tuberculine. — GAUSER : Sur le traitement du delirium tremens. — WEIGGANDT : Sur l'état de l'assistance aux idiots en Allemagne. — MITTERMAIER : Les orteils en marteau et leur traitement. — REISSMANN : Sur la découverte des ligaments ronds dans les canaux inguinaux. — KAUPE : Sur une nouvelle pompe à lait. — EIJKMANN : Polynévrite des poules et béri-béri; intoxication chronique par l'acide oxalique.

Presse médicale. — (N° 1, 2 janv. 1907.) DESFOSSES et MARTINET : Technique de la thérapeutique ionique. — Cyrille JEANNIN : De l'emploi rationnel de l'écarteur Tarnier. — (N° 2, 5 janv.) J. MOSCOU : Diagnostic de la tuberculose de l'appareil génito-urinaire d'après l'examen microscopique des urines. — HALLION : Sur la pathogénie du cancer. Théorie karyogamique. — Emile GÉRAUDEL : Etiologie et pathogénie du foie musculaire. — (N° 3, 9 janv.) JAYLE : La sténose et l'atrésie du col chez des femmes ayant eu des enfants. — A. Augustin REY : L'habitation. Hygiène de l'escalier, les mauvais escaliers, les bons escaliers. — (N° 4, 12 janv.) Pierre MARIE : Rectifications à propos de la question de l'aphasie. — RODET et LAGRIFFOUL : Le sérum antityphique. — (N° 5, 16 janv.) LANDOUZY : Hygiène sociale. La loi de 1905 sur l'assistance obligatoire aux septuagénaires et l'alimentation rationnelle du vieillard. — RÉMLINGER : Les analyses d'urine typhiques envisagées au point de vue de la propagation possible de la maladie. — (N° 6, 19 janv.) DEBOVE : Endocardite par septicémie tétragénique. — Mlle PASCAL : Pseudo-neurasthénie prodromique de la démence précoce.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 1, 5 janv. 1907.) MIGNON : L'esthétique du nez; les malformations nasales et leur traitement. — (N° 2, 12 janv.) E.-J. MOURE : Trachéotomie et thyrotomie. — A. DURAND : Ostéomyélite du frontal consécutive à une pansinusite opérée. Thrombo-phlébite suppurée des sinus longitudinal supérieur et latéral. Mort.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA PYOHÉMIE PUERPÉRALE PAR LA LIGATURE DES VEINES DU BASSIN

Par A. FAIX,
Interne des hôpitaux et de la Maternité de Paris.

Lors du récent Congrès de chirurgie, la question de la ligature des veines du bassin dans les cas de pyohémie puerpérale a été soulevée à l'occasion des rapports remarquables faits sur la chirurgie des troncs veineux.

Il ne semble pas superflu de jeter un coup d'œil sur ce terrain peu exploré, croyons-nous, en France, et qui semble mériter d'attirer l'attention du public médical par les espoirs que l'intervention paraît laisser entrevoir.

Peut-être cette thérapeutique chirurgicale est-elle bien connue dans les milieux obstétricaux ; il ne semble toutefois pas exister dans la littérature française d'observations ayant trait à quelque tentative de ce genre dans la pyohémie puerpérale.

I

Définition. — Les auteurs qui se sont occupés de cette question ont tenu à bien définir la pyohémie puerpérale telle qu'ils la comprenaient. Pour Trendelenburg, c'est « *cette forme de l'infection générale d'origine utérine qui, bien que nettement généralisée sans conteste, diffuse seulement par les thromboses septiques des veines de l'utérus* ».

Notons que cette définition montre de suite la tendance à limiter le traitement chirurgical aux seuls cas où il soit justifié ; puisqu'une action directe y sera possible sur un point localisé.

Mais avant tout cette nouvelle thérapeutique vient-elle à son heure, et les efforts faits pour agir contre une affection que les auteurs d'un *Précis d'obstétrique* classique qualifient « d'une des formes les plus rares de l'infection chez l'accouchée » sont-ils légitimes ?

II

Existence. — Si les accoucheurs avaient pris la parole au Congrès de chirurgie, sans doute ils auraient apporté dans la discussion le poids de leur autorité et de leur expérience, mais toutefois ils n'auraient pu répondre qu'affirmativement à cet orateur qui s'étonnant qu'on parlât de pyohémie puerpérale demandait s'il en existait encore réellement.

Et cette déclaration n'eût mérité aucun reproche, car on pourrait objecter qu'il est toujours dans les milieux les plus aseptiques quelques accidents dus à une faute passée inaperçue.

D'ailleurs, d'autres causes ne manquent pas et si l'on trouve dans les statistiques de certaines maternités un assez grand nombre de cas, il en est peu d'*indigènes* si l'on ose ainsi dire.

Trendelenburg dans son travail sur la question nous montre que seuls les médecins d'hôpital, obligés d'accueillir tous les mauvais cas de la ville, peuvent arriver à se faire une opinion en un temps relativement assez court. Ce sont en effet comme le fait également remarquer Opitz, les cas les plus nombreux et les plus graves qui entrent directement à l'Isolement, venant de la ville ou des maisons d'accouchement.

III

Fréquence. — Opitz en cite 82 cas survenus à la Clinique impériale gynécologique de Berlin (professeur Olshausen) de l'année 1897 à 1902, pour ne parler que d'une période relativement récente. Dans le même établissement de 1882 à 1896, il y avait eu 60 cas.

En compulsant les registres d'autopsie de la Maternité, aimablement mis à notre disposition, nous avons pu relever 18 cas répondant à la définition citée plus haut et que son auteur convient de lui-même être « la vieille signification la plus étroite du mot ». Encore faut-il remarquer que nous n'avons pas les cas qui ont guéri.

Des nombreuses statistiques publiées sur ce sujet, il ressort que la pyohémie n'est pas près d'être rayée du cadre nosologique.

A elle seule, la pratique de plus en plus répandue des avortements clandestinement provoqués, suffirait à lui conserver une large place

De plus, si elle est assez fréquente, elle n'est pas moins grave.

IV

Gravité. — En bloc, nous voyons sur les 82 cas d'Opitz, 41 morts. Une autre statistique de Curschmann qui a préconisé le traitement par l'antipyrine à doses massives, signale 174 cas avec 78 guérisons et 73 décès, auxquels on doit ajouter 4 malades en traitement et 19 qui ont eu des complications telles qu'on devait les considérer comme désespérées d'avance.

Les 18 cas mortels constatés à la Maternité de 1900 à 1906 montrent que le pronostic de cette affection est des plus sérieux. Fait confirmé d'autre part par Fischer qui cite 60 cas, avec 32 morts, 19 guérisons, 9 terminaisons inconnues.

Encore doit-on envisager au point de vue pronostic, deux formes bien nettes de pyohémie dont les chiffres ci-dessus ne tiennent pas compte séparément.

V

Marche. — La pyohémie est bien connue dans sa forme générale.

L'anatomie pathologique en a été fixée par les travaux de Virchow et de Cruveilhier. Mais les données de la bactériologie nous ont permis de suivre dans sa marche le germe infectieux qui, envahissant l'utérus, passe par les sinus dans la circulation veineuse, y crée la lésion de l'endoveine, et favorise la formation du caillot.

Celui-ci, une fois constitué, va donner naissance à

des embolus plus ou moins septiques, et c'est de cé degré de septicité que dépend la forme clinique de la maladie. Caractérisée essentiellement par des frissons plus ou moins fréquents et prolongés, accompagnés de température à grandes oscillations irrégulières, avec fréquence du pouls, la pyohémie s'accompagne presque toujours de métastases suppurées ou non, plus ou moins fréquentes et rapides.

C'est cette différence du plus au moins qui fait étudier deux formes distinctes.

a. *La forme aiguë* où la température n'a pas de rémission, dans laquelle les métastases sont nombreuses, rapides, les frissons presque subintrants, la mort presque inévitable à courte échéance.

Anatomiquement, on note alors une pénétration plus active des germes qui, traversant les parois vasculaires, ne se cantonnent plus dans la lumière des veines, mais envahissent les tissus environnants, créant des périphlébites putrides et purulentes avec des abcès gazeux dus à des anaérobies. Les thromboses sont plus nombreuses, plus considérables, les caillots sont ramollis, transformés en leur centre en un magma purulent. A distance, les viscères et le tissu cellulaire sont en peu de jours le siège de métastases suppuratives plus ou moins considérables. Les vaisseaux lymphatiques sont envahis, les ganglions tuméfiés et souvent suppurés. L'assaut a été rapidement et activement donné de toutes parts par les germes bientôt victorieux.

b. En face de cette forme, il en existe une autre plus lente, *chronique* en quelque sorte. Elle se caractérise étiologiquement par une virulence moins grande de l'agent causal, et cliniquement par des rémissions dans la température et les frissons qui commencent plus tardivement. Hæckel a tenu à préciser cette forme dans laquelle il fonde les meilleures espérances sur le traitement qui nous occupe. « Ce sont, dit-il, des formes qui consistent en une infection des parois veineuses au voisinage immédiat de l'utérus, sans qu'il y ait déjà des métastases dans d'autres régions du corps. »

« Ce sont des germes de faible virulence qui, par les ouvertures béantes des veines de la région placentaire, pénètrent dans les racines des veines utéro-ovariennes et hypogastriques et aboutissent là à la formation de thrombus avec dégénérescence purulente centrale. De ces foyers partent dans le corps de petits *essaimages* fréquents de dépôts infectieux, auxquels répond chaque fois un frisson, mais sans qu'il y ait de localisation de ces germes à cause de leur faible virulence. L'évolution clinique de ces cas, qui, ne sont pas rares, est telle qu'immédiatement après l'accouchement, apparaît une endométrite légère avec un peu de fièvre; ensuite l'utérus poursuit normalement son involution et pendant plusieurs semaines on a des températures normales; mais trois à quatre semaines après l'accouchement, surviennent des frissons fréquents. Comme uniques lésions de l'affection on n'a alors que la thrombose avec petits foyers purulents des veines utéro-ovariennes et de l'hypogastrique. »

L'auteur poursuit en disant que cette marche insidieuse n'en est pas moins grave encore, puisqu'elle comporte une mortalité que Bumm trouve être de 83 p. 100.

VI

Traitements proposés. — Aussi, comme le dit Friedmann (de Stettin), « le traitement de la fièvre puerpérale n'est pas un des succès éclatants de l'art médical : » les chiffres de mortalité cités plus haut le démontrent.

Certes les soins antiseptiques et aseptiques pris lors de l'accouchement, ont grandement diminué le nombre des pyohémies puerpérales.

Le régime hygiénique et diététique bien compris, dans lequel on nourrit richement les malades (lait, œufs, viande en poudre, alcool, sucre) tout en surveillant attentivement les fonctions cardiaques et intestinales, joint au repos absolu sur un matelas d'eau avec ou sans balnéation, est un traitement presque classique. Mais, vu son insuffisance, on a proposé une action directe sur les germes infectieux.

1° Par certains médicaments systématiquement administrés comme l'*alcool* à hautes doses (Fischer, Runge), l'antipyrine (Curschmann);

2° Par un certain nombre de sérums curateurs;

3° Rappelons les abcès de fixation de Fochier;

4° Plus récemment le traitement de Crédé par le collargol;

5° Enfin des injections intra-veineuses d'antiseptiques : sublimé (Fabio), thymol (Fiorentini).

Le nombre des traitements proposés plaide peu en faveur de l'efficacité bien reconnue de quelqu'un d'entre eux.

Si nous arrivons maintenant aux traitements chirurgicaux, nous passerons rapidement sur les classiques, curages digitaux, curetages, écouvillonnages, et même hystérectomies, pour arriver à la notion nouvelle que nous voulons signaler : l'atteinte de l'agent infectieux par action directe sur le thrombus septique *in situ*.

C'est en vue de cette action qu'a été conçue la ligature veineuse dans la pyohémie puerpérale.

VII

Idées directrices de l'intervention. — Bien avant l'ère de la chirurgie antiseptique alors que la pyohémie était, selon l'expression de Trendelenburg luimême, « l'hôte habituel des cliniques chirurgicales », on avait compris le rôle des veines dans l'infection purulente.

En 1773, Hunter conseillait déjà la compression veineuse au-dessus des abcès phlébitiques, espérant ainsi empêcher l'entrée du pus dans les vaisseaux.

Successivement, Breschet proposa la section veineuse au-dessus du point enflammé, puis Sédillot par la cautérisation ignée cherche à obtenir une oblitération de la veine au niveau du foyer septique.

Nous arrivons ensuite à une période où l'on fait la ligature veineuse non aseptiquement.

Lee en 1865 fit l'acupressure de la veine céphalique pour thrombose de cette veine avec frissons. Raynaud proposait, en 1870, de lier la veine fémorale pour lutter contre l'infection purulente. En même temps à peu près, Rigault opérait avec succès, par

ligature et élimination d'un segment veineux, un malade atteint de troubles emboliques consécutifs à une phlébite variqueuse.

En 1877, Kraussold resèque avec succès chez un amputé de cuisse une portion du tronc de la veine fémorale thrombosée, au-dessus de la thrombose.

Mais les propositions qui justifient l'intervention opératoire dans les thrombo-phlébites et qui sont fort bien définies par M. Lejars dans son rapport au Congrès de chirurgie, n'ont pu être théoriquement bien établies que plus tard.

Rappelons-les ici, d'après Lejars: « L'action chirurgicale dans les thrombo-phlébites s'applique à un triple objet : 1° *barrer le chemin* aux embolies et prévenir les accidents cardio-pulmonaires et la mort subite qui en peuvent résulter ; 2° *enrayer la transmission* des produits infectieux par voie veineuse, les « métastases », l'infection générale pyohémique ; 3° *traiter localement* le foyer phlébitique originel.

Cette action chirurgicale à triple effet, ne pouvait prendre de l'extension qu'avec la chirurgie antiseptique et aseptique, où l'intervention veineuse restait innocente, et ne constituait plus un remède pire quelquefois que le mal.

L'application la plus large de cette méthode a été faite pour les thromboses du sinus latéral d'origine otique à la suite de Zaufal, qui en 1884 enlevait les thrombus du sinus après ligature de la veine jugulaire. Cette intervention est maintenant assez courante pour que Viereck ait pu dans sa leçon inaugurale en réunir 170 cas, sur lesquels à part ceux où une complication telle que méningite ou abcès du cerveau rendait déjà tout espoir illusoire, il reste 108 cas avec 89 guérisons, tandis que, sans opération, Jansen ne peut citer que 2 guérisons sur 49 cas.

Dans d'autres régions, on avait avec succès traité par la ligature et même l'excision du segment thrombosé les phlébites variqueuses des membres inférieurs. Citons rapidement les interventions de Quénu en 1891, de Schwartz et Quénu en 1892 pour phlébites variqueuses de la saphène interne. En 1893, nouveau cas d'Isch Wall, présenté à la Société anatomique.

Les cas se multiplient rapidement et Mérieux dans sa thèse, en 1893, cite des observations d'intervention pour phlébites suppurées.

En 1898, Robineau publie son importante thèse sur le traitement chirurgical des phlébites, et la même année paraît le travail d'ensemble de Longuet et Balthazard sur la question.

Depuis les interventions se sont multipliées et, au dernier Congrès, une ample moisson de faits est venue enrichir la littérature de la chirurgie des gros troncs veineux.

On a pu sans inconvénient, lier la veine cave inférieure (6 cas avec 4 guérisons et 2 morts) au-dessous du pédicule rénal toutefois. On a lié à la fois le tronc brachio-céphalique, la jugulaire interne et la sous-clavière trois fois avec succès. De même pour la veine fémorale. Duret (de Lille) a traité avec succès par la ligature et l'excision une thrombo-phlébite typhique. Faure a pu lier l'azygos.

C'est dire que la ligature des gros troncs veineux n'offre par elle-même aucun danger au point de vue circulatoire.

Mais bien avant ces résultats tout récents, on avait songé à appliquer ces principes chirurgicaux à la cure de la pyohémie puerpérale, partant de ce fait que : *La pyohémie résulte d'une altération tout à fait locale, de la thrombose des veines tant au voisinage de la plaie, que par la continuation directe de la thrombose et aussi par l'entrée dans le torrent circulatoire de fragments de thrombus par la voie des grosses veines*; *elle aboutit à une maladie générale mortelle, et il est logique de couper court à la maladie par une ablation des thromboses primitives séparées mécaniquement des troncs veineux efférents.*

VIII

HISTORIQUE. — Frappé des résultats encourageants obtenus dans les thrombo-phlébites du sinus, Tredelenburg songea à attaquer les pyohémies puerpérales de la même manière.

Déjà en 1894, Suppel à propos de l'hystérectomie dans la puerpéralité, voulait la faire suivre de résection des veines du plexus pampiniforme.

Ce fut Freund en 1896 qui pratiqua le premier l'intervention après hystérectomie, dans deux cas de pyohémie *post abortum*.

Il reséqua l'utéro-ovarienne et le ligament large atteints. Ses deux malades moururent. Chez l'une, la thrombose atteignait la veine cave ; chez l'autre, les territoires veineux supérieures et inférieurs du ligament large étaient également thrombosés.

Bumm ne fut pas plus heureux dans trois interventions pour pyohémies aiguës *post partum*. Il lia et excisa les utéro-ovariennes. A l'autopsie, il trouva dans le premier cas un phlegmon putride du tissu sous-péritonéal ; dans le second, un thrombus suppuré situé au-dessus des limites de son intervention; dans le troisième, une atteinte étendue au ligament large.

C'est en 1902 que Trendelenburg reprit avec autorité cette intervention en s'appuyant sur des résultats d'autopsie. Il l'avait pratiquée 5 fois.

Dans 4 cas de formes aiguës avec périphlébites suppurées graves, il ne réussit pas; ce n'est que dans le cinquième cas où il intervint pour une forme chronique à frissons répétés, qu'il eut un succès. Après avoir subi un curetage le 6 septembre 1901 pour un avortement de trois mois fait le 31 août, sa malade était entrée à l'hôpital le 16 septembre avec le diagnostic de pyosalpinx droit. Frissons répétés, et le 19 septembre ouverture par le vagin d'un abcès du ligament large et ouverture en boutonnière de la paroi pour exploration. Suture. Reprise rapide des frissons. Etat cachectique. Le 12 octobre, ligature double et résection de la veine hypogastrique droite. Pendant dix jours, aucun frisson. Puis reprise et cachexie telle que la malade ne pèse que 30 kilos le 10 novembre. Le 12 novembre, ligature de l'utéro-ovarienne droite au niveau du pôle inférieur du rein et résection de 5 centimètres de cette veine. Guérison définitive le 11 décembre ; le poids est de 35^{k}600 et arrive à 45^{k}500 le 28 février.

« C'était le premier cas de pyohémie puerpérale guéri par la ligature veineuse dit l'auteur, et nous pourrons bientôt aller plus loin et avoir l'espoir que nous réussirons, non seulement dans les formes chroniques, mais aussi dans les formes aigues de la pyohémie puerpérale, à combattre avec fruit par un traitement chirurgical et à aller vers de nouveaux succès. »

Depuis, Bumm a apporté 5 nouveaux cas et Michels a cité 1 cas de pyohémie guéri chirurgicalement en 1902 par ligature et ouverture extra-péritonéale de l'utéro-ovarienne gauche.

En 1905, Hæckel (de Stettin) a rapporté un cas où il est intervenu dans une forme aiguë sans succès.

Cinq jours après un accouchement normal, curetage à cause de la fièvre. Immédiatement frissons quotidiens.

Ligature bilatérale des hypogastriques et des spermatiques. Chute de température. Puis pneumonie et reprise des frissons. La malade avait une anomalie de l'hypogastrique droite et l'auteur avait dû lier un amas plexiforme qui la remplaçait.

Vingt jours après il lia pour plus de sûreté la veine iliaque primitive droite ; intervention bien supportée, mais continuation de température, frissons, et mort. Par contre, cet auteur compte à son actif un succès dans un cas de pyohémie chronique consécutive à l'ablation d'une môle. Après un traitement infructueux par le collargol, l'auteur lia les deux utéro-ovariennes et les hypogastriques, guérison assez rapide.

Opitz a un cas de pyohémie aiguë *post abortum*, où l'excision après ligature des deux utéro-ovariennes n'empêcha pas la mort.

Plus récemment encore, Friedmann, dans un cas d'accouchement prématuré à 6 mois et demi avec infection pyohémique datant de trente-cinq jours, avec frissons, eschares sacrées considérables et métastase pulmonaire, intervint par la voie transpéritonéale, lia les deux veines utéro-ovariennes et l'hypogastrique seulement à droite.

Intervention suivie d'amélioration rapide et de guérison, malgré une phlébite consécutive de la cuisse droite.

Ceci est d'autant plus démonstratif qu'il s'agissait là d'un cas avec métastase et partant mauvais.

Telle est, résumée, l'histoire encore brève de cette intervention.

Il nous faut envisager maintenant quelles en sont les indications.

IX

Indications. — Quand doit-on pratiquer cette opération ? C'est là le point délicat de la question, celui sur lequel il y a désaccord, même entre les auteurs qui l'ont pratiquée.

Comme tous le font remarquer, le nombre des interventions est encore trop restreint pour que des conclusions en puissent être tirées, et d'autre part, si l'on ne sait dans quelles circonstances en pratiquer de nouvelles, on risque de tourner perpétuellement dans ce cercle vicieux, ou bien d'intervenir au hasard, faussant ainsi les résultats d'avance.

Essayons de résumer les opinions émises.

Trendelenburg est le premier qui érigea en traitement systématique, ce que d'autres avaient fait par hasard, pour ainsi dire. Son opinion mérite d'être rapportée :

L'extension des thromboses aux gros troncs veineux (iliaque primitive, veine-cave) avec périphlébites suppurées, atteinte lymphatique et métastases graves, commande l'abstention : « il est trop tard pour opérer, c'est une intervention déplacée, c'est ainsi qu'étaient les quatre cas aigus dans lesquels je suis intervenu et qui se sont terminés par la mort. »

Il est d'une telle importance d'agir vite que cet auteur ne veut pas qu'on attende des symptômes physiques. « Un frisson dans la puerpéralité doit naturellement avoir quelque cause cachée. On ne découvre pas cette cause et bientôt survient un deuxième frisson grave ; il est alors on ne peut plus démontré qu'il y a pyohémie et cela devrait suffire à motiver l'intervention. En effet, il est hors de doute que les frissons de la pyohémie sont directement en rapport avec la lancée de parcelles septiques de thrombus dans le torrent circulatoire. Après la ligature veineuse, nous n'aurons donc plus que des espoirs à avoir; à peine devrons-nous redouter quelques formes particulièrement sévères. »

Dans la discussion qui suivit cette communication, Zweifel insista sur la difficulté qu'il croyait trouver, malgré les dires de l'auteur, dans les indications opératoires et opposa de nombreux cas de guérisons spontanées constatées maintes fois dans la pyohémie.

Opitz, examinant les opinions de ses devanciers, fait d'abord justice de l'assertion de Freund qui considérait l'infection consécutive à l'*avortement criminel* comme une indication absolue. Il la combat en se demandant pourquoi les germes septiques y seraient toujours plus virulents et en faisant remarquer que de plus le diagnostic étiologique est alors particulièrement difficile pour des raisons faciles à imaginer.

Les *causes étiologiques* peuvent cependant aider le clinicien d'une manière sinon absolue, du moins générale, et cet auteur fait tour à tour remarquer : la gravité des cas d'infection après,

Placenta prævia........	Terrain préparé par l'hémorragie.
Délivrance artificielle ou extraction manuelle de cotylédons retenus...	Apport de germes par les manipulations directement sur la surface d'insertion placentaire.

L'infection après accouchement normal serait celle où l'on pourrait le plus attendre.

La *date de début* ne peut également, comme le montrent les statistiques, fournir aucune indication précise.

L'apparition de *complications* doit certes influencer notre action, mais dans quelle mesure ? Disons-nous bien que souvent des paramétrites ou de légères atteintes pulmonaires passent inaperçues faute d'un toucher ou d'une auscultation systématiques.

Opitz conclut à leur sujet que « les complications qui ne sont pas elles-mêmes à traiter chirurgicale-

ment doivent être considérées comme sans importance, autant que leur gravité ne fait pas considérer l'excision veineuse comme trop dangereuse ou désespérée. »

La DURÉE a été également envisagée au point de vue des indications qu'elle peut fournir, et Fischer a dit humoristiquement : « Le pronostic est d'autant meilleur que la pyohémie dure depuis plus longtemps. » Cette vérité semble un peu simpliste, mais en fait on comprend que, si l'organisme a pu lutter quelque temps (deux semaines à trois, par exemple) contre l'infection, c'est qu'il est assez résistant et que celle-ci n'est pas très virulente.

Mais attendre pour voir comment l'organisme résistera n'a pas l'apparence même d'une solution.

On doit donc, faute d'indications précises, s'en rapporter à la clinique.

L'état général et en particulier celui du cœur peut fournir de sérieuses données ; tant que la contraction cardiaque se maintient et que la diurèse est bonne, on doit espérer ; mais on ne doit pas se croire à l'abri du danger. A quel moment intervenir ? Rien n'est moins certain.

On a fondé quelque espoir, pour fixer les esprits, sur l'examen du sang, au point de vue de sa richesse en leucocytes. Sans doute le peu d'abondance de ces derniers traduit, comme Dützmann l'a bien montré, la défense insuffisante de l'organisme. Mais il sera souvent trop tard pour intervenir quand l'examen du sang accusera déjà une telle faiblesse de résistance à l'infection.

Qu'il nous soit permis d'essayer de grouper ces opinions diverses pour en tirer une *moyenne* :

Celle de Tredelenburg d'opérer après le deuxième frisson paraît un peu osée ; d'autre part, Freund est trop affirmatif dans son point de vue étiologique, nous ne pouvons dire que ceci :

Quand on est en face d'une pyohémie à thrombophlébites, à allure grave, à début rapide, surtout après des hémorragies ou des manœuvres intra-utérines, quand la thrombose ne semble pas propagée trop loin, et que l'infection paraît localisée dans les veines, on peut intervenir par l'opération de Trendelenburg.

Nous faisons intervenir ici la notion de l'étendue de la thrombose : c'est dire qu'à côté de la question d'opportunité générale de l'intervention, il y a des raisons locales anatomiques qu'il faut connaître. Et c'est ici que les données de l'anatomie pathologique nous sont précieuses.

Trendelenburg rapporte le résultat de 21 autopsies avec 16 thromboses de l'hypogastrique et 7 thromboses de l'utéro-ovarienne.

Spitz a examiné 34 cas qui se décomposent ainsi :

Thrombose d'une spermatique seule	3
Thrombose de deux spermatiques seules	2
1 hypogastrique seule	6
2 hypogastriques seules	4
1 spermatique et 1 hypogast. du même côté	4
1 spermatique et 1 hypogast. du côté opposé	1
1 spermatique et un abcès paravaginal entre l'utérus et la vessie	2
1 spermatique et la fémorale	1
1 spermatique et 2 hypogastriques	3
1 hypogastrique et l'iliaque primitive du même côté	1
1 iliaque primitive	1
Spermatique, hypogastrique, iliaque primitive du même côté et veine-cave	1
Pas de thromboses du bassin, mais 3 abcès péri-utérins, peut-être venus de thromboses veineuses	5

Nebel sur 21 cas donne :

Veines et lymphatiques atteints	4
Thrombose unilatérale	7
Thrombose bilatérale	14

avec une prédominance nette dans le territoire de l'hypogastrique.

Nous-même avons, sur 18 cas de pyohémie à thrombophlébites, relevé :

1 hypogastrique et spermat. du même côté.	4
1 spermatique seule	4
2 spermatiques seules	3
1 spermatique, hypogastrique, veine-cave.	1
2 spermatiques et 2 hypogastriques	3
2 spermatiques et 2 hypogastriques, veine fémorale	1
1 spermatique et poplitée droite	1
Veine-cave et veine rénale	1

Il ressort clairement de ces statistiques que l'hypogastrique est aussi souvent atteinte, si ce n'est plus, que la spermatique et que les lésions sont fréquemment bilatérales.

On doit donc se rallier à l'opinion de Trendelenburg et chercher à lier les deux groupes veineux du côté atteint ou de deux côtés, sans faire de l'hypogastrique un *noli me tangere*, comme ses devanciers le prétendaient.

Ici se pose la question de diagnostic des vaisseaux atteints. Si l'opération est résolue, où porter le couteau ?

Pour intervenir, Trendelenburg suppose avec raison, semble-t-il, que lors d'une fièvre à grandes oscillations avec frisson, s'il y a absence de foyer suppuré pelvien ou viscéral, avec involution normale d'un utérus en bonne position sans rétention, on doit incriminer la thrombose veineuse. « Toutefois, dit-il, je suppose que l'infiltration du tissu cellulaire pelvien et l'enflure des jambes, signe de la participation des veines du bassin et des membres inférieurs fait défaut, et d'autre part que l'altération d'une ou des deux veines spermatiques est établie cliniquement, avec certitude, par la présence d'un cordon dur s'étendant de l'ovaire le long du ligament infundibulo-pelvien. » C'est alors que cet auteur insiste sur la nécessité de lier aussi l'hypogastrique, comme nous l'avons déjà dit.

Pour savoir de quel côté intervenir, on s'appuiera sur la sensibilité à la pression, l'empâtement perçu par le toucher bimanuel.

A cette notion s'ajoute, à juste titre, la nécessité d'agir comme dans les thromboses otiques en supprimant le foyer septique par résection des veines atteintes pour empêcher toute diffusion ultérieure par contiguité, par voie lymphatique ou par des anostono-

moses veineuses et des collatérales. De là aussi la nécessité de lier au-dessus de la thrombose, pour l'isoler complètement.

Cédant à cette idée qu'une laparotomie exposait la malade à des infections nouvelles ou comportait une gravité plus grande, Trendelenburg avait d'abord proposé la technique suivante :

Incision classique de la ligature sous-péritonéale de l'iliaque externe. Ouverture de la paroi et décollement du péritoine jusqu'à l'artère; en réclinant sur le petit bassin, on aperçoit l'uretère qui est entraîné avec la séreuse. On aperçoit alors l'hypogastrique qu'on lie au point où elle se réunit à l'iliaque externe, après avoir récliné l'artère en dehors, et si elle est trop adhérente, l'avoir sectionné entre deux ligatures pour en récliner les deux bouts décollés.

Ceci fait, dénuder la veine avec précaution et la lier au catgut.

L'auteur conseille même cette voie pour atteindre les suppurations péri-utérines, en insistant sur le décollement du côté du ligament large, relativement facile, étant donné l'état de grande laxité de la région dans le post-partum.

Pour découvrir le tronc de la spermatique, prolonger l'incision précédente vers la pointe de la onzième côte comme pour découvrir l'uretère (incision d'Israël), la malade étant couchée sur le côté.

Décoller la séreuse en repoussant vers la colonne vertébrale.

Se guider sur l'uretère qui en général accompagne le péritoine. On trouve la spermatique qui le croise à angle aigu. Suivre le cordon de thrombose, lier au-dessus et couper.

S'il n'y a pas trop de périphlébite, inciser les vaisseaux, extirper les thromboses, mais pas de décortications pénibles qui peuvent causer des hémorragies en nappe graves et très difficiles à arrêter.

Si les lésions sont bilatérales, répéter les mêmes manœuvres de l'autre côté. Le tout durerait environ une heure, d'après l'auteur.

Il semble, étant donné la nécessité démontrée de lier les quatre pédicules veineux, qu'il soit plus simple d'adopter la voie transpéritonéale.

En position de Trendelenburg, laparotomie sous-ombilicale, inspection soigneuse des ligaments larges au point de vue des thromboses veineuses. Celles-ci reconnues, inciser le péritoine, dénuder et lier l'utéro-ovarienne au-dessus du thrombus, et au bord supérieur du ligament large, section au thermo-cautère et ablation du segment veineux. Ouvrir le ligament large en prolongeant l'incision péritonéale. Agir de même avec l'hypogastrique. Suturer la plaie péritonéale. Faire de même du côté opposé.

Cette méthode préconisée par Bumm permettrait l'opération bilatérale en vingt minutes, ce qui est peu, étant donné l'infiltration presque constante périveineuse qui gêne la dénudation.

X

Résultats. — Quel que soit le mode opératoire adopté, et à notre avis le second est préférable, il n'en reste pas moins avéré que ce sont là des interventions d'une certaine gravité en soi :

Les résultats acquis jusqu'ici sont-ils assez satisfaisants pour nous encourager nettement dans cette voie?

En somme, nous avons actuellement :

Freund	2 cas	2 décès.	
Trendelenburg	5 cas	4 décès	1 guérison.
Michels	1 cas		1 guérison.
Bumm	8 cas	5 décès	3 guérisons.
Hæckel	2 cas	1 décès	1 guérison.
Opitz	1 cas	1 décès	
Friedmann	1 cas		1 guérison.
	20 cas	13 décès	7 guérisons.

Il faut remarquer que la plupart des cas avec guérison étaient des cas chroniques aggravés sans localisation autre que dans les veines. Seul un cas de Bumm fait exception.

Si nous examinons les observations publiées par ces différents auteurs, nous voyons toujours après l'intervention cesser ou diminuer les frissons. La température ne descend pas immédiatement et même, dans les cas où les quatre pédicules veineux n'ont pas été liés, il y a des récidives ayant nécessité une intervention ultérieure.

XI

Conclusions. — De tout ceci, nous conclurons que la prudence et la circonspection nous recommandent d'agir rapidement en désespoir de cause dans les infections aiguës, et après quelque temps seulement dans les infections chroniques, cas dans lesquels cette opération a certainement parfois une réelle efficacité.

Il semble bien que dans ces formes le diagnostic de localisation veineuse doive comporter une indication opératoire.

BIBLIOGRAPHIE

Aubin. *De la phlébectomie dans les phlébites variqueuses des membres*, Th. de Paris, 1903.

Breschet. De l'inflammation des veines, *Journ. complém. du dict. des sc. méd.*, 1818-1819, t. II, p. 325; t. III, p. 317. — Brückel. *Handbuch der Geburtshilfe*, Munich, p. 935. — Bumm. *Berl. klin. Wochens.*, 1905, n° 27; — Zur operativen Behandlung der puerperalen Pyämie (5 Fälle Unterbindung der. Ven. Spermat und Hypogast. mit 3 Heilungen), *Berl. klin. Wochens.*, 3 juillet 1905, n° 27, p. 829; — Ueber die chirurgische Behandlung des Kindbettfieber; — *Sammlung. Zwangloser Abhandlungen a. d. Gebiet. d. Frauenheilk*, Halle a/s, 1902.

Döderlein. *Deuts, med. Wochens.*, 30 janv. 1904, p. 1793 et 1794. — Dützmann. *Monats. f. Geb. u. Gynäk.*, T. XVIII, p. 57.

Fabio. Infection puerpérale et injections endoveineuses de sublimé, *Gaz. degli osped. et delle Clin.*, 24 avril 1904, p. 519-520. — Falsenreich und Mikulicz, *Prager Zeits. f. Heilk.*, 1881, II, p. 112. — Fiorentini. Les injections endoveineuses de thymol au cours de l'infection expérimentale au staphylocoque doré, *Gaz. degli osped. et delle Clin.*, 14 août 1904, p. 1020. — W. E. Fotherghil. Thrombose puerpérale de la veine cave inférieure, *Journ. of obstetrics and Gynäk. of the British Empire*, mars 1903, p. 218 à 225. — W. A. Freund. Methoden und Indikationen der Totalextirpation des Uterus, *Beit. zur Geb. und Gynäk. von Hegar*, 1898, t. I, p. 397. — Friedmann. Die Unterbindung der Beckenvenen bei der

pyämischen Form des Kinbettfieber, *Munch. med. Wochens.*, 1906, n° 37, p. 1813.

GROSSMANN. Uber puerperal Metrophlebitie, *Arch. f. Gynäk.*, t. LXX, p. 3.

HERFF. *Korrespondenzblat f. Schveitzer Ærzte*, 1903, n° 2. — HÆCKEL. Unterbindung der Venæ Spermaticæ und Hypogastricæ bei puerperaler Pyämie, *Deuts. med. Wochens.*, 12 oct. 1905, n° 41, p. 1637. — HOFBAUER. *Arch. f. Gynäk.*, t. LXVIII, p. 359. — HUNTER. *Œuvres complètes*, trad. Richelot, Inflammation des veines, t. III, p. 643.

KRAUSSOLD. *Arch. f. klin. Chir.*, XXII, p. 965.

LEE. *Med. Times*, 1865, p. 777. — F. LEJARS. *Chirurgie des gros troncs veineux*. Rapport au XIXe Congrès de chirurgie, Paris 1906, p. 80. — LEOPOLD. Zur operativen Behandlung puerperalen Peritonitis und Pyämie, *Arch. f. Gynäk.*, LXXVIII, p. 1.

MICHELS. *Lancet*, avril 1902. — MULLERHEIMS. *Deuts. med. Wochens.*, 1904, n°s 5 et 6. — W. MÜLLER-ROSTOCK. Zur Operativen Behandlung infektioser und benigner Venenthrombosen, *Arch. f. klin. Chir.*, LXVI, Berlin 1902, Hirschwald.

NEBEL. *Uber Puerperalfieber und deren Behandlung*, Inaug. dissert., Leipzig, 1902.

OPITZ. Uber Heilungsaussichten und Behandlung der puerperalen Pyämie, *Deuts. med. Wochens.*, 1905, n°s 25-26-27, p. 910-953-986; — Zur chirurgischen Behandlung der puerperalen Pyämie, *Deuts. med. Wochens.*, 1905, n° 50, p. 2008.

ROBINEAU. *Traitement chirurgical des phlébites*, Th. de Paris, 1898. — ROCHARD. L'infection puerpérale grave, *Bull. de thérap.*, 23 déc. 1904, p. 885-892.

SÉDILLOT. Th. d'agrégation, 1832; — *Traité de l'infection purulente*, 1849. — STEWART. Surgical Treatment of puerperal Infection, *Amer. Journ. of Obstet.*, août 1906, p. 224.

TREDELENBURG. Uber die Chirurgische Behandlung der puerperalen Pyämie, *Munch. med. Wochens.*, 1902, n° 13, p. 513.

VIERECK. *Die Unterbindung der Vena Jugularis u. s. w.*, Leipzig 1901.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 30 JANVIER 1907)

Plaie du péricarde, péricardotomie. — M. MAUCLAIRE communique une observation de plaie du péricarde par balle de revolver. Il a fait la péricardotomie. Il a pu ainsi arrêter l'hémorragie. Mais le blessé a succombé quelques jours après.

Plaies du rectum par empalement. — M. DELORME, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Sieur, a déclaré qu'il lui semblait que, dans ces cas, une bonne dilatation de l'anus et le drainage suffisaient pour amener la guérison. Il revient sur cette question pour mieux expliquer son opinion. Dans le cas rapporté par M. Sieur, l'instrument qui a perforé le rectum était un corps métallique, peu souillé, contondant. Un bon drainage aurait permis l'évacuation facile des liquides de la plaie. Il ne semble donc pas que, dans ces cas, le seul acte chirurgical auquel il faille avoir recours soit, comme l'a soutenu M. Quénu, la laparotomie. Pour pratiquer cette opération, il faut arriver à temps, il faut être un chirurgien de profession, il faut agir vite, il faut être outillé au point de vue, surtout d'une parfaite aseptie. Pourquoi ne pas recourir à des procédés plus simples, plus modestes, mais tout aussi utiles et efficaces? Il faut bien qu'on sache que la situation du blessé n'est pas désespérée, parce qu'il a une plaie du rectum et qu'il n'est peut-être pas nécessaire de recourir d'emblée à une intervention toujours grave, telle que la laparotomie. Il y a d'autres moyens qui peuvent donner un bon résultat et qui sont à la portée de tous les praticiens.

A l'appui de cette manière de voir, M. Delorme apporte une observation de M. Vignolles (de La Rochelle) qui s'est contenté de recourir à la dilatation anale et au drainage chez un jeune soldat dont le rectum et la vessie avaient été perforés par un sabre-baïonnette sur lequel il s'était empalé. Il y a eu un phlegmon qui s'est très bien vidé par le drain, et le blessé a parfaitement guéri.

Ostéome musculaire. — M. MAUCLAIRE, à l'occasion de la communication faite récemment par M. Reynier, rapporte l'observation d'un homme de trente-trois ans qui, par suite d'une chute sur la main, se fit une luxation du coude en arrière. Cette luxation fut facilement réduite et le malade fut soumis au massage. En pratiquant ce massage, le docteur Boutron sentit une induration au niveau du pli du coude. M. Mauclaire vit pour la première fois ce malade six semaines après. Il constata que les os étaient bien en place, que par conséquent la luxation était bien réduite; mais il trouva au niveau du pli du coude une masse osseuse considérable. On fit la radiographie et on vit qu'il s'agissait d'une ossification du brachial antérieur, pénétrant dans l'articulation. Cet ostéome était particulièrement grave par son étendue, par ses adhérences à la capsule, par sa pénétration dans l'articulation. Aussi l'intervention fut-elle pénible, l'ablation assez difficile; il fallut faire un drainage articulaire.

Les suites immédiates furent bonnes, mais les mouvements se limitèrent et le résultat final fut médiocre. Ollier avait signalé ces cas graves et s'était même demandé s'il ne vaudrait pas mieux recourir à la résection articulaire. M. Mauclaire partage cet avis et regrette, dans le cas qu'il vient de rapporter, de n'avoir pas pratiqué la résection de l'extrémité inférieure de l'humérus.

M. SIEUR a observé de nombreux cas d'ostéomes du brachial antérieur assez étendus, dans lesquels, cependant, le résultat fonctionnel, après l'opération, a été assez satisfaisant. Toutefois, dans certains cas, il y a eu une demi-ankylose, des mouvements assez limités, ce qui fait penser à M. Sieur que, dans ces cas, il vaudrait peut-être mieux recourir à la résection d'emblée.

M. LOISON rappelle la communication qu'il a déjà faite à la Société et qui était appuyée sur douze ou quinze radiographies. Il revient sur la pathogénie de ces ostéomes. La théorie de l'origine périostique peut être défendue quand l'ostéome s'attache à l'apophyse coronoïde; mais pour les ostéomes développés en plein corps musculaire, cette théorie n'est plus acceptable. Ollier avait accusé le massage. Dans l'armée allemande, on a modifié certains exercices du fusil qui avaient pour conséquence, à cause de la fréquence du mouvement en question, la production d'ostéomes sur le devant de l'épaule.

M. Loison discute un grand nombre de faits et appuie ses conclusions sur de nombreuses observations.

M. DELORME estime qu'il faut distinguer deux catégories de ces ostéomes, l'une nettement d'origine périostique, dont le pédicule s'attache à l'apophyse coronoïde, et ceux qui siègent en plein muscle. Dans les opérations pratiquées pour ces ostéomes, M. Delorme a eu de bons et de mauvais résultats. Ces derniers étaient dus surtout à ce que l'opération avait été

incomplète. Il faut donc faire l'ablation aussi large que possible. M. Delorme préfère encore de beaucoup cette large ablation à la résection.

M. Broca n'a observé qu'un seul cas d'ostéome du brachial antérieur chez les enfants.

Actinomycose. — M. Broca fait un rapport sur un cas d'actinomycose de la mâchoire inférieure chez un enfant de neuf ans, observé par M. Gaudier (de Lille).

Prostatectomie. — M. Pousson (de Nantes), après avoir pratiqué d'abord la prostatectomie par la voie périnéale, a adopté définitivement la voie hypogastrique. Sur 50 prostatectomies, il en a fait 28 par la taille périnéale et 22 par la taille vésicale. La mortalité a été de 14 p. 100 par la voie périnéale et de 22 p. 100 par la voie vésicale; mais si l'on excepte les cas de mort par cause étrangère à l'opération, la mortalité se trouve réduite à 10 p. 100 d'un côté et à 12 p. 100 de l'autre. Malgré cela, M. Pousson préfère la taille hypogastrique, comme permettant mieux d'enlever la prostate en totalité, de mieux voir ce qu'on fait, de se rendre plus facilement maître des hémorragies. On peut, en outre, assurer un très bon drainage par la voie hypogastrique. Les suites opératoires sont moins longues après la taille hypogastrique qu'après la taille périnéale.

Comme technique opératoire, M. Pousson insiste sur la nécessité d'une large incision, l'emploi d'une bonne valve éclairant la vessie, l'emploi d'un gros tube à drainage, le remplacement après cinq jours du drainage hypogastrique par le drainage urétral.

M. Carlier (de Lille) est partisan de la prostatectomie transversale. Il estime qu'il est nécessaire de mettre le doigt dans le rectum.

Parmi les présentations, signalons un cas de **suture secondaire du nerf médian** par M. Bazy, un **fibrome calcifié de l'utérus**, par M. Monod.

Enfin M. Ricard a rapporté l'histoire d'un jeune homme de vingt ans qui portait dans le flanc gauche une **tumeur de la paroi abdominale**. A l'opération, M. Ricard reconnut que cette tumeur adhérait à la fois à la paroi, à l'épiploon et à l'intestin. Ce ne fut pas sans difficultés qu'il arriva à l'isoler et à l'enlever. L'examen histologique a montré qu'il s'agit d'une tumeur inflammatoire, sorte d'épiploïte chronique dont la cause semble avoir été une fièvre typhoïde antérieure.

ANALYSES

MEDECINE

La tachycardie d'origine bulbaire dans la fièvre typhoïde. (Muron S. Tchilian. Th. de Paris, 1905; Henri Jouve, édit.) — L'auteur ayant eu l'occasion d'observer deux cas de tachycardie typhique a eu l'idée de rechercher les autres cas signalés, dans la littérature médicale. De l'étude de ces cas il tire les conclusions suivantes :

Il existe dans la dothiénentérie une forme spéciale caractérisée par une accélération des battements du cœur, indépendante d'une lésion du myocarde et de complications pulmonaires ou autres. C'est la forme bulbaire.

La fréquence de la myocardite typhique a été considérablement exagérée par certains auteurs. La tachycardie que l'on observe au cours de la dothiénentérie est le plus souvent le résultat de l'action des toxines produites par le bacille d'Eberth, sur le centre d'innervation cardiaque ou vasculaire, c'est-à-dire sur le bulbe.

Le pronostic est toujours grave si la tachycardie se maintient à 140 pulsations et au-dessus. La gravité du pronostic avec une tachycardie modérée, 120 à 130, peut aussi être grave si elle est accompagnée de l'affaiblissement des bruits du cœur, de l'hypotension artérielle et des manifestations ataxo-adynamiques, phénomènes qui indiquent l'influence des toxines sur le centre nerveux et sur le centre d'innervation cardiaque et vasculaire.

Si la tachycardie modérée n'est pas accompagnée d'autres signes inquiétants on peut considérer le pronostic comme relativement favorable.

Le traitement consiste à soutenir le cœur par les stimulants et toniques cardiaques, à combattre l'hypotension artérielle de préférence avec l'ergotine, et à relever l'état général du malade. A. GAULLIEUR L'HARDY.

THÉRAPEUTIQUE

Le lusoforme et ses usages médicaux. (P. Sépet. *Marseille médical*, n° 22, 15 nov. 1906.) — M. Sépet, médecin des hôpitaux de Marseille, après avoir expérimenté le lusoforme dans la pratique chirurgicale journalière, a été amené à l'employer d'une façon systématique pour la désinfection et la prophylaxie des maladies contagieuses.

Le lusoforme, au point de vue chimique, est une solution alcoolique de savon de potasse auquel est incorporé 20 p. 100 d'aldéhyde formique; il semble réunir toutes les qualités qu'on est en droit d'exiger d'un antiseptique.

A un pouvoir bactéricide puissant il joint l'avantage d'être très peu toxique et de ne pas être caustique à l'état concentré. Il est en outre un merveilleux désodorisant, laissant après son emploi une odeur agréable qui disparaît rapidement.

Une dernière propriété qui rend le lusoforme précieux et fait que les particuliers ne s'opposent pas aux mesures de désinfection, c'est qu'il ne détériore pas les objets de mobilier, les vêtements et le linge. Aussi M. Sépet pense-t-il que le lusoforme est appelé à rendre les plus grands services en médecine et en chirurgie. L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Le paludisme en Algérie pendant l'année 1904 (1), par Moreau et Soulié.

Dans cet opuscule, MM. Soulié et Moreau publient les statistiques officielles concernant les ravages exercés en Algérie par le paludisme en 1904. Ils insistent sur la recrudescence des fièvres pendant cette période et sur la nécessité d'entreprendre une lutte méthodique contre le fléau avec les armes dont nous disposons. Ils exposent les buts principaux de la ligue contre le paludisme, but de vulgarisation, but de recherches originales. Un rapport de M. Laveran à l'Académie de médecine montre l'utilité de cette œuvre, à laquelle il faut souhaiter une rapide prospérité. L. BABONNEIX.

(1) Alger, 1906. Montégut et Deguili, édit.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE J. LEVE, RUE CASSETTE 17



Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — Concours d'agrégation. — *Leçon d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Ordre de passage des candidats :

1. MM. Martin, Nattan-Larrier, Salager, Sicard, Lagriffoul, Marie, Castaigne, Micheleau, Leenhardt, Cruchet, 11. Bousquet, Clerc, Mouriquand, Nobécourt, Bertin, Bernard, Lœper, Sorel, Lereboullet, Breton. 21. Dalous, Péhu, Cade, Raviart, Carles, Jousset, Rimbaud, Lesieur, Lépine, Gaussel, 31. Vansteenberghe et Gellé.

Les séances auront lieu tous les jours à quatre heures trois quarts, sauf le mardi-gras 12 février.

Lundi 4 février, à quatre heures trois quarts. — M. Martin (Lyon) : « Complications pleuro-pulmonaires de la fièvre typhoïde. »

A cinq heures trois quarts, M. Nattan-Larrier (Paris) : « Complications cardio-vasculaires de la fièvre typhoïde. »

Mardi 5 février, à quatre heures trois quarts. — M. Salager (Montpellier) : « Infections appendiculaires. »

A cinq heures trois quarts, M. Sicard (Paris) : « Cancer pleuro-pulmonaire. »

Le stage hospitalier. — Dans sa dernière séance, la Société médicale des hôpitaux a adopté le projet de réforme suivant :

« Article premier. — Tout étudiant en médecine est tenu de faire huit semestres de stage hospitalier, dont deux en chirurgie générale, deux en médecine générale, un dans un service d'accouchements, un dans un service de médecine infantile, et deux dans des services de spécialités à son choix (dermatologie, neurologie, voies urinaires, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, etc.). L'étudiant restera d'ailleurs libre de répartir ces divers stages suivant l'ordre qu'il préférera.

Art. 2. — Seront admis à recevoir des stagiaires, tous les médecins, chirurgiens, accoucheurs et spécialistes des hôpitaux qui en feront la demande et qui prendront l'engagement de s'occuper personnellement de l'instruction des élèves, de veiller à leur assiduité et de leur donner à la fin de chaque trimestre les notes sur le vu desquelles le doyen accordera ou refusera les inscriptions.

Art. 3. — En cas de négligence ou d'inexactitude habituelle à un chef de service, la facilité de recevoir des stagiaires pourra lui être retirée sur l'avis d'une Commission composée de trois chefs de service n'appartenant pas à la Faculté.

Art. 4. — Les stagiaires choisiront librement, par ordre, d'après leurs notes précédentes, le service auquel ils désireront être attachés. Le nombre des stagiaires admis simultanément dans chaque service sera limité à dix au maximum, sauf dans les services de spécialités où ils pourront être plus nombreux. Ils seront tenus à la même assiduité que les externes et participeront comme eux aux travaux cliniques.

Art. 5. — L'indemnité affectée aux chargés de cours sera partagée à la fin de chaque année scolaire entre les chefs de service au prorata du nombre moyen des stagiaires inscrits dans chaque service. »

Concours de l'internat. — Lecture des copies. — *Pathologie.* — Séance du 1er février 1907 : MM. Castéran, 12 ; Jacob et Lagane, 11 ; Chaudron et Maillet, 10 ; Fasson, Lemercier et Wilhelm, 9 ; Rousselot, 8 ; Ducamp, 7.

Anatomie. — Séance du 1er février : MM. Binet de Jasson-neix, Fontorbe et Stévenin, 11 ; Boyé et Wolfromm, 10 ; Chataing, 9 ; Ferté et Nadal, 7 ; Roucayrol, 4.

Séance du 3 février : MM. Blanc et Jullien (Arthur), 11 ; Flandin, 10 ; Bruel, Leroy et Tanzi, 9 ; Ausset et Bollack, 8 ; Lorne, 7.

Faculté de médecine de Paris. — Prix à décerner :

Prix pour 1907. — Prix Lacaze (10 000 francs.) — Au meilleur ouvrage sur *la fièvre typhoïde.*

Prix Corvisart. (Le prix consiste en médailles de vermeil accompagnées d'une somme réglée, comme il suit : lorsqu'il y aura un seul lauréat, l'étudiant recevra une médaille de vermeil et 400 francs ; lorsqu'il y aura deux lauréats, chacun

d'eux recevra une médaille de vermeil et 200 francs.) — Sujet proposé : *De l'étiologie de l'appendicite.*

PRIX SAINTOUR (3000 francs). — Sujet proposé : *De l'athérome artériel.*

PRIX BÉHIER (1800 francs). — Sujet proposé : *Syphilis hépatique.*

PRIX Charles LEGROUX (1500 francs). — Au meilleur travail sur *le diabète, ses causes et son traitement.*

Les ouvrages ou mémoires pour les différents prix devront être déposés au secrétariat de la Faculté de midi à trois heures avant le 15 octobre 1907.

PRIX BÉHIER *pour 1908* (1800 francs). — Sujet proposé : *Des causes de la mort dans la fièvre typhoïde.*

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ROUEN. — *Prix décernés* :

Prix unique (médaille). — M. Huard (Jean).

PRIX D'ANATOMIE (300 francs). — M. Maupas (Marcel).

PRIX PILLORE (médaille d'or et 880 francs). — M. Mongnet (France).

Médaille de vermeil, offerte par la Société des amis de l'Université de Normandie. — M. Durand (Henri).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Perrusset (de Bougie) et Carrey, médecin-major à Tunis.

MARINE. — M. le médecin en chef de première classe Couteaud, sous-directeur du service de santé à Cherbourg, est nommé membre du Conseil supérieur de santé de la marine à Paris.

M. le médecin en chef de première classe Drago est nommé sous-directeur du service de santé à Cherbourg.

M. le médecin en chef de première classe Burot est nommé directeur du service de santé à Rochefort.

M. le médecin en chef de première classe Chevalier est nommé sous-directeur dans le même port.

— ECOLES ANNEXES DE MÉDECINE NAVALE. — Sont nommés professeurs pour une période de cinq ans :

Toulon, chaire d'anatomie : M. le médecin de première classe Regnault.

Brest, chaire de petite chirurgie : M. le médecin de première classe Lucas.

Toulon, chaire de chimie biologique : M. le pharmacien de première classe Guichard.

ASSISTANCE MÉDICALE. — A la suite du concours qui vient de se terminer pour les places de médecin de l'Assistance médicale, les candidats ont été ainsi classés :

MM. Pascaud, 56 points ; Rabant (Fernand), 54 points ; Bricet, 53 points ; Harlay, Lévy, 51 points ; Bertrandon, Bidel, Poisson, 50 points ; Ball, Bing, Oguse, Oppenheim, 49 points ; Carel, Jacobsohn, Le Mière, 48 points ; Burty, 47 points ; Guérin, Roubaud, 46 points ; Lehmann, Leichnam, Reinburg, 44 points.

L'INTERDICTION DE L'ABSINTHE DANS LE CANTON DE GENÈVE. — La Commission chargée d'élaborer un projet de loi interdisant la vente de l'absinthe dans le canton a proposé le suivant au grand-conseil genevois :

« ARTICLE PREMIER. — La vente en détail de l'absinthe, ainsi que de tout produit qui en constituerait une imitation, est interdite.

ART. 2. — Les contrevenants à la présente loi seront punis des peines de police.

ART. 3. — En cas de récidive, l'autorisation de tenir un débit pourra être supprimée.

ART. 4. — La présente loi entrera en vigueur le 1er janvier 1908. »

Le grand-conseil a adopté sans discussion le projet en première lecture.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Daremberg (de Cannes), membre correspondant de l'Académie de médecine.

HOPITAL BOUCICAUT. — COURS PRATIQUE ET THÉORIQUE DE GYNÉCOLOGIE. — M. le docteur Doléris, chef de service, commencera un cours théorique de gynécologie le 11 février, à neuf heures, et le continuera les dimanches, lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

La durée du cours complet est d'un mois.

Les inscriptions sont reçues à l'hôpital Boucicaut et sont limitées à 15 élèves au maximum.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal* du 29 déc. 1906.) J. BRŒCKAERT : Les nerfs sympathiques du larynx. Contribution à l'étude anatomique du sympathique cervical. — L. VÉDY : Filariose dans le district de l'Uele (Congo). — COUSOT : Sur la valeur clinique de la pression du sang. — GALLEMAERTS : Tuberculose de la conjonctive bulbaire.

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. (N° 206, 25 janv. 1907.) CHUITON : Traitement des teignes par la radiothérapie. — LAQUERRIÈRE et DELHERM : Les résultats éloignés du traitement par l'électricité, de la constipation et la colite muco-membraneuse. — BÉCLÈRE : Cancer et radiothérapie.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 3, 19 janv. 1907.) ERBEN : Sur le ferment protéolytique des leucocytes.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 3, 17 janv. 1907.) DEYCKE pacha et RESCHAD pacha : Une graisse bactérienne, comme substance immunisante contre la lèpre ; son importance théorique, son application pratique. — KATZENSTEIN : Sur la modification du chimisme gastrique après la gastro-entérostomie et sur l'influence de cette opération sur l'ulcère et le cancer de l'estomac. — KÜTNER : Sur quelques réflexes pendant le sommeil. — LESCHTSCHINSKI : Sur un cas de collection de liquide chileux dans les cavités pleurale et péritonéale. — STUHL : Sur le traitement des fractures de l'humérus survenant pendant l'accouchement. — FIEDLER : Sur le traitement des grandes hernies ombilicales.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 3, 20 janv. 1907.) FISCHER : Contribution à la symptomatologie et aux méthodes d'opération de la thrombose des sinus. — WOSNISKI : Le traitement des épileptiques dans les étatblissments spéciaux.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 3, 17 janv. 1907.) ZIRM : Sur la greffe de la cornée. — BENEDICT : Sur les troubles de la sensibilité métamérique dans les affections cérébrales. — KETLY : Sur les transsudats et exsudats chyliformes. — SPAET : Le diagnostic des maladies typhoïdes de l'homme.

LES NÉOPLASMES INFLAMMATOIRES DU COLON PELVIEN

Par MM. P. CAVAILLON,
Prosecteur à la Faculté de Lyon,
et le docteur BARDIN.

(Travail du service de M. le docteur Bérard, hôpital de la Croix-Rousse à Lyon.)

I

Historique. — Le mot de tumeur de l'intestin et de l'estomac évoquait, il y a peu d'années encore, l'idée de néoplasie cancéreuse, mais avec les développements de la chirurgie viscérale, on fut amené à distraire du groupe de ces tumeurs des néoplasies non cancéreuses. Tantôt les chirurgiens étaient surpris de voir « fondre » des tumeurs jugées inopérables au cours d'une laparotomie exploratrice, d'autres fois, ils étaient étonnés d'obtenir par un simple traitement palliatif des guérisons définitives : ils étaient donc, pris entre l'alternative de croire à la guérison spontanée du cancer ou de dénier à ces tumeurs ce caractère de malignité. Cette dernière opinion reste la seule scientifique. D'autres fois des tumeurs prises pour des cancers, enlevées et examinées histologiquement ne présentaient aucun des caractères classiques du néoplasme. De la comparaison et du rapprochement de ces faits, qui ont d'abord étonné, est née l'idée du néoplasme inflammatoire; ils ont été étudiés au niveau de l'estomac, au niveau de l'intestin; il est intéressant de voir quelle évolution a subie la doctrine et comment ces données acquises pour des lésions gastriques ou intestinales peuvent s'appliquer aux tumeurs de l'S iliaque, dont nous allons nous occuper.

C'est Billroth (1) qui le premier en 1891 parle des tumeurs inflammatoires; Hartmann et Pilliet (2), la même année, font une communication retentissante à la Société anatomique où ils présentent des rétrécissements inflammatoires de la région iléo-cæcale d'origine tuberculeuse, cas aussi intéressant au point de vue thérapeutique que par les notions nouvelles qu'il apportait à l'anatomie pathologique. Terrier (3) en 1894 parle de néoplasme inflammatoire pour une tumeur de la petite courbure de l'estomac qu'il vit guérir par la simple laparotomie exploratrice.

Des cas assez nombreux sont présentés à la Société de chirurgie par Dayot (4) en 1895, Chaput (5) en 1896, Mauclaire (6) en 1899, Terrier (7) en 1900. Mais c'est surtout l'étude de la tuberculose intestinale qui permet de décrire de véritables néoplasies tuberculeuses.

(1) Billroth. *Wiener med. Presse*, 1891.

(2) Hartmann et Pilliet. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, juillet 1891.

(3) Terrier. Soc. de chir., 1894.

(4) Dayot. Soc. de chir., 1895.

(5) Chaput. Soc. de chir., 1896.

(6) Mauclaire. Soc. de chir., 1899.

(7) Terrier. Soc. de chir., 1900.

La région cæcale, en raison de la plus grande fréquence des localisations tuberculeuses, fournit les éléments les plus nombreux de cette étude. Gérard Marchant et Demoulin (1) en 1899 reprennent et complètent la communication d'Hartmann et Pilliet (2).

Dès ce moment, le tuberculome cæcal a droit de cité en pathologie. Cette notion trouve son application encore dans les lésions rectales, Hartmann et Toupet (3) en 1894, Sourdille (4) l'année suivante battent en brèche la doctrine du syphilome ano-rectal et montrent que très souvent le rétrécissement du rectum est d'origine tuberculeuse ou d'origine inflammatoire simple.

Quénu et Hartmann (5), dans leur *Traité des maladies du rectum*, admettent cette opinion et publient à son appui des observations avec examen histologique très complet. Patel (6) en 1902, dans sa thèse inaugurale, met au point la question de la tuberculose intestinale pour ce qui a trait au grêle. Depuis la thèse d'Arloing (7) pour l'estomac, les thèses d'Alglave (8), de Belgrand (9), de Crouzet (10) pour le cæcum, la thèse d'Arnaud (11) pour le rectum établissent définitivement l'existence de tumeurs d'origine tuberculeuse au niveau de ces différents segments du tube digestif.

Mais tous ces auteurs admettaient seulement comme tuberculeuses des néoformations présentant des lésions histologiques spécifiques de la tuberculose. Depuis qu'on sait que la bacillose est susceptible de faire de la sclérose et de l'infiltration sans lésions spécifiques préalables ou contemporaines, toute une série de tumeurs hypertrophiques de l'intestin rentrent dans le cadre de ces tuberculoses appelées inflammatoires ou toxiniennes par M. le professeur Poncet. Ces tuberculoses sans tubercules sont décrites et admises par Bérard et Patel dans leur *Traité de la tuberculose intestinale* (12), dans le rapport de ces auteurs au Congrès pour l'avancement (13) des sciences; elle est

(1) Gérard Marchant et Demoulin. Sur les tumeurs et rétrécissements inflammatoires de la région iléo-cæcale, *Revue de gynécol.*, de Pozzi, sept. 1899.

(2) Hartmann et Pilliet. *Bull. de la Soc. anat.*, 1899.

(3) Hartmann et Toupet.

(4) Sourdille. *Arch. gén. de méd.*, 1895.

(5) Quénu et Hartmann. *Traité des maladies du rectum*, 1895.

(6) Patel. *Les tuberculoses chirurgicales de l'intestin grêle*, Th. de Lyon, 1902.

(7) Arloing. *Ulcérations tuberculeuses de l'estomac*, Th. de Lyon, 1902.

(8) Alglave. *Etude sur le traitement chirurgical de la tuberculose iléo-cæcale*, Th. de Paris, 1904.

(9) Belgrand. Th. de Paris, 1904.

(10) Crouzet. *Tuberculose iléo-cæcale. Thérapeutique chirurgicale*, Th. de Lyon, 1905.

(11) Arnaud. *Des sténoses inflammatoires du rectum*, Th. de Lyon, 1906.

(12) Bérard et Patel. *Les formes chirurgicales de la tuberculose intestinale*, collection des aide-mémoire Léauté, 1905.

(13) Bérard et Patel. Tuberculose du gros intestin. Indications et résultats de l'intervention chirurgicale, Association française pour l'avancement des sciences, Congrès de Lyon, 2-7 août 1906.

exposée dans la communication à l'Académie de médecine de MM. Poncet et Leriche (1). Dans les traités classiques, Cornil et Ranvier (2) et Tripier (3) admettent cette manière de voir.

A l'étranger, Pennato (4) en Italie, Mayo Robson (5) en Angleterre, Mathews (6) en Amérique, Rotter (7) et Koch (8) en Allemagne reconnaissent également l'existence de ces lésions purement inflammatoires.

Tout récemment, M. Hartmann (9), dans ses travaux anatomo-cliniques avec M. Okinzyc, consacre quelques pages à l'étude de ces tumeurs inflammatoires d'origine tuberculeuse du côlon.

A l'existence reconnue de tumeurs ou de néoplasies sans tubercules est venue se joindre une notion nouvelle : c'est la formation de tumeurs endo ou péri-intestinales développées sous l'influence d'inflammations banales dues aux microbes, hôtes habituels de l'intestin. L'étude des diverticules intestinaux et des diverticulites, la notion des péricolites inflammatoires et des sigmoïdites a jeté un jour tout nouveau sur cette question. Déjà Segond (10) en 1903 présentait à la Société de chirurgie un cas de rétrécissement inflammatoire de l'S iliaque guéri par la simple incision exploratrice.

En 1906, à la Société de chirurgie, Potherat (11) parle d'une péricolite du côlon ascendant.

La même année, Lejars (12), Legueu (13), Segond (14) et Tuffier (15) rapportent des observations de rétrécissements purement inflammatoires siégeant sur l'S iliaque.

Cet historique rapide permet de voir qu'on a successivement détaché du groupe des tumeurs intestinales trois ordres de lésions qui méritent d'être individualisées. Ce sont :

Les néoplasies tuberculeuses avec tubercules;
Les néoplasies tuberculeuses sans tubercules;
Les néoplasies inflammatoires.

Ajoutons-y les inflammations syphilitiques ou les rétrécissements cicatriciels qui constituent des raretés dans la région iléo-pelvienne.

Ces trois types de lésions se trouvent représentés au niveau du côlon sigmoïde, et c'est leur étude qu'il nous a paru intéressant d'entreprendre. On trouve en effet au niveau de l'S iliaque des lésions de ces trois ordres, la constatation d'une tumeur de cette région ne doit plus à l'heure actuelle être synonyme de cancer. Nous avons eu l'occasion d'observer un type de tuberculose hypertrophique inflammatoire dans le service de notre maître, M. Bérard, à l'hôpital de la Croix-Rousse; d'autre part, M. le professeur Poncet a bien voulu nous communiquer une observation analogue de son service. Nous avons cherché à rassembler les observations de tumeurs inflammatoires du côlon sigmoïdien et nous n'avons conservé que celles qui soit par l'évolution clinique, soit par l'examen histologique, nous ont paru irréfutables.

Nous étudierons donc, dans un premier chapitre, l'anatomie pathologique ; dans un second, les caractères cliniques ; dans un dernier, le traitement qu'il convient d'appliquer à ces lésions.

II

Étiologie. — Les tumeurs inflammatoires de l'S iliaque que nous avons pu rassembler ne sont pas en très grand nombre. Cette rareté peut être mise en opposition avec la fréquence de la localisation néoplasique en cette région ; cependant, étant donné que les recherches sont orientées dans ce sens depuis peu, il est à supposer que cette rareté est plus apparente que réelle.

Nous avons pu rassembler 24 observations ; nous excluons 2 observations qualifiées de post-dysentériques, l'une de Rotter (1), l'autre de König (2) qui ne sont pas publiées avec suffisamment de détails. Les rétrécissements syphilitiques sont au nombre de quatre ; un seul, celui de Gérard-Marchant (3), est publié avec examen histologique et détails suffisants; les deux cas de Tuffier (4) et de Schwartz (5) ont été simplement rappelés à propos de la communication de Gérard-Marchant. Un cas plus récent de Brixner (6) ne donne pas d'examen histologique. La nature syphilitique est établie d'après les phénomènes cliniques coexistants.

La tuberculose est représentée par 7 observations. Trois ont trait à des formes entéro-péritonéales, quatre à des formes hypertrophiques. Enfin nous avons trouvé 13 observations de rétrécissements inflammatoires simples.

Anatomie pathologique. — 1° *Rétrécissements inflammatoires purs*. — Nous entendons sous ce nom les tumeurs ou rétrécissements du côlon pelvien qui ne présentent ni lésions tuberculeuses, ni prolifération cancéreuse des cellules épithéliales, se produisant chez un sujet qui n'est porteur ni de tuberculose, ni de syphilis.

Dans les 13 observations de rétrécissements inflammatoires, le diagnostic anatomique n'a pu être fait au cours de l'opération, et souvent à l'autopsie,

(1) Poncet et Leriche. Les tuberculoses inflammatoires, Acad. de méd., séance du 30 mai 1906.

(2) Cornil et Ranvier. *Traité d'anat. pathol.*

(3) Tripier. Lésions ulcéreuses diffuses d'origine tuberculeuse, *Anat. pathol.*, p. 597.

(4) Pennato. Tuberculose hypertrophique du côlon. *Riforma med.*, juin 1903.

(5) Mayo Robson. *The Lancet*, 27 sept. 1902.

(6) Mathews. *Diseases of the rectum and sigmoid flexure*, p. 453.

(7) Rotter. *Arch. f. klin. Chir.*, t. LXI, p. 866, 1900.

(8) Koch. *Arch. f. klin. Chir.*, 1903.

(9) Hartmann. *Travaux anatomo-cliniques*, 3e série, 1906.

(10) Segond. Soc. de chir., 1903.

(11) Potherat. Soc. de chir., mars 1906.

(12) Lejars. Soc. de chir., mars 1906.

(13) Legueu. Soc. de chir., mars 1906.

(14) Segond. Soc. de chir., mars 1906.

(15) Tuffier. Soc. de chir., mars 1906.

(1) Rotter. *Arch. f. klin. Chir.*, 1900.

(2) König. *Arch. f. Heilkunde*, III, p. 370.

(3) Gérard-Marchant. Soc. de chir. de Paris, 1898.

(4) Tuffier. Soc. de chir. de Paris, 1898.

(5) Schwartz. Soc. de chir. de Paris, 1898.

(6) Biexner. Soc. de chir. de New-York, avril 1906.

on a eu des hésitations sur la nature de cette tumeur, c'est dire que macroscopiquement ces tumeurs inflammatoires n'ont pas au premier abord un aspect bien particulier. Tuffier (1), dans le cas qu'il opéra, parle d'empâtement et d'induration diffuse sur tout l'S iliaque. Segond trouva une tumeur de l'intestin de consistance fibreuse, « presque ligneuse », dit-il, ayant tous les caractères d'un néoplasme malin. Tous les auteurs, en présence de ces lésions, firent le diagnostic anatomique de cancer. Ne peut-on pas cependant trouver au rétrécissement inflammatoire quelques caractères permettant de le différencier?

Le cancer de l'S iliaque est en général petit, très sténosant, en virole; la tumeur inflammatoire s'étend au contraire dans tous les cas sur une longueur de plusieurs centimètres, de 7 à 12; l'infiltration des tuniques est plus massive et plus uniforme. Le côlon pelvien donne la sensation d'une masse pâteuse, aux parois épaissies, comme cartonneuses. Sans doute il y existe des cancers étendus de cette région, mais lorsqu'on se trouve en présence d'une induration diffuse, on devra discuter la possibilité d'une lésion inflammatoire. Autour des tumeurs de cette origine, la réaction péritonéale est intense; bien souvent l'épiploon vient adhérer; il est lui-même épaissi et rétracté, pouvant contenir quelques gouttelettes de pus dans son épaisseur; bien souvent on trouve autour de l'S iliaque des traces d'une inflammation aiguë antérieure; d'autres fois, c'est après l'incision d'un abcès iliaque que le chirurgien découvre une induration sur le côlon pelvien.

Le diagnostic anatomiqne dans ces cas devra se poser avec une périsigmoïdite suppurée simple sans tumeur de l'intestin, avec une ulcération muqueuse ayant favorisé l'infection de la région. Il sera difficile de distinguer cette tumeur inflammatoire d'avec le cancer sigmoïdien s'accompagnant de ces suppurations périnéoplasiques étudiées par Tuffier (2) [*Semaine méd.*, 1904); l'évolution seule pourra fixer le chirurgien.

Si l'on coupe ces rétrécissements, on voit qu'ils s'étendent sur plusieurs centimètres, que les parois intestinales sont très épaissies, un centimètre à un centimètre et demi; le calibre sur tout le trajet du rétrécissement est à peu près uniforme, se continuant à son extrémité inférieure avec l'intestin sain; immédiatement au-dessus de la partie rétrécie, on peut voir un segment dilaté avec quelques petites ulcérations. Chacune des tuniques paraît solidaire des voisines; à la coupe, la paroi apparaît comme lardacée; dans certains cas [cas de Graser (3), Fabris (4), Ducos (5)], on voit des séries de diverticules enflammés; Bland Sutton (6) a même vu sur une pièce un diverticule occupé par un fragment de paille. La notion des diverticules et des diverticulites permet de comprendre la formation de ce processus d'hyperplasie et de sclérose.

A l'examen histologique (Graser, Rotter, Koch, Bland Sutton), la muqueuse semble saine avec de simples lésions inflammatoires; la sous-muqueuse est le siège d'une infiltration leucocytaire intense; les diverticules sont dilatés; autour d'eux, on observe une réaction fibreuse et une infiltration leucocytaire très accusée; les fibres musculaires sont plus ou moins envahies par ce même processus d'inflammation locale. Du côté de la séreuse, on peut voir soit des lésions infectieuses en évolution, soit du tissu de cicatrice. En somme, toutes les tuniques présentent des lésions banales d'inflammation chronique simple, mais les lésions dominantes siègent dans la zone sous-muqueuse et ont leur point de départ dans les diverticules muqueux et les culs-de-sac glandulaires.

(1) Tuffier. Soc. de chir. de Paris, mars 1906.

(2) Tuffier. Des abcès profonds de l'abdomen comme premier symptôme d'un cancer de l'intestin, *Semaine méd.*, 22 juin 1904.

(3) Graser. *Arch. f. klin. Chir.*, 1900.

(4) Fabris. *Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, 1902.

(5) Ducos. Soc. anat. de Bordeaux, 6 janv. 1906.

(6) Bland Sutton. *The Lancet*, 1903, p. 1149.

Graser. (D'après la communication de Graser au XXVIIe Congrès de chirurgie. In *Revue de chir.*, 1899, p. 188.) — Rétrécissement de l'extrémité inférieure de l'S iliaque long de 5 centimètres; au-dessus du rétrécissement, le côlon est très distendu. Adhérences de la tumeur à la vessie en avant. A la coupe, la muqueuse est saine, mais elle présente des plis au fond desquels on voit déboucher environ 35 petits diverticules.

Rotter. (*Archiv f. klinische Chir.*, 1900, p. 866.) — Homme de quarante-deux ans. Depuis deux mois, douleurs en allant à la selle; il y a trois semaines vomissements bilieux, devenues fécaloïdes depuis.

Symptômes de péritonite.

Intervention d'urgence. — Le cæcum n'est pas très distendu, on fait un anus sur l'iléon.

Mort trois jours après.

Autopsie. — Pas de péritonite; rétrécissement de 6 ou 7 centimètres sur l'S iliaque; au-dessus l'intestin était dilaté et avait ses parois épaissies.

Examen histologique. — Pas de tuberculose; phénomènes d'inflammation simple.

Mathews. [Diseases of the Rectum and Sigmoid flexure (Obs. VII).] — D. W..., cinquante ans, constipation habituelle; selles difficilement obtenues, même avec des purgations. Douleur très vive qui fit croire à de la péritonite. Température normale, pouls rapide.

Aux bougies de Waller, on reconnaît qu'il s'agit d'un rétrécissement de l'S iliaque.

Guérison par la dilatation.

Hochenegg. (In *Verhand. der Deuts. Gesells. f. Chir.*, XXXI[e] Congrès, 1902.) — Homme de soixante-dix ans, diagnostic de carcinome de l'Siliaque.

Laparotomie : carcinome de la partie médiane de l'S iliaque, mais nombreux diverticules de l'anse sigmoïde. Opération en deux temps, guérison complète.

Tumeur inflammatoire simple sans néoplasme.

Koch. (*Arch. f. klin. Chir.*, Bd. 1903, p. 876.) — Homme de soixante-quatre ans, souffre du ventre depuis un an, sang et mucus dans les selles, constipation.

Tumeur dans la fosse iliaque gauche.

Opération. — Anus contre nature.

Un mois après fermeture de l'anus. Le malade meurt de péritonite le troisième jour après l'intervention.

Autopsie. — Rétrécissement de 6 à 7 centimètres de long sur l'S iliaque; lumière de l'intestin considérablement rétrécie. Parois très épaissies.

L'examen histologique montre qu'il ne s'agissait pas de lésions spécifiques; il permet d'éliminer cancer et tuberculose.

Fabris. (D'après le *Centralbl. f. Chir.*, Bd. 1902.) — Femme de soixante-huit ans, nombreux diverticules de l'S iliaque et du côlon descendant.

Ulcération chronique et sténose sur partie supérieure du rectum.

Bland Sutton. (In *The Lancet*, oct. 1903, p. 1149.) — Femme de soixante ans, signes d'occlusion intestinale chronique avec tumeur de la fosse iliaque gauche. On songe à une tumeur maligne.

Laparotomie : masse ovalaire dure sur le côlon sigmoïde; colectomie et colotomie.

A l'examen de la tumeur, on trouva un corps doux et rond de la grosseur d'une pilule, logé dans une cavité qui communiquait avec la muqueuse de l'intestin par un étroit canal. Ce diverticule contenait un morceau de paille.

Segond. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1903.) — Homme de quarante-cinq ans, soigné depuis longtemps pour entéro-colite, fut pris brusquement d'accidents aigus avec tuméfaction inflammatoire dans la fosse iliaque gauche.

La fièvre, le péritonisme, la formation d'un plastron évident, commandaient l'intervention.

A l'incision, on trouve une tumeur de l'intestin, de consistance fibreuse, presque ligneuse, ayant tous les caractères d'un néoplasme malin.

Deux mois après « le cancer avait fondu », le ventre était redevenu souple, la santé était parfaite.

Ducos. (In *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 mars 1906, p. 214.) — Femme âgée, entrée à l'hospice d'aliénés de Chateau-Picon le 9 janvier 1906; affaiblissement des facultés intellectuelles.

Ballonnement du ventre; pas de tumeur à la palpation. Pas de vomissements. Melæna. Mort dans le marasme le 20 janvier.

Autopsie. — Epaississement de l'S iliaque sur une étendue d'environ 7 ou 8 centimètres; au-dessus, dilatation du segment intestinal sur une longueur de 5 ou 6 centimètres. Au voisinage du rétrécissement, nombreux diverticules.

Pas d'ulcérations notables sur la muqueuse.

Lejars. (Soc de chir., mai 1906.) — Femme de quarante ans, vue en octobre 1904, teint jaune, très amaigrie, constipée depuis longtemps. Sang dans les selles.

En juillet, hémorragies très abondantes s'étant reproduites à deux reprises en trois jours. L'écoulement hématique ne s'était pas reproduit, mais du pus avait été évacué par l'anus peu de temps auparavant.

Pas de météorisme ; dans la fosse iliaque gauche, on sent une masse bombée, dure, allongée, à contours mal définis.

On fait le diagnostic probable de cancer de l'S iliaque avec quelques réserves.

Traitement médical de l'entéro-colite; au bout de cinq semaines, les hémorragies avaient disparu. On sentait encore une induration, mais après quelques mois, la guérison était complète.

Tuffier. (Soc. de chir., mars 1906.) — Deux cas d'inflammation pseudo-cancéreuse :

1° Douleurs dans la fosse iliaque gauche depuis deux ans. Douleurs survenant deux heures après le repas, sans ballonnement du ventre. Alternative de diarrhée et de constipation. Empâtement dans la fosse iliaque gauche.

Laparotomie. — Frange épiploïque indurée. Epaississement et induration diffuse de l'S iliaque.

Guérison.

2° Homme de quarante-cinq ans. Tumeur ligneuse marronnée de la fosse iliaque gauche. Alternatives de diarrhée et de constipation depuis un an.

Amaigrissement continu; cachexie éloignant toute idée opératoire.

Guérison spontanée; revu quatorze mois après, la tumeur a disparu.

Hartmann. (Obs. XXIX, in Okinczyc.) — Homme de soixante ans. Diagnostic de cancer du côlon pelvien fait par un chirurgien. Hartmann voit le malade, trouve une tumeur du côlon pelvien; mais en l'absence de ténesme, de sang dans les selles et surtout parce que le malade avait présenté des symptômes aigus fébriles ayant coïncidé avec l'apparition de la tumeur, il déconseille l'opération.

Traitement médical, repos, huile de ricin, régime liquide. Deux mois après la tumeur a disparu.

2° Rétrécissements tuberculeux. — La tuberculose de l'S iliaque est relativement rare; nous avons pu en réunir 7 cas; elle affecte surtout la forme hypertrophique. On voit sans doute des ulcérations tuberculeuses au cours d'entérite tuberculeuse, mais ceci ne rentre pas dans le cadre des tumeurs inflammatoires.

Au niveau du côlon pelvien, on voit trois types de tuberculose :

1° L'infiltration tuberculeuse avec ulcération [observations de Whipham (1), Lejars (2), Claret (3)];

2° La tuberculose hypertrophique avec lésions spécifiques [observations de Besançon (4), Mayo Robson (5) et Poncet-Delore];

3° La tuberculose inflammatoire (observation personnelle).

A. *Infiltration tuberculeuse avec ulcération.* — Ce premier type se rapporte à ces S iliaques infiltrés par des plaques de tuberculose sur lesquelles la muqueuse s'est ulcérée. Dans le cas de Lejars (6), une de ces ulcérations s'est perforée ; dans le cas de Whipham (7), l'ulcération s'est faite au niveau de ces lésions; Claret (8) a observé une perforation à distance sur le côlon ascendant.

Cette forme anatomique s'accompagne très fréquemment de lésions péritonéales, de périsigmoï-

(1) Whipham. *Transactions of the pathol. Soc. of London*, 1867, p. 105.

(2) Lejars. *Revue de la Soc. de chir.*, oct. 1897.

(3) Claret. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, juillet 1905.

(4) Bezançon et Lapointe. Tuberculose intestinale à forme hypertrophique, *Presse méd.*, mai 1898.

(5) Mayo Robson. *Lancet*, 27 sept. 1902.

(6) Lejars. *Revue de la Soc. de chir.*, oct. 1897.

(7) Whipham. Loc. cit.

(8) Claret. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, juillet 1905.

dites tuberculeuses, et l'on pourrait rattacher ces cas à la forme antéro-péritonéale décrite au niveau du cæcum.

L'S iliaque présente des parois très épaissies; des lésions tuberculeuses histologiques classiques, mais ici la muqueuse est le siège de lésions ulcéreuses et secondairement gangréneuses qui caractérisent cette forme.

L'ulcération tuberculeuse se présente avec les caractères classiques; nous n'y insisterons pas.

La périsigmoïdite, qu'elle comprenne un gâteau de péritonite tuberculeuse avec ganglions caséeux à son intérieur, ou qu'elle se borne à des réactions infectieuses banales, augmente encore le volume apparent du segment pelvien du côlon.

Lejars. (In *Revue de chir.*, 1897.) — *Occlusion intestinale*; *cæcostomie*; *deux mois après, fermeture de l'orifice cæcal*; *perforation*; *mort. Infiltration tuberculeuse de l'S iliaque*; *perforation à ce niveau.* — Homme de quarante ans; phénomènes d'occlusion intestinale; cæcostomie d'urgence.

Amélioration de l'état général. Deux mois après, fermeture de l'anus contre nature, Trois jours après, signes de perforation intestinale.

A l'autopsie, on voit que la suture cæcale n'avait pas bougé et qu'il existait une perforation au niveau de l'S iliaque; elle siégeait sur une plaque de tuberculose qui infiltrait l'S iliaque sans en rétrécir le calibre.

Claret. (In *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, juillet 1905.) — *Rupture du côlon ascendant distendu au-dessus d'un rétrécissement. Vaste poche cæcale rétro-péritonéale.* — Homme de quarante-neuf ans, tuberculose au deuxième degré, signes de sténose; tumeur de la grosseur d'une mandarine dans la fosse iliaque gauche. L'état général interdit toute intervention.

Autopsie. — A la partie terminale du côlon ascendant, rétrécissement ulcéré admettant à peine le bout de l'index; au niveau du cæcum et du côlon ascendant, large perforation qui donne entrée dans une énorme poche encadrée par côlon ascendant et mésocôlon transverse en haut, en bas et à gauche, par le mésentère.

Whipham. (In *Transactions of the pathol. Soc. of London*, fév. 1867.) — *Ulcération du sigmoïde.* — Homme de cinquante ans, entré le 1er décembre, quelques abcès scrofuleux au niveau de la clavicule et sur le thorax.

Douleurs abdominales. Constipation opiniâtre. Tumeur dure dans la fosse iliaque gauche. Anus contre nature; la tumeur diminue.

9 décembre. — Frisson solennel; urines purulentes; pas de pus dans les matières. Aggravation de l'état général, mort le 27 décembre.

Autopsie. — Nombreux abcès de la prostate.

Large abcès au-dessus de l'arcade de Fallope; côlon sigmoïde adhérent à la paroi abdominale; à ce niveau, ulcération de la grosseur d'une pièce d'un franc.

B. *Tuberculose hypertrophique.* — Au niveau du côlon pelvien, on retrouve partout le tuberculome bien connu au niveau du cæcum.

Histologiquement, ces tuberculomes s'accompagnent ou non de lésions spécifiques, mais ces tumeurs se présentent macroscopiquement avec des caractères identiques. Il y a d'abord lieu de voir quels sont leurs caractères communs; nous étudierons ensuite leurs caractères différentiels.

Le tuberculome iliaque s'étend en général sur plusieurs centimètres. Bezançon et Lapointe (1) parlent de 7 centimètres; dans notre cas, la lésion occupait 10 à 12 centimètres; dans le cas de M. Poncet, les dimensions étaient à peu près identiques.

Le tuberculome sigmoïdien peut exister à l'état de lésion tuberculeuse isolée (Poncet, Mayo Robson); d'autres fois, il s'associe à des lésions de même ordre : rétréciesements en divers points du côlon (Bezançon et Lapointe), tuberculose hypertrophique de la partie terminale de l'iléon (Cavaillon).

Les parois de l'S iliaque sont considérablement épaissies; leur consistance est cartonneuse; la muqueuse paraît intacte, mais est devenue très adhérente au plan sous-jacent, ne glissant plus sur la sous-muqueuse. La sous-muqueuse est rigide, épaissie et infiltrée. Du côté de la séreuse, on peut voir des lésions diverses de péritonite; dans notre cas, des anses grêles étaient venues adhérer au bord droit de l'S iliaque. Ce que l'on observe le plus souvent, c'est l'infiltration graisseuse sous-péritonéale; tout le côlon est pris dans une gangue « scléro-lipomateuse » qui, jointe à l'épaississement des parois intestinales, doit jouer un rôle certain dans la production du rétrécissement. Les franges épiploïques sont dures et infiltrées; cette scléro-lipomatose est analogue à ce que l'on observe autour des reins tuberculeux ou autour de certaines arthrites en voie de guérison.

Cette infiltration adipeuse se continue à travers toutes les parois et trouve son maximum dans la couche sous-muqueuse.

Dans tous les cas, on a constaté la présence de ganglions hypertrophiés dans le mésocôlon pelvien; chez notre malade, quelques-uns de ces ganglions étaient même caséeux. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 28 janvier 1907)

La supériorité de la dépense énergétique inhérente à l'alimentation carnée, par rapport à la dépense qu'entraînent les régimes où prédominent les aliments à composition ternaire. Conséquences au point de vue de la théorie générale de l'alimentation. — M. A. Chauveau. En physiologie, aucun fait n'est mieux établi que le fâcheux avantage attaché à l'usage alimentaire des albuminoïdes, quant à la valeur de l'énergie qu'exige leur utilisation. Mais aucun fait n'est resté plus obscur dans son déterminisme.

C'est ce point que M. Chauveau a essayé d'éclaircir expérimentalement en établissant les relations qui existent entre la nature des aliments et l'activité des échanges respiratoires, pris comme témoins de la dépense énergétique qu'exige l'assimilation de la ration.

(1) Bezançon et Lapointe. *Presse méd.*, mai 1898.

Ses expériences lui ont montré qu'au point de vue énergétique le potentiel *graisse* est un peu moins avantageux que le potentiel *sucre* et que le potentiel *albumine* est beaucoup plus onéreux que les deux autres. Il y a là une notion importante au point de vue de l'alimentation générale.

Les produits toxiques de l'organisme (extraits musculaires). — MM. Charrin et Goupil. On sait que les tissus de l'organisme, même les plus normaux, contiennent des produits qui, injectés à l'animal, provoquent des accidents de variable intensité, depuis les plus légers jusqu'aux plus graves. Quelques-uns de ces produits pénètrent avec les aliments, dont fréquemment ils font partie intégrante ; d'autres proviennent des fermentations gastro-intestinales ; les plus nombreux dérivent des mutations intimes de la nutrition.

Les expériences de MM. Charrin et Goupil leur ont montré combien les notions que nous possédons à ce sujet sont incomplètes et ils concluent que la teneur du muscle en produits toxiques est beaucoup plus considérable qu'on ne l'admet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1907)

Spondylose blennorragique. — M. Paul Claisse présente deux observations de spondylose, confirmant, ainsi que celle qu'il a fournie en 1904, l'opinion formulée à la dernière séance par MM. Guillain et Laroche. C'est bien là une des formes possibles du rhumatisme blennorragique.

L'emploi de l'acide phosphorique, qui avait si rapidement transformé le premier cas, n'a été suivi que d'un effet très incomplet dans ces deux nouvelles observations. L'un des cas a été nettement amélioré par une cure à Aix-les-Bains.

M. le docteur A. Marie (de Villejuif) présente deux malades, l'un atteint de **gigantisme, et convalescent de catatonie avec confusion mentale.**

Ces symptômes qui avaient fait craindre la démence précoce confirmée se sont atténués et ont fait place à un état simple de puérilisme régressif atténué.

Le deuxième malade est atteint de **varices artérielles de l'épicrâne avec pseudo-paralysie générale alcoolique en demi-rémission.**

Ulcère tuberculeux perforant de l'estomac. — M. Louis Rénon et H. Verliac viennent d'observer un cas de perforation de l'estomac d'origine tuberculeuse, survenue chez un phtisique atteint de bacillose pulmonaire cavitaire et de tuberculose intestinale.

Une douleur subite dans l'abdomen, un abaissement de température de 3 degrés, un facies grippé, quelques nausées, un pouls petit, incomptable, une défense musculaire considérable, imposèrent le diagnostic de perforation qu'ils supposèrent s'être produite dans l'intestin. Une laparotomie, pratiquée huit heures après le début des accidents, permit de voir que l'intestin n'était pas perforé, et le malade succomba trois jours après.

A l'autopsie, outre des lésions de tuberculose pulmonaire et de tuberculose intestinale sans perforation, il existait une perforation de 8 millimètres de largeur sur la face antérieure de l'estomac ; sur la face interne de l'organe, on constatait une zone épaissie, surélevée, creusée de trois ulcérations, dont deux non perforantes et une perforante.

L'examen histologique, au niveau des ulcérations, montrait la muqueuse et la sous-muqueuse et les deux tiers de la musculeuse détruits par une infiltration embryonnaire considérable. La perforation composée de deux orifices et d'un trajet avec deux dilatations, s'était effectuée dans un tissu embryonnaire extrêmement riche en bacilles de Koch.

L'ulcère bacillaire a perforé l'organe de dedans en dehors. C'est là un processus et une localisation extrêmement rares, indiqués seulement par Paulick et Struppler. Les auteurs notent encore l'absence presque complète de cellules géantes et la quantité considérable de bacilles de Koch existant dans les lésions.

Ablation d'un gros fibrome de l'utérus. Pléthore sanguine. Saignée. Guérison. MM. Bernard et Henri Dufour. — Une femme d'une cinquantaine d'années, légèrement obèse et emphysémateuse, est opérée d'un fibrome pesant dix livres, ayant nécessité une hémostase particulièrement pénible à cause de sa grande vascularisation. Douze jours après l'opération, alors que tout semblait aller parfaitement bien, la malade fut prise brusquement le matin d'une syncope et les battements du cœur, antérieusement à 85-90, s'élevèrent pour atteindre 120 et 135 pulsations dans la soirée. En même temps la malade, dont la respiration était accélérée et superficielle suffoquait.

A l'examen du poumon, on ne trouvait aucun signe ; seul le cœur était rapide, affolé.

Dans ces conditions, les auteurs pensèrent que si le fibrome de cette malade avait pu fatiguer son cœur, il avait pu également lui rendre service en jouant le rôle de poche sanguine ou réservoir périphérique qui soulageait la circulation, en emmagasinant une certaine quantité de sang. Se plaçant dans cette hypothèse, M. Dufour pratiqua une large saignée de 400 grammes qui soulagea très rapidement la malade.

MM. L. Jacquet et A. Sézary décrivent les **formes atypiques et dégénératives du tréponéma pallidum,** qu'ils ont rencontrées dans une lésion syphilitique des capsules surrénales, cliniquement latente. Les types observés sont divers depuis plusieurs mois ; certains sont étirés à leur partie moyenne, d'autres deviennent rectilignes à l'une de leurs extrémités ou à leur deux bouts. Certains sont fragmentés partiellement ; d'autres, même totalement, rappellent alors des chaînettes des streptocoques. Parfois aussi l'ondulation si caractéristique est modifiée, devient irrégulière et donne au microorganisme des analogies avec le spirochæte refringens. Ces formes, qu'il est utile de connaître, se retrouvent à côté des formes normales du tréponéma.

Hyperglycémie et hyperglycestie chez les diabétiques. — M. Marcel Labbé. Les symptômes du diabète sont en rapport avec une rétention et une accumulation de sucre dans le sang et les tissus des diabétiques. Connaissant le degré de la tolérance d'un malade pour les hydrates de carbone, le régime suivi et la glycosurie, il est possible de calculer la quantité de sucre ainsi accumulé. Ainsi un diabétique aglycosurique, capable de brûler chaque jour 220 grammes de sucre, est mis durant treize jours à un régime de 480 grammes de sucre, la glycosurie apparaît et oscille entre 125 et 130 grammes par jour. On le met ensuite à un régime hydrocarboné réduit inférieur à sa tolérance : les symptômes diminuent et la glycosurie cesse au bout de vingt jours. En calculant la quantité de sucre accumulé pendant la période de régime hyperglycosique et éliminé pendant le régime hypoglycosique, on voit que la rétention était de 1716 grammes, l'élimination de 1592 gram-

mes. Le régime a donc eu pour effet de produire un état d'hyperglycémie et d'hyperglycestie (de ὑπέρ, au-dessous, γλύκος, sucre, ἱστός, tissu). Les symptômes cliniques sont sous la dépendance de cet état.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1907)

Transmission des microbes pathogènes par des larves d'helminthes. — D'après M. Weinberg, les helminthes inoculent les microbes en se fixant sur la muqueuse intestinale. Lorsque, à l'état adulte, ces parasites n'atteignent pas de grandes dimensions, ils sont capables, comme par exemple les oxyures et les spiroptères, de pénétrer entièrement dans la muqueuse ou dans la sous-muqueuse. Rarement, on les trouve dans les couches profondes de la paroi intestinale ou dans les autres organes internes. Il n'en est pas de même pour les embryons et les larves d'helminthes. Grâce à leur agilité et à leurs petites dimensions, ces derniers traversent facilement, souvent en nombre considérable, la muqueuse intestinale, passent dans les vaisseaux lymphatiques et sanguins et de là dans les différents organes de l'animal. C'est ce qui arrive pour les embryons de *Trichina spiralis*, de *Linguatula rhinaria*, pour les larves de *Sclerostomum equinum* et pour celles d'*Æsophagostomum*.

M. Weinberg a voulu se rendre compte si les larves sont aussi capables de transporter des microbes dans les organes internes. L'étude des kystes vermineux sous-muqueux du gros intestin et des kystes larvaires sous-péritonéaux chez les singes ou bien chez le cheval, lui ont permis de formuler des conclusions suivantes :

1° Les larves d'helminthes, en traversant la muqueuse intestinale, sont pour la plupart dépouillées des microbes qu'elles portent à leur surface. Ces microbes sont englobés et détruits par les phagocytes de la région ;

2° Certaines larves réussissent à amener les microbes dans le courant circulatoire, et même dans la sous-muqueuse et la couche soue-péritonéale où elles peuvent s'enkyster d'une façon définitive ;

3° La suppuration des kystes larvaires hémorragiques (quel que soit leur siège) peut être due aux microbes introduits par le sang épanché ;

4° Lorsque les kystes larvaires siègent au niveau du gros intestin, leur suppuration peut être aussi causée par des microbes du canal intestinal.

Sur la présence constante de l'endomyces albicans ou muguet dans l'intestin des enfants qui ne sont pas nourris au sein, — MM. Chiray et Sartory ont trouvé très fréquemment (11 fois sur 25 cas) une levure blanche dans les selles de jeunes enfants. Les caractères de culture, la morphologie de ce micro-organisme prouvent qu'il s'agit d'endomyces albicans ou muguet. Le fait le plus digne d'attention est le rapport qui semble exister entre la présence du muguet intestinal et le mode d'alimentation.

Sur quinze enfants exclusivement nourris au sein, trois seulement présentaient du muguet dans les selles et pour les trois cas la levure n'a poussé que tardivement dans les cultures, témoignant ainsi d'une très faible vitalité. Il semble donc que l'alimentation naturelle empêche l'envahissement de l'intestin par le muguet.

En revanche, sur 10 enfants nourris au lait stérilisé ou aux bouillies, 7 ont donné des cultures positives. Les auteurs se demandent si le muguet intestinal ne joue pas un rôle dans les gastro-entérites de l'enfance. Ils ont constaté que le pouvoir pathogène de la levure est infiniment plus grand lorsqu'elle provient des selles que quand on la prélève dans la bouche.

Le foie du porc et le foie de l'homme. — D'après M. Émile Géraudel, le foie du porc est un foie multilobulé. Chaque lobule très simple est enveloppé d'une capsule où rampent veine porte afférente et veine sus-hépatique efférente. Il est constitué par un double réseau cellulaire et vasculaire, ce dernier étant collecté par un vaisseau axial ou veine centro-lobulaire, qui se jette dans la veine sus-hépatique.

Le foie de l'homme peut être considéré comme un lobule du foie du porc, mais gigantesque et plus complexe. La capsule s'invagine partiellement, là où elle correspond au hile du vaisseau afférent, à l'intérieur de la masse lobulaire, sous forme de gaine de Glisson.

La masse lobulaire prend de ce chef un aspect ramifié, remplissant les intervalles entre les rameaux de l'invagination glissonnienne.

La veine centro-lobulaire à son tour, pour assurer le drainage du réseau vasculaire, doit se ramifier considérablement : le système des veines sus-hépatiques tout entier représente cette veine centro-lobulaire ainsi développée.

Étant monolobulé, le foie de l'homme n'est pas plus composé de lobules sauguins au sens de Kietnau, que de lobules biliaires au sens de Sabourin, mais il est possible de systématiser la masse parenchymateuse en deux zones : l'une, *zone porte*, coiffe l'invagination glissonnienne; l'autre, *zone sus-hépatique*, entoure les ramifications du système centro-lobulaire.

Influence de l'alimentation diurne ou nocturne sur la marche nychthémérale de la température normale chez le lapin. — M. le docteur Maurel rappelle que dans ses expériences sur les lapins, il a opposé l'alimentation au mouvement et à la lumière, et que toujours, c'est l'alimentation qui l'a emporté. Mais, comme dans les observations de MM. Toulouse et Piéron faites sur des femmes soumises au service de nuit, c'est l'activité nocturne qui l'a emporté sur l'alimentation diurne, il arrive à cette conclusion, qu'il avait du reste prévue, que selon les espèces animales et les conditions de leur existence, chacune de ces deux causes, activité et alimentation, peut acquérir la prépondérance.

Recherches sur les cellules épithélioïdes du tubercule. — M. Speroni donne les résultats de ses recherches sur les réactions basophiles et acidophiles des cellules du tubercule.

Election d'un membre titulaire. — M. Bohn est élu membre de la Société, par 27 suffrages sur 52, contre 16 à M. Josué, 7 à M. Hérissey, 2 à M. Mayer.

FORMULAIRE

Dans la pommade au calomel, que vient de recommander Metchnikoff à titre de préventif du chancre syphilitique, on aura tout intérêt à substituer la diadermine à la vaseline, puisque l'absorption du composé mercuriel est plus rapide. On formulera donc :

Calomel........................	10 grammes.
Diadermine....................	30 —

LIVRES NOUVEAUX

Précis de médecine infantile (1), par P. NOBÉCOURT.

Le *Précis* de M. P. Nobécourt possède toutes les qualités que l'on peut demander à un ouvrage de ce genre. Il est élémentaire; il est au courant des dernières acquisitions de la science ; enfin et surtout, il met au point les différentes questions de la pédiâtrie. Laissant de côté celles qui n'offrent que peu d'intérêt pour le praticien, il décrit soigneusement, au contraire, celles qui sont les plus communes et les plus utiles à connaître, insistant surtout sur la symptomatologie, la prophylaxie et le traitement. Un memento thérapeutique termine cet ouvrage dont on ne saurait trop recommander la lecture à tous ceux qui veulent, en peu de temps, acquérir les notions fondamentales de la médecine infantile.

L. BABONNEIX.

Conformations thoraciques chez les tuberculeux (2), par le docteur A. BEZANÇON.

Les déformations thoraciques chez les tuberculeux peuvent être limitées ou générales. Les premières, qu'il s'agisse de voussure (emphysème) ou de dépressions (coque pleurale ou tuberculose), traduisent l'état du parenchyme pulmonaire sous-jacent : elles sont dues à la tuberculose ou aux lésions concomitantes. Les secondes (étroitesse ou aplatissement du thorax) semblent être en rapport avec la prédisposition à la tuberculose, à la cause dystrophiante générale qui facilite l'infection bacillaire ; elle n'est certainement pas en rapport avec les lésions pulmonaires, mais avec l'insuffisance respiratoire du sujet. En d'autres termes, c'est parce que les malades respirent mal qu'ils deviennent tuberculeux. Aussi faudra-t-il, chez les prédisposés, s'efforcer au plus tôt de développer le thorax par l'éducation respiratoire, la gymnastique respiratoire et par l'hygiène.

L. BABONNEIX.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 11 AU 16 FÉVRIER 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Mercredi 13 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Terrier, Gosset et Cunéo ; — (2e série) : MM. Reclus, Sébileau et Mauclaire.

2e : MM. Ch. Richet, Retterer et Desgrez.

3e (1re partie, oral) : MM. Kirmisson, Potocki et Branca ;

5e (1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Joffroy, Teissier et Balthazard ; — (2e série) : MM. Déjerine, Legry et Claude ; — M. Proust, suppléant.

Jeudi 14 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Berger, Hartmann et Thiéry ; — (2e série) : MM. Poirier, Marion et Auvray.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Desgrez et Bezançon.

2e : MM. Retterer, Langlois et Maillard.

3e (1re partie, oral) : MM. Albarran, Launois et Brindeau.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Méry ; — M. Carnot, suppléant.

Vendredi 15 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Kirmisson, Tuffier et Cunéo ; — (2e série) : MM. Segond, Sébileau et Pierre Duval.

2e (1re série) : MM. Gariel, Blanchard et Gley ; — (2e série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Desgrez.

3e (1re partie, oral) : MM. Delens, Lepage et Branca ; — M. Balthazard, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Mauclaire et Gosset ; — (2e série) : MM. Reclus, Legueu et Proust ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki ; — M. Legry, suppléant.

Samedi 16 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Morestin ; — (2e série) : MM. Poirier, Faure et Marion.

2e : MM. Gley, Launois et André Broca.

3e (1re partie, oral) : MM. Berger, Rettérer et Brindeau ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Renon et Carnot ; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Thiroloix et Vaquez ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Méry et Gouget ; — (3e série) : MM. Robin, Jeanselme et Bezançon ; — M. Auvray, suppléant.

THÈSES

Mercredi 13 février 1907, à une heure. — M. Alfred CASALIS. Les érythèmes infectieux puerpéraux. (MM. Pinard, président ; Segond, Lepage et Pierre Duval.) — M. Aimé ARTAULT. Appendicites et entérites. (MM. Segond, président ; Pinard, Lepage et Pierre Duval.) — M. Léon BÉRA : Contribution à l'étude du diagnostic de l'avortement. (MM. Segond, président ; Pinard, Lepage et Pierre Duval.) — M. LŒDERICH. Des modifications du foie consécutives aux altérations rénales (étude expérimentale). (MM. Landouzy, président ; Blanchard, Brissaud et Launois.) — M. FAY. Contribution à l'étude de l'histoire de la lèpre en France. La lèpre dans le sud-ouest de la France. Les cagots. (MM. Blanchard, président ; Landouzy, Brissaud et Launois.) — M. Henri SOULAS. Docimasie pulmonaire. Etude critique et historique. (MM. Brissaud, président ; Landouzy, Blanchard et Launois.)

Jeudi 14 février 1907 à une heure. — M. René LESOBRE. La dégénérescence cancéreuse des moignons utérins après hystérectomie supra-vaginale pour fibromes. (MM. Le Dentu, président ; Pozzi, Faure et Morestin.) — M. Arthur DELANOE. Des adhérences intestinales dans les cas de pyosalpinx. (MM. Pozzi, président ; Le Dentu, Faure et Morestin.) — M. LHERMITTE. Etudes sur les paraplégies des vieillards. (MM. Raymond, président ; Hutinel, Chantemesse et Dupré.) — M. DARRÉ. De l'influence des altérations du rein sur les capsules surrénales (étude critique et anatomo-pathologique expérimentale). (MM. Hutinel, président ; Raymond, Chantemesse et Dupré.) — M. VERLIAC. Recherches expérimentales sur les toxines de l'actinomycose. (MM. Chantemesse, président ; Raymond, Hutinel et Dupré.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

(1) In-8°. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-8°. — Paris, Steinheil.

N° 16. — JEUDI 7 FÉVRIER 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 7 FÉVRIER 1907. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — *Leçon d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Une erreur ayant été commise dans notre dernier numéro au sujet des questions posées aux candidats dans les séances du 4 et du 5 février, nous la rectifions aujourd'hui :

Séance du 4 février. — M. Martin (Lyon) : « Les coryzas. »

M. Nattan-Larrier (Paris) : « Les tremblements toxiques. »

Séance du 5 février — M. Sicard (Paris) : « Urobilinurie. »

M. Lagriffoul (Montpellier) : « Action de la syphilis sur les vaisseaux. »

Séance du 6 février. — M. René Marie (Paris) : « Immunisation expérimentale. »

M. Castaigne (Paris) : « Les processus de la caséification. »

Séance du 7 février. — M. Lœnhardt (Montpellier) : « La dégénérescence amyloïde. »

M. Micheleau (Bordeaux) : « Pathogénie et caractères différentiels des chorées. »

— CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS. — Le nombre des places d'agrégé des facultés de médecine (section de chirurgie et accouchements) mises au concours le 11 mars 1907, est porté de quatorze à quinze.

La nouvelle place sera comprise dans la section d'accouchements et réservée à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Toulouse.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Pathologie.* — Séance du 4 février 1907 : MM. Le Blaye, 13; Dumas, 12; Josset-Moure, 11; Fabignon et Petel, 10; GaudUcheau, Lerat (Georges), Malterre, Toulant et Viel (Victor), 9.

Anatomie. — Séance du 4 février : MM. Guggenheim, 12; Lutembacker et Merle, 11; Phélip, 10; Brocq, Halma-Grand, 9; Hirtz et Jumon, 8.

Séance du 6 février : MM. Duval (Emile) et Levant, 12; Rousseau-Langwelt, Fichot et Mlle de Jong, 11; MM. Clarac, 10; Mornet, 8; Mlle Lévy, 7.

Prochaine séance vendredi 8 février, à cinq heures, à la salle des Saints-Pères.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Bichon (d'Angers) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

GUERRE. — ARMÉE COLONIALE. — Sont promus :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les docteurs Bussière, Bongrand, Mailpetit, Destelle, Tariès, Colat, Malouvier, Jauréguiber, Reyneau, Bonduel, Le Roy, Trividic, Villeroux, Fournier, Lebard, Gassin, Robin, Jubin, Vadon, Collomb, Castueil, Fleury, Ricau, Touchard.

MARINE. — Sont nommés médecins de troisième classe MM. les docteurs Coulomb, Valleteau de Moulliac et Moreau.

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX (M. le professeur RAYMOND). — *Cours complémentaire et pratique* (*2e série*) *d'anatomie pathologique.* — M. le docteur ALQUIER, chef des travaux anatomiques, commencera le lundi 25 février 1907, à cinq heures de l'après-midi, un cours pratique d'anatomie pathologique au laboratoire d'anatomie pathologique de la Clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière.

PROGRAMME DES LEÇONS. — *1re et 2e leçons.* — Technique générale. Principales méthodes de fixation et de coloration. Examen du sang. Numération des globules rouges et blancs. La formule leucocytaire normale : ses principales variations. Valeur séméiologique de l'examen du sang.

3e leçon. — Méthode des coupes après inclusion à la celloïdine. Lésions conjonctivo-vasculaires des inflammations aiguës et chroniques.

4e leçon. — Principales altérations des tissus conjonctif, cartilagineux et osseux. Inclusion à la paraffine.

5e leçon. — Principales altérations des muscles.

6e leçon. — Principales altérations des épithéliums.

7e leçon. — Tuberculose. Syphilis.

8e leçon. — Tumeurs bénignes (lipomes, mxyomes, fibromes, bourgeons charnus, adénomes, papillomes, kystes dermoïdes).

9e leçon. — Sarcomes conjonctif et névroglique. Endothéliome.

10e leçon. — Cancer.

11e leçon. — Principales lésions de l'appareil circulatoire.

12e leçon. — Principales lésions de l'appareil respiratoire.

13e leçon. — Principales lésions de l'appareil digestif.

14e leçon. — Principales lésions du foie, des voies biliaires, du pancréas, des voies salivaires.

15e leçon. — Principales lésions de l'appareil urinaire.

16e leçon. — Principales lésions de l'appareil génital mâle et femelle.

17e leçon. — Principales lésions des organes lymphoïdes, de la rate et de la moelle osseuse.

18e leçon. — Principales lésions des glandes à sécrétion interne (hypophyse, thyroïde et parathyroïde, capsules surrénales, îlots de Langerhans du pancréas, thymus).

19e leçon. — Technique générale du système nerveux. Méthode de Nissl. Lésions des cellules nerveuses.

20e leçon. — Dissociation. Méthode de Weigert-Pal et de Marchi. Méthode de Ramon y Cajal. Dégénérescence wallérienne. Névrites.

21e leçon. — Inflammation du tissu nerveux (encéphalites, myélites). Ramollissement cérébral, myélomalacie.

22e leçon. — Tuberculose des centres nerveux. Compressions de la moelle, dégénération des principaux faisceaux blancs.

23e leçon. — Syphilis nerveuse. Tabes. Paralysie générale.

24e leçon. — Syringomyélie. Sclérose en plaques. Sclérose latérale amyotrophique.

Le cours aura lieu tous les jours (dimanches exceptés), à cinq heures et demie de l'après-midi. Le laboratoire sera ouvert, aux élèves qui voudront y travailler, tous les jours, de neuf heures à midi et d'une heure et demie de l'après-midi à cinq heures et demie. Les matériaux d'études, réactifs et instruments nécessaires seront mis gratuitement à leur disposition.

Le droit à verser est fixé à 80 francs. Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser le matin au docteur Alquier, à la Salpêtrière.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quitance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à trois heures.

HOPITAL COCHIN (ANNEXE). — Le docteur Queyrat reprendra ses conférences pratiques sur les maladies vénériennes et les maladies de la peau le vendredi 8 février 1907, à dix heures et demie, et le continuera les vendredis suivants à la même heure.

(Les élèves seront exercés par séries au diagnostic clinique et microbiologique, ainsi qu'au traitement des maladies vénériennes.)

Le docteur Quesnay, chirurgien, médecin de Mme de Pompadour et de Louis XV, physiocrate, par G. Schelle. In-16 avec un portrait. — Prix : 5 francs. — Paris, librairies Félix Alcan et Guillaumin réunies.

Le béribéri, par E. Jeanselme, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon. In-8 de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*. — Prix : broch., 2 fr. 50; cart. toile, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Leçons de thérapeutique pratique, par Rauzier. In-8, 382 p. — Paris, Masson; Montpellier, Coulet, éditeurs.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 1, janv. 1907.) J. Darier : Le groupe des maladies dites séborrhéiques, la kérose. — W. Dubreuilh : Kystes épidermiques traumatiques à siège anormal. — L. Le Sourd et Ph. Pagniez : Le spirochæte pallida dans le sang des syphilitiques.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 1, janv. 1907.) Lermoyez : La contagion de l'ozène. — Mermod : Quelques réflexions au sujet de la sinusite maxillaire chronique et de sa cure radicale. — Robert Leroux : Obstruction nasale et la tuberculose.

Archives de médecine navale. — (N° 12, déc. 1906.) Pfihl : Trois abcès tropicaux du foie observés à l'hôpital maritime de Brest. — Cazamiau : Une maladie professionnelle : l'hygrome crépitant (ai douloureux) des canotiers. — Lacarrière : Hygiène et tuberculose à l'arsenal de Lorient. — Hamy : Notes intimes sur Georges Cuvier, rédigées en 1836 par le docteur Quoy pour son ami J. Desjardins (de Maurice).

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 1, 15 janv. 1907.) Ferrari : De la résistance du péritonite des Arabes aux infections consécutives à des plaies pénétrantes de l'abdomen. — Gallois : Le palper périnéal. — Gros : La prophylaxie du paludisme dans la circonscription de Rébeval.

Journal de chirurgie et Annales de la Société belge de chirurgie. — (N° 1, janv. 1907.) Van Hassel : Chirurgie de la main. — Van Havre : Contribution à l'étude de l'appendicite. Résultats de 62 opérations pour appendicite et 11 opérations pour affections para-appendiculaires. — Lowie : Contribution à la technique opératoire de la cure radicale de la hernie crurale. — Parisel : De la surélévation congénitale de l'omoplate. — De Beule : Un cas intéressant de chirurgie orthopédique de la main.

Marseille médical. — (N° 1, 1er janv. 1907.) Olmer et Gallerand : Accidents simulant la perforation.

Pester medizinisch=chirurgische Presse. — (N° 4, 27 janv. 1907.) Fischer : Contribution à la symptomatologie et aux méthodes opératoires des thromboses des sinus. — Wosinski : Le traitement des épileptiques dans des établissements spéciaux.

Province médicale. — (N° 3, 19 janv. 1907.) Rauzier : Traitement des infections aiguës des fines bronches et du poumon. — Monprofit : Les indications du traitement chirurgical dans les affections cancéreuses de l'estomac.

Revue de la tuberculose. — (N° 6, déc. 1906.) L. Alquier : Mal de Pott et méningite tuberculeuse. — Rossignol et Vallée : Expériences sur la vaccination antituberculeuse des bovins. — Gougerot : Tuberculose hépatique.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 4, 24 janv. 1907.) Ospinna : Sur les tumeurs malignes de la région rénale pendant l'enfance. — Bucura : Sur une terminaison rare d'une grossesse tubaire. — Gobiel : Sur les blessures du pancréas par coups de feu. — Neudürfer : Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu avec une cartouche d'exercice. — Siegel : Sur le traitement de l'asthme. — Török : Remarques sur la réponse du professeur Kreibich à mon travail : « La doctrine de l'angionévrose et l'inflammation cutanée hématogène. »

LES NÉOPLASMES INFLAMMATOIRES

DU

COLON PELVIEN

Par MM. P. CAVAILLON,
Prosecteur à la Faculté de Lyon,
et le docteur BARDIN.

[*Travail du service de M. le docteur Bérard, hôpital de la Croix-Rousse à Lyon* (1).]

Au point de vue histologique, il y a lieu de distinguer les rétrécissements avec lésions spécifiques et les rétrécissements tuberculeux inflammatoires.

a. *Rétrécissements tuberculeux spécifiques.* — Nous ne saurions mieux faire que de rappeler les constatations qui ont été faites par Bezançon et Lapointe sur la partie rétrécie située au-dessus du rectum : « La muqueuse a complètement disparu à sa place, on trouve en certains points du tissu en voie de nécrose ne fixant pas les réactifs ; en d'autres points, des follicules tuberculeux à centres caséeux sont presque tous ouverts dans la lumière de l'intestin ; on voit dans leur voisinage des nodules embryonnaires d'inflammation banale.

Sous cette partie superficielle, on arrive en plein tissu de réaction inflammatoire, de sclérose sous-muqueuse ; aux confins de ce tissu et de la zone sous-jacente, se trouvent des nids de follicules tuberculeux typiques. En certains points, le muscle a disparu, en d'autres, il est caséeux ; ailleurs, il est imprégné de follicules tuberculeux ; au-dessous de la courbe musculaire, tissu adipo-scléreux qui a plus d'un centimètre d'épaisseur avec par place des follicules agminés ; à la partie externe, gros ganglion caséifié. »

Ces deux auteurs insistent sur le maximum des lésions dans la zone sous-muqueuse, sur la stéatose péri-intestinale, enfin sur le mélange de lésions tuberculeuses types avec le mélange des lésions de réaction inflammatoire banale.

Dans le cas de M. Poncet, l'examen histologique nous a montré une infiltration considérable de la couche sous-muqueuse envahie par une infinité de petites cellules rondes. Cette infiltration se prolonge dans la couche des fibres musculaires longitudinales. Du côté des vaisseaux quelques-uns sont thrombosés, sur d'autres on voit simplement une partie de la lumière oblitérée par un caillot, tandis que la péri-artérite existe manifestement.

Dans la zone sous-muqueuse, quelques rares cellules géantes entourées par du tissu fibreux ; on ne trouve pas de formation folliculaire typique.

b. *Tuberculose inflammatoire.* — Que les lésions réactionnelles aillent un peu plus loin et le tubercule sera étouffé sous du tissu fibreux ; on ne trouvera plus qu'un bloc fait de travées fibreuses irrégulièrement disposées avec des zones encore infiltrées d'éléments jeunes ; on ne trouve plus en un mot que des lésions réactionnelles de défense ; la lésion bacillaire sera guérie ; à sa place se sera établie une lésion de cicatrisation. Bérard et Patel (1) admettent cepen

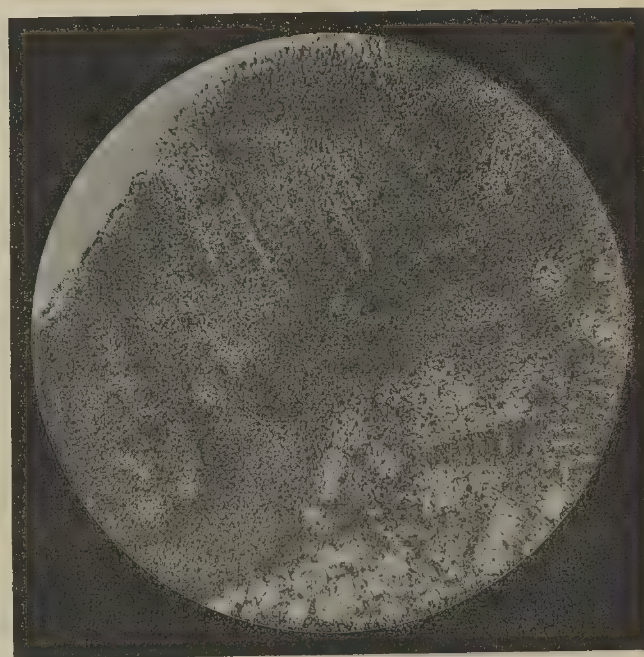


Fig. 1. — *Tuberculose sténosante de l'S iliaque, infiltration graisseuse sous-muqueuse, cellules géantes.*

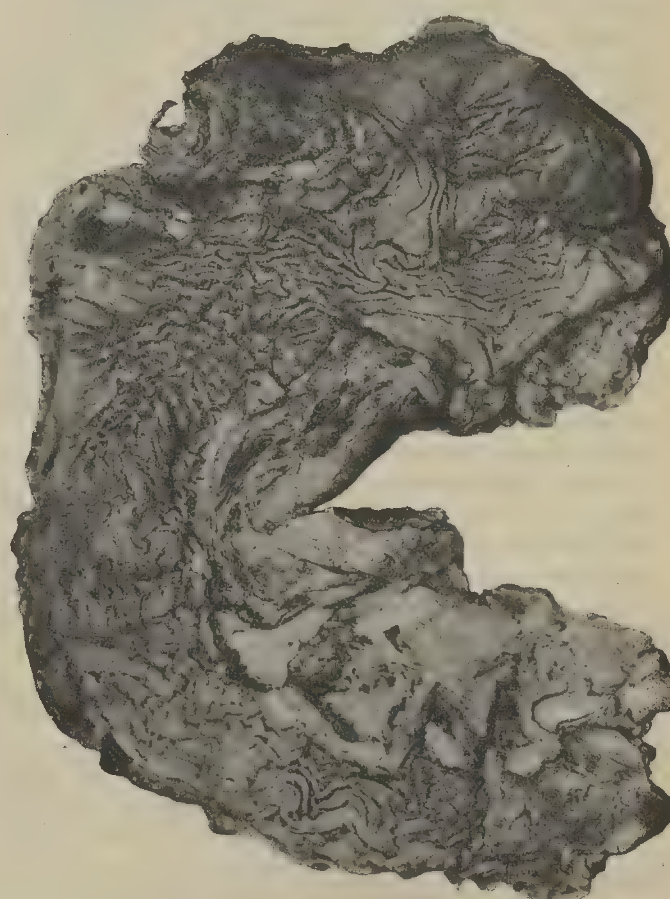


Fig. 2. — *Rétrécissement tuberculeux de l'S iliaque.*

dant que, « non seulement les lésions spécifiques peuvent rétrocéder sans laisser aucune trace, mais

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 15, p. 171.

(1) Bérard et Patel. *Les formes cliniques de la tuberculose intestinale*, Collection des Aide-Mémoire Léauté, 1905, p. 36.

la tuberculose peut déterminer de la sclérose des tissus d'emblée, sans que la présence de lésions spécifiques soit nécessaire; l'action des toxines seules serait suffisante. »

Cette opinion n'est autre que celle de M. Poncet (1) et sans qu'on ait de preuve absolue en ce qui concerne l'S iliaque, il n'y a pas de raisons pour ne pas appliquer à ces lésions un processus bien démontré pour ailleurs.

Dans notre cas, l'examen histologique n'a montré aucune lésion spécifique, on a pu constater simplement de l'infiltration et de la sclérose de la sous-muqueuse et de la sous-séreuse, infiltration au milieu de laquelle existait un très grand nombre de vésicules adipeuses. Sur la figure on peut se rendre compte de l'épaississement énorme qu'a subi la couche sous-muqueuse et de l'infiltration adipeuse dont elle est le siège. La coexistence de ganglions mésentériques caséeux permet de relier ces lésions et d'en affirmer la nature tuberculeuse.

Observation personnelle. (Service de M. Bérard, hôpital de la Croix-Rousse). — *Occlusion intestinale; laparotomie exploratrice; cæcostomie; mort. Autopsie : tuberculose hypertrophique de la partie terminale de l'iléon; rétrécissement hypertrophique de l'S iliaque sans lésions spécifiqaes tuberculeuses; lésions manifestement tuberculeuses de l'épiploon et du mésentère.* — B... (Henri), cinquante-huit ans, employé

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires, ni personnels; ni éthylisme, ni syphilis. Le malade fait un premier séjour dans le service de M. le docteur Bret à l'hôpital de la Croix-Rousse en août 1906; il se plaignait depuis deux mois de troubles digestifs assez vaguement caractérisés par de la pesanteur après les repas, par de la perte des forces avec de l'amaigrissement. Il n'a jamais eu de vomissements, il ne signalait rien d'anormal du côté des selles.

A son entrée, le malade se présentait avec un assez bon état général. L'exploration de l'abdomen ne montrait rien autre chose qu'un foie volumineux, dépassant le rebord costal de trois travers de doigt et douloureux à la pression. On ne constatait la présence d'aucune tumeur abdominale, on ne découvrait pas d'ondes péristaltiques. Pendant quelques jours, le malade fut subfébrile, 37°9 à 38 degrés, mais après quelque temps de soins dans le service il sortait très amélioré.

Deuxième séjour : Il revient dans le service au début de septembre, ayant éprouvé brusquement une douleur vive dans la fosse iliaque droite. A ce moment, on constate à ce niveau la présence d'un plastron; le point de Mac Burney est douloureux; le malade souffre également dans la région sus-hépatique. La température est au-dessus de 38 et le pouls à 100. On pense à une appendicite ; le malade est mis au repos avec de la glace sur le ventre. Les phénomènes se calment jusque vers le 22 septembre, époque à laquelle on fait les constatations suivantes : le ventre est saillant, étalé sur les parties latérales; flot dans les parties sous-ombilicales de l'abdomen, douleur diffuse dans tout l'abdomen, pas de vomissements et pas de fièvre.

Le 27 septembre, le malade a un vomissement bilieux. Depuis quatre jours, il n'y a eu ni selles, ni gaz; le pouls est à 112. En présence de ces phénomènes, M. Bret nous fait l'honneur de nous montrer le malade.

(1) Poncet. Acad. de méd., 1905.

Le ventre est extrêmement ballonné avec météorisme diffus; matité dans les flancs avec flot; distension épigastrique. On ne sent pas à cause du météorisme de tumeur abdominale, cependant il semble qu'à gauche on éprouve du côté de la paroi une résistance plus accusée.

Le toucher rectal est négatif.

Le malade a l'aspect grippé; le teint terreux; le pouls s'accélère à 120, il n'y a pas de température.

Quelques instants après l'examen, le malade prend un vomissement fécaloïde et on l'opère.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, il s'écoule environ un demi-litre de liquide citrin. L'exploration rapide de l'abdomen montre que le cæcum est dilaté, que les anses grêles viennent plonger dans le Douglas, les unes distendues, les autres aplaties; plusieurs anses intestinales sont soudées les unes aux autres.

En présence de l'état précaire du malade et de la dilatation du cæcum, on pratique une cæcostomte latérale, après avoir fermé l'incision de laparotomie.

L'opération avait duré douze minutes; le malade avait absorbé 50 grammes d'éther.

Le malade meurt rapidement.

Autopsie. — A l'incision de l'abdomen, on découvre d'abord le grand épiploon qui est dur, cartonné, et qui est venu adhérer à la paroi intestinale au voisinage de l'ombilic. Son insertion supérieure (gastro-colique) est rétractile, rétrécissant ainsi le calibre du côlon transverse.

En incisant cet épiploon, d'une dureté ligneuse, on le trouve farci de points caséifiés entourés de coques résistantes. Des anses grêles, les unes sont affaissées, d'autres dilatées. Cet état est expliqué par ce fait qu'un énorme paquet de grêle est venu adhérer vers l'S iliaque plongeant dans le Douglas. Ces anses sont soudées entre elles par des fausses membranes fixées également au côlon pelvien. La partie terminale du grêle présente sur 7 ou 8 centimètres un épaississement considérable; la paroi intestinale a une consistance cartonneuse. Le mésentère contient des ganglions dont quelques-uns sont caséeux. Le cæcum est seulement distendu, rien aux angles; le transverse est rétracté par le mésocôlon, le côlon descendant légèrement distendu.

Quant à l'S iliaque, il est entouré par une gangue scléro-lipomateuse, très résistante, qu'il faut cliver pour arriver sur l'intestin lui-même. Le rectum et l'anus sont indemnes.

En incisant l'intestin, aucune trace d'ulcération sur tout le tractus intestinal, aucune ulcération sur l'estomac. La partie terminale de l'iléon ne présente rien autre chose que de l'infiltration et de l'épaississement des parois, la muqueuse est un peu hyperémiée, la valvule iléo-cæcale est infiltrée, mais ces lésions s'arrêtent brusquement du côté du côlon. La muqueuse cæcale est saine, de même celle de l'appendice.

Du côté de l'S iliaque rétrécissement étroit admettant à peine un petit doigt, d'une longueur de 6 centimètres. Les parois de ce segment intestinal ont près d'un centimètre d'épaisseur. La couche sous-muqueuse présente une sorte d'infiltration d'aspect myxomateux; la graisse péritonéale s'est développée dans des proportions énormes; il s'agit de scléro-lipomatose.

Aucune lésion apparente du côté de la muqueuse de l'S iliaque.

Du côté des poumons, quelques cicatrices au sommet.

Foie volumineux avec un péritoine épaissi.

L'examen histologique des deux segments intestinaux, prélevés l'un sur la partie terminale de l'S iliaque, l'autre sur la

partie terminale du grêle, pratiqué par M. Paviot, a montré :

1° Qu'il n'existait sur le rétrécissement de l'S iliaque aucune lésion notable sur la surface séreuse, ni tuberculeuse, ni autre; le tissu sous-muqueux est épaissi, il offre surtout une grande abondance de vésicules adipeuses. La muqueuse et la cavité glandulaire ne présentent aucune ulcération, ni lésion;

2° Au niveau de la partie terminale du grêle, les altérations sont plus accusées. Le tissu sous-séreux est épaissi par des

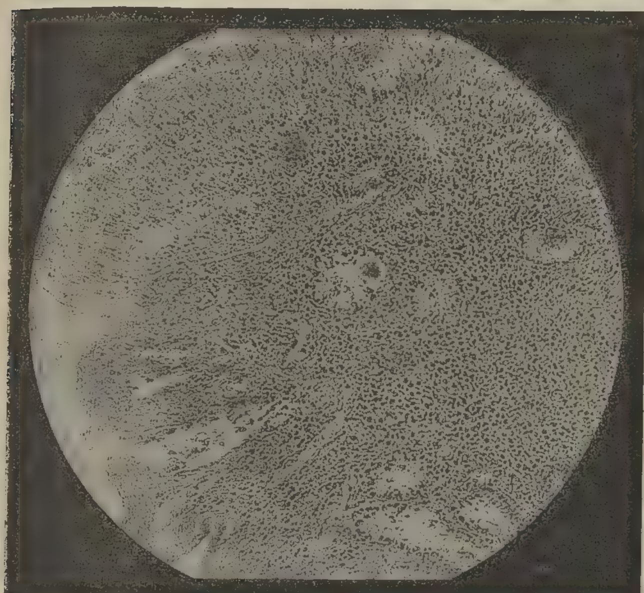


Fig. 3. — *Tuberculose de l'S iliaque. Infiltration par les petites cellules rondes.*

lésions de nature plutôt scléreuse, mais sûrement sans tubercules. Le tissu sous-muqueux est considérablement augmenté; il est riche en cellules rondes et ovales et en vésicules adipeuses, comme dans le cas d'inflammation ancienne et durable du canal intestinal.

La muqueuse présente ses points lymphatiques hyperplasiés, mais pas d'autres lésions.

Bezançon. (In *Presse médicale*, 27 mai 1898, p. 265.) — Homme de quarante ans, mort de tuberculose pulmonaire; depuis plusieurs mois empâtement et douleur de la fosse iliaque droite, alternatives de diarrhée et de constipation. Jamais de symptômes d'occlusion.

Autopsie. — Foyer de péritonite localisée, ganglions tuberculeux dans le mésentère.

L'intestin grêle est parsemé d'ulcérations intestinales. Sur le gros intestin, à côté des lésions tuberculeuses banales, on trouve plusieurs points où les parois sont extrêmement épaisses et le calibre diminué. Le cæcum, l'appendice et la fin de l'iléon sont englobés dans une masse adipeuse considérable. Immédiatement au-dessus du cæcum, rétrécissement de 6 centimètres de long; nouvelle stricture au niveau de l'angle droit colique; troisième rétrécissement de 15 centimètres à la partie terminale du côlon transverse; dernière stricture de 7 à 8 centimètres au-dessus de l'ampoule rectale.

Mayo Robson. (In *The Lancet*, 27 sept. 1902.) — *Tuberculose du rectum et de l'anse sigmoïde; colotomie et colectomie.* — Homme de trente-sept ans, pus dans les selles depuis quelque temps; douleur en allant à la selle; diarrhée; amaigrissement.

Fistule à l'anus il y a trois ans; six mois après, sang et pus dans les selles, depuis diarrhée rebelle allant jusqu'à la perte involontaire des matières.

A l'examen au spéculum, rectum ulcéré, anse sigmoïde épaissie et douloureuse à la pression.

Colotomie et colectomie.

L'examen histologique révéla la tuberculose.

M. Delore. — Homme de soixante-cinq ans, synovite tuberculeuse du genou et du cou-de-pied; ne marche plus depuis dix ou douze ans; a fait de la bacillose pulmonaire.

Il y a un an, phénomènes d'obstruction qui avaient fait songer à une intervention chirurgicale. Depuis douze jours, signes d'occlusion aiguë, ni selles, ni gaz.

Vomissements fécaloïdes. Etat général grave.

Pouls à 120.

Laparotomie. — On ne trouve pas le siège de l'occlusion; on referme avec l'intention de faire un anus, mais l'état précaire du malade doit faire abandonner cette idée.

Autopsie. — Rétrécissement de calibre très petit (quelques millimètres seulement) siégeant sur l'S iliaque, très serré comme un diaphragme, s'étendant sur 10 à 12 centimètres de longueur, induration des parois.

Examen histologique. — Infiltration sous-muqueuse, cellules géantes, pas de tubercules, thromboses et périartérites.

3° Rétrécissements syphilitiques. — La syphilis peut donner également au niveau de l'S iliaque des tumeurs de type inflammatoire. Gérard Marchant (1) établit dans son observation que ces lésions sont constituées par un épaississement scléreux des parois s'étendant sur une hauteur de 42 centimètres.

L'examen histologique fait reconnaître que les lésions prédominent dans la sous-muqueuse quadruplée d'épaisseur; la sclérose envahit les fibres musculaires et s'étend jusqu'à la couche des fibres longitudinales; l'infiltration fibreuse l'a emporté sur l'infiltration embryonnaire. Toutes ces bandes de sclérose sont concentriques autour d'un axe vasculaire; c'est autour des vaisseaux que paraît s'être effectué le début de la lésion.

Gérard Marchant. (Soc. de chir., Paris, 11 fév. 1898.) — *Rétrécissement syphilitique du rectum, de l'S iliaque et du côlon descendant.* — L'examen anatomique montre un rétrécissement avec épaississement scléreux des parois, s'étendant sur tout le segment terminal du côlon occupant 42 centimètres.

L'examen histologique montre que les lésions prédominent dans la sous-muqueuse quadruplée d'épaisseur. La sclérose a envahi la couche des fibres circulaires, elle s'est arrêtée au niveau des fibres longitudinales; en dedans elle s'étend jusqu'à la muscularis mucosæ.

Les altérations scléreuses l'emportent sur l'infiltration embryonnaire. Les bandes de sclérose sont concentriques aux vaisseaux.

En dehors de ces zones périvasculaires on trouve de l'infiltration embryonnaire sans formations nodulaires.

Pas de ganglions dans le méso.

Brexver. (Soc. de chir., New-York, 11 avril 1906.) — *Cancer de l'S iliaque ? anus iliaque. Dix-huit mois plus tard, fermeture de l'anus. Disparition de la tumeur. Syphilome probable.* — Il s'agit d'un malade entré dans le service pour des

(1) Gérard Marchant. Soc. de chir., Paris 1898.

signes d'occlusion intestinale aiguë. On fit le diagnostic de cancer infiltré de l'S iliaque, pour lequel on pratiqua une colostomie.

Dix-huit mois plus tard, le malade revient pour se faire fermer son anus iliaque. A l'examen de la fosse iliaque gauche, on constate qu'elle est entièrement libre; il n'y a plus trace de tumeur.

Il s'agissait vraisemblablement d'infiltration gommeuse du côlon pelvien.

LÉSIONS ASSOCIÉES. — Toutes ces sténoses à siège pelvien, quelle que soit leur origine, ont comme caractère commun d'amener ces troubles de dilatation et d'ulcération dans le segment sus-jacent étudié par Patel (1), par Cavaillon et Leclerc (2) : dilatation de l'anse au-dessus du rétrécissement avec inflammation banale ou infiltration œdémateuse simulant l'hypertrophie : ce sont là lésions banales.

Il faut mettre en évidence la fréquence des lésions cæcales, étudiées déjà par Coste (3) à propos du cancer sigmoïdien. Sur 7 observations de tumeur tuberculeuse, 2 fois il y a eu perforation du côlon ascendant ou du cæcum.

Enfin très fréquemment, l'occlusion intestinale aiguë accompagne ces tumeurs sigmoïdiennes, et ces rétrécissements rentrent alors dans le cas de cancer du côlon pelvien si souvent occlusif. Dans ces observations d'occlusion aiguë, on signale des lésions de péritonite; c'est là un fait banal et nous n'y insisterons pas.

Autour de ces rétrécissements, il est fréquent de constater des lésions péritonéales. Dans quelques cas, ces lésions peuvent aller à la suppuration donnant lieu à des périsigmoïdites secondaires; d'autres fois, le processus est moins intense et la réaction péritonéale se borne à faire des blocs d'adhérence, souvent avec le concours du grand épiploon. Au cours de l'opération, il est souvent très difficile d'établir ce qui, dans la tumeur, revient à la paroi intestinale seule ou aux lésions péritonéales.

IV

PATHOGÉNIE. — Toutes ces lésions présentent ce caractère commun qu'elles correspondent à des inflammations chroniques, mais elles offrent entre elles des différences étiologiques et anatomiques qui permettent d'indiquer que le processus formateur n'est pas identique.

Dans les tumeurs inflammatoires simples, les lésions sont massées autour des tubes glandulaires et des diverticules; dans la syphilis, elles sont périvasculaires; dans la tuberculose, sous-mueuses ouqu diffuses. Il est permis de concevoir que le rétrécissement inflammatoire simple est le résultat d'une inflammation des tuniques par le contenu septique de l'intestin. Les glandes ou les diverticules, siège d'une infection aiguë, pourront donner les sigmoïdites suppurées franches; que le processus d'infection soit chronique d'emblée, ou que primitivement aigu, il soit secondairement passé à l'état chronique; il va s'établir des lésions réactionnelles, d'infiltration embryonnaire d'abord, de sclérose ensuite qui conduiraient à l'épaississement des parois et au rétrécissement de la lumière intestinale.

La preuve de ce processus est fournie par les petits abcès pariétaux musculaires que l'on peut voir, quelquefois par les petites collections péri-intestinales siégant dans le péritoine épaissi ou dans l'épiploon; bien souvent même sur cette évolution chronique viennent se greffer des accidents aigus et l'on pourra trouver au milieu d'un abcès iliaque une tumeur inflammatoire sigmoïdienne.

En résumé, de la sigmoïdite aiguë suppurée franche au rétrécissement inflammatoire, on observe tous les intermédiaires; dans l'un et dans l'autre cas, il s'agit d'infection banale d'origine intestinale; la septicité de l'infection et le pouvoir réactionnel des tissus, déterminent telle ou telle forme.

Pour la syphilis, le siège péri-vasculaire des lésions, le caractère d'infection générale qu'affecte cette maladie, montre qu'il s'agit d'un processus toxique et là comme ailleurs, la vérole fait de la sclérose périvasculaire.

Les néoplasies bacillaires empruntent dans leur formation les deux processus, elles sont bipolaires et l'on pourrait dire, en schématisant les choses, que les tuberculoses avec lésions spécifiques relèvent plus volontiers d'une infection locale et directe, tandis que les tuberculoses inflammatoires sont l'aboutissant d'un processus général d'intoxication bacillaire comparable, dans sa formation, aux lésions spécifiques. En effet, dans ces tuberculoses avec tubercules, le maximum des lésions est dans la sous-muqueuse; dans les tuberculoses hypertrophiques d'origine inflammatoire, ces lésions sont diffuses sans localisations précises rappelant plus des lésions toxiques qu'infectieuses.

En résumé, dans la production de ces tumeurs, deux processus sont en jeu; infection d'origine intestinale, propagée par la muqueuse, qui explique les tumeurs inflammatoires pures et certaines tuberculoses; processus toxique qui contribuerait à créer les scléroses syphilitiques et les scléroses tuberculeuses diffuses sans lésions spécifiques.

V

SYMPTÔMES. — Ces tumeurs inflammatoires de l'S iliaque n'ont pas jusqu'à présent de personnalité clinique bien évidente. Le plus souvent elles sont confondues avec le cancer de cette région; d'autres fois quand il y a des accidents de suppuration, on fait le diagnostic de sigmoïdite suppurée ou d'abcès péri-néoplasique, et de fait il est difficile de trouver des signes propres à ces tumeurs, puisque souvent les pièces en main, il est impossible de différencier avant l'examen histologique une lésion inflammatoire d'une lésion cancéreuse.

Au point de vue clinique, ces tumeurs inflammatoires se présentent sous deux types : ou bien il s'agit d'occlusion portant sur le côlon pelvien, ou bien de signes de suppuration dans la fosse iliaque.

(1) PATEL. Du segment sus-jacent à une sténose intestinale, *Revue de chir.*, 1902.

(2) CAVAILLON et LECLERC. *Revue de gynécol.* de Pozzi, janv. 1907.

(3) COSTE. Th. de Lyon, 1905.

Dans le premier type qui rappelle singulièrement la symptomatologie du cancer ordinaire, on relève dans les histoires des malades des alternatives de diarrhée et de constipation, de l'émission de sang dans les selles, la présence de mucus, quelquefois du ténesme et des épreintes. On peut y ajouter la distension du côlon et le clapotage cæcal; en somme ceci, joint à la cachexie profonde que l'on peut observer chez certains de ces sujets, est tout à fait le tableau clinique d'un cancer du côlon pelvien; cependant en faveur de la nature inflammatoire, on aura — sans que ce signe ait une valeur absolue — l'existence de poussées fébriles antérieures, la persistance d'un peu de température (38 degrés à 38°5), le début plus aigu des accidents. Enfin, l'examen rectoscopique aurait permis à Mummery (1) et à Rosenheim (2) de faire le diagnostic et d'obtenir une guérison par la dilatation.

Quand il s'agit de lésions à type inflammatoire, le chirurgien se trouve en présence d'un empâtement de la fosse iliaque s'accompagnant de troubles dans la circulation des matières, et le diagnostic en pratique ne pourra guère aller plus au delà.

Peut-on faire plus une fois le ventre ouvert, et peut-on, en présence des lésions, diagnostiquer la nature néoplasique ou simplement inflammatoire? D'une façon absolue, cette distinction apparaît comme impossible; cependant, le chirurgien pourra avoir des présomptions en faveur du type inflammatoire lorsqu'il trouve une lésion diffuse s'étendant sur une très grande longueur du côlon pelvien, lorsqu'il verra une scléro-lipomatose intense avec des franges épiploïques enflammées et turgescentes. Le cancer du côlon pelvien est en général petit, en virole, localisé; les tumeurs inflammatoires sont étendues davantage, sont plus diffuses. La présence de gros ganglions dans le méso-côlon pelvien plaidera également en faveur de la bénignité de la tumeur, mais toutes ces constatations n'ont que des valeurs très relatives; le cancer du côlon pelvien peut être étendu, on peut avoir des réactions péritonéales infectieuses autour d'un cancer; le cancer peut s'accompagner d'adénite suppurée. Mais si le chirurgien ne peut pas conclure, il doit poser la question et se demander en présence d'une tumeur iliaque, quelle est sa nature. L'évolution plus que tout le fixera : la rétrocession spontanée et totale à la suite de la laparotomie ou de la dérivation du cours des matières, affirmera la nature bénigne; si au contraire, après ces interventions palliatives en un traitement approprié, la tumeur persiste ou subit seulement une rétrocession partielle, elle devra être tenue pour maligne et traitée comme telle.

VI

Pronostic. — Ces lésions sont bénignes dans leur essence; elles sont malignes par leurs manifestations. Ce caractère de malignité est fourni par leur siège. En effet, les sténoses de l'S iliaque sont graves, parce qu'elles restent en général assez longtemps latentes, se manifestant brusquement par une complication toujours grave. L'occlusion aiguë est souvent le signe initial du cancer; l'un de nous, dans sa thèse, a montré que sur 81 cancers iliaques, 31 fois ils s'étaient accompagnés d'occlusion aiguë. De fait, dans nos rétrécissements, on trouve sur 7 cas de tuberculose, 3 morts par occlusion aiguë, 3 morts par perforation, soit à distance, soit au cours de l'S iliaque. Le rétrécissement syphilitique est mort d'occlusion. Les rétrécissements inflammatoires, au nombre de 13, se sont compliqués 3 fois d'occlusion; les autres ont présenté surtout de l'inflammation de voisinage. Il ne faudrait cependant pas réunir dans un même pronostic les lésions tuberculeuses et les autres. Les néoplasies tuberculeuses sont graves parce qu'elles se comportent comme des cancers, qu'elles sont surtout sténosantes; les rétrécissements inflammatoires purs ont le même caractère lorsqu'ils sont le résultat d'un processus franchement éteint : ils sont moins graves au contraire, lorsqu'il persiste là une infection subaiguë qui crée des plastrons protecteurs, des abcès périsigmoïdiens qui le plus souvent forcent la main à l'intervention.

(1) Mummery. *Lancet*, juin 1904.

(2) Rosenheim. *Zeits. f. klin. Med.*, 1904.

VII

Traitement. — Le traitement de ces lésions n'est pas tout à fait superposable à celui du cancer, bien qu'entre eux existent des points communs.

Tout d'abord s'il y a des complications, ici comme avec le néoplasme, il ne faut pas chercher à faire plus qu'une opération palliative, on doit se souvenir que le mieux est l'ennemi du bien.

L'occlusion aiguë commande l'anus, de préférence l'anus cæcal qui met tout le côlon au repos, isole parfaitement la lésion, draine admirablement l'intestin et laisse loin, non souillé du contact des matières, le côté gauche de l'abdomen pour une opération ultérieure.

La perforation sera traitée par la laparotomie et le drainage, complétée si l'on peut par l'oblitération de la perte de substance ou par son utilisation pour la création d'un anus. D'ailleurs cette thérapeutique, bien que logique, sera peu fertile en succès.

S'il existe une suppuration locale, il n'y aura qu'à drainer et attendre que les lésions soient à froid pour faire davantage.

Si la lésion est à froid, en dehors de toute complication, et que le chirurgien se trouve en présence d'une tumeur inflammatoire, faut-il recourir à une opération radicale ou à des opérations palliatives?

L'opération radicale est à priori satisfaisante, et sans doute, la colectomie enlevant toute la lésion, rétablissant le conduit intestinal, répond à l'idéal chirurgical. Bien entendu, cette colectomie sera faite ici, comme pour le cancer, avec anus préalable, les opérations en trois temps étant de règle sur la portion gauche du côlon. Cette méthode a donné deux succès, l'un à Mayo Robson, et l'autre entre les mains de Bland Sutton pour un rétrécissement inflammatoire.

Il y a lieu de se demander si l'on ne peut obtenir dans ces cas un résultat identique à moins de frais, soit par des opérations palliatives, soit par un trai-

tement purement médical. Il est difficile d'avoir une opinion, étant donné le peu de cas dont on dispose pour juger les méthodes. Cependant la laparotomie exploratrice simple a donné, entre les mains de Segond et de Tuffier, deux succès pour des rétrécissements inflammatoires simples, il est vrai de dire qu'on a vu guérir des lésions de même nature par le repos, la glace et des purgatifs. Pour ces rétrécissements inflammatoires purs, la laparotomie simple, le traitement médical peuvent semble-t-il, dans la majorité des cas, permettre d'atteindre la rétrocession du processus inflammatoire.

Pour le tuberculome, pour le syphilome, lésions cicatricielles presque définitives, nous n'avons pas retrouvé de guérisons spontanées; d'ailleurs presque tous les cas (6 sur 7) se sont terminés par la mort avec ou sans intervention.

Le gros danger est la latence de cette lésion, son début par une complication mortelle ; le plus souvent, le rétrécissement tuberculeux relèvera d'une thérapeutique d'urgence.

Si cependant, on se trouvait en présence d'un tuberculome iliaque sans complications, on aurait le choix entre l'anus, la résection ou une exclusion intestinale (iléo-rectostomie). On ne saurait poser de règle fixe : les conditions sociales du malade, les habitudes chirurgicales du chirurgien, l'état général du sujet feraient décider entre ces diverses conduites. Nous inclinerons volontiers vers l'anus temporaire qui serait utilisable si c'était nécessaire pour pratiquer la colectomie en plusieurs temps, que l'on n'aurait qu'à refermer, si cette colectomie était devenue inutile par la rétrocession de la tumeur sous l'influence de sa mise au repos.

En résumé, les rétrécissements inflammatoires purs relèveront surtout de l'incision dans les cas de collection et du traitement médical. En cas de persistance des accidents, l'iléo-rectostomie ou une résection faite en dehors de toute poussée inflammatoire répondraient à toutes les indications.

Pour le tuberculome en dehors des complications ou pour toute autre lésion franchement cicatricielle, c'est à l'ablation par la méthode en trois temps qu'il conviendra de s'adresser.

BIBLIOGRAPHIE

ALGLAVE. *Etude sur le traitement chirurgical de la tuberculose iléo-cæcale*, Th. de Paris, 1903-1904. — ARLOING. *Ulcérations tuberculeuses de l'estomac*, Th. de Lyon, 1902. — ARNAUD. *Des sténoses inflammatoires du reetum*, Th. de Lyon, 1905-1906.

BELGRAND. Th. de Paris, 1904. — BÉRARD et PATEL. *Les formes chirurgicales de la tuberculose intestinale* (Collection des Aide-Mémoire Léauté), Masson, 1905; — De la péritonite généralisée par perforation au cours de l'entérite tuberculeuse, *Revue de chir.*, juin 1906, p. 899; — Tuberculose du gros intestin. Indications et résultats de l'intervention chirurgicale, Association française pour l'avancement des sciences, Congrès de Lyon, 2-7 août 1906. — BEZANÇON et LAPOINTE. Tuberculose intestinale hypertrophique, *Presse méd.*, mai 1898. — BILLROTH. *Wiener med. Presse*, 1891. — Bland SUTTON. *Lancet*, 1903, p. 1149. — BREXVER. Soc. de chir., New-York, avril 1906.

CARLSON. De quelques formes de péritonite de la partie latérale gauche de l'abdomen, *Semaine méd.*, 1904. — CAVAILLON. *Thérapeutique chirurgicale du cancer du gros intestin*, Th. de Lyon, 1906; — *Lyon méd.*, 2 déc. 1906. — CAVAILLON et LECLERC. *Revue de gynécol*, 1907. — COSTE. Th. de Lyon, 1906. — CROUZET. *Tuberculose iléo-cæcale*, Th. de Lyon, 1905.

DUCÔS. Soc. anat. de Bordeaux, janv. 1906.

FABRÈS. *Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, 1902. — FOLLET. *Echo méd. du Nord*, 1897, — Gérard MARCHANT. Soc. de chir., Paris 1898. — Gérard MARCHANT et DEMOULIN. *Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, 1899.

HARTMANN. Soc. de chir., 1906.

KOCH. *Arch. f. klin. Chir.*, 1903. — KÖNIG. *Arch. f. Heilk.*

LECLERC. *Etude du segment d'intestin sus-jacent à une sténose*, Th. de Lyon, 1906. — LEJARS. Soc. de chir., oct. 1897; — *Semaine méd.*, janv. 1904; — Soc. de chir., Paris 1906. — LETULLE. *Presse méd.*, 1899.

MATHEWS. *Disease of the rectum and sigmoïd flexure*, p. 453. — Mayo ROBSON. *Lancet*, sept. 1903. — MUMMERY. *Lancet*, juin 1904.

PATEL. *Les tuberculoses chirurgicales de l'intestin grêle*, Th. de Lyon, 1901-1902; — Du segment d'intestin sus-jacent à une sténose, *Revue de chir.*, 1902. — PENNATO. *Riforma med.*, juin 1903. — PILLIET et HARTMANN. Soc. anat., Paris 1891. — PONCET et LERICHE. Acad. de méd., 30 mai 1905. — POTHERAT. Soc. de chir., mars 1906.

QUÉNU et DUVAL. Les ulcères simples du gros intestin, *Revue de chir.*, 1902. — QUÉNU et JUDET, *Revue de chir.*, 1902.

ROTTER. *Arch. f. klin. Chir.*, 1900, p. 866.

SAILLANT. *Sigmoïdites et périsigmoïdites*, Th. de Paris, 1906. — SCHWARTZ. Soc. de chir., 1898. — SEGOND. Soc. de chir., mars 1906. — SOURDILLE. *Arch. gén. de méd.*, 1895.

TRIPIER. *Traité d'anatomie pathologique*, Lésions scléreuses diffuses d'origine tuberculeuse, p. 597. — TUFFIER. Soc. de chir., Paris, mars 1906.

WHIPHAM. *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1867.

MÉDECINE PRATIQUE

LE RÉGIME ALIMENTAIRE DANS LA ROUGEOLE

Se basant sur la physiologie pathologique de la rougeole, M. Ramus (1) propose d'établir le régime alimentaire de cette maladie de la façon suivante :

Dans les quatre premiers jours de la maladie, à dater du jour de l'éruption, il est inutile de donner aux enfants des aliments albuminoïdes, en effet, ils n'éliminent pas plus d'urée avec le lait qu'avec l'eau d'orge. On leur fera donc ingérer de l'eau sous forme de limodades cuites. Afin d'éviter une perte de poids trop grande, on ajoutera à ce régime une certaine quantité de NaCl, qui sera un peu supérieure à celle qu'ils auraient prise avec du lait : soit 5 grammes de sel pour les enfants de cinq à dix ans.

Dans la seconde période de quatre jours, après la chute de la température le régime albumineux pourra être repris, car on note une diminution sensible de l'urée chez les enfants qui n'ingèrent pas d'albumine. Donc, suivant l'appétit de l'enfant et l'état de ses voies digestives, on pourra, sans avoir recours à un régime de transition tel que le régime lacté exclusif, ordonner sans danger une alimentation en rapport avec son âge : potage, œufs, jus de viande, riz, beurre, etc., en surveillant toujours l'état des selles et en réduisant l'alimentation si la diarrhée apparaissait. On évitera de la sorte beaucoup de complications, qui sont le résultat de l'affaiblissement prolongé au cours de la rougeole.

(1) RAMUS. *Régime alimentaire dans la rougeole*, Th. de Paris. 1906, et *Revue des maladies de l'enfance*, janv. 1907.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1907)

Les huîtres et la fièvre typhoïde. — M. NETTER a fait un rapport très écouté sur un certain nombre de cas de fièvre typhoïde causés par des huîtres provenant de Cette. Ces observations sont d'une précision et d'une rigueur absolues; elles ne peuvent laisser aucun doute sur l'origine de la fièvre typhoïde; elles constituent, pour ainsi dire, une véritable expérience de laboratoire.

Ces huîtres étaient, en apparence, excellentes; elles n'étaient nullement altérées. Mais on y trouvait le bacille d'Eberth. Elles avaient été pêchées dans un endroit voisin d'embouchures d'égouts provenant de la ville de Cette qui compte 35 000 habitants. M. Netter signale plus de 120 cas d'empoisonnement et de troubles intestinaux survenus dans 13 localités différentes et dans plus de 36 familles à la suite d'ingestion d'huîtres fraîches, mais toutes provenant de Cette. On a constaté 33 cas de fièvre typhoïde dans des villes de province à Dijon, Chalon-sur-Saône, Autun, Toulouse, etc. A Paris, la progression est croissante depuis le mois de septembre. En septembre, M. Netter compte 8 cas de maladies provenant de l'ingestion d'huîtres, dont un de fièvre typhoïde; en novembre, 25 cas, dont 4 de fièvre typhoïde suivis de 3 décès; en décembre, 64 cas, dont 20 de fièvre typhoïde suivis de 5 décès.

M. CHANTEMESSE rappelle avoir, il y a onze ans déjà, appelé l'attention de l'Académie sur le danger des huîtres de Cette au point de vue de la fièvre typhoïde. Il n'est parvenu qu'à soulever un tolle général d'indignation parmi les intéressés, et on l'a accusé de vouloir ruiner une industrie importante. Un rapport a été fait au ministre de la marine qui a nommé une commission, laquelle commission a declaré qu'on avait exagéré le danger. Mais, au contraire, s'écrie M. Chantemesse, nous voulons sauver cette industrie et elle l'a si bien compris qu'une commission composée de commerçants et de restaurateurs et même de médecins, puisque M. Chantemesse en fait partie, s'est chargée d'étudier la question et de s'appliquer, à ne livrer à la consommation que des huîtres non dangereuses.

La vérité est donc en marche; on a enfin reconnu le danger d'absorber des huîtres provenant d'eaux contaminées.

M. CHATIN fait observer que rien n'est plus simple que de mettre les huîtres à l'abri de contaminations pathogènes. Il suffirait de transporter en pleine mer les huîtres suspectes.

Grâce à la purification qui est très rapide, après huit jours de séjour en pleine mer, elles ne contiennent plus aucun bacille.

C'est là une mesure qui n'a rien d'onéreux ni de vexatoire et dont l'industrie des huîtres serait la première à bénéficier.

M. VAILLARD reconnaît que les observations de M. Netter sont très intéressantes, mais elles ne portent que sur la ville de Cette, tandis que les mêmes faits s'observent dans bien d'autres localités maritimes. Voici, par exemple, un fait qui a été observé à Lorient, par un médecin de l'armée.

Il y a, à Lorient, un cours d'eau qui traverse la ville et dans lequel on trouve des huîtres. Ces huîtres ont si souvent donné la fièvre typhoïde à ceux qui les mangent, qu'on a défendu de les draguer dans ce cours d'eau. Or, deux gendarmes, un beau jour, surprirent des gens en train de draguer des huîtres dans ce cours d'eau pour les mettre en vente. Ils furent arrêtés et la marchandise fut saisie. Mais les gendarmes, au lieu de déposer cette marchandise en lieu sûr, se la partagèrent, en offrirent à des camarades et toutes les huîtres furent ainsi consommées.

Presque tous ces gendarmes eurent la fièvre typhoïde et deux en moururent. Aucun des autres gendarmes habitant la même caserne ne fut atteint. L'histoire est à la fois amusante et instructive.

M. NETTER répond qu'il n'a pris que la ville de Cette, dans ses observations, pour mieux limiter l'expérience. Mais il sait très bien que les mêmes faits ont été observés à Lorient, à Granville et ailleurs.

Sur la proposition de M. Netter, le bureau nomme une commission chargée d'étudier cette question. Cette commission est ainsi composée : MM. Chantemesse, Netter, Périer, Chatin et Vaillard.

Myosite tuberculeuse. — M. KIRMISSON rapporte l'observation d'un jeune enfant qui portait un certain nombre de nodosités dans ses muscles. Il enleva ces nodosités et on reconnut à l'examen qu'il s'agissait de tuberculose musculaire consécutive à une arthrite tuberculeuse du pied.

La lutte contre le grisou et l'oxyde de carbone. — M. GRÉHANT conseille de faire jour et nuit des analyses de l'air contenu dans les galeries des mines dehouille à l'aide d'un endiomètre très simple de son invention, qu'il convertit en grisoumètre.

M. Gréhant fait en outre un résumé des expériences comparatives qui démontrent que le gaz de l'eau est beaucoup plus toxique que le gaz d'éclairage : 1° Un chien qui respire un mélange de 6 litres de gaz de l'eau renfermant 40 p. 100 d'oxyde de carbone et de 294 litres d'air, meurt en trente-trois minutes et 100 centimètres cubes du sang ont absorbé 22 centimètres cubes d'oxyde de carbone; presque toute l'hémoglobine est combinée avec le gaz toxique; 2° 6 litres de gaz d'éclairage mélangés avec 294 litres d'air, ont empoisonné partiellement un chien; au bout d'une heure, on a trouvé 10^{cc}9 d'oxyde de carbone dans 100 centimètres cubes de sang, mais l'animal détaché se mit aussitôt en mouvement.

Enfin, 3° un litre de gaz d'éclairage ayant été mélangé avec 299 litres d'air, M. Gréhant a extrait de 100 centimètres cubes de sang 2^{cc}8 d'oxyde de carbone, au bout d'une heure. Il faut donc éviter les fuites de ce gaz, mais il est 7 fois moins toxique que le gaz de l'eau.

Congrès pénitentiaire. — M. MONOD communique un rapport sur les questions qui seront soumises au Congrès pénitentiaire qui se tiendra prochainement à Washington. A son avis, un grand nombre de criminels sont inconcients et il faudrait trouver pour eux un moyen terme de répression compris entre l'hôpital et la prison. Il demande enfin la supression des boissons alcooliques, qui font tant de ravages.

Tuberculose. — M. VIGUIER DE MAILLANE (de Nimes), dont nous avons relaté la méthode de sérothérapie antituberculeuse (1), à propos du rapport très encourageant que lui a consacré M. Hérard, nous prie d'insister sur le point suivant.

Son sérum est tiré du *sang de poules saines sans adjonction d'aucun* médicament ou de n'importe quelle culture pathogène, par conséquent il ne se sert en *aucune* façon de cultures de bacilles de Koch ou de *tuberculine quelconque*.

(1) V. *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 10, p 114.

Ce point était, en effet, important à préciser, car ce qui caractérise le sérum de M. Viguier de Maillane c'est, ainsi que l'a fait remarquer M. Hérard, sa parfaite innocuité. On ne saurait en dire autant des sérums dans lesquels entre la tuberculine.

VARIÉTÉS

LA LUTTE ANTIALCOOLIQUE

Le président du Conseil a reçu la visite des membres du groupe antialcoolique du Sénat présidé par M. Charles Dupuy et du groupe antialcoolique de la Chambre présidé par M. Ribot. Ils lui ont remis le document ci-après qui marquera une date dans l'histoire de la lutte contre l'alcoolisme :

Paris, 4 février 1907.

Monsieur le président du Conseil,

Les groupes qui se sont récemment formés dans les deux Chambres en vue de rechercher les mesures propres à combattre l'alcoolisme, viennent solliciter votre concours pour faire aboutir les propositions de loi dont le Sénat et la Chambre sont actuellement saisis, sur la limitation du nombre des cabarets et leur réglementation et sur l'interdiction de l'absinthe.

Qu'il leur soit permis d'appeler en outre votre attention sur les armes qui leur paraissent pouvoir être tirées dès à présent, dans le même but, d'une meilleure application des lois existantes.

Celle du 23 janvier 1873, en punissant l'ivresse d'abord de simple police, puis de peines graduelles mais aggravées, donnerait vraisemblablement un moyen, si elle était observée avec fermeté, de prévenir en quelque mesure l'habitude invétérée de l'intempérance, source habituelle des désordres physiques et moraux engendrés par l'alcoolisme et l'un des facteurs principaux de la criminalité.

La logique progressive de la répression qu'elle institue, suit en effet le délit à mesure qu'il se renouvelle et semble propre, en multipliant ses avertissements, à opposer un frein salutaire à la récidive :

Amende de 1 à 5 francs pour la première infraction (art. 1er).

Emprisonnement jusqu'à trois jours pour une deuxième infraction dans l'année.

Emprisonnement de six jours à un mois et amende de 16 à 300 francs pour la troisième.

Maximum de la peine avec faculté de l'élever au double pour une infraction nouvelle dans les douze mois (art. 2).

Interdiction facultative enfin, pour ce dernier cas, des droits de vote, d'éligibilité, de port d'armes et de la faculté de remplir des fonctions publiques (art. 3).

Or, si la loi a été appliquée à son début avec quelque fermeté, de nombreuses plaintes s'élèvent aujourd'hui sur l'insuffisance de son exécution et la statistique leur donne raison.

En 1875, en effet, le nombre des infractions poursuivies en simple police était de 81 486. Il n'est plus en 1903 que de 45 164.

Celui des poursuites correctionnelles est tombé de son côté aux mêmes dates de 5 546 à 2 415.

C'est un fléchissement dans le second cas de plus de 50 p. 100.

De plus, la loi ne se contentait pas de sévir contre l'ivrogne. Elle édictait des peines également graduées contre le cabaretier. Il lui était interdit (art. 5 et 6) :

De donner à boire à des gens manifestement ivres et même de les recevoir dans son établissement ;

De servir des liqueurs alcooliques à des mineurs de seize ans ;

De faire boire ces mêmes mineurs jusqu'à l'ivresse.

La fermeture de l'établissement pouvait, après deux condamnations, être ordonnée pendant un mois. Le tribunal pouvait même interdire la faculté de livrer des boissons à consommer sur place.

Ces dispositions, la dernière particulièrement, semblent être tombées en oubli.

Une autre loi, celle du 17 juillet 1880 sur les cafés, cabarets et débits de boissons, dont le libéralisme peut-être imprudent est vraisemblablement la cause principale des développements si alarmants de l'alcoolisme, contenait du moins une disposition salutaire.

Les maires étaient investis, les conseils municipaux entendus, du droit de prendre des arrêtés pour interdire la création de nombreux débits dans un périmètre à fixer autour des églises, cimetières, hospices, écoles et autres établissements d'instruction publique (art. 9).

A peine pourrait-on citer trois ou quatre villes où cette prescription ait été observée. Il ne paraît pas qu'elle le soit à Paris. Nous avons l'honneur de vous demander si vous ne jugeriez pas utile d'inviter les parquets et les municipalités à se conformer plus exactement aux prescriptions de ces lois.

Veuillez agréer, monsieur le président, etc.

Ont signé : Charles Dupuy, Ribot, Bérenger.

LIVRES NOUVEAUX

La leucémie myéloïde (1), par les docteurs Ménétrier et Aubertin. (*Encyclopédie scientifique des aide-mémoire.*)

Le livre de MM. Ménétrier et Aubertin présente ceci d'excellent que les auteurs ont eux-mêmes contribué à enrichir la question dont ils font une étude d'ensemble : celle-ci est aussi bien le fruit d'une large expérience personnelle que des nombreux travaux publiés de tous côtés pendant ces dernières années. Les auteurs abandonnent le terme de leucémie myélogène jusqu'alors usité en France et lui substituent celui de leucémie myéloïde, créé par Ehrlich, et plus justifié puisque la rate joue un rôle au moins aussi important que la moelle osseuse, dans cette forme de leucémie.

Après une étude précise et détaillée de la symptomatologie, des formes cliniques, de l'anatomie pathologique du sang et des organes hématopoiétiques, les auteurs exposent au chapitre « nosologie » leur conception de la leucémie myéloïde : ils la considèrent comme une myélomatose typique diffuse se reliant, d'une part aux autres myélomatoses typiques : subleucémique (splénomégalie avec myélémie), aleucémique (splénomégalie myéloïde sans myélémie), érythrémique, (splénomégalie avec polyglobulie), d'autre part aux myélomatoses métatypiques et atypiques (chlorome, érythrocytome, sarcome médullaire intra-osseux).

Au chapitre « diagnostic » se trouve une revue fort complète des diverses splénomégalies avec ou sans modifications sanguines, dont la connaissance exacte est si importante pour le clinicien.

Le chapitre « traitement » est consacré uniquement à l'étude des résultats fournis par la radiothérapie dans la leucémie ; cette méthode nouvelle, mais appliquée déjà un certain nombre de fois, possède à son actif des succès remarquables pour qui connaît la marche inexorable de la leucémie et l'inefficacité des traitement usités jusqu'à présent.

La nécessité du livre de MM. Ménétrier et Aubertin s'imposait entre les travaux si nombreux et si disséminés publiés depuis quelque temps, et les articles didactiques des traités, forcément trop courts et déjà vieillis. Le médecin peut y trouver tous les renseignements qui lui permettent d'être au courant de l'état actuel de la question.

A. Lemierre.

(1) Petit in-8° de 206 p. Prix : broché, 2 fr. 50 ; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

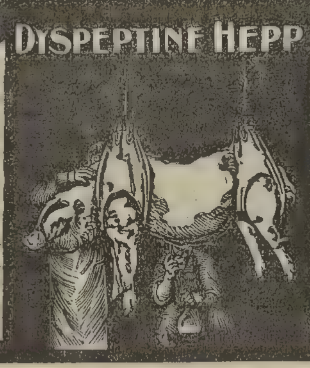
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de thérapeutique orthopédique. Les tuberculoses osseuses, principes, technique des appareils, par le docteur DUCROQUET, licencié ès sciences chargé du service orthopédique de la policlinique H. de Rothschild. In-8 raisin de 384 p. avec 347 fig. — Prix : 15 francs. — Paris, J. Rousset.

Manuel du candidat aux grades et emplois de médecin et pharmacien de réserve et de l'armée territoriale, par le docteur P. BOULOUMIÉ, 2[e] édition refondue et mise à jour par le docteur H. VIRY, avec préface du médecin-inspecteur CHAUVEL. In-18 de 512 p., avec 3 fig. dans le texte. — Prix : broché : 5 francs. — Paris, F.-R. de Rudeval.

Les maladies populaires. Maladies vénériennes, alcoolisme, tuberculose, étude médico-sociale, par le docteur Louis RÉNON, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Pitié, membre de la Société de biologie, 2[e] édition, revue et augmentée. In-8 de VII-512 p. — Prix : 5 francs. — Paris, Masson et C[ie].



N° 17. — SAMEDI 9 FÉVRIER 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 9 FÉVRIER 1907. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Pathologie.* — Séance du 6 février 1907 : MM. Mallein, 12; Bourdier, Couton et Martingay, 11; Blechmann, Coryllos, Monnet et Philbert, 10; François (Paul) et Lorin, 8.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. Lande, ancien chargé des fonctions d'agrégé, est nommé professeur de médecine légale.

FACULTÉS DES SCIENCES. — PARIS. — M. Caullery, maître de conférences de zoologie, est nommé professeur-adjoint.

M. Pruvot, chargé de cours d'anatomie comparée, est nommé professeur-adjoint.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — MM. Robert Oppenheim, François Dainville et Henri Français viennent d'être nommés, après concours, médecins suppléants de la maison départementale de la Seine.

MARINE. — MM. les docteurs Marcandier et Le Bunetel sant nommés médecins de troisième classe.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE. (Ve session, Alger, 1er-16 avril 1907.) — VOYAGES EN ALGÉRIE ET TUNISIE ORGANISÉS A L'OCCASION DU CONGRÈS. — 1° Départ en groupe de Marseille le 18 mars : Bizerte, Tunis, Kairouan, Sousse, Tunis, Constantine, Biskra, Hammam-Salaï, Sidi-Okba, Batna, Lambessa, Timgad, Sétif, Alger, arrivée le 31 mars à sept heures du soir.

Retour individuel et facultatif d'Alger à Marseille.

Prix à forfait : 1re classe, 530 francs.

2° Passage de Marseille à Alger à volonté. Départ en groupe d'Alger, le 6 avril, Bougie, Le Chabet, Sétif, Biskra, Hammam-Salaï, Sidi-Okba, Batna, Lambessa, Timgad, Constantine, Hammam-Meskoutine, Tunis, Kairouan, Sousse, Tunis, Marseille, arrivée le 21 avril.

Prix à forfait : 1re classe, 600 francs.

Ces prix comprennent les transports : bateaux (aller et retour) et chemins de fer en 1re classe, hôtels, voitures, entrées et pourboires.

Le séjour à Alger est à la charge des congressistes, qui devront s'entendre avec le secrétariat du Congrès, à Alger, pour leur inscription et le logement.

Pour renseignements et programmes, s'adresser à M. Heuzé, directeur des voyages, 16, avenue Cartault, à Puteaux (Seine).

Adresser son adhésion au docteur Guinon, président de la section de pédiatrie, 22, rue de Madrid.

LEGS OSIRIS. — M. Daniel Osiris vient de laisser par testament la moitié de sa fortune, soit 25 millions, à l'Institut Pasteur.

LA TRANSFORMATION DES « ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE ». — Les *Archives générales de médecine* reprennent la forme mensuelle, et se transforment en un *Centralblatt* français.

Les deux premiers numéros que nous venons de recevoir sont dignes de la réputation de notre excellent confrère auquel nous adressons nos meilleures félicitations.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Astier (de Taverny) et Valois (de Cosne); Lansac, médecin-major de deuxième classe au 49e d'infanterie à Bayonne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'arthritisme et son traitement par les courants de haute fréquence et de haute tension, par le docteur E. Bonnefoy. In-16 de 240 p. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'obésité et son traitement, par le docteur P. Le Noir, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. In-16 de 96 p., cart. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 6, 23 janv. 1907.) Louis JULLIEN : Sur un cas de syphilis accompagnée de vertige. — (N° 7, 26 janv.) HIRTZ et COMBIER : De l'ostéo-périostose hypertrophiante blennorragique de la diaphyse fémorale. — DESNOS : Pronostic de la tuberculose rénale. — (N° 8, 30 janv.) Raoul BRUNON : Résultats du traitement hygiénique à l'hôpital de 100 cas de tuberculose infantile au cours d'une période de cinq ans. — KÜSS et LOBSTEIN : Pathogénie de l'anthracose pulmonaire et passage des poussières insolubles à travers l'intestin. — (N° 9, 2 fév.) A. ROBIN : Le traitement médical de l'appendicite.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 4, 26 janv. 1907.) GRÜNWALD : Sur la question de la recherche du sang dans les fèces.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 4, 27 janv. 1907.) ULENLUTH, GROSS et BICKEL : Recherches sur l'action de l'atoxyl sur les trypanosomes et les spirochètes. — HOPPE-SEYLER : Traitement de l'endocardite. — KATZENSTEIN : Sur le changement du chimisme gastrique après la gastro-entérostomie et sur l'influence de cette opération sur l'ulcère et le cancer de l'estomac. — STRAUSS : Technique de la thérapeutique intraveineuse. — REICHHARDT : Sur la dilatation volontaire de la pupille.

Écho médical du Nord. — (N° 2, 13 janv. 1907.) J. COLLE et ARQUEMBOURG : A propos de deux cas de masque ecchymotique de la face sans compression du tronc. — (N° 3, 20 janv.) DELÉARDE : Le régime achloruré dans le traitement de la scarlatine et des néphrites aiguës. — (N° 4, 27 janv.) VERDUN : Les conceptions modernes sur la prophylaxie du paludisme. — OUI : Influence du saturnisme paternel sur la grossesse et le produit de conception.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 4, 27 janv. 1907.) RÉGIS : La loi sur le régime des aliénés. — Mlle CAMPANA : Dysenterie. Evolution lente. Injection de sérum antidysentérique du professeur Auché. Guérison rapide. — CAVALIÉ : La carie dentaire (*suite*).

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (25 janv. 1907.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : A propos de la greffe ovarienne. Un cas de greffe ovarienne hétéro-plastique. Grossesse et accouchement d'un enfant vivant. Grossesse après ablation des deux ovaires. — J. CUCHE : Albuminurie gravidique et syphilis maritale.

Journal des praticiens. — (N° 3, 19 janv. 1907.) DEBOVE : Syndrome de Brown-Séquard. — HUCHARD : Traitement de la présclérose. — (N° 4, 26 janv.) BROCA : Paralysie consécutive à une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. — A. ROBIN : Le rhumatisme blennorragique. — (N° 5, 2 fév.) LUC : Le traitement de la phtisie laryngée (*à suivre*).

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 3, 19 janv. 1907.) DESPLATS : Hémorragie méningée d'origine traumatique. — DERVAUX : Volumineux hydramnios. Inefficacité des contractions utérines. Perforation étroite des membranes ovulaires. Expulsion en un temps du fœtus contenu dans son œuf et du placenta d'un terme de presque huit mois. — (N° 4, 26 janv.) D. AUGIER : Etude sur les tératomes du cou. — A. BONNET-LABORDERIE : Evolution simultanée de la variole et de la vaccine chez un nouveau-né.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 4, 24 janv. 1907.) DUSTIN : A propos d'un cas de délire hallucinatoire suraigu. — LADENZE : Climat maritime et tuberculose.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 1, 25 janv. 1907.) COULONJON : L'assistance des déments séniles.

Lyon médical. — (N° 3, 20 janv. 1907.) CADE : De certaines manifestations pleuro-pulmonaires des anévrismes de l'aorte. — WEILL et DAUVERGNE : Les rechutes de la rougeole.

Medizinische Blatter. — (N° 4, 26 janv. 1907.) SADGER : L'hydriatique de l'érysipèle. — WECHSLER : Soins aux nourrissons et hygiène du lait.

Montpellier médical. — (N° 50, 16 déc. 1906.) FORGUE et JEANBRAU : Angiome de l'urètre chez un enfant. Urétrorragies abondantes. Diagnostic à l'urétroscope. Traitement par l'électrol.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 4, 22 janv. 1907.) RUMPF : Influence de points douloureux à la pression sur l'activité cardiaque et sur la pression sanguine. — GAUSS : Rapport sur les mille premiers accouchements avec anesthésie par la scopolamine morphine. — PRELLER : Emploi de la scopolamine morphine en obstétrique. — PENKERT : Sur la technique de l'anesthésie lombaire pendant le demi-sommeil provoqué par la scopolamine morphine pour la chirurgie abdominale et les laparotomies gynécologiques. — HIRSCHEL : Contribution au traitement des gastrorragies profuses dangereuses pour la vie. — VOGEL : Sur les opérations aux mains et sur leur préparation. — MORHR : Etranglement herniaire d'appendices épiploïques. — THEILHABER : L'alcool en obstétrique et en gynécologie. — ADLER : Sur les éructations nerveuses. — FISCHER : Contribution à l'étiologie de l'invagination intestinale. — DEKNER : Extraction de corps étrangers de l'abdomen. — GROSSE : Corps étrangers introduits dans l'urètre. — SCHWAB : Thrombose veineuse et coagulabilité du sang. — (N° 5, 29 janv.) FRÄNKEL : Sur les spirilles de la « tick fever ». — MOSSE : Les globules blancs ont-ils une action hétérolytique? — HUBER : Sur l'hérédité dans l'ulcère de l'estomac. — FLESCH : Sur la pathogénie de l'appendicite. — GÄUZEL : Sur un cas de tétanos grave guéri. — HOCHHEIM : Un cas d'apoplexie traumatique tardive. — RUPFLE : Un cas d'artérite oblitérante ascendante après un traumatisme. — GROEDEL : Doigts en baguette de tambour unilatéraux. — BLASCHKO : Sur la fréquence de la blennorragie en Allemagne. — VÖRNER : Statistique de la blennorragie chez l'homme. Ses conséquences pour les femmes mariées. — TÜRK : Sur l'index colorimétrique des globules rouges. — MÜHLEUS et HARTMANN : Que savons-nous sur l'agent de la vaccine?

Presse médicale. — (N° 7, 23 janv. 1907.) PINARD : La morale professionnelle du médecin. — (N° 8, 26 janv.) VAQUEZ et ESMEIN : Maladie de Stokes-Adams par lésion scléro-gommeuse du faisceau de His (Herzblock). — Albert FOURNIER : De l'emploi des ferments en vue de la désinfection intestinale. — (N° 9, 29 janv.) Jean CAMUS et Ph. PAGNIEZ : Acides gras et bacilles tuberculeux. — DESFOSSES : La désinfection des soldats japonais retour de Mandchourie. — (N° 10, 2 fév.) G.-H. LEMOINE : Auscultation du sommet du poumon chez les jeunes soldats. Anomalies respiratoires. — V. BUÉ : Hygiène sociale de l'assistance maternelle.

Revue neurologique. — (N° 1, 15 janv. 1907.) SÉGLAS : Crises de petit mal épileptique avec aura paramnésique; illusion de fausse reconnaissance. — Ernest JONES : La vraie aphasie tactile.

REVUE GÉNÉRALE

L'OSTÉOMYÉLITE DE LA HANCHE

EN PARTICULIER CHEZ L'ENFANT

Par le docteur Henri CAUBET,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

On réunit sous le nom d'*ostéomyélites de la hanche* les ostéomyélites de l'extrémité supérieure du fémur et de la cavité cotyloïde. Ce terme se trouve justifié par ce que l'anatomie nous apprend sur la disposition normale des cartilages de croissance des os qui entrent dans la constitution de l'articulation coxo-fémorale; il résulte, comme nous le verrons, de ces conditions anatomiques spéciales que l'envahissement de l'articulation est un phénomène tellement fréquent qu'il passe au premier plan dans les manifestations cliniques de l'affection, et tellement précoce que l'arthrite se confond, pour ainsi dire, dès le début avec l'ostéomyélite qui en est la cause originelle : c'est pourquoi il est logique de décrire sous la dénomination commune d'*ostéomyélites de la hanche* les diverses localisations de l'infection osseuse qui se traduisent par un symptôme commun aussi important.

En outre, l'articulation de la hanche est la plus vaste et la plus profonde de toutes les jointures, celle dont l'exploration est la plus difficile, celle aussi dont l'infection est la plus grave; il en résulte que les lésions d'une telle articulation seront particulièrement délicates à diagnostiquer d'une façon précoce et seront, d'autre part, remarquables par la gravité de leur pronostic.

Ces considérations montrent suffisamment l'intérêt que présente cette localisation de l'infection osseuse, qui pour être rare, n'en a pas moins une physionomie très particulière; elle se traduit, en effet, par des manifestations cliniques assez spéciales et assez délicates pour justifier une étude d'ensemble des *ostéomyélites de la hanche.*

I

Anatomie pathologique. — L'ostéomyélite de la hanche a deux origines distinctes : d'une part, le fond de la cavité cotyloïde, d'autre part, l'extrémité supérieure du fémur. Nous savons d'une façon précise que le point de départ des lésions de l'ostéomyélite, est dans cette région de l'os qui est au contact du cartilage de conjugaison que Lannelongue a appelée *bulbe*. Pour se rendre un compte exact de ces lésions, il faut donc tout d'abord étudier la disposition anatomique normale des cartilages du côté du bassin et du côté du fémur.

1° *Du côté du bassin*, l'os iliaque se développe aux dépens de trois points primitifs destinés à l'ossification de l'iléon, de l'ischion et du pubis; ces points osseux sont séparés les uns des autres par des bandes de cartilage qui traversent justement la cavité cotyloïde : à ce niveau, ces bandes de cartilage forment trois branches qui rappellent dans leur ensemble la forme d'un Y, la bifurcation de l'Y correspondant à l'arrière-fond; la cavité cotyloïde est enfin formée par un quatrième point primitif, l'os acétabulaire, situé dans la branche ilio-pubienne du cartilage en Y. Ces points osseux primitifs se soudent vers l'âge de quatorze à quinze ans; jusqu'à cette époque, les cartilages conjugaux qui les séparent sont les régions sujettes au développement de l'ostéomyélite;

2° *Du côté du fémur*, le col tout entier dépend du point primitif diaphysaire; la tête se développe aux dépens d'un point épiphysaire qui n'apparaît qu'au début de la deuxième année, et se soude à la diaphyse entre dix-huit et vingt-deux ans.

Dès 1870, Sésary a insisté avec raison sur les rapports des cartilages conjugaux avec la synoviale articulaire de la hanche; la capsule s'insère sur l'os iliaque à la face externe et à la base du rebord de la cavité cotyloïde, sur le fémur loin sur le col, laissant ce col presque en entier à l'intérieur de l'articulation. Il en résulte que des deux côtés, les cartilages de conjugaison sont à l'intérieur de l'articulation; ils ont des rapports intimes avec la synoviale, de sorte que, quel que soit l'os atteint, l'articulation est rapidement envahie. Ainsi, l'arthrite est le « trait d'union » entre les ostéomyélites acétabulaires et les ostéomyélites fémorales supérieures; c'est elle qui imprime à la lésion, quel que soit son point de départ, un aspect clinique très particulier et lui donne une gravité toute spéciale.

En dehors de ces cartilages intra-articulaires, il existe au fémur d'autres cartilages épiphysaires qui sont en dehors de l'articulation : ce sont ceux qui siègent au niveau du grand et du petit trochanter ; celui du grand trochanter a une réelle importance; il peut devenir le point de départ d'une ostéomyélite qui, primitivement extra-articulaire, peut se propager au col et, de là, envahir l'articulation. De même, du cartilage marginal iliaque du bassin, la propagation peut se faire aux branches iliaques du cartilage en Y. Mais ces envahissements secondaires de la jointure sont rares, et il n'y a pas lieu d'insister davantage sur ces exceptions.

Les *lésions* du tissu osseux ne diffèrent en rien de celles qui ont été décrites au niveau des autres localisations de l'ostéomyélite. Ce sont, au début, des phénomènes de congestion intense de la moelle osseuse. Les choses peuvent en rester là, et la guérison survenir spontanément; mais, le plus souvent, à ce stade de congestion fait suite un stade de suppuration. Ce sont les conséquences de cette suppuration, principalement du côté de l'articulation, qui sont intéressantes à étudier.

Le premier dommage causé par la suppuration est la destruction plus ou moins complète du cartilage de conjugaison; il résulte de la situation intra-articulaire de ce cartilage que rapidement la jointure est envahie par le pus; cette *arthrite purulente*, presque fatale et très précoce surtout chez les jeunes enfants, est dès lors la lésion capitale sur laquelle il faut insister.

Tout d'abord, l'arthrite suppurée est-elle obligatoire? D'après A. Broca, il faut distinguer suivant le point de départ des lésions.

Quand l'ostéomyélite atteint la cavité cotyloïde, l'arthrite est pour ainsi dire fatale. Il peut arriver, cependant, que l'inflammation se limite à la face pelvienne de l'os qui répond au fond du cotyle et laisse indemne la surface articulaire, mais ces cas sont très exceptionnels.

Pour les ostéomyélites fémorales supérieures, l'arthrite purulente est la règle, mais on rencontre des exceptions plus fréquentes. En effet, il peut arriver que l'infection, partie du bulbe de l'os, tend à se porter plus ou moins loin vers la diaphyse, de sorte que le pus se fait jour au-dessous du col, en dehors de l'articulation par conséquent. En second lieu, le point de départ de l'ostéomyélite peut être dans certains cas, comme le veut Ollier, exclusivement sous-périostique, sans lésion osseuse centrale. Enfin, il faut signaler les ostéomyélites nées au niveau du grand trochanter et y restant localisées, qui, le plus souvent, laissent l'articulation indemne.

Sur 54 observations rapportées par Guyot (de Bordeaux) dans son mémoire (1904), l'arthrite a été relevée 47 fois.

D'après Aldibert, c'est surtout chez les nourrissons que les ostéomyélites se compliquent d'arthrites; cela tiendrait pour cet auteur à ce que, à cet âge, la lésion atteint souvent le point osseux épiphysaire et non le bulbe diaphysaire. Cette explication n'est pas admise par A. Broca en ce qui concerne la hanche où la fréquence de l'arthrite est suffisamment expliquée par la situation intra-synoviale du cartilage de conjugaison.

Les caractères de la suppuration ne présentent à la hanche aucune particularité; l'aspect du pus est variable : il est généralement jaunâtre ou verdâtre, mais souvent sa couleur est altérée par du sang auquel il se trouve mélangé; il est plus ou moins abondant, dense, crémeux, parfois huileux (Chassaignac). Le pus des ostéomyélites à streptocoques est, au contraire, plus liquide, très abondant et peu coloré.

L'examen bactériologique permet de reconnaître dans ce pus le microbe causal de l'infection osseuse: staphylocoques dorés le plus souvent, streptocoques, pneumocoques, enfin diverses associations microbiennes. Il n'y a rien ici de particulier, sinon qu'il n'existe pas d'observation d'ostéomyélite de la hanche à bacille d'Eberth.

Lésions du squelette. — Les extrémités osseuses sont dénudées et enflammées sur une étendue et une profondeur plus ou moins grandes; les cartilages diarthrodiaux sont ulcérés et nécrosés; le cartilage de conjugaison est parfois totalement détruit, et on ne le retrouve plus malgré les plus minutieuses recherches; dans d'autres cas, on n'en retrouve que des fragments. Chez les sujets dont on fait l'autopsie il est fréquent de trouver enflammés et dénudés les deux os constitutifs de la jointure (A. Broca); mais le plus souvent, les lésions sur un des os sont tellement prédominantes que l'on doit considérer les érosions superficielles de l'autre comme secondaires; d'après Broca, ces lésions consécutives du deuxième os doivent être mises sur le compte de l'arthrite purulente, dont les tendances ulcératives et nécrosantes sont bien connues. On peut expliquer de la même façon les lésions de la cinquième vertèbre lombaire consécutives à une ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur gauche que Cœurderoy rapporte dans sa thèse (Obs. II) : le pus qui remplissait l'articulation a suivi la gaine du psoas pour atteindre la partie latérale de la colonne lombaire qui a été trouvée dénudée à l'autopsie.

Les *lésions des parties molles* sont diverses : destruction du ligament rond et des ligaments péri-articulaires, usure et disparition par places du bourrelet fibro-cartilagineux, perforations de la capsule en un ou plusieurs points; par ces orifices plus ou moins larges, le pus se fait jour en dehors de l'articulation. Les lieux d'élection de ces perforations sont les points faibles de la capsule, en particulier la partie antérieure de la capsule sur le psoas; cependant, c'est là, chez l'enfant, une voie rare de migration du pus (Broca). La perforation siège le plus habituellement en arrière, et le pus fuse sous les muscles fessiers. On peut voir aussi les abcès se diriger en dedans le long des adducteurs, ou en bas vers le trou obturateur. Enfin, lorsque l'ostéomyélite a pour point de départ le bassin, les lésions osseuses peuvent déterminer la perforation de la cavité cotyloïde avec formation d'abcès intra-pelviens (Lecomte, thèse 1894), qui peuvent s'ouvrir soit dans le creux ischio-rectal, soit dans le rectum, le vagin ou la vessie.

Complications. — Du côté du fémur, la suppuration de la région bulbeuse de l'os peut entraîner le *décollement épiphysaire* de la tête fémorale, qui devient ainsi libre dans la cavité cotyloïde à la manière « d'une noix sèche dans sa coque » (Poncet), ou est à peine retenue par un vestige du ligament rond. D'après Aldibert, cette complication s'observerait dans 50 p. 100 des cas, et serait d'autant plus fréquente que l'enfant est plus jeune.

La *luxation* est une complication relativement commune des ostéomyélites de la hanche; c'est une conséquence de l'arthrite suppurée : le pus qui s'accumule entre les surfaces articulaires les disjoint et finit par les déboîter; la destruction des ligaments et de la capsule, surtout au niveau de ses attaches postérieures, rend le déplacement possible; celui-ci se fait presque toujours en arrière. Sur 106 malades, Bruns et Honsell signalent 33 luxations pathologiques : 30 iliaques, 2 obturatrices, 1 iléo-pubienne.

Contrairement à ce qui passe dans la coxo-tuberculose où l'ulcération compressive (Lannelongue) est la cause la plus habituelle des luxations, dans l'ostéomyélite de la hanche les lésions osseuses ne paraissent jouer qu'un rôle secondaire dans la production de la luxation; la cause principale de cette complication est l'arthrite purulente et les altérations qui en résultent du côté de la capsule et des ligaments.

Le décollement épiphysaire de la tête fémorale peut aussi donner lieu à un déplacement analogue;

la tête reste dans le cotyle et le col décapité se luxe en arrière; mais ce mécanisme est tout à fait exceptionnel (Broca, Obs. XXI).

Citons enfin les *fractures spontanées* dues aux altérations profondes de l'os; le col, évidé par la suppuration, est parfois réduit à une simple coque de tissu compact qui cède au moindre effort.

Evolution des lésions. — Chez les malades qui guérissent, les lésions aboutissent à des déformations plus ou moins marquées des surfaces articulaires qui entraînent des raideurs par rétractions fibreuses. On peut même observer des ankyloses complètes par soudure osseuse; cependant celle-ci paraît exceptionnelle (Broca).

Ces ankyloses immobilisent le plus souvent la hanche en position vicieuse d'abduction ou d'adduction. Dans les ankyloses en adduction, Bruns et Honsell ont constaté des déformations du fémur dont la tête s'aplatit et s'élargit, dont le col se raccourcit et s'incurve soit en concavité antérieure, soit en fermant l'angle qu'il forme avec la diaphyse (*coxa vara*). Ces déformations du col reconnaissent évidemment pour cause les lésions du cartilage de conjugaison.

D'autre part, il peut se produire après la guérison des ostéomyélites de la hanche, des hyperostoses qui sont l'origine de troubles divers. Ces déformations osseuses, ainsi que celles qui résultent de l'hyperaccroissement ou de l'hypoaccroissement de l'os, seront étudiées plus utilement au point de vue clinique, lorsque nous aborderons le chapitre des ankyloses et des attitudes vicieuses consécutives aux ostéomyélites de la hanche.

II

Etiologie. — L'ostéomyélite de la hanche est une affection relativement rare. La localisation à l'extrémité supérieure du fémur est plus fréquente que la localisation à la cavité cotyloïde. A la clinique de Tubingen, Bruns et Honsell rapportent qu'en quarante ans on a soigné 106 cas d'ostéomyélites de la hanche et environ 500 cas d'ostéomyélites de l'extrémité inférieure du fémur.

Les deux côtés paraissent pris avec une égale fréquence (à droite, 48 cas; à gauche, 46 cas; lésion bilatérale, 12 cas; d'après Bruns et Honsell).

L'*âge* a une grande importance. L'ostéomyélite frappe, d'une façon générale, les enfants de huit à douze ans; mais, ainsi que l'a fait très justement remarquer Aldibert, l'ostéomyélite de la hanche s'observe avec une fréquence toute particulière chez les enfants en bas âge et plus spécialement au-dessous de deux ans.

L'influence du *sexe* est nulle chez les nourrissons. Chez les enfants plus âgés, les garçons sont plus souvent atteints que les filles, ce qui n'est point spécial à la hanche (pour l'extrémité supérieure du fémur seulement : sur 51 cas, Guyot relève 30 garçons et 21 filles).

Les *causes prédisposantes* sont celles qui ont été invoquées pour expliquer l'ostéomyélite en général : surmenage, fatigues, convalescence des maladies aiguës, traumatismes enfin (chutes, coups, etc.).

Les *portes d'entrée de l'infection* ne méritent pas d'être étudiées d'une façon spéciale; cependant, chez les tout petits enfants, il faut signaler le rôle particulier joué par les suppurations ombilicales et par la puerpéralité maternelle.

Les *saisons* ont une importance relative. Cependant, Cœurderoy fait remarquer avec raison que l'ostéomyélite est surtout fréquente dans les services de chirurgie en mars et avril, en octobre et novembre, « par conséquent au printemps et en automne ». Cette influence ne peut être assurément qu'indirecte.

La *nature microbienne de l'infection* ne présente, avons-nous dit, rien de particulier. Le staphylocoque est le microbe le plus fréquemment observé; cependant, il faut insister sur ce point que c'est le streptocoque qui en au cause dans le plus grand nombre des cas chez les enfants en bas âge, ce qui comfirme le rôle de l'infection puerpérale.

III

Symptômes. — L'ostéomyélite de la hanche, présente une évolution clinique extrêmement variable; cela tient à des causes très diverses et très nombreuses : la gravité de l'infection générale, la virulence du microbe causal, les conditions de résistance dans lesquelles se trouve le sujet atteint et, en particulier, l'âge tendre des petits malades jouent un rôle dont on ne saurait méconnaître l'importance. C'est pourquoi nous observerons ici des ostéomyélites suraiguës qui tuent par septicémie en quelques jours, des formes aiguës, des formes subaiguës et chroniques; et même, certaines congestions épiphysaires de croissance constituent, sans doute, le degré le plus atténué de l'infection osseuse. Les formes cliniques que nous aurons à passer en revue seront donc nombreuses et variées.

Début. — Le début de l'ostéomyélite de la hanche présente, suivant les cas, un caractère variable.

Chez le nourrisson, l'attention du clinicien n'est pas attirée du côté de la hanche, du moins pendant les premiers jours. Ce sont, en effet, les symptômes généraux qui dominent la scène : il y a une température élevée, des douleurs violentes qui se traduisent par des pleurs, souvent aussi des convulsions; l'anorexie est complète et l'on peut observer des frissons. Mais rien, si ce n'est un examen local pratiqué de parti pris, ne permet de songer à une affection de la hanche.

Chez les enfants plus âgés, au-dessus de l'âge de deux ans, le début est généralement brusque et c'est la douleur qui ouvre la scène; elle survient tout d'un coup et est immédiatement localisée à l'articulation coxo-fémorale; elle est d'une grande intensité et devient rapidement intolérable. En même temps, les phénomènes généraux sont toujours très marqués; le frisson initial est rare, mais la température est élevée, la soif est vive; il y a souvent des nausées et des vomissements, parfois de la diarrhée. Mais ce qui fixe principalement l'attention, ce sont les symptômes très intenses du côté de la hanche malade.

Etat. — A la période d'état, ce sont les signes de l'*arthrite purulente* qui résument la symptomato-

logie de l'affection. En effet, comme nous l'avons dit, les ostéomyélites de la hanche se compliquent presque fatalement d'arthrite suppurée ; celle-ci est si précoce qu'elle se confond dès le début avec l'ostéomyélite qui lui a donné naissance, de sorte qu'il est le plus souvent impossible de faire la part de ce qui revient à l'une et de ce qui revient à l'autre.

L'arthrite de la hanche se traduit en clinique par deux signes de première importance : l'*attitude vicieuse du membre* et la *douleur à la pression.*

L'*attitude vicieuse* manque rarement ; elle consiste en une demi-flexion de la cuisse sur l'abdomen associée à un degré plus ou moins marqué d'abduction et de rotation externe, de sorte que le membre repose sur le plan du lit par toute l'étendue de sa face externe. Il est beaucoup plus rare d'observer l'adduction avec rotation interne (Cœurderoy) ; c'est, en général, un indice de luxation du fémur. Quant à la flexion de la cuisse sur le bassin, elle ne fait jamais défaut. Chez les tout jeunes enfants, chez les nourrissons, ce signe peut manquer de netteté ; mais il suffit de soulever l'enfant en le prenant sous les bras pour voir le membre se placer de lui-même en mauvaise position : flexion, abduction et rotation en dehors.

Cette attitude vicieuse reconnaît pour cause la contracture musculaire de défense qui immobilise l'articulation contre la douleur ; il suffit, en effet, d'explorer même très modérément le membre malade pour voir la contracture s'exagérer aussitôt, et elle est d'autant plus marquée que les phénomènes douloureux sont plus intenses. Cette contracture musculaire, en immobilisant l'articulation, met la région malade à l'abri de toute secousse et de tout mouvement provoqué.

La *douleur* existe d'une façon constante. Elle est toujours spontanée, souvent extrêmement vive et arrache des cris aux petits malades ; elle est localisée au pli de l'aine ou irradiée jusqu'au genou. Elle est parfois peu prononcée pendant les premiers jours, ce qui peut faire errer le diagnostic surtout chez les enfants très jeunes.

La douleur que l'on provoque par l'exploration méthodique du squelette a une bien plus grande importance. On commencera toujours par mobiliser le membre sain, afin d'habituer l'enfant à l'examen et de gagner sa confiance. Les points où l'on réveille par la pression le maximum de douleur dans l'ostéomyélite de la hanche sont : en avant à la base du triangle de Scarpa immédiatement en dedans des vaisseaux fémoraux, en arrière dans la fesse en dedans du grand trochanter ; il en est de même de la pression à distance sur le grand ou le petit trochanter ; du reste, le plus habituellement, toute l'extrémité supérieure du fémur est douloureuse dans son ensemble, quand il s'agit d'ostéomyélite fémorale. Dans les ostéomyélites acétabulaires, le toucher rectal permet dans certains cas de réveiller, par la pression au niveau du fond du cotyle, une douleur plus ou moins vive : c'est un signe qu'il faut toujours rechercher.

L'examen du malade révélera d'autres symptômes objectifs : la *déformation du membre* n'apparaît que plusieurs jours après le début de l'affection : c'est une tuméfaction qui siège à la racine de la cuisse, qui est souvent considérable et donne au membre la forme d'un « gigot ». Lorsque la tuméfaction est nettement localisée à la partie supérieure de la cuisse, on a la déformation dite « en baril ».

La *peau* est d'un blanc mat, ou bien légèrement rosée ; elle est souvent le siège d'un œdème peu marqué et garde l'impression du doigt. Parfois, l'œdème s'étend au scrotum ou aux grandes lèvres.

La *circulation veineuse superficielle* est un signe dont le professeur Lannelongue a depuis longtemps souligné la très grande importance. Il manque rarement et a une valeur précise pour le diagnostic ; il consiste en un fin réseau vasculaire qui occupe l'extrémité supérieure de la cuisse et remonte sur la paroi abdominale ; il est souvent associé à l'œdème de la peau.

L'*empâtement profond* est souvent impossible à percevoir si l'on ne pratique pas l'examen sous le chloroforme ; il donne au doigt la sensation de masses dures et résistantes qui sont des foyers profondément situés sous les muscles ; cet empâtement est surtout net en avant dans le fond du triangle de Scarpa. Parfois, la partie inférieure du gonflement se termine brusquement du côté de la diaphyse par un bourrelet profond qui tranche nettement par sa dureté sur les parties molles voisines : c'est le *bourrelet annulaire* que Chassaignac considérait comme un signe très important d'abcès sous-périosté. C'est un signe tout à fait exceptionnel, mais qui a une grande valeur quand il existe (Lannelongue).

L'*adénite inguinale* est signalée dans un grand nombre d'observations. Les ganglions qui occupent le pli de l'aine se prolongent fréquemment jusque dans la fosse iliaque.

La *fluctuation* est un signe tellement tardif que l'on ne devra jamais compter sur lui pour poser un diagnostic précis. Ces collections purulentes doivent être recherchées à la partie antéro-interne de la cuisse, mais surtout en arrière sous les muscles fessiers (A. Broca).

Les *symptômes généraux* sont toujours très accentués ; ils sont dans certains cas tellement intenses qu'ils masquent les signes locaux et causent des erreurs de diagnostic. La température est toujours très élevée ; elle dépasse généralement 39 degrés et peut atteindre 41 degrés ; pendant la période d'état, elle ne descend pas au-dessous de 40 degrés, même le matin. Le pouls est rapide, aux environs de 130. La langue est sèche ; l'anorexie est complète : la soif est vive. Souvent il y a de la diarrhée qui épuise le petit malade. Dans les cas graves, la prostration est très marquée et il existe un véritable état typhoïde avec subdélire, épistaxis, diarrhée, respiration courte et superficielle, pouls petit et fuyant.

Complications. — Les complications de l'ostéomyélite de la hanche peuvent être *locales* ou *générales*.

A. Complications locales. — Ce sont les plus

fréquentes. On peut les distinguer en *précoces et tardives*.

1° *Précoces*. — *a*. La *luxation spontanée* est, de toutes les complications de l'ostéomyélite, celle qui s'observe le plus souvent à la hanche. Etant données les altérations anatomiques que nous avons décrites (destruction de la capsule et des ligaments), on comprend qu'il suffira le plus souvent d'une attitude du membre un instant favorable pour produire la luxation : c'est ainsi que la flexion de la cuisse combinée à la rotation en dedans rendra le déplacement très facile, sous l'influence d'une exploration trop brusque ou par suite d'un simple faux mouvement de l'enfant dans son lit. En somme, une cause insignifiante, l'action musculaire seule peuvent produire la luxation et cela explique que le déplacement puisse se constituer insidieusement, sans éclat et sans attirer immédiatement l'attention.

C'est en arrière, dans la fosse iliaque, que se porte la tête fémorale luxée et le membre se place en adduction avec rotation en dedans ; à cette attitude, qui doit toujours éveiller l'idée d'une luxation, s'ajoute le raccourcissement, non plus apparent, mais réel du membre. La recherche et la mensuration de l'ascension du fémur se feront par le *procédé classique de Nélaton-Roser* ; il faut cependant faire cette réserve que, dans le premier âge, le grand trochanter reste toujours à 8 à 10 millimètres au-dessous de la ligne de Nélaton à l'état normal. Quand la luxation vient de se produire, l'ascension du grand trochanter est d'abord peu marquée, ne dépassant pas un centimètre ; mais, dans la suite, le raccourcissement augmente progressivement, atteint souvent 3 centimètres et peut même dépasser 4 centimètres.

La luxation dans le trou obturateur est infiniment plus rare. Elle est caractérisée par l'abduction et la rotation en dehors ; le membre est raccourci de quelques centimètres ; le pli de l'aine est surélevé et les battements de la fémorale sont plus superficiels.

b. Les *abcès* sont le plus souvent d'origine articulaire. Ces collections purulentes tendent à se faire jour au dehors en suivant des voies différentes : les *abcès antérieurs* se montrent au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, entre le couturier et le tenseur du fascia lata ; les *abcès internes* traversent le triceps et font saillie au pli de l'aine vers le sillon génito-crural ; les *abcès postérieurs* fusent vers la fesse, mais les couches adipeuses et musculaires qui les recouvrent dissimulent longtemps la fluctuation. Cette évolution postérieure est, d'après A. Broca, la plus habituelle, du moins chez l'enfant. Il faut enfin signaler les *abcès pelviens* qui ont généralement pour origine les altérations du fond du cotyle ; on les reconnaîtra par le toucher rectal qui fera constater l'empâtement, la rénitence ou la fluctuation au niveau de la surface rétro-cotyloïdienne ; Gangolphe conseille de pratiquer cette exploration en faisant coucher le malade sur le côté.

Dans la majorité des cas, ces collections purulentes, si elles ne sont pas ouvertes chirurgicalement, n'ont aucune tendance à l'ouverture spontanée ; il en résulte qu'abandonnées à elles-mêmes les altérations locales s'exagèrent et des complications générales surviennent qui emportent rapidement le malade. Ce n'est que par exception que les abcès pelviens s'ouvrent dans le rectum, le vagin, la vessie ou fusent dans la fosse ischio-rectale.

c. Le *décollement de l'épiphyse fémorale* est une complication relativement fréquente de l'ostéomyélite fémorale supérieure, puisque Bernard (Thèse, 1897) l'a retrouvée 8 fois sur 25 observations ; ce n'est pas une complication très précoce, puisque dans de nombreux cas, elle n'aurait été constatée que trois semaines après le début des accidents. Le plus souvent, elle passe inaperçue, car elle est cachée par la contracture musculaire et on constate seulement la position du membre en abduction et rotation externe.

Le signe pathognomonique de ce décollement épiphysaire est fourni par les gros craquements osseux que l'on perçoit dès que l'on mobilise le fémur ; mais le plus souvent il sera nécessaire d'endormir l'enfant pour pratiquer cet examen, car dans ces cas les douleurs sont toujours extrêmement violentes.

La tête fémorale libre dans la cavité cotyloïde se nécrose, devient un corps étranger intra-articulaire et peut enfin s'éliminer spontanément par un abcès, ou bien le chirurgien l'enlève au cours d'une arthrotomie.

d. L'*ulcération des vaisseaux fémoraux* est une complication tout à fait exceptionnelle, signalée dans une observation de Lannelongue ; elle entraîne fatalement la mort par hémorragie.

2° *Tardives*. — Parmi ces complications tardives, il faut simplement signaler les *fistules* consécutives à l'ouverture des abcès ; ces fistules persistent indéfiniment, communiquent avec l'articulation et entretiennent par leur suppuration prolongée un état septicémique plus ou moins grave qui peut nécessiter une intervention.

L'*hyperostose* évolue insidieusement pendant la convalescence, l'enfant se plaint de douleurs profondes, d'élancements occupant la région autrefois malade et survenant surtout la nuit. L'os, au niveau des lésions anciennes, est augmenté de volume et douloureux à la pression. Les choses peuvent en rester là, ou bien il se forme des abcès, des foyers de nécrose et nous assistons, au bout d'un temps plus ou moins long, au développement d'une ostéomyélite prolongée.

Ces complications n'ont rien de particulier à la hanche.

L'*ankylose et les attitudes vicieuses*, au contraire, méritent de nous arrêter plus longuement.

L'*ankylose* est fréquente à la suite des arthrites suppurées de la hanche ; on peut en observer les divers degrés, depuis la simple raideur jusqu'à la soudure osseuse complète ; l'ankylose osseuse est, du reste, rare chez les malades qui ont été bien soignés, quand on les a soumis après l'arthrotomie à l'extension continue pendant un assez long temps.

Les *attitudes vicieuses* qui persistent après la guérison de l'ostéomyélite de la hanche sont de deux

sortes : la flexion est constante, associée soit à l'abduction avec rotation externe, soit à l'adduction avec rotation interne. Les décollements épiphysaires s'accompagnent d'abduction et rotation en dehors. Les luxations en arrière accentuent l'adduction et la rotation en dedans. D'après König l'adduction avec rotation interne serait l'attitude la plus habituelle. A. Broca pense, au contraire, que l'ankylose surprend le plus souvent la jointure en abduction et rotation externe, si l'on ne tient pas compte des luxations en arrière qui élèvent la proportion des attitudes en adduction.

La *coxa vara* consécutive à l'ostéomyélite de la hanche ne se manifeste, en général, par aucun signe particulier permettant de la reconnaître ; le membre est raccourci et se place en adduction avec rotation plus ou moins marquée du pied en dehors; mais cette attitude n'est pas suffisamment caractéristique pour attirer l'attention. Ce n'est que par la radiographie que l'on pourra faire le diagnostic.

Les *fractures spontanées du col* se produisent pendant la convalescence, lorsque l'enfant recommence à marcher, à la suite d'un faux pas ou d'un simple mouvement un peu violent. La fracture est peu douloureuse, s'accompagne de déformation, de crépitation et de raccourcissement; la consolidation est toujours très lente, parfois même elle manque complètement et il en résulte une pseudarthrose ; enfin la consolidation peut se faire d'une façon vicieuse et le col s'incurve en *coxa-vara*.

Les *troubles de croissance* à la suite de l'ostéomyélite de la hanche reconnaissent pour cause l'atteinte du cartilage de conjugaison. S'il a été détruit, le fémur cesse de s'accroître par son épiphyse supérieure ; il en résulte un raccourcissement du membre qui augmente progressivement pendant toute la durée de la croissance, et se traduit par une boiterie de plus en plus marquée. Si la lésion a été peu intense, le cartilage a été momentanément irrité et, par suite, son activité exagérée; on voit alors le membre malade s'allonger d'une façon parfois assez considérable pour amener la boiterie du côté opposé.

Si l'ostéomyélite a atteint le cartilage en Y, il en résulte un arrêt de développement du côté du cotyle, qui peut être plus tard l'origine de luxations spontanées dues à une disproportion de volume entre la tête fémorale et la cavité cotyloïde atrophiée.

Enfin, d'Astros a signalé, comme conséquence possible de l'ostéomyélite chez les enfants au-dessous de trois mois, le développement d'un *rachitisme* qui serait dû, pour cet auteur, aux troubles apportés par l'infection à l'évolution du squelette.

B. Complications générales. — Les complications générales sont particulièrement fréquentes et graves dans l'ostéomyélite de la hanche à cause de la situation profonde des lésions osseuses et articulaires qui peuvent évoluer assez longtemps et s'aggraver avant d'être reconnues d'une façon précise, ce qui retarde l'intervention chirurgicale. Elles présentent tous les degrés de gravité depuis la septicémie légère, jusqu'aux septicémies aiguës et suraiguës qui emportent les malades en quelques jours. On peut observer la pyohémie avec ses abcès métastatiques dans les divers organes, ou bien, d'une façon isolée, des pneumonies infectieuses, des endocardites, des péricardites, des phlébites, des pleurésies, des méningites, etc. La broncho-pneumonie est surtout fréquente chez les tout jeunes enfants (Aldibert) et toujours très grave. Les lésions rénales sont communes et expliquent la présence habituelle de l'albumine dans les urines. On a enfin signalé des embolies graisseuses. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 6 février 1907)

Prostatectomie. — La discussion pendante semble démontrer que cette opération prend droit de cité dans la chirurgie courante, ou tout au moins dans la chirurgie courante des voies urinaires. Pour les prostates d'un certain volume, c'est à la taille hypogastrique qu'on semble donner la préférence. M. Bazy s'est, comme les orateurs précédents, rallié à cette manière de voir, et il nous communique plusieurs observations dans lesquelles la prostatectomie hypogastrique et l'emploi d'une sonde spéciale qu'il a imaginée à l'effet d'assurer un bon siphonage, lui ont donné les meilleurs résultats. Sa conclusion est qu'il y a lieu d'étendre les indications de la prostatectomie transvésicale, de la pratiquer d'une façon plus précoce, de façon à en faire, en quelque sorte, une opération préventive, c'est-à-dire de ne pas attendre une rétention complète pour intervenir.

M. Segond rappelle avoir présenté, il y a déjà longtemps, une sonde semblable à celle de M. Bazy. Il est heureux de se rencontrer avec son collègue sur les avantages de cette sonde.

M. Legueu est non moins heureux d'entendre M. Bazy vanter les bienfaits de la prostatectomie presque préventive qu'il a autrefois combattue. En effet, cette prostatectomie précoce a de grands avantages. Toutefois, dans les cas moyens, dans les cas où la prostate n'est pas grosse, la prostatectomie hypogastrique est une mauvaise opération. On voit mal ce qu'on fait, on ne trouve pas de plan de clivage et l'opération est difficile. M. Legueu ne pense pas qu'il soit nécessaire de mettre le doigt dans le rectum pour faciliter la manœuvre de la résection de la prostate. Les dimensions de l'incision n'ont à ses yeux qu'une importance secondaire. En principe, la longueur de l'incision doit être proportionnée au volume de la prostate qu'on a à enlever.

M. Bazy trouve l'expression de préventive un peu exagérée pour les cas qu'il vient de soumettre à ses collègues et dans lesquels il y avait déjà des accidents notables.

La pharyngectomie. — A propos du rapport récemment fait par M. Hartmann sur cette question, M. Sébileau fait une communication importante dans laquelle il fait connaître en détails, les divers procédés auxquels il a recours suivant les cas. Plusieurs régions peuvent se trouver intéressées par l'épithélioma et à ces épithéliomas associés, il faut opposer des opérations combinées. La pharyngectomie proprement dite peut donc, dans certains cas, s'accompagner d'autres opérations. Chaque fois qu'on peut aborder et extirper la tumeur par les voies naturelles, il ne faut pas hésiter à le

faire; c'est là une condition très favorable. La pharyngectomie devient une intervention beaucoup plus grave, quand il faut recourir aux voies extra-naturelles ou artificielles.

M. Sébileau veut tout d'abord examiner deux points de la question : 1° celle de la trachéotomie; 2° celle de la résection de la mâchoire. Pour ce qui est de la trachéotomie, on a dit, non sans raison, qu'elle aggravait beaucoup la pharyngectomie, opération déjà grave par elle-même. Cependant il y a des cas où il n'y a pas moyen de s'en passer. Il n'y a pas de statistiques qu'on puisse interroger à ce point de vue, mais le bon sens indique qu'il est dangereux d'ouvrir ainsi les voies aériennes à l'infection. Pour éviter ce danger, dans les cas où la trachéotomie est indispensable, il faut la faire, non pas immédiatement, mais bien trois semaines ou un mois avant l'opération définitive, c'est-à-dire la pharyngectomie. En résumé, M. Sébileau est d'avis que chaque fois qu'on a à pratiquer une pharyngectomie étendue, il faut faire la trachéotomie préalable, trois semaines ou un mois avant la pharyngectomie.

Arrivons au second point, la résection de la mâchoire : M. Sébileau estime que, dans la grande majorité des cas, il n'est pas nécessaire d'aller jusqu'à la résection de la mâchoire et qu'il suffit d'en faire la section temporaire. Celle-ci, en effet, donne un jour suffisant et ne laisse pas des délabrements importants, comme le fait la résection.

Quelles sont les meilleures voies d'accès pour pénétrer dans le pharynx? Il faut d'abord distinguer deux régions : l'oro-pharynx d'une part, et d'autre part, le cavum aéro-digestif. M. Sébileau montre sur des pièces anatomiques les incisions qui lui semblent préférables, les meilleurs moyens de mobiliser la mâchoire, en un mot la technique opératoire à laquelle il a recours.

Cette partie de la communication de M. Sébileau est, sans aucun doute, des plus intéressantes, si intéressantes même que la tribune a été immédiatement entourée par les membres de la Société et qu'il ne nous a plus été possible de rien voir, ni de rien entendre.

Valeur de la ponction lombaire. — M. Legueu analyse une intéressante observation de M. Lapointe : Il s'agit d'une jeune femme de vingt et un ans qui avait depuis quelque temps un écoulement de l'oreille droite. Elle fut prise de céphalalgie intense, de fièvre, de contracture et de raideur des membres; il n'y avait pas de signes oculo-pupillaires; les réponses de la malade étaient embarrassées. La température était de 38°5, le pouls à 92. On fit une ponction lombaire, on retira un liquide purulent. M. Lapointe se décida alors à ouvrir l'antre, la caisse; il trouva un abcès extra-dural. Il eût pu en rester là, mais il ouvrit la dure-mère et trouva un abcès intra-duremérien. Il draina, la malade guérit. Quelques jours après, nouvelle ponction lombaire qui confirma la parfaite guérison, en montrant qu'il n'y avait plus de polynucléose comme dans la première ponction qui avait permis de faire le diagnostic précoce.

Il y a quelque temps, on considérait la polynucléose comme une contre-indication formelle à toute intervention. En présence d'un malade présentant des symptômes de mastoïdite et des phénomènes méningitiques on ouvre l'antre, et on attend. Or c'est dans la même séance que M. Lapointe a ouvert la dure-mère. Cela eût pu être inutile ou même dangereux, mais dans ce cas l'intervention intra-duremérienne fut heureuse, puisqu'elle permit d'évacuer un abcès et de sauver le malade.

En effet, M. Legueu cite plusieurs cas où la simple ouverture de l'antre a semblé amener la guérison alors que celle-ci n'était qu'apparente et qu'il est survenu des accidents inutiles dont la cause, abcès intra-duremérien, a été démontré ensuite à l'autopsie.

Mieux vaut la découvrir sur le vivant et c'est en cela que la conduite tenue par M. Lapointe fut fort heureuse.

ANALYSES

MEDECINE

Les connexions oculogyres du mésencéphale. [Etude des ophtalmoplégies pédonculaires.] (Bertolotti. *Riv. di patol. nerv. e. ment.*, 6 sept. 1906, p. 305-404.) — L'auteur rappelle les différentes interprétations qui ont été données des paralysies associées des yeux. Pour lui, les mouvements associés dans le sens horizontal (convergence) relèvent du noyau de la sixième paire, qui envoie les fibres, non au noyau de la troisième paire mais à ce nerf même, au-dessous de son noyau d'origine.

Pour d'autres les connexions entre la troisième et la sixième paire se font par l'intermédiaire du noyau de la troisième. Bertolotti cite un fait de Ilberg, et un autre de Bouchaud, montrant que, malgré la destruction complète du noyau de la troisième paire, les mouvements associés sont conservés. Les mouvements associés ne relèvent donc pas de connexions internucléaires.

Le travail que nous analysons renferme un nouveau fait observé par l'auteur; paralysie radiculaire et symétrique des troisièmes paires avec défaut de convergence, produite par une plaque de sclérose occupant, en pleine calotte pédonculaire, la zone nucléaire et la zone périnucléaire, lésant le faisceau longitudinal postérieur, voie probable des fibres oculogyres ascendantes (entre le noyau sixième et le nerf moteur oculaire commun).

En somme, les ophtalmoplégies par lésion de la troisième paire pourront ne pas s'accompagner de paralysie des mouvements associés horizontaux, tant que la lésion ne dépasse pas le noyau. Si elle envahit la zone périnucléaire et le faisceau longitudinal postérieur, la paralysie associée apparaît.

La paralysie associée d'*origine pédonculaire* est due à une lésion de la calote, et n'a rien à voir avec l'état du faisceau pyramidal. Alquier.

CHIRURGIE

Infantilisme sexuel et atrophie optique dans les tumeurs de l'hypophyse. (Harvey Cushing. *The Journ. of nerv. and ment. diseases*, vol. XXXIII, n° 11, nov. 1906, p. 704-716.) — Les troubles menstruels qui peuvent être un des symptômes précoces des tumeurs cérébrales sont dus à un trouble de fonctionnement de la glande pituitaire, soit qu'il s'agisse d'une tumeur de cette glande elle-même ou bien d'une tumeur d'une autre région la comprimant à distance. Lorsque le processus a débuté de bonne heure, non seulement il y a aménorrhée, mais aussi infantilisme sexuel. Que des troubles papillaires, atrophie ou stase, viennent s'ajouter, et c'est suffisant pour établir un diagnostic. Outre plusieurs faits confirmatifs de cette manière de voir, publiés dans la littérature, Cushing relate trois cas personnels. Deux de ces faits sont très détaillés : l'un montre l'effet heureux des opérations décompressives; un autre montre d'abord les mêmes résultats heureux, mais aussi les fâcheux phénomènes qui arrivent lorsque, en multipliant trop ces opérations décompressives, on arrive à troubler

gravement l'équilibre du cerveau. Chez l'homme, on peut voir une situation correspondante de celle qui vient d'être décrite chez la femme. En même temps, il y a des troubles de nutrition mal définis avec adipose sous-cutanée abondante. Il n'y a chez ces sujets, tant hommes que femmes, aucune des caractéristiques ni du gigantisme, ni de l'acromégalie.

F. GARDNER.

Paralysie gastrique post-opératoire et dilatation aiguë de l'estomac. (W. A. BASTEDO. *Med. rec.*, vol. LXX, n° 19, 10 nov. 1906, p. 733-735.) — Des trois cas d'accidents dus à une dilatation considérable et rapide de l'estomac qui sont relatés ici, le premier se rapporte à une paralysie post-opératoire après une salpingectomie; elle guérit par les lavages de l'estomac, la strychnine et le lait peptonisé; le second est une dilatation aiguë, greffée sur une dilatation ancienne, après ingestion d'aliments copieux mal mastiqués, et guérit après l'administration d'un vomitif; le troisième est un cas de collapsus avec pouls inperceptible, survenant brusquement chez une femme chez qui l'on soupçonnait une sténose du pylore et à laquelle on avait fait ingérer, dans un but diagnostique, des quantités trop considérables de bicarbonate de soude et d'acide tartrique. Le collapsus céda à un tube de Faucher. Il est abusif, suivant l'auteur, d'englober des faits aussi disparates sous le nom de « dilatation aiguë ». Il y a lieu de distinguer la dilatation paralytique et la non paralytique. Les cas post-opératoires sont tous paralytiques, et offrent beaucoup d'analogie avec la paralysie intestinale post-opératoire. Le nom de paralysie gastrique post-opératoire est le seul qui leur convienne.

F. GARDNER.

Kyste traumatique d'une phalange. (J. B. BLAKE. *The Boston medical and surgical Journal*, 6 septembre 1906, vol. CLV, n° 10, p. 261.) — L'auteur rapporte une observation de cette curieuse affection, observation analogue à celle que Codman avait déjà publiée dans le numéro du 25 février 1904 du même journal.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-quatre ans qui se présentait avec une tuméfaction de la première phalange du quatrième doigt de la main droite. Les parties molles sont saines et on ne trouve aucune trace d'inflammation. Cette malade, sans aucun antécédent, se serait, il y a six ans, cognée violemment le doigt contre une table. Il n'y eut pas apparence de fracture à ce moment, mais le doigt enfla rapidement, devint un peu douloureux et difficile à manier; les signes disparurent; puis depuis trois ans, le doigt augmenta de volume et devint à nouveau douloureux. Le diagnostic porté est : enchondrome avec dégénération myxomateuse.

Une radiographie pratiquée montre une tuméfaction kystique analogue au cas du docteur Codman. Blake incise sur le bord du doigt : l'os semble normal extérieurement. Avec un petit ciseau il incise en long la phalange, et tombe dans une cavité remplie de bouillie gélatineuse dans laquelle flottent des petits débris osseux. La cavité est curetée avec soin, asséchée, la plaie osseuse fermée par le périoste et les parties molles suturées. Tous les symptômes diminuèrent peu à peu et un an après l'intervention, le doigt a repris un aspect normal. La radiographie confirme la guérison.

L'auteur attire l'attention sur son observation et celle de Codman; elles montrent qu'il ne faut pas se précipiter à pratiquer d'emblée une amputation d'un doigt lorsque l'affection de la phalange laisse des doutes sur sa nature maligne.

LANCE.

LIVRES NOUVEAUX

L'œil diathésique (1), par E. GIRAUD.

Après avoir rappelé les notions qui ont actuellement cours sur les diathèses en général : diathèse par hyperacidité organique ou arthritisme, et diathèse par hypo-acidité organique, l'auteur entreprend la description de l'œil diathésique. L'œil arthritique n'a encore fourni l'occasion d'aucune étude d'ensemble : les affections oculaires d'origine arthritique sont cependant loin d'être rares : elles peuvent atteindre les paupières : urticaire, eczéma, herpès, pityriasis, xanthélasma, etc., etc.; l'appareil lacrymal : larmoiement lié à l'artério-sclérose ou à l'hypertension vasculaire; les annexes intra-orbitaires de l'appareil de la vision : ténonite rhumatismale et goutteuse, paralysies oculomotrices; la conjonctive : conjonctivite arthritique, rhumatismale ou goutteuse, conjonctivite phlycténulaire; sur la cornée : kératite herpétique, zona ophtalmique et surtout gérontoxon; l'iris et la choroïde : iritis arthritique, irido-choroïdite; le corps vitré : hyéloïdite; la sclérotique. Des affections de la sclérotique, la plus importante est le glaucome, qu'il faut considérer, avec de Wecker, non comme une entité morbide, mais comme un symptôme qui peut compliquer toute affection oculaire, et que l'on observe fréquemment au cours de l'artério-sclérose. Son traitement consistera donc à préparer les voies à l'iridectomie en prescrivant aux malades les hypotenseurs et le régime approprié. L'étude de la cataracte, des congestions et hémorragies rétiniennes, des rétinites albuminurique et diabétique, oxalurique, de l'atrophie du nerf optique complète l'analyse des diverses manifestations de l'œil diathésique. Le dernier chapitre de ce livre très intéressant, même et surtout pour qui fait de la médecine générale, est consacré au traitement. Local, le traitement est accessoire et consiste simplement en applications chaudes et aseptiques. Général, il comporte trois indications principales : 1° médication générale; 2° agents physiques; 3° régime alimentaire et d'exercice.

L. BABONNEIX.

Collège Gordon de Khartoum. — Second mémoire du laboratoire des recherches. [Andrew BALFOUR, directeur (2)].

Cette luxueuse publication comporte 106 figures, photogravures et planches en couleurs et une série d'articles intéressants sur la pathologie exotique et notamment sur les moustiques et les insectes pathogènes, la trypanosomiase, la bilharziose.

A. HOUSQUAINS.

(1) In-8°. — Paris, A. Maloine.
(2) Un vol. illustré. — Khartoum 1906.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

AVIS

Par suite de l'épidémie de grippe qui sévit sur son personnel, l'administration des postes a suspendu depuis vendredi soir les deux dernières distributions d'imprimés. De ce fait est résulté dans les distributions un tel trouble que le numéro de la Gazette *portant la date du samedi 9 février n'a été distribué à nos abonnés de Paris qu'avec un retard de plus de 24 heures.*

Ce retard succédant aux trop nombreuses irrégularités constatées pendant le mois de janvier, est de nature à nous causer le plus grave préjudice.

Nous tenons donc à décliner toute responsabilité vis-à-vis de nos lecteurs et nous leur serons reconnaissants de vouloir bien nous adresser leurs réclamations afin que nous les transmettions une fois de plus à l'administration des postes.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE MÉDECINS DES HOPITAUX. — Le jury d'admissibilité est provisoirement composé de MM. Klippel, Le Noir, Barbier, Moizard, Wurtz, Joffroy, Variot, Danlos, Teissier et Petit.

Liste des candidats par ordre d'inscription. — 1. MM. Crouzon, Froin, Lemierre, Rosenthal, Nattan-Larrier, Clerc, Gallois, Laignel-Lavastine, Leven, Gaultier,

11. Bensaude, Lortat-Jacob, Lévi, Ravaut, Detot, Kahn, Camus, Nobécourt, Babonneix, Aubertin,

21. Baujard, Weil (Emile), Hauser, Armand-Delille, Pissavy, Bigart, Dreyfus-Rose, Comte, Decloux, Vitry.

31. Ramond, Weill (Benjamin), Paisseau, Terrien, Grenet, Delamare, Simon, Halbron, Michel, Merklen,

41. Salomon, Paris, Lereboullet, Ferrand, Deguy, Voisin, Hallé, Courcoux, Le Sourd (Louis), Lippmann,

51. Ribadeau-Dumas, Fouquet, Boidin, Lenglet, Beauvy, Laubry, Pagniez, Ambard, Lejonne, Ribierre,

61. Herscher, Rathery, Jomier, Géraudel, Roux, Balthazard, Rostaine, Boix, Touchard, Louste,

71. Léri, Sainton, Legroux, Guillemot, Coyon, Ghika, Bergeron, Audistère, Castaigne, Schaefer,

81. Lœper.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 8 février 1907 : MM. Dubosc, Robert et Vuillet, 11 ; Bith, Loubeyre et Guenot, 10 ; Dufourmentel, 7.

Séance du 10 février : MM. Touraine, 14 ; Lenoir, 13 ; Martin, 11 ; Mora, Nicaud et Weill (André), 10 ; Morellet, Pérol et Regnard, 9.

Pathologie. — Séance du 8 février 1907 : M. Laroche, 12 ; Mlle Neveux, 11 ; MM. Dreyfus, Fouchet, d'Haluin, Houzel et Périer (Romain), 10 ; Gougelet, Dequidt et Rouget, 8.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. (PATHOLOGIE INTERNE ET MÉDECINE LÉGALE.) — *Leçon orale de trois quarts d'heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — *Séance du 8 février.* — M. Cruchet (Bordeaux) : « Les céphalées. » — M. Clerc (Paris) : « Les anémies de l'enfance. »

Séance du 9 février. — M. Nobécourt (Paris) : « Les infections tétragéniques. » — M. Mouriquand (Lyon) : « Pathogenie des ulcérations gastriques. »

— (CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS.) — Sont désignés pour faire partie du jury du concours d'agrégation, chirurgie et accouchements, MM. Lannelongue, président ; Segond, Reclus, Terrier, Pozzi, Gros, Pollosson, Oui et Truc, membres.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — GRENOBLE. — Après concours, M. le docteur Blanchard est nommé chef des travaux de physcologie.

LE BUREAU DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX est ainsi constitué pour l'année 1907 :

Président, M. Letulle ; vice-président, M. Chauffard ; secrétaire général, M. A. Siredey ; trésorier, M. Hudelo ; secrétaires des séances, MM. Rist, Gasne.

Comité de publication : MM. A. Siredey, Babinski, Barbier, Gasne, Rist.

Conseil de famille : MM. Letulle, Siredey, Troisier, Barth, Le Gendre.

Conseil d'administration : MM. Barié, Comby, Pierre Marie, Galliard, Le Noir, Simonin.

D'autre part, la Société a nommé membres titulaires MM. Riche, médecin-adjoint de Bicêtre ; Morax, ophtalmologiste des hôpitaux ; Sacquépée, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de Mme Archambault, veuve de l'ancien médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Nous adressons à son fils, M. le docteur Raymond Archambault, et à ses gendres, M. Sevestre, médecin de l'hôpital Bretonneau, et M. Quénu, chirurgien de l'hôpital Cochin, l'assurance de nos bien vives condoléances.

ÉTUDE DES RÉACTIONS MÉNINGÉES

DANS UN CAS DE SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Par MM. Paul RAVAUT ET DARRÉ.

Les accidents nerveux précoces de la syphilis héréditaire ont été l'objet de nombreuses recherches. Il suffit de parcourir les ouvrages du professeur Fournier, la thèse de Stœber (1), la revue générale si documentée d'Ingelrans (2), etc., pour se rendre compte de la multiplicité des manifestations nerveuses que peuvent présenter dès leur naissance les enfants issus de parents syphilitiques. Dans ces travaux, les auteurs ont surtout envisagé les phénomènes nerveux qui, du fait des lésions anatomiques dont ils sont l'expression, du fait des conditions dans lesquelles ils se présentent, sont assez évidents pour être aisément dépistés en clinique et attribués à leur véritable cause. A côté de ces troubles actuellement bien connus dans leurs manifestations et leur nature, il en est d'autres plus discrets, demandant à être recherchés avec soin et qui, par leurs symptômes cliniques et les résultats de la ponction lombaire, méritent d'attirer notre attention.

On sait en effet, depuis les recherches entreprises par le professeur Hutinel et ses élèves Nobécourt, Monod (3), Voisin (4), Lamouroux (5), que les infections aiguës de l'appareil respiratoire, les gastro-entérites, les oreillons, etc., s'accompagnent fréquemment, chez l'enfant, de manifestations nerveuses plus ou moins intenses.

En se basant sur l'étude simultanée des phénomènes cliniques et du liquide céphalo-rachidien, sur les résultats confirmatifs de quelques autopsies, ces auteurs ont démontré la possibilité d'apprécier sur le vivant l'existence et l'intensité de ces phénomènes nerveux.

Nous voudrions démontrer que, comme les affections précédentes, la syphilis peut produire chez le jeune syphilitique héréditaire des réactions méningées, spéciales par leurs caractères, leur évolution et ne pouvant être déterminées d'une façon précise que par l'emploi de la ponction lombaire.

Ces phénomènes n'ont pas encore été étudiés à ce double point de vue, il est cependant nécessaire de savoir les reconnaître, car dès leur constatation et sans attendre l'apparition d'accidents plus graves, il est possible par un traitement approprié d'en arrêter l'évolution.

(1) STŒBER. *Des accidents méningitiques de la syphilis héréditaire chez les enfants et en particulier chez les très jeunes*, Th. de Paris, 1891.

(2) INGELRANS. L'hérédo-syphilis du système nerveux, revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 21 et 28 mai 1904, nos 58 et 60.

(3) R. MONOD. *Réactions méningées chez l'enfant*, Th. de Paris, 1902.

(4) R. VOISIN. *Les méninges au cours des infections aiguës de l'appareil respiratoire*, Th. de Paris, 1904.

(5) LAMOUROUX. *Le méningisme*, Th. de Paris, 1902.

L'observation suivante est un cas typique de réaction méningée au cours de la syphilis héréditaire; elle est d'autant plus intéressante que nous suivons depuis plus de trois ans la petite malade qui en fait l'objet.

Mère. — L..., âgée de vingt-cinq ans, entre le 25 mai 1903 dans le service de M. Thibierge à l'hôpital Broca. Cette malade a contracté la syphilis en 1897, elle a eu successivement un chancre vulvaire, de la roséole et des plaques muqueuses au niveau de la vulve, de la bouche et dans la gorge. De plus, elle est enceinte de sept mois, et bien que ne présentant aucun accident, elle est au traitement mercuriel et ioduré depuis le début de sa grossesse. Un mois après son entrée dans le service, et au huitième mois de sa grossesse, elle accoucha d'une petite fille, dont voici l'observation.

Enfant. — S. L..., naît le 25 juin 1903 à l'hôpital Broca. Elle est très peu développée, son poids est de 1k970, elle ne présente aucune malformation, et l'on ne peut trouver aucun symptôme de spécificité, tant du côté du tégument et des muqueuses que du côté des viscères.

Quinze jours après la naissance apparaît une légère vulvite qui rétrocède en quelques jours.

Trois semaines après la naissance, la syphilis héréditaire commence à se manifester : on constate au niveau de l'anus deux plaques muqueuses très nettes; la rate et le foie sont plus gros qu'à la naissance; les aines et les aisselles sont criblées de petits ganglions. Cependant l'état général est bon et le poids augmente progressivement. Cette enfant est mise au traitement mercuriel sous forme de frictions d'onguent mercuriel et d'ingestion de liqueur de van Swieten. Dans les jours qui suivent, apparaissent de nouvelles plaques anales et des plaques buccales; il n'y a jamais eu de lésions cutanées.

Le 16 septembre 1903 (à l'âge de trois mois environ), le poids baisse brusquement de 360 grammes; l'état général devient mauvais. On constate une raideur de la nuque extrêmement marquée; la tête est en extension forcée permanente, et il est difficile de la fléchir. La contracture existe aussi, quoique beaucoup moins accentuée au niveau du dos et des lombes; il y a un léger degré d'opisthotonos; les membres inférieurs sont également un peu raides; le signe de Kernig est net. Le ventre n'est pas rétracté. Cette contraction s'exagère lorsque l'on examine l'enfant; elle rend impossible la recherche des réflexes. Quelques rares mouvements convulsifs se seraient manifestés au niveau des membres et de la face. A part un léger ptosis de la paupière gauche, il n'y a pas de paralysies. On n'observe aucun trouble moteur du côté des yeux et les pupilles sont normales, moyennement dilatées. La sensibilité paraît intacte; la face et les muqueuses sont pâles; on ne trouve aucun phénomène vaso-moteur; il n'y a pas de raie méningitique. La tête est volumineuse. Les sutures crâniennes sont élargies et la fontanelle antérieure est fortement tendue. Les veines sous-cutanées du crâne et plus particulièrement les veines temporales superficielles sont très notablement dilatées d'un côté comme de l'autre.

L'examen des divers organes ne révèle pas la cause de ces accidents méningés. L'enfant a de l'inappétence, mais ne présente ni vomissements, ni diarrhée : il existe au contraire une légère constipation. A l'examen macroscopique des selles, on n'a jamais trouvé de vers intestinaux. Le ventre n'est pas douloureux au palper. A l'examen du poumon, on ne trouve rien d'anormal; la respiration est régulière. Le cœur est sain; le

pouls régulier est environ à 110. Il n'y a pas de lésion appréciable du nez, de la bouche, du pharynx, des oreilles; on ne trouve aucune plaie cutanée.

Le 17 septembre 1903, le même état persiste; la température rectale est de 36 degrés. Les signes cliniques de la réaction méningée sont aussi intenses.

On pratique une première ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien s'écoule en jet, et on en recueille environ 10 centimètres cubes. L'examen cytologique y démontre l'existence d'une grosse réaction lymphocytique : environ 30 lymphocytes par champ d'objectif à inversion (obs. 1/12 immersion Stiassnie, oc. 1). L'albumine recherchée par l'ébullition ne paraît pas augmentée.

Le traitement mercuriel par les frictions et l'ingestion de liqueur de Van Swieten, est continué et on en augmente les doses.

Le 18 septembre, la température est de 36 degrés le matin et de 36°7 le soir.

Les phénomènes méningés sont moins intenses. La fontanelle est moins tendue et les veines temporales moins dilatées. L'opisthotonos a disparu. L'enfant est moins agitée. Cependant la raideur de la nuque et le signe de Kernig persistent. Pendant ces deux jours, le poids s'est encore abaissé de 100 grammes.

Le 20 septembre, en présence des résultats obtenus par la première ponction lombaire, on en pratique une seconde et l'on retire encore 10 centimètres cubes de liquide rachidien.

Le 21 septembre, la raideur de la nuque a complètement disparu; la température est remontée à 37 degrés. L'enfant paraît guérie. On constate encore la distension de la fontanelle et de la dilatation des veines temporales. Pendant cette crise, elle a perdu 540 grammes de son poids.

Les jours suivants l'enfant continue à se rétablir, ne présente plus aucun symptôme de réaction méningée et au bout d'un mois, elle a regagné son poids initial.

Le 3 octobre, on pratique une ponction lombaire et l'on constate que la réaction a déjà diminué d'intensité, car on ne trouve plus que 15 lymphocytes par champ d'objectif à immersion.

Le 16 octobre, sans que rien puisse le faire prévoir, notre petite malade est reprise de phénomènes absolument semblables quoique beaucoup moins intenses. On voit brusquement réapparaître de la raideur de la nuque, la tension des fontanelles, la dilatation des veines du crâne, l'agitation, l'insomnie, mais il n'y a pas de contraction du tronc ni des membres, il n'y a pas de convulsions et l'on ne retrouve pas le signe de Kernig. L'état général est peu touché. La température n'est abaissée que d'un demi-degré.

Le 18 octobre, les mêmes phénomènes persistent, et l'on constate une diminution du poids de 30 grammes. On pratique une ponction lombaire qui donne issue à un liquide en légère hypertension. L'examen cytologique montre que la lymphocytose n'est plus que de 8 à 10 lymphocytes par champ d'objectif à immersion.

Dès le soir, on constate une diminutiou de la distension de la fontanelle; la nuque est moins raide.

Le 23 octobre, tous ces signes cliniques d'irritation méningée ont disparu.

Cette deuxième crise a donc été beaucoup moins intense et moins prolongée que la première.

En présence de ces accidents répétés, on soumet l'enfant aux injections d'huile grise et aux frictions mercurielles.

Le 23 novembre, l'enfant est reprise des mêmes troubles méningés avec raideur de la nuque, convulsions, distension de la fontanelle et dilatation des veines du crâne. On pratique une ponction lombaire. Le cyto-diagnostic montre environ 10 lymphocytes par champ. Dès le lendemain la raideur de la nuque a disparu.

Le 15 décembre, réapparition des convulsions et de la raideur de la nuque : nouvelle ponction lombaire. Cyto-diagnostic : 10 lymphocytes par champ. Ces accidents ne durent que vingt-quatre heures et comme les fois précédentes, disparaissent presque aussitôt après la ponction.

Le 12 janvier 1904, la mère voulant emmener son enfant chez elle, on pratique une ponction lombaire pour juger de l'état du liquide céphalo-rachidien. Cyto-diagnostic : 8 à 10 lymphocytes par champ.

Le 1er février, la mère ramène son enfant à l'hôpital, car depuis quelques jours, elle a constaté la réapparition des phénomènes méningés. Les signes sont toujours les mêmes : raideur de la nuque et en partie du tronc sans aucun autre phénomène nerveux; tension de la fontanelle et dilatation des veines temporales superficielles; léger abaissement de la température à 36 degrés; perte de poids évidente car l'enfant pèse 195 grammes de moins que le 15 janvier. Rien du côté des autres organes.

Le 2 février, on pratique une ponction lombaire; on évacue 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien dont on ne fait pas l'examen cytologique.

Le 5 février, tous ces signes cliniques d'irritation méningée ont complètement disparu.

Depuis cette dernière crise, l'enfant toujours traitée par des injections d'huile grise et des frictions, n'a plus présenté aucun accident syphilitique, ni aucun symptôme d'irritation méningée constatable cliniquement et les nombreuses ponctions lombaires qui ont été pratiquées de temps en temps pendant trois ans, montrent que le liquide céphalo-rachidien est resté normal pendant tout ce temps.

Le 1er mars, un mois après l'apparition de la dernière crise, on pratiqua une ponction lombaire. Cyto-diagnostic. Réaction nulle. Albumine normale.

Le 1er juillet, liquide normal à ce double point de vue.

Le 19 mai 1905, l'examen des yeux montre qu'il n'y a aucune lésion de ce côté.

Le 25 mai, liquide céphalo-rachidien normal.

A cette époque, l'enfant a de l'entérite et ne présente aucun phénomène méningé clinique, ni de réaction du liquide rachidien.

Le 25 novembre, liquide normal.

Le 15 avril 1906, liquide normal.

Le 20 septembre, liquide normal.

Le 28 janvier 1907, liquide normal.

Actuellement (février 1907), l'enfant a trois ans et demi; elle est très bien portante. Son développement physique s'est fait d'une façon satisfaisante : sa taille est de 87 centimètres, elle présente cependant les signes d'un léger rachitisme : nouures peu accentuées des poignets, genu valgum léger.

Il n'existe aucun trouble moteur; pas de raideur, pas de troubles de la marche; les réflexes sont normaux. La tête est restée un peu volumineuse (47 centimètres de tour de tête), le front est bombé, la fontanelle s'est fermée il y a trois mois. Ce qui est surtout important à noter, c'est le retard du développement psychique; l'enfant n'a commencé à marcher qu'à l'âge de vingt et un mois; elle avait trente mois

lorsqu'elle a commencé à parler. Elle paraît intelligente, mais, faute d'éducation et de soins, est en retard dans son langage. Cette longue observation peut être résumée dans le tableau suivant :

DATES	AGES	PHÉNOMÈNES CLINIQUES	PONCTIONS LOMBAIRES
16 sept. 1903.	3 mois.........	*1re Crise.* — Convulsions généralisées. Raideur de la nuque, du dos et des membres. Ptosis de la paupière gauche. Signe de Kernig. Hypertension de la fontanelle. Dilatation des veines temporales superficielles. Température : 36 degrés.	Liquide en hypertension. Evacuation de 10 cent, cubes. Réaction cytologique : 30 lymphocytes par champ d'objectif $^1/_{12}$. Immers. Stiassnie. Ocul. 1. Albumine normale.
20 sept. 1903.	—	Persistance des mêmes phénomènes.	Ponction de 10 cent. cubes.
21 sept. 1903.		Les phénomènes méningés disparaissent. Durée de la crise : 5 jours.	Mêmes résultats.
3 oct. 1903.	3 mois 1/2.....	Pas de phénomène clinique appréciable.	Ponction de 3 cent. cubes. Réaction cytologique : 15 lymphocytes. Albumine normale.
16 oct. 1903.	4 mois.........	*2e Crise.* — Raideur de la nuque. Hypertension de la fontanelle. Dilatation des veines temporales.	
18 oct. 1903.	4 mois.........	Persistance de ces phénomènes. Durée de la crise : 4 jours.	Ponction de 10 centimètres cubes. Réaction cytologique : 10 lymphocytes. Albumine normale.
23 nov. 1903.	5 mois.........	*3e Crise.* — Quelques convulsions. Raideur de la nuque. Hypertension de la fontanelle. Dilatation des veines temporales. Durée de la crise : 24 heures.	Ponction de 10 cent. cubes. Réaction cytologique : 10 lymphocytes. Albumine normale.
15 déc. 1903.	6 mois.........	*4e Crise.* — Mêmes phénomènes, sauf convulsions. Durée de la crise : 24 heures.	Ponction de 10 cent. cubes. Réaction cytologique : 10 lymphocytes. Albumine normale.
12 janv. 1904.	7 mois.........	Pas de phénomène clinique appréciable.	Ponction de 3 cent. cubes. Réaction cytologique : 10 lymphocytes. Albumine normale.
1er fév. 1904.	7 mois 1/2.....	*5e Crise.* — Mêmes phénomènes que la fois précédente. Durée de la crise : 24 heures.	Ponction de 10 cent. cubes. Pas d'examen.
1er mars 1904.	8 mois 1/2.....	Aucun phénomène clinique.	Ponction de 3 cent. cubes. Réaction cytologique : nulle. Albumine normale.
25 mai 1905.	1 an et 8 mois..	Id.	Liquide normal.
25 nov. 1905.	2 ans et 2 mois.	Id.	Id.
15 avril 1906.	2 ans 1/2......	Id.	Id.
20 sept. 1906.	3 ans..........	Id.	Id.
28 janv. 1907.	3 ans et 4 mois.	Id.	Id.

En résumé, nous avons pu constater, chez un hérédo-syphilitique, l'existence d'une réaction méningée, ayant persisté pendant cinq mois et demi et dont nous avons pu suivre les diverses phases par l'étude comparative des symptômes cliniques et des résultats de la ponction lombaire.

Cliniquement, nous avons vu survenir à cinq reprises différentes des phénomènes méningés de moins en moins intenses dans leurs manifestations et leur durée; au bout de cinq mois et demi ils avaient complètement disparu pour ne plus reparaître, car nous avons suivi cette enfant pendant trois ans et nous n'avons jamais constaté le moindre retour d'accidents semblables.

La ponction lombaire nous a montré que la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, très intense au début, a diminué peu à peu pour disparaître complètement, en même temps que s'effaçaient les symptômes cliniques. Dans les années qui ont suivi ces réactions, le liquide de cette enfant a été examiné à plusieurs reprises et a toujours été trouvé normal.

Il y a donc, dans ce cas, concordance parfaite entre l'évolution des manifestations cliniques et les résultats de la ponction lombaire. Nous insistons dès maintenant sur deux points intéressants. C'est d'abord que pendant l'intervalle des crises aucun symptôme clinique ne permettait de déceler l'existence d'une réaction méningée, et cependant il était facile par la ponction lombaire de constater la persistance de la lymphocytose et, par cela même, la persistance de la lésion déterminante. En second lieu nous n'avons pas vu d'augmentation de la lymphocytose au moment des crises convulsives.

Tels sont les faits que nous avons observés; ils demandent à être interprétés.

C'est à la syphilis qu'il semble le plus naturel, dans le cas actuel, de rapporter de semblables accidents. Il faut cependant se rappeler que chez le jeune enfant de nombreuses infections peuvent s'accompagner de réactions analogues et qu'en particulier il est fréquent de constater de semblables phénomènes au cours des affections aiguës de l'appareil respiratoire, de l'intestin, au cours des otites, des oreillons, etc. Or, chez notre petite malade, et en les recherchant avec le plus grand soin, nous n'avons rencontré aucune de ces affections et les seuls signes pathologiques qu'elle ait présentés étaient ceux de la syphilis. Bien plus, alors qu'elle pouvait être considérée comme guérie à tous points de vue elle a été atteinte de diarrhée verte pendant plusieurs jours et nous n'avons pu constater chez elle à ce moment aucun symptôme nerveux, ni la moindre modification de son liquide céphalo-rachidien.

En outre, les réactions qui accompagnent les infections précédentes évoluent différemment. Elles sont en général passagères, apparaissent et disparaissent avec l'affection qui en a été l'occasion. Chez notre petite malade au contraire, nous avons vu survenir, sans cause appréciable, par série, des symptômes méningés, accompagnés d'une lympho-

cytose rachidienne, persistant malgré la disparition des signes cliniques. Ces caractères si spéciaux montrent qu'il ne s'agissait pas de phénomènes accidentels et que leur cause devait être beaucoup moins banale.

Enfin la disparition définitive de ces accidents sous l'influence du traitement mercuriel est un nouvel argument en faveur de la syphilis.

D'ailleurs, dans un cas semblable (1), nous avons pu démontrer le rôle actif de la syphilis. Sur le vivant nous avions constaté des phénomènes méningés et une grosse réaction lymphocytique du liquide céphalo-rachidien; à l'autopsie nous trouvions à la base du cerveau un exsudat séro-fibrineux très riche en spirochètes.

Dans un travail récent, Tobler (2) vient de montrer la fréquence de ces localisations chez le jeune syphilitique héréditaire, et insiste sur l'utilité de la ponction lombaire dans le diagnostic de ces lésions.

Très prochainement (15 février 1907), l'un de nous publiera, dans les *Annales de dermatologie*, les observations de nombreux syphilitiques héréditaires dont quelques-uns ont été suivis pendant plusieurs années et montrera combien sont utiles les renseignements fournis par la ponction lombaire.

A elle seule l'étude de ce cas nous fait voir la valeur diagnostique d'une lymphocytose *persistante* du liquide céphalo-rachidien, associée, chez un hérédo-syphilitique, à des phénomènes méningés *intermittents*. En effet, comme nous l'avons déjà fait remarquer, pendant l'intervalle de ces accidents, l'absence de tout phénomène clinique pouvait faire penser à l'intégrité du système nerveux, alors que la ponction lombaire démontrait, au contraire, l'existence d'altération de ce côté. Aussi, tant que persista la lymphocytose rachidienne, avons-nous traité cette enfant d'une façon intensive par des injections d'huile grise et des frictions mercurielles. Après la disparition de ces symptômes elle ne fut plus soumise qu'aux injections d'huile grise. Depuis trois ans nous n'avons vu survenir chez elle aucun accident.

Les ponctions lombaires que nous avons pratiquées dès l'apparition des troubles méningés ont également contribué, pour une grande partie, à la guérison de notre petite malade. Sous l'influence de la soustraction de quelques centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien nous avons vu disparaître très rapidement, après chaque crise nouvelle, les phénomènes convulsifs, la raideur de la nuque, en même temps que les fontanelles devenaient moins tendues et les veines superficielles du crâne moins saillantes. Il était d'autant plus utile de faire disparaître rapidement ces accidents qu'à chaque crise convulsive le poids de l'enfant diminuait, la température s'abaissait et l'état général devenait mauvais; la crise passée, l'enfant regagnait en quelques jours tout ce qu'elle avait perdu.

(1) P. Ravaut et Ponselle. Contribution à l'étude des lésions encéphalo-méningées chez le nouveau-né syphilitique, Soc. méd. des hôpit., 12 janv. 1906.

(2) Tobler. Sur la lymphocytose du liquide cérébro-spinal dans la syphilis héréditaire et sa signification clinique, *Jahr. f. Kinderh.*, LXIV, 1906.

Et cependant, aussi précoce et intense qu'aient été le diagnostic et le traitement, nous n'avons pu empêcher l'apparition de quelques troubles dans le développement de notre petite malade; elle n'a marché qu'à vingt et un mois, elle n'a pu prononcer clairement quelques mots qu'à trente mois, la fontanelle ne s'est soudée que vers l'âge de trois ans, le front est encore bombé. L'intelligence paraît cependant assez vive et il est fort probable que le développement physique et psychique de cette enfant eût été plus rapide, si, élevée dans un autre milieu, elle y avait été l'objet des soins spéciaux que nécessitait son état.

MÉDECINE PRATIQUE

UNE NOUVELLE FORMULE D'HUILE GRISE

Par le docteur Queyrat,
Médecin de l'hôpital Cochin [annexe (1)].

L'huile grise a été violemment attaquée dans ces derniers temps : j'ai dit et ne cesserai de répéter que ce n'est pas le médicament, ni la méthode qu'il faut incriminer, mais la manière dont les médecins l'emploient et l'appliquent. Une des raisons qui font que l'huile grise est d'un emploi un peu délicat, c'est qu'on a promulgué comme un dogme qu'il faut avoir une huile compacte, solide, à la température ordinaire (+ 15) et, par une contradiction assez singulière, cette huile grise, on la fait compacte, on la met à l'état de mastic, pour ensuite la liquéfier en la mettant au bain-marie à la température de 30 degrés; mais cette immersion au bain-marie a un inconvénient considérable, c'est la précipitation du mercure dans les parties inférieures et si l'huile grise n'est pas très bien agitée, il s'ensuit que la dernière quantité du flacon contient une proportion excessive de mercure.

Je ferai remarquer, d'autre part, que le bain-marie n'a pas toujours la température de 30 degrés, elle est parfois de 40, voire même de 50 degrés; des médecins pressés m'ont même dit qu'ils trempaient parfois le flacon dans l'eau presque bouillante; dans ces conditions la précipitation du mercure est encore plus considérable. Voici la preuve de ce que j'avance :

Ce flacon contient de l'huile grise de Lafay, dont la formule est la suivante :

Mercure purifié	40 gr.
Lanoline anhydre pure stérilisée	12 —
Vaseline blanche	13 —
Huile de vaseline médicale stérilisée	35 —

Ce flacon a été immergé pendant cinq minutes dans de l'eau à la température de 50 degrés. Vous voyez que son contenu s'est séparé en trois zones qui se confondent insensiblement : une zone supérieure légèrement translucide, une zone moyenne grisâtre, une zone inférieure d'un blanc argenté.

J'ai prié mon interne en pharmacie de l'hôpital Cochin-annexe, M. Lemeland, de prélever des échantillons dans chacune des trois zones et d'en doser la teneur en mercure. Voici les résultats qu'il a obtenus. Au lieu de 40 p. 100, la partie supérieure n'a plus que 18 p. 100 Hg; la partie moyenne 32,5; tandis que la partie inférieure contient 65 p. 100.

Il semble donc qu'il y aurait grand intérêt à empêcher cette précipitation du mercure par l'action du bain-marie et d'avoir une huile grise qui resterait fluide à la température de 15 degrés.

Lorsqu'on cherche à savoir pourquoi les promoteurs de la formule que je vous citais tout à l'heure ont désiré une huile

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

solide à la température ordinaire, on apprend que c'était d'abord pour éviter les chances d'embolie, puis pour assurer au mélange une stabilité parfaite.

Or, les chances d'embolie sont nulles ou à peu près lorsqu'on fait — comme on doit toujours le faire — les injections d'huile grise en deux temps. Mais combien souvent n'avons-nous pas injecté, les uns et les autres, des huiles autrement fluides, telles les huiles lécithinées, sans aucun incident? Cette raison n'est pas valable.

Elle l'est d'autant moins, elle est même d'autant plus un non-sens qu'on liquéfie l'huile par la chaleur.

Quant à dire que la solidification assure au mélange une stabilité parfaite, rien n'est moins exact puisqu'il suffit de le chauffer un peu au-dessus de 30 degrés pour précipiter le mercure.

Le desideratum à réaliser serait donc d'avoir une huile grise bien homogène et liquide à la température de + 15.

C'est ce que j'ai demandé à M. Lafay de me préparer en employant uniquement comme excipient la lanoline et l'huile de vaseline, et en éliminant la vaseline, qui donne la consistance mastic.

M. Lafay a fait avec beaucoup de patience et de tâtonnements une série de mélanges, et de tous les échantillons qu'il m'a envoyés il en est un qui me paraît un progrès sensible sur les autres variétés jusque-là employées. En voici la formule (la teneur en mercure reste toujours, bien entendu, de 40 p. 100).

Mercure purifié..................	40 grammes
Lanoline anhydre pure et stérilisée..	13gr50
Oléo-naphtine (1)..................	46gr50

Cette huile grise est parfaitement homogène, elle commence à se liquéfier à + 12, elle est bien liquide à + 15, et il suffit de l'agiter pour accroître sa liquéfaction et répartir plus également le mercure, d'ailleurs, ainsi que vous pouvez le constater sur cet échantillon, il n'y a aucun précipité, tandis qu'en regardant ce tube de l'ancienne huile grise de Lafay il présente, après immersion de dix minutes au bain-marie à + 40, un abondant précipité de mercure, et au microscope on y voit un grand nombre de gouttelettes mercurielles.

J'emploie cette huile depuis six semaines; elle est admirablement tolérée, n'occasionne aucune douleur, et j'insiste sur ce point parce qu'on avait raconté qu'il y avait avantage à faire tiédir l'huile pour la rendre plus supportable.

Cette nouvelle huile non chauffée et fluide à la température de + 15 est, je le répète, très bien supportée et n'occasionne aucune douleur.

J'ai tenu à vous présenter cette modification de formule de l'huile grise, car elle me paraît réaliser un sérieux progrès en évitant la précipitation du mercure et l'injection dans les dernières parties du mélange d'une quantité trop considérable de mercure, et la production possible d'accidents lorsque le médecin n'avait pas le soin d'agiter fortement le flacon.

(1) L'oléo-naphtine préparée par M. Lancelot est une huile de vaseline pure ayant toujours la même densité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1907)

Nouvelle contribution à l'étude des trypanosomiases du Haut-Niger. — M. A. LAVERAN décrit dans cette note une espèce nouvelle qu'il propose de désigner sous le nom de Trypanosoma Pecaudi.

L'autopsie de l'éléphant Sahib. — M. Ed. PERRIER et Mme PHISALIX ont participé à l'autopsie de l'éléphant Sahib, le plus gros des éléphants d'Afrique vivant en Europe. Il en résulte que l'animal ne présentait aucune maladie chronique, aucun indice de tuberculose et qu'il est mort d'une congestion pulmonaire intense généralisée à toute la masse des deux poumons, et accompagnée d'une pleurésie avec double épanchement.

Constitution chimique du bacille de Koch et de sa matière unissant ses rapports avec l'acido-résistance. — MM. Jules AUCLAIRE et Louis PARIS.

Élection. — L'Académie a procédé à l'élection d'un membre à la place devenue vacante dans la section des académiciens libres par suite du décès de M. Bichoffsheim. Le prince Roland Bonaparte a été élu par 37 suffrages contre 18 à M. Tannery, 6 à M. Carpentier, 4 à M. Tesserenc de Bort et 3 à M. le professeur Cornil.

— L'Académie a nommé une commission qui rédigera les instructions nécessaires pour la nouvelle expédition antarctique que projette le docteur Jean Charcot.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1907)

M. VARIOT présente des radio-photographies à propos de la dernière communication de M. Voisin qui avait soutenu que la persistance des cartilages interdiaphyso-épiphysaires appartient au **myxœdème** et non à l'achondroplasie. Les radiographies présentées par M. Variot semblent aller à l'encontre de cette opinion.

Intoxication mortelle par injection d'huile grise. — M. ŒTTINGER apporte une nouvelle observation d'intoxication mercurielle survenue chez une jeune femme traitée par les injections d'huile grise. On ne lui fit que trois injections suffisamment espacées, mais à doses beaucoup trop fortes.

M. QUEYRAT donne, à ce propos, la formule d'une préparation d'huile grise que nous avons publiée plus haut.

Méningite zonateuse tardive dans un cas de zona ophtalmique. — MM. A. CHAUFFARD et H. RENDU. Une femme de trente-huit ans entre à l'hôpital au cinquième jour d'une maladie caractérisée par une céphalée intense, des névralgies très douloureuses de toute la moitié gauche de la face, et une éruption vésiculeuse localisée aux ailes du nez et à la tempe gauche. Le diagnostic de zona ophtalmique étant posé, l'on fait de suite une ponction lombaire; le liquide retiré s'écoule en gouttes lentes, et après centrifugation, est reconnu normal. Le lendemain on trouve de la raideur de la nuque et une contracture douloureuse très marquée de tous les muscles de la région cervicale ; les mouvements de flexion sont impossibles à faire exécuter; de plus, on trouve le pouls ralenti à 56 pulsations; la céphalée est toujours très intense; il n'y a cependant pas de signe de Kernig. Une deuxième ponction lombaire ramène alors, au septième jour de la maladie, un liquide peu albumineux, mais contenant une quantité considérable de lymphocytes. La maladie évolue d'ailleurs normalement et la guérison est complète au bout de douze jours.

Ce fait permet de suivre l'évolution du processus pathogénique avec la lésion initiale du ganglion, puis l'infection ascendante de la racine postérieure et de la méninge. La lymphocytose n'est donc pas un symptôme direct du zona. Elle n'est que la conséquence d'une complication méningitique secondaire et qui peut être tardive. De plus, la méningite semble dans le cas présent avoir été uniquement cervicale, et il est intéressant de noter à ce propos la corrélation régionale qui unit la topographie du signe de Kernig au siège du zona. La localisation cervicale de l'hypertonie musculaire s'associe dans notre cas à un zona ophtalmique, de même que dans un zona thoraco-abdominal à méningite tardive, dont l'observa-

tion fut publiée en 1905 par Chauffard et Rivet, le signe de Kernig avait une localisation nettement spinale inférieure.

Dysostose cléido-cranienne. — MM. Jules et Roger Voisin et Macé de Lépinay relatent le cas d'un sujet, âgé de seize ans, qui présente, en outre d'une gibbosité accentuée, les caractères de cette maladie isolée par M. Pierre Marie, c'est-à dire : persistance des fontanelles, absence de soudure des divers os du crâne entre eux, front proéminent et surplombant le massif facial; enfin, absence d'ossification des clavicules, qui ne sont représentées que par du tissu fibreux. La malade a en outre une double luxation congénitale du radius. La radiographie permet de reconnaître un retard d'ossification de la main. On a pu voir sur une radiographie du crâne les circonvolutions cérébrales à travers la substance fibreuse.

Purpura rhumatoïde tuberculeux avec fluxions pleurales, survenu spontanément, puis réveillé par des injections de tuberculine. — MM. Mosny et Harvier rapportent l'observation d'un malade jeune, bien portant jusque-là, qui fut pris brusquement de douleurs articulaires accompagnées d'œdème et d'une éruption purpurique des membres inférieurs. Il s'agissait en somme d'un purpura rhumatoïde, à l'origine duquel on ne retrouvait ni infection, ni intoxication. Cependant un examen minutieux des poumons permettait de reconnaître des signes d'infiltration tuberculeuse pleuro-pulmonaire tout au début, localisés au niveau d'un sommet et de la base correspondante. Le purpura fut suivi, à quelques jours d'intervalles, d'œdème et d'épanchement pleural bilatéral très mobile et très fugace. Puis manifestations cutanées et pleurales rétrocédèrent sous la seule influence du repos au lit, mais réapparurent à deux reprises, dès que le malade se levait. Enfin, deux injections de tuberculine, à la dose de 1/5 de milligramme, furent suivies chacune, au début de la réaction thermique (qui fut d'ailleurs classique), d'une nouvelle poussée de purpura et de fluxions pleurales. Les auteurs insistent sur cette dernière particularité, et sur les rapports du purpura rhumatoïde avec le rhumatisme tuberculeux.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 7 février 1907)

Deux cas de signe d'Argyll sans lymphocytose céphalo-rachidienne. — M. Babinski. S'il est vrai que d'habitude le signe d'Argyll coexiste avec la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, l'auteur a rencontré, le mois dernier, deux malades présentant le signe d'Argyll avec abolition des réflexes rotuliens chez lesquels la ponction lombaire a donné un résultat négatif.

Poliomyélite ou hématomyélie. — MM. Oppert et Schmiergel. Trois jours après une chute d'automobile, sur le siège, le malade fut pris de paraplégie complète des membres inférieurs, sans troubles sphinctériens. La paraplégie reste, depuis six mois, stationnaire. On pourrait penser à une poliomyélite, mais il n'y a pas eu de fièvre initiale. L'absence de troubles sensitifs cadre mal avec l'hypothèse d'une hématomyélie. Le malade distingue mal le chaud du froid, mais aussi bien aux membres supérieurs qu'aux inférieurs. Enfin, les muscles présentent la réaction de dégénérescence (électrique).

Quant à l'étiologie, le malade présente une choroïdo-rétinite pigmentaire, analogue à celle de la syphilis, mais sans nul autre signe de syphilis.

Myasthénie bulbo-spinale améliorée par l'opothérapie hypophysaire et ovarienne. — MM. Delille et Vincent. Après avoir pris pendant plusieurs mois 20 centigrammes de poudre totale d'hypophyse et 40 de poudre totale d'ovaire, une malade de vingt et un ans, atteinte de myasthénie bulbo-spinale, présenta une amélioration considérable. — M. Sicard a obtenu un résultat remarquable par l'opothérapie thymique; le malade qu'il a présenté avec M. Raymond à la Société semble, depuis cinq ans, complètement guéri.

Sclérose latérale amyotrophique ou Charcot-Marie. — M. Lejonne. A l'âge de treize ans, le malade commença une amyotrophie des mains, et huit mois plus tard, des extrémités inférieures. Il a aujourd'hui quinze ans : l'atrophie s'est peu étendue : elle s'accompagne d'une exagération considérable de tous les réflexes tendineux, sans signes de Babinski ni d'Oppenheim. Rien n'indique que les cordons postérieurs soient atteints.

M. Marie fait remarquer que s'il s'agissait d'un « Charcot-Marie » le début se serait fait par les membres inférieurs ; les supérieurs n'auraient été atteints qu'après de longues années.

M. Déjerine dit que l'atrophie lui semble non à topographie radiculaire mais plutôt segmentaire, comme celle des névrites à marche très lente.

Tabes avec signes oculaires sans lymphocytose céphalo-rachidienne. — M. Grenet rapporte l'histoire d'un malade, atteint, depuis huit années, d'ophtalmoplégie externe et interne, avec atrophie papillaire et amaurose complètes à droite, incomplètes à gauche. Il présente, en outre, des douleurs fulgurantes, l'abolition des réflexes olécraniens et rotuliens, sans lymphocytose céphalo-rachidienne.

Un cas de méningo-radiculite.— MM. Raymond et Oppert. A la suite d'une entorse, et sans maladie antérieure, une femme de trente et un ans fut prise, voici deux ans et demi, de douleurs fulgurantes, puis d'une paralysie flasque avec anesthésie superposée, dans le domaine des racines lombo-sacrées. En l'absence d'ataxie, de signe d'Argyll, les auteurs pensent à une méningo-radiculite, peut-être spécifique, à cause de l'existence d'une lymphocytose céphalo-rachidienne de moyenne abondance.

Troubles de la phonation sans symptômes du côté des membres, probablement par syndrome pseudo-bulbaire. — M. Lamy. Les deux malades que présente l'auteur parlent difficilement, leur parole est embrouillée sans gros troubles intellectuels, l'émotivité est exagérée. Ces troubles sont probablement dus à des lacunes cérébrales, donnant un syndrome pseudo-bulbaire fruste, sans symptômes du côté des membres. L'examen laryngoscopique n'a pas décelé de paralysie, mais une simple fatigabilité des muscles phonateurs. Enfin, l'un des malades présente une paralysie faciale avec intégrité du pancréas.

Sur la pathogénie du tremblement mercuriel. — MM. Guillain et Laroche. Les deux malades que montrent les auteurs présentent le tremblement mercuriel alors qu'ils sont soustraits à l'intoxication depuis une trentaine d'années. On trouve de plus, chez eux, de la diadococynésie, et l'exagération des réflexes tendineux. La constatation, faite par divers auteurs, de traces de mercure dans le liquide céphalo-rachidien et la lymphocytose, les lésions du névraxe expérimentalement provoquées chez le lapin par l'intoxication mercurielle, plaident en faveur de l'origine toxique du tremblement mercuriel que Charcot regardait comme hystérique. Sa longue persistance, dans les cas actuels, indiquerait une lésion définitive du névraxe.

Sur un cas de tabes en évolution chez un ancien hémiplégique syphilitique. — MM. Guillain et Laroche. Le malade, actuellement âgé de quarante-trois ans, eut, en 1902, une hémiplégie qui rétrocéda rapidement par le traitement antisyphilitique. Ultérieurement s'est développé un tabes avec abolition des réflexes rotuliens et achilléens, signe de Romberg, légère ataxie, ophtalmoplégie interne. Du côté contracturé, l'exagération des réflexes du membre supérieur et le

signe de Babinski indiquent seuls l'ancienne hémiplégie : le tabes ayant aboli les réflexes rotulien et achilléen.

Opothérapie hypophysaire. — MM. Lévy et de Rothschild. L'administration en cachets de poudre totale d'hypophyse à dose de 10 centigrammes, a donné de bons résultats chez une arriérée et une idiote avec crises convulsives et dans un cas de maladie de Little.

Reprise de paraplégie sur une ancienne paralysie infantile. — M. Crouzon présente un homme de quarante ans, atteint, à l'âge d'un an, de paralysie infantile des membres inférieurs. Depuis l'âge de dix-huit ans jusqu'à maintenant, il a été pris neuf fois de paralysie spasmodique transitoire.

Néoplasme cérébral débutant par une hémianopsie suivie six mois plus tard par un syndrome thalamique avec hémiplégie. — MM. Claude et Rose. Chez un homme de trente-deux ans, probablement tuberculeux, est apparue, il y a un an, une hémianopsie homonyme latérale gauche, avec six mois plus tard, une hémiplégie gauche avec hémianesthésie du type cérébral, avec crises douloureuses, crises convulsives, stase papillaire.

Crises convulsives, probablement hystériques, accompagnées d'hématémèses. Somnambulisme ancien et fugues. — MM. Claude et Rose. La malade, âgée de vingt-cinq ans, est atteinte depuis six ans de crises convulsives, ayant les caractères de l'hystérie, mais avec perte de connaissance. Depuis quatre ans, elles sont suivies d'hématémèses sans signes gastriques et n'offrant aucun rapport avec les règles.

Atrophie ou agénésie du cervelet coïncidant avec des lésions cérébrales. — MM. Thomas et Cornélius. Chez un sujet présentant une lésion de la face inférieure du cerveau, avec conservation en grande partie, des circonvolutions périrolandiques et de la voie pyramidale, les auteurs ont constaté une atrophie du cervelet, prédominante dans le lobe quadrilatère. Les cellules de Purkinje, disparues sur la face supérieure du cervelet, reparaissent graduellement au fur et à mesure qu'on se rapproche de sa face inférieure. L'amygdale et le flocculus sont intacts. Il y a, de plus, atrophie de la protubérance, lésions des noyaux dentelés et du point atrophié du pédoncule cérébelleux moyen et de l'olive opposée, seulement dans son tiers supérieur, enfin, diminution du faisceau central de la calotte.

Les lésions ne présentent aucun caractère régressif ; s'agit-il d'agénésie ou d'atrophie ? Enfin ne pourrait-on établir une corrélation entre certaines parties du cerveau et du cervelet ?

Coexistence d'une paralysie spinale infantile et d'une hémiplégie cérébrale spasmodique. — M. Rossi montre les photographies du cerveau et de coupes de la moelle d'un homme présentant : 1° une myélite sacro-lombaire, avec atrophie de la corne antérieure et des racines ; 2° ramollissement cérébral bilatéral (de chaque côté du sillon interhémisphérique, atrophie des cordons antéro-latéraux).

Paramnésie chez une épileptique. — M. Claude. Une épileptique présente au début de ses crises, une sensation de déjà vu, très intense, la sensation de s'être déjà trouvée dans les conditions actuelles, il s'agit là d'un phénomène semblant se produire spontanément, en dehors de toute auto-suggestion ou travail intellectuel.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 9 février 1907)

Sur une forme rectiligne du spirochète pâle de Schaudinn, sa présence dans les lésions tertiaires. — D'après M. Ch. Fouquet, on peut décrire au spirochète pâle deux aspects morphologiques principaux. La forme spiralée couramment observée serait une forme jeune, active, la forme rectiligne déjà vue par quelques auteurs serait plus tardive, peut-être cadavérique. On les observe dans les lésions tertiaires. L'auteur les a vus en amas « zooglée » dans une capsule surrénale d'hérédo-syphilitique porteur de lésions tertiaires. Dans les vaisseaux, les spirochètes rectilignes constituaient des embolies. M. Fouquet précise que les embolies sont en rapport avec la formation de gommes.

Lésions rénales, hépatiques et intestinales au cours de l'intoxication mercurielle massive. — M. Noël Fiessinger a étudié d'une façon comparative l'évolution des lésions rénales, hépatiques et intestinales dans l'intoxication mercurielle expérimentale. Les lésions rénales sont de beaucoup les plus précoces, certains tubes paraissent déjà fortement lésés après une heure d'intoxication.

Au début, on observe une tuméfaction trouble du cytoplasma des tubes contournés ; les bordures en brosse résistent, puis tombent en fragments dans la lumière des tubes en même temps que les amas granuleux. Ces lésions apparaissent très rapidement, et sont presque toujours parcellaires. Il n'existe aucun rapport entre la durée de l'intoxication et leur intensité. L'intensité des altérations paraît bien plutôt dépendre de l'absorption rapide de doses massives.

Les lésions hépatiques plus tardives apparaissent après deux ou trois heures et consistent dès le début en une dégénérescence granuleuse monocellulaire qui ne tarde pas à se généraliser.

Quant aux ulcérations intestinales, l'auteur ne les a retrouvées qu'après vingt-quatre heures d'intoxication et d'une façon irrégulière, elles consistent en ulcérations coliques transversales. Ces recherches permettent en partie de comprendre la genèse des accidents cliniques qui apparaissent dans l'intoxication mercurielle.

Influence de la lumière sur la marche nychthémérale de la température normale. Conclusions sur les autres influences. — Dans cette troisième note, le docteur Maurel explique comment il a été conduit à considérer la *lumière* comme contribuant à élever la température, mais, de plus, il rappelle d'abord les points principaux résultant de ses expériences et qui viennent d'être appuyés par les observations récentes de MM. Toulouse et Piéron, et aussi les points sur lesquels leurs conclusions diffèrent des siennes. Enfin, il termine en citant les conclusions de son travail de 1889, montrant ainsi, d'une part, que ses conclusions étaient restées limitées au lapin, animal sur lequel il avait opéré, et, d'autre part, que quelques-uns des résultats différents des siens, obtenus par MM. Toulouse et Piéron, notamment en ce qui concerne l'importance variable des divers facteurs du maximun thermique, avaient été prévus dans les considérations qui suivent ses conclusions.

Dérivés de la céphaline. — M. Cousin a étudié les dérivés azotés qui se forment dans la décomposition de la céphaline, principe phosphoré analogue à la lécithine retiré du cerveau mais insoluble dans l'alcool. Il a constaté que les corps azotés étaient constitués exclusivement par la choline, alcali qui se forme également dans l'hydrolyse de la lécithine.

Le collargol en injections intra-musculaires. — Dans certaines circonstances, il est impossible de pratiquer des injections sous-cutanées de collargol. On peut alors, comme le propose M. Capitan, essayer les injections profondes dans les muscles de la fesse, et particulièrement dans le tiers supérieur de la fesse. Ces injections sont peu douloureuses et ne laissent qu'exceptionnellement à leur suite des nodosités.

Influence de la ligature des vaisseaux mésentériques sur l'intestin et le développement de l'organisme. — Pour MM. Charrin et Monier-Viñard, si on lie les artères mésentériques de la portion terminale de l'intestin grêle de jeunes

-apins, on constate que leur poids reste stationnaire. A l'autopsie, l'intestin grêle ne présente plus de mouvements péristaltiques dans le segment correspondant à la ligature; histologiquement, on constate surtout: 1° une atrophie de la tunique musculaire externe; 2° de la congestion du foie, à prédominance sus-hépatique; 3° de la sclérose périportale.

Les troubles du développement sont dus: 1° aux troubles de l'absorption par suppression du péristaltisme; 2° à l'auto-intoxication ou l'infection qui amène des lésions secondaires du foie.

Autres communications:

Etude sur les constituants colloïdes des humeurs de l'organisme. Le liquide céphalo-rachidien normal. — M. Iscovesco.

Sur les moyens de caractériser l'éther dans le sang et les tissus lors de l'anesthésie par cette substance. — M. Nicloux.

Nature et origine des cellules épithélioïdes. — M. Speroni.

Helminthiase extra-intestinale et néoplasmes malins chez le rat. — M. Regaud.

A propos de la microbiologie de la coqueluche. — M. Cavasse.

Du rôle du foie dans la formation des chromogènes indoxyliques. — MM. Gautier et Hervieux.

Action du collargol sur le pouvoir glycolytique du sang. — MM. Lépine et Boulud.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 18 AU 23 FÉVRIER 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 18 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique: MM. Segond, Cunéo et Pierre Duval.

3e (1re partie, oral, 1re série): MM. Kirmisson, Wallich et Branca; — (2e série): MM. Reclus, Retterer et Potocki; — M. André Broca, suppléant.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu*: MM. Terrier, Gosset et Proust; — (2e partie): MM. Joffroy, Legry et Marcel Labbé; — M. Claude, suppléant.

Mardi 19 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique: MM. Poirier, Hartman et Auvray.

3e (1re partie, oral, 1re série): MM. Pozzi, Ribemont-Dessaignes et Thiéry; — (2e série): MM. Albarran, Launois et Brindeau; — (2e partie): MM. Joffroy, Thiroloix et Renon.

4e: MM. Gilbert, Thoinot et Méry; — M. Vaquez, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série): MM. Le Dentu, de Lapersonne et Morestin; — (2e série): MM. Berger, Faure et Marion; — M. Dupré, suppléant.

Mercredi 20 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique: MM. Delens, Sébileau et Legueu.

3e (1re partie, oral, 1re série): MM. Pinard, Retterer et Mauclaire; — (2e série): MM. Terrier, Lepage et Branca; — (3e série): MM. Tuffier, Potocki et Cunéo; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 21 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re série): MM. Le Dentu, Thiéry et Morestin; — (2e série): MM. Poirier, Faure et Marion.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique: MM. Chantemesse, Fernand Bezançon et Maillard.

3e (1re partie, oral, 1re série): MM. Berger, Ribemont-Dessaignes et Launois; — (2e série): MM. Pozzi, Retterer et Brindeau.

4e: MM. Pouchet, Dupré et Langlois; — M. Gouget, suppléant.

Vendredi 22 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (1re série): MM. Terrier, Sébileau et Gosset; — (2e série): MM. Reclus, Cunéo et Proust.

3e (1re partie, oral): MM. Segond, Potocki et Branca; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie), *Clinique Baudelocque*: MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Legry, suppléant.

Samedi 23 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique: MM. Berger, Thiéry et Marion.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique: MM. Joffroy, Fernand Bezançon et Desgrez.

3e (1re partie, oral, 1re série): MM. Le Dentu, Ribemont-Dessaignes et Retterer; — (2e série): MM. de Lapersonne, Maygrier et Launois; — (3e série): MM. Poirier, Faure et Brindeau; — M. André Broca, suppléant.

5e (1re partie), *Beaujon* (1re série): MM. Raymond, Thiroloix et Méry; — (2e série): MM. Chantemesse, Vaquez et Jeanselme; — (3e série): MM. Robin, Renon et Gouget; — M. Morestin, suppléant.

THÈSES

Mercredi 20 février 1907, à une heure. — M. Louis Legendre. Etude des fonctions gastriques au cours des sténoses œsophagiennes. (MM. Brissaud, président; Déjerine, Teissier et Balthazard.) — M. René Cornélius. De l'atrophie cérébelleuse croisée. (MM. Déjerine, président; Brissaud, Teissier et Balthazard.) — M. Roussy. Les couches optiques. Etude physiologique, anatomique et clinique. (MM. Déjerine, président; Brissaud, Teissier et Balthazard.) — M. G. Rottenstein. Sur le traitement des cavités osseuses d'origine ostéomyélitiques. (MM. Kirmisson, président; Reclus, Segond et Pierre Duval.) — M. Harriet. Contribution à l'étude des iritis chroniques. (MM. Reclus, président; Kirmisson, Segond et Pierre Duval.) — M. Henri Louis. Contribution à l'étude de l'ostéo-sarcome du coude. (MM. Segond, président; Kirmisson, Reclus et Pierre Duval.) — M. René Provansal. De la mort subite, rapide et précoce des nouveau-nés. (MM. Gaucher, président; Roger, Claude et Marcel Labbé.) — M. Etienne Job. Etude sur l'ulcus rodens de la peau. (MM. Gaucher, président; Roger, Claude et Marcel Labbé.) — M. René Dupuy. Quelques considérations sur les méthodes préventives de la syphilis (MM. Gaucher, président; Roger, Claude et Marcel Labbé.)

Jeudi 21 février 1907 à une heure. — M. René Broc. Contribution à l'étude de la gastro-succorrhée. (MM. Debove, président; Robin, Thoinot et Jeanselme.) — M. Casimir Caire. La déclaration obligatoire de la tuberculose. (MM. Robin, président; Debove, Thoinot et Jeanselme.) — M. R. Merry. Etude clinique de quelques formes rares de péritonite tuberculeuse. (MM. Thoinot, président; Debove, Robin et Jeanselme.)

L'enfant. — Organes du nouveau-né; leurs fonctions pendant l'enfance; la croissance, par P. Bézy, professeur de clinique infantile à la Faculté de médecine de l'Université de Toulouse. In-8. — Prix: 1 fr. 25. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gerant: Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 19. — JEUDI 14 FÉVRIER 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 14 FÉVRIER 1907. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 11 février 1907 : MM. Bienvenue, Deroide, Doré, Duchet-Suchaux, Jolivet et Samson, 11 ; Alexandre (Paul), 10 ; Vaury, 6.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. (PATHOLOGIE INTERNE ET MÉDECINE LÉGALE.) — *Leçon orale de trois quarts d'heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — *Séance du 11 février.* — M. Bertin (toutes les facultés de province) : « Le sang des diabétiques. » — M. Bernard (Paris) : « Les arthropathies nerveuses. »

— (CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS.) — Liste des candidats inscrits :

CHIRURGIE. — *Paris :* MM. Alglave, Baudet, Baumgartner, Chevassu, Chevrier, Dujarier, Guibé, Hallopeau (Paul), Lapointe, Lecène, Lenormant, Mercadé, Ombredanne, Piquand, Savariaud et Schwartz.

Montpellier : MM. David, Delage, Martin et Riche.

Nancy : M. Sencert.

Bordeaux : MM. Duvergey, Guyot, Petit et Rocher.

Lille : MM. Colle (J.-E.), Debeyre, Drucbert, Potel et Vanverts.

Lyon : MM. Cavaillon, Delore, Desgouttes, Duroux, Gauthier, Laroyenne, Latarjet, Leriche, Molin, Muller, Pinatelle, Rivière, Tavernier, Thévenot et Violet.

Toulouse : MM. Caubet (Henri) et Dambrin.

ACCOUCHEMENTS. — *Paris :* MM. Cathala, Coudert, Couvelaire, Delestre, Devraigne, Guéniot (P.-R.), Jeannin (Cyrille), Le Lorier, Lequeux, Macé (O.), Rudaux et Sauvage.

Bordeaux : MM. Lafond, Péry et Pouliot.

Lyon : MM. Gonnet, Plauchu, Trillat et Voron.

Toulouse : MM. Fournier, Garipuy (L.) et Gilles.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Aragon, Colin, Dive, Leroux, Morisse, Sonrel et Toutain (de Paris), Allard (de Duclair), Audouin (de Bordeaux), Bourgeois (d'Eu), Chauvin (de Puget-ville), Christine (d'Asnières), Gouffier (de Neuilly), Groussin (de Bellevue), Laurent (de Bois-Colombes), Moreaux (de Donchery), Pilatte (de Nice), Vauthier (de Marseille).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Barlerin, Bezançon, Bigaignon, Broudic, Chenais, Clément, Laffitte, Lafont, Laigre, Lévy, Logez-Duc, Miropolswki, de Montméja, Moreau, Morel et Pagès (de Paris), Adda (d'Asmerès), Béhague (d'Arras), Baudoin (de Tours), Bloch (de Neuilly), Boileau (de Limoges), Bouan (de Toulouse), Brugeille (de Bordeaux), Chassaigne (de Verdelais), Clerc (d'Angers), Coubronne (de Hem), Coulon (de Vitry-sur-Seine), Créhange (de Longwy), Crouzet (de Paulhan), Debève (de Lille), Degroote (de Nice), Francq (d'Amiens), Gibert (de Commentry), Girard (de Veules-les-Roses), Guetschel (de Nice), Hellian (de Chitenay), Joly (de Saint-Nicolas), Juvigny (de Chouzé), Layral (de Saint-Etienne), Le Coquil (de Châteauneuf-du-Faon), Maillefert (de Chalindrey), Malet (de Bordeaux), Meurisse (de Vannes), Murat (de Port-Vendres), Naussac (de Villars), Nodot (d'Auxerre), Ott (de Lillebonne), Ousset (de Toulouse), Paulet (de Saint-Maurice), Perrin (de Billancourt), Pichenot (d'Avignon), Pieri (de Marseille), Roblat (de Charenton), Soudée (de Châtillon-sur-Indre), Théret (de Tincques), Volpert (de Stenay).

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Les médecins aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent ont été promus au grade de médecin aide-major de première classe, pour prendre rang du 1er février 1907, et ont été, par décision ministérielle, maintenus à leurs postes actuels :

MM. Hornus et Paitre, de l'hôp. milit. du Val-de-Grâce : Hugel, 120e d'inf.; Mahaut, 46e d'inf.; Tureau, 2e d'art.; Simonin, 27e drag.; Mandoul, 25e drag.; Chauliac, 12e cuir.; Louis, 3e spahis ; Roubaud, 13e cuir.; Guionie, des sap.-pomp.; Hornus, 23e d'art.; Causeret, 13e d'art.; Rigal, 158e d'inf.; Peutot, 5e huss.; Chatin, 125e d'inf.; Drouet, 29e drag.; Maillard, 54e d'inf.; Coulon, 8e huss.; Troché, 8e drag.; Per-

drizel, 55ᵉ d'inf.; Rayot, 82ᵉ d'inf.; Pernin, 12ᵉ bat. chass.; Cazottes, 4ᵉ chass. d'Af.; Bloch, 13ᵉ d'inf.; Vuillemot, 17ᵉ d'art.; Nicard, 16ᵉ chass.; Malmonté, 15ᵉ bat. chass.; Martin, des hôp. milit. de Tunisie; Balme, 28ᵉ bat. chass.; Cazeneuve, des hôp. milit. d'Oran; Rolin, 5ᵉ chass.; Geay, des hôp. milit. d'Alger; Coyé, 90ᵉ d'inf.; Lannes-Dehore, 7ᵉ drag.; Zemb, 150ᵉ d'inf.; Renaud, 16ᵉ d'inf.; Fulcrand, 7ᵉ bat. chass.; Villard, 114ᵉ d'inf.; Dizac, 63ᵉ d'inf.; Royer, 8ᵉ d'art; Talpain, 25ᵉ d'inf.; Guillois, 1ᵉʳ d'inf.; Reynaud, 36ᵉ d'inf.; Larroque, 15ᵉ d'inf.; Bargeton, 13ᵉ huss.; Croidieu, 97ᵉ d'inf.; Yvert, 3ᵉ cuir.; Grondone, 112ᵉ d'inf.; Perrier, 141ᵉ d'inf.; Regnault, 56ᵉ d'inf.; Saupiquet, 68ᵉ d'inf.; Remy, des hôp. milit. de Constantine; Groc, 142ᵉ d'inf.; Ducos, 80ᵉ d'inf.; Perrot, des hôp. milit. d'Oran; Charrier, 19ᵉ d'inf.; Jammes, 59ᵉ d'inf.; de Sauvejunte, 14ᵉ d'inf.; Rudler, 4ᵉ d'inf.; Trèves, 43ᵉ d'inf.; Querleux et Clerc, des hôp. milit. de Tunisie; Chon, 37ᵉ d'art.; Lémonon, 133ᵉ d'inf.; Pilliot, 6ᵉ huss.; Gary, 18ᵉ chass.; Delahousse, des hôp. milit. d'Oran; Laloy, 25ᵉ d'art.; Péridier, 12ᵉ chass.; Eybert, 42ᵉ, d'inf.; Sanson, 143ᵉ d'inf.; Ortal, 81ᵉ d'inf.; Dellys, des hôp. milit. d'Oran; Fonsagrives, 139ᵉ d'inf.; Cordier, des hôp. milit. de Constantine; Biros, des hôp. milit. d'Oran; Dufils. 117ᵉ d'inf.; Salètes, 116ᵉ d'inf.; Pouchet, 10ᵉ huss.; Le Petit, 10ᵉ d'art.; Orticoni, 15ᵉ chass.; Charton, 155ᵉ d'inf.; Lefèvre, 105ᵉ d'inf.; Donius, 21ᵉ bat. chass.; Martin, 4ᵉ chass.; Sailly, hôp. milit. d'Amélie-les-Bains; Moynet, 9ᵉ drag.; Cathala, 25ᵉ bat. chass.; Dorange, 3ᵉ drag.; Gottenkieny, 32ᵉ d'inf.; Beaumont, 19ᵉ chass.

— Par décision ministérielle du 9 février 1907 :

MM. les médecins-majors de première classe Estor, passe au 113ᵉ d'inf.; Foubert, au 136ᵉ d'inf.; Chevassu-Périgny, au 20ᵉ d'art.; Vitoux, au 161ᵉ d'inf.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Gilles, passe au 113ᵉ d'inf.; Rouquette, au 13ᵉ bat. d'art. à pied; Dellac, au 10ᵉ d'inf.; Cochois, aux hôp. d'Oran.

MM. les médecins aides-majors de première classe Lajoanio, passe au 114ᵉ d'inf.: Melnotte, au 30ᵉ d'inf.; Bordet, aux hôp. de Tunisie; Coze, au 14ᵉ drag.; Guillon, au 13ᵉ chass.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Létang, passe au 37ᵉ d'inf.; Marchal, au 2ᵉ huss.; Bahier, au 39ᵉ d'art.

LES BOURSES DE VOYAGE DES INTERNES LAURÉATS. — M. Henri Rousselle va proposer au Conseil municipal que les internes lauréats fournissent désormais un rapport sur leur voyage à l'étranger. Ce rapport devra renfermer des observations sur le fonctionnement des établissements de bienfaisance visités, le mode d'installation des malades, des salles d'opérations, des laboratoires, etc.

Dans la pensée de son auteur, ce projet aurait pour but d'éviter au Conseil municipal d'envoyer à l'étranger des missions très onéreuses pour le budget de la ville.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — L'Académie vient d'élire M. le docteur Just-Lucas-Championnière, membre honoraire étranger.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de deux internes des hôpitaux de Paris, MM. Charles-Joseph Hubert, interne à l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer, et Gaston Chastagnol, interne à l'hôpital de la Charité, perdus en mer au cours d'une partie de chasse dans la baie d'Authie; — et celles de MM. les docteurs Mandillon, médecin des hôpitaux de Bordeaux, et Victor Martin (de Marseille).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. Pierre Sébileau, directeur des travaux scientifiques.) — Médecine opératoire. — Une série exceptionnelle de médecine opératoire, dirigée par M. le docteur Chifoliau, prosecteur, commencera le mercredi 6 mars, à une heure et demie. Cette série comprendra 45 élèves. Elle sera gratuite pour MM. les internes et externes des hôpitaux.

Prix du cours : 50 francs. — Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — *Nouvelle série mensuelle.* — (N° 1, janv. 1907.) Numéro spécial entièrement consacré à l'œuvre de Victor Hanot. — (N° *1 bis.*) G. Etienne et G. Thiry : Ictère catarrhal éberthien chez un vieillard n'ayant jamais eu la fièvre typhoïde. — P. Jourdanet : Les manifestations cutanées de la tuberculose. — Stoenesco : Encore la question de la simulation de la folie. — E. Contet : Les régimes végétariens et la médecine. — J. Berthaut : Un fœticide thérapeutique.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 3, 6 janv. 1907.) Ferlito Carmelo : Un cas de kyste du maxillaire inférieur. — Ernesto Casavecchia : Abcès métastatiques de l'hémisphère gauche du cervelet consécutifs à un phlegmon de la main droite. — Torindo Silvestri : Epilepsie et sels de calcium. — G. Li Virghi : L'étiologie de la prostatite chronique et de l'hypertrophie prostatique. — (N° 6, 13 janv.) Giovanni Romanelli : Les modifications des éléments morphologiques de la crase sanguine dans la tuberculose expérimentale. — Ghedini : Les anticorps d'origine helminthique dans le sérum du sang chez les individus atteints d'helminthiase. Anticorps échinococciques. — Teresio Prandi : Syndrome myasthénique post-typhique. — Chiadini Massimo : Syncinésie des muscles élévateurs du globe oculaire dans les cas de paralysie périphérique du nerf facial. Phénomène de Negro. — Ferruccio Bindi : Second cas de cirrhose hépatique guérie par l'opération de Talma. — Massimo Ceci : Amélioration notable obtenue chez un tuberculeux par l'emploi de l'hémoantitoxine. — (N° 9, 20 janv.) Ettore Tedeschi : Les sensibilisatrices dans le sérum du sang des carcinomateux et des leucémiques. — Amedeo Gasparini : La myasthénie. — Giuseppe Marangoni : Contribution à l'étude de la macroglossie. — J. Bruchi : Contribution à l'étude des fausses tumeurs abdominales. — Mario Bellotti : La paragangline en injections hypodermiques dans l'éclampsie gravidique. — G. Sulli : La valeur curative du sérum anticharbonneux de Silavo. — (N° 12, 27 janv.) Carlo Marchese : La recherche du bacille d'Eberth dans le sang des typhiques et sa valeur pronostique. — Prof. C. Negro : La myasthénie d'origine périphérique. — Giulio Appiani : La desquamation dans la convalescence de la fièvre typhoïde. — Gino Recchi : La pneumonie épidémique. — Sigismondo Pascoletti : L'entérite muco-membraneuse. — A. Caputo : Un cas de méningite par choroïdite suppurée. — Raffaele Cecca : La stérilisation des sondes urétrales par la formaldéhyde. — Mario Ferrari : La prophylaxie des vomissements consécutifs à l'anesthésie chloroformique. — Antonio Terribile : A propos de deux cas de corps étrangers des voies respiratoires. — Aldo Rossi : Dystocie due à un utérus bicorne muni d'un col unique.

(Voir la suite, p. 225.)

DE LA CONDUITE A TENIR

EN CAS DE

FIBROME UTÉRIN COMPLIQUÉ D'ANÉMIE GRAVE

Par le docteur PAUL PETIT,
Chirurgien-adjoint de l'hôpital libre Saint-Michel.

Quand une femme atteinte de fibrome utérin est opérée en temps voulu, c'est-à-dire quand son état organique est encore bon, que sa masse sanguine n'est pas trop appauvrie, à l'heure actuelle elle doit guérir. Assurément, si elle n'est pas éloignée de la ménopause, si elle a quarante-huit ans ou davantage, il faut des accidents bien graves, bien pressants, et surtout des accidents de compression pour justifier chez elle une intervention. A cet âge, dans la très grande majorité des cas, même s'il y a anémie prononcée, on arrive à conduire la malade au port, en se bornant à la soumettre au repos, à des soins médicaux bien entendus et souvent à l'électrolyse intra-utérine à haute dose, suivant la méthode d'Apostoli, la seule bonne (100 à 150 milliampères — pôle intra-utérin positif — séance de cinq minutes, tous les deux jours, pendant trois à quatre semaines). L'hémorragie se reproduit-elle au bout de quelques mois, on revient au traitement électrique. Je n'ai jamais eu qu'à me féliciter de cette conduite au déclin de la vie génitale.

Mais l'électrolyse et tout l'ensemble du traitement médical ne peuvent qu'arrêter momentanément les hémorragies et n'ont aucune action sur l'évolution de la tumeur. Aussi, quand la malade est encore jeune, faut-il opérer pour peu que le fibrome fasse sérieusement parler de lui, c'est-à-dire : s'il grossit rapidement; s'il donne lieu à des hémorragies importantes ou seulement fréquentes; s'il comprime les viscères voisins (uretère, urètre, rectum) ou si seulement, de par son siège pelvien, cette compression semble fatale à brève échéance; s'il détermine des douleurs, de l'ascite; si après une certaine période d'aménorrhée, il se remet à saigner, ce qui, avec le grossissement rapide de la tumeur, l'amaigrissement général du sujet, l'ascite, est l'indice ordinaire d'une dégénérescence maligne... En tous ces cas il faut opérer et sans trop tarder, sans quoi cette décision deviendra un beau jour trop pressante et ne pourra être alors exécutée que dans de mauvaises conditions.

Pourtant, en cas d'anémie grave, faut-il savoir attendre le temps voulu pour remettre la malade en état, et je crains bien que trop souvent on ne l'oublie.

On peut admettre qu'une fibromateuse est gravement anémiée, trop gravement pour supporter, sans danger *disproportionné*, avant traitement préalable, une opération de quelque importance, c'est-à-dire une notable perte de sang, un schock péritonéal, une anesthésie d'une certaine durée, quand le pouls, sans autre cause que l'hémorragie due au fibrome, se maintient faible, mou, au-dessus de 100 pulsations et que la teneur en hémoglobine descend au-dessous d'un certain chiffre. Mikulicz, quand il s'agit d'une opération quelconque, pouvant compter, s'abstient si la teneur en hémoglobine tombe au-dessous de 30 p. 100; Bloodgood, quand elle est inférieure à 50 p. 100. On pourrait s'arrêter comme moyenne à 40 p. 100, c'est-à-dire aux 2/5 du taux normal. C'est cette moyenne qu'adopte Duraigne, dans une thèse récente, pour conseiller l'accouchement provoqué en cas d'hémorragies gravidiques.

On ne peut guère s'en remettre comme éléments d'appréciation à la coloration des téguments et des muqueuses qui peuvent demeurer singulièrement pâles, alors que le taux de l'hémoglobine s'est pourtant sensiblement relevé. Mais un clinicien exercé et prudent tiendra toujours grand compte de l'*état général*, c'est-à-dire et pour préciser, de l'état des forces musculaires, de la respiration, de l'appétit, du sommeil, de l'état psychique bien plus important qu'on ne pourrait le croire, du fonctionnement du cœur, des reins, etc. Une malade abattue, effrayée, à chairs molles, à muscles flasques, haletante au plus petit effort, qui dort mal, mange peu, ne lui dira rien qui vaille.

Il faut bien savoir que, si une perte de sang importante et unique est suivie d'une ascension rapide du taux de l'hémoglobine, il est loin d'en être de même à la suite d'hémorragies successives et rapprochées, même de peu d'importance, même après l'arrêt complet de ces hémorragies. Cette notion, dans l'espèce, est capitale.

Il faut bien savoir aussi que ces anémies chroniques ne portent pas seulement sur la masse du sang, mais qu'elles influent directement sur l'état organique de tous les viscères, en particulier le cœur, les reins, le foie dont le bon fonctionnement importe beaucoup pour la sécurité opératoire. En cas de fibrome il y a souvent concomitance de sclérose cardio-rénale, de dégénérescence graisseuse du cœur, lésions qui se rapportent à un état constitutionnel (dont dépend sans doute aussi le fibrome), ou à la tumeur même, mais qui sont certainement aggravées par l'anémie. D'autre part, MM. Gilbert et Garnier ont démontré que l'anémie post-hémorragique suffisait à déterminer des lésions graves du foie : tuméfaction transparente de ses cellules à laquelle fait suite la nécrose. Il y a longtemps que la clinique a constaté la coexistence fréquente de la stéatose des principaux viscères et de l'anémie en cas d'hémorragies répétées.

Maintenant que nous connaissons mieux les altérations viscérales imputables aux anesthésiques, que nous savons qu'ils tendent à la congestion et à la stéatose du foie, des reins, à l'infiltration granuleuse du cœur, que même dans des suites opératoires, en apparence normales, ils provoquent une destruction particulièrement intense des albuminoïdes, de l'hypotension artérielle, de l'oligurie et que, dans des cas heureusement rares, sans qu'on sache encore trop pourquoi, ils peuvent donner lieu, un certain temps après l'opération, à des intoxications plus ou moins graves, il est à croire, jusqu'à preuve du contraire, qu'ils sont encore beaucoup plus à craindre pour des organes déjà profondément altérés par l'anémie.

Pour les fibromateuses gravement anémiées, on ne

doit donc procéder immédiatement à l'intervention radicale que si elle est de peu d'importance comme, par exemple, l'extirpation d'un polype pédiculé. Mais pour peu que l'anesthésie soit nécessaire, qu'il doive se produire une perte notable de sang, c'est une obligation que de mettre au préalable la malade en état de défense, c'est-à-dire d'arrêter complètement et pour des semaines les hémorragies, de donner aux viscères et au sang le temps de se régénérer, en y aidant de son mieux.

Malheureusement, encore une fois, on vit actuellement trop vite pour prendre ces soins, et alors qu'ils paraissent nettement indiqués, qu'il n'y aurait aucun inconvénient à les prendre, que voyons-nous faire actuellement aux plus consciencieux? L'opération étant indiquée, on l'exécute sans délai.

Allons-nous conseiller pour l'hémostase, et suivant l'habitude, tel ou tel vaso-constricteur, ergotine, extrait d'hydrastis ou hydrastinine, sulfate de quinine? Le chlorhydrate d'hydrastinine en injection sous-cutanée, à la dose de 0g10 et même 0g20 (en deux doses) par jour est peut-être le plus recommandable; mais n'oublions pas que bon nombre de femmes atteintes de fibromes sont des artério-scléreuses et qu'il n'est pas logique de leur appliquer un remède qui risque de gêner le fonctionnement cardio-rénal et d'augmenter, comme je l'ai vu plus d'une fois, après les avoir très passagèrement diminuées, les hémorragies en question, en épuisant la puissance contractile d'artères qui n'en ont pas à revendre. Les injections de sérum gélatinisé m'ont paru sans grand effet, de même que le chlorure de calcium, dont il faut craindre l'action sur les reins, surtout quand il s'agit de fibromateuses.

En somme, rien ne vaut le traitement local : les injections chaudes répétées toutes les trois heures, le tamponnement vaginal, sont utiles mais insuffisants. L'électrolyse, une fois l'opération décidée, reconnue nécessaire, demande trop de temps pour agir en tant que moyen préparatoire; on peut cependant y penser. Le curetage n'est suivi d'effet que s'il a été complet, c'est-à-dire si la cavité utérine n'est pas trop diverticulaire; il peut donner un répit très suffisant pour la restauration de l'état général, et j'en ai usé plusieurs fois, six semaines à deux mois avant l'hystérectomie vaginale, qui a été, je crois, de ce fait, encore mieux supportée qu'à l'habitude. Mais le curetage demande ordinairement l'anesthésie, et je trouve pour ma part, à l'heure actuelle, beaucoup plus pratique et encore plus sûr, de soumettre pendant vingt-quatre heures la cavité utérine, après ou sans dilatation préalable, au contact d'une mèche imprégnée de chlorure de zinc à 50 p. 100. Le moyen est très efficace si la mèche est poussée *jusqu'au fond* de la cavité utérine, ce qui doit se faire très rapidement (sous peine d'en être empêché par la contraction de l'organe) non pas avec l'hystéromètre dont le renflement terminal ramène presque fatalement au dehors l'extrémité profonde de la mèche, une fois qu'elle a été mise en bonne place, mais avec une tige plate ou terminée par une fourche courte et mousse. Le moyen n'est pas seulement efficace, il n'a aucun inconvénient ultérieur s'il est bien entendu que le molimen menstruel doit être supprimé par la castration ou l'hystérectomie. Enfin il est remarquablement bien toléré, alors que le crayon de Dumontpallier, de triste mémoire, détermine les atroces douleurs que l'on sait. C'est que la solution dont est imprégnée la mèche, d'ailleurs convenablement essorée, est rapidement neutralisée par le sang et les liquides utérins, malgré son titre élevé, et n'a qu'une action superficielle tout juste suffisante, tandis que le crayon détermine une escarification profonde musculo-muqueuse, inutile et dangereuse. J'ai usé avec le même avantage du moyen que je préconise pour combattre les hémorragies du cancer du corps utérin inopérable, alors que le curetage même est peu utile et dangereux, et contre ces métrorragies des artério-scléreuses âgées, qui font tout d'abord penser au cancer et ne sont dues qu'à la dégénérescence graisseuse de leurs vaisseaux. Ceux qui auront une antipathie irréductible pour le chlorure de zinc, même dans les conditions que je précise, pourront encore user avec avantage de la solution de ferripyrine à 1/5; mais, bien entendu, elle est moins active.

On nous a parlé en ces derniers temps de l'action antimétrorragique des rayons X, particulièrement en cas de fibrome utérin. Mais que n'a-t-on pas attribué aux merveilleux rayons? Je demande à attendre pour être convaincu. Je dois cependant rappeler que Terrillon croyait déjà à l'efficacité des bains de soleil.

L'hémorragie arrêtée, on combattra l'anémie par les moyens usuels : injection de sérum artificiel à petite dose (à la fois tonique et hémostatique audessous de 300 grammes; 100 grammes *pro die* suffisent); préparation de fer et kina; aération continue; nourriture substantielle.

Reste le choix de l'intervention. Quand bien même l'on aura très sensiblement remonté le taux de leur hémoglobine, il ne faut pas oublier que ces malades, de par l'atteinte portée à leurs viscères, demeurent des fragiles. Une énucléation vaginale, après section médiane de l'utérus, une hystérectomie vaginale si elle doit être facile, c'est-à-dire si la tumeur est peu volumineuse, non adhérente, suffisamment abaissable, si le vagin est ample... sont des opérations qui leur conviennent. Mais si la laparotomie est indiquée il faut savoir retenir sa main, ne pas pratiquer l'hystérectomie et s'en tenir à la castration, sauf dans les cas qui ne s'y prêtent pas, c'est-à-dire :

S'il s'agit d'une tumeur œdémateuse, kystique, télangiectasique, en voie de dégénérescence maligne, déterminant des pertes intermenstruelles (c'est-à-dire à évolution sous-muqueuse au moins partielle), si elle s'accompagne d'accidents de compression très pressants, si l'hémostase est rendue aléatoire par la brièveté ou l'absence de pédicule annexiel.

Dans ces différents cas, il faut coûte que coûte, après la préparation voulue, pratiquer l'hystérectomie abdominale et de préférence la sus-isthmique, bien moins hémorragipare, à moins que l'on ne craigne la dégénérescence maligne. Mais dans tout autre cas, c'est-à-dire pour préciser, s'il s'agit de tumeur de consistance ferme, franchement bénigne, purement

ménorragique et à évolution abdominale, si, d'autre part, la malade s'est trouvée il y a peu de temps, dans ces conditions d'anémie grave que j'ai essayé d'esquisser et si même, après une certaine période d'attente et de soins, elle semble dans un état beaucoup meilleur... c'est à la castration qu'il faut encore se borner à l'heure actuelle, malgré tous les progrès accomplis dans la technique opératoire et l'asepsie.

Je sais bien qu'aujourd'hui le plus grand nombre des chirurgiens enlèvent systématiquement l'utérus, même chez les femmes exsangues, qu'ils le font vite et réussissent souvent; mais ce dont je suis convaincu, c'est qu'*avec la castration, quand elle est bien exécutée, non contre-indiquée par l'évolution intrinsèque et topographique de la tumeur, on doit toujours réussir*. Or on n'a pas le droit d'exposer la vie d'une femme, serait-ce sur cent ou davantage, si l'on est assuré de la guérir en s'en tenant à une certaine pratique, si passée de mode soit-elle. Par le temps qui court et qui demain volera, choses et gens deviennent rapidement vieux jeu, mais ce n'est pas toujours au profit des malades. L'hystérectomie vaginale, pour quelques-uns, n'est-elle pas déjà une opération d'ancêtre, une opération de gens qui ne savent pas être aseptiques? Elle guérit pourtant bien facilement et sans cicatrice apparente bien des femmes qui, vu leur état général, et malgré l'habileté, l'asepsie du chirurgien, auraient pu être compromises par une laparotomie. Il n'y a pas quinze ans ne proclamait-on pas, aussi bien à l'étranger qu'en France, qu'il était criminel de préférer l'hystérectomie à la castration? Pourquoi? Est-ce seulement parce que la castration était moins grave? Non... c'est qu'elle guérissait. Son action aurait-elle changé?

Je l'ai demandé à un certain nombre de maîtres, de ceux qui se préoccupent encore des indications opératoires, et de leurs réponses comme de ma propre expérience je conclurai que, ce qui a changé, ce qui s'est étonnamment amélioré, c'est la statistique de l'hystérectomie abdominale; mais comme elle ne vaut pas encore celle de la castration, il faut se rappeler parfois qu'en fait de fibrome il peut être indiqué d'enlever les annexes en conservant l'utérus.

Dans la castration pour fibrome on peut être assuré de l'insuccès, si l'on ne résèque *en totalité* les deux ovaires. Il n'y a pas à se fier à la cautérisation d'un moignon d'ovaire, si petit soit-il. La persistance de quelques follicules de de Graefe suffit à la reprise des métrorragies. Or, de même que la glande mammaire se diffuse parfois jusque dans l'aisselle, il est à remarquer que, particulièrement en cas de fibrome, l'ovaire est parfois non seulement hypertrophié, mais s'étale, s'infiltre volontiers dans l'épaisseur même de son aileron et de son ligament interne. On comprend que dans ces conditions il soit facile d'en laisser dans le moignon. Parfois même, si la tumeur est intraligamentaire, l'organe est étroitement appliqué à sa surface sans trace de pédicule. Dans ce dernier cas, comme je l'ai dit, il vaut généralement mieux renoncer à la castration, l'hystérectomie devenant plus simple, plus rapide et plus sûre à tout point de vue.

Pour être certain d'enlever complètement l'ovaire tout en effectuant l'hémostase, il faut placer une chaîne de trois anses; l'interne embrasse verticalement le pédicule annexiel en rasant la gaine latéro-utérine et la corne utérine correspondante; la moyenne enserre le corps du ligament large, aussi bas que possible, à sa base même, au-dessous de l'ovaire; l'interne embrasse perpendiculairement et aussi en dehors que possible, au ras de la gaine iliaque externe, le pédicule annexiel externe. On serre les fils dans le même ordre ou en sens inverse. Puis l'on détache l'ovaire aux ciseaux et le reste au thermocautère. Si, au lieu de trois anses de fil, on n'en met que deux, ce qui se fait d'ordinaire pour l'ovaro-salpingite, on ne peut généralement ligaturer assez bas au-dessous de l'ovaire. Si on détache l'organe au thermo, on risque beaucoup plus d'en laisser un fragment dans le moignon, qu'en usant de l'instrument tranchant. On m'excusera d'insister sur des détails aussi infimes, le succès de cette petite opération, si simple en elle-même mais si précieuse en ses résultats, dépendant non seulement de l'observance exacte de ses indications, mais d'une technique minutieuse, visant, d'une façon ou de l'autre, une exérèse parfaite.

Je n'ai pratiqué qu'une quinzaine de fois la castration pour fibrome, la réservant aux fibromes accompagnés d'anémie vraiment grave, non justifiables de la voie vaginale et répondant, par ailleurs, aux diverses conditions évolutives dont j'ai parlé. Toutes ces malades ont complètement guéri, non seulement de leur opération, mais des accidents inhérents à leur fibrome et particulièrement de leurs hémorragies. Plusieurs d'entre elles étaient pourtant dans un état bien grave. J'ai toujours été frappé de la rapidité avec laquelle les tumeurs, même volumineuses, s'atrophiaient.

Je me résume :

Si la malade atteinte de fibrome est au voisinage de la ménopause, si elle ne présente point de signe de transformation maligne, de symptômes de compression par trop marqués, il est sage, malgré les progrès de la technique opératoire, de s'abstenir d'intervention radicale, même et surtout en présence d'anémie grave.

Si au contraire la malade est encore en pleine activité génitale et si elle présente des accidents suffisamment sérieux ou qui promettent de le devenir, il est entendu qu'il faut l'opérer et sans retard si l'état général est encore bon; mais s'il est gravement compromis, comme c'est le fait à la suite d'hémorragies répétées, il faut savoir apprécier le degré de cette gravité, baser son appréciation non pas à vue de nez, mais sur des données précises qui commanderont ou non momentanément l'abstention et en fixeront la durée; s'appliquer pendant la période d'attente à relever méthodiquement les forces et à juguler *complètement* les hémorragies en usant d'une thérapeutique locale bien comprise et non de médicaments d'un effet momentané, incertain ou nuisible; enfin, le moment venu d'opérer, choisir pour ces malades qui, malgré tout, demeurent des fra-

giles, l'opération la moins traumatisante, tout en étant la mieux indiquée.

L'habileté du chirurgien ne remplacera jamais la science des indications.

SUR LA MÉDICATION DIGITALIQUE

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

Par le docteur M. NIGOUL,

Médecin en chef du dispensaire de la Préfecture de la Seine.

L'accord est loin d'être fait parmi les médecins sur la question de savoir s'il vaut mieux, en pratique, accorder la préférence à l'infusion de digitale, à la macération ou bien à la digitaline cristallisée pour le traitement des affections cardiaques. C'est qu'en effet, à côté de l'activité réelle du médicament, se dressent sa toxicité et ses dangers d'accumulation. Certains auteurs préconisent la macération, d'autres affirment que la digitaline est le seul principe vraiment actif de la digitale, et qu'il ne saurait y en avoir d'autre. Cette dernière opinion n'est-elle pas à l'heure présente un peu exagérée, un peu trop absolue ? C'est la pensée qui vient naturellement à l'esprit quand on sait que le professeur Cloetta (de Zurich) vient d'introduire en thérapeutique un glucoside nouveau, retiré en entier de la feuille fraîche de digitale pourprée, et qui, sous le nom de digitoxine amorphe ou digalène, représente dans son ensemble toute l'activité cardiotonique, cardiomodératrice et fortement diurétique de la feuille fraîche elle-même.

Bien plus, en apprenant que cette digitoxine amorphe se présente au praticien avec une solubilité parfaite, une toxicité très affaiblie, une absence presque totale d'accumulation, il n'y a rien d'étonnant alors qu'on se trouve attiré vers elle.

Et, en effet, de nombreuses observations favorables ont été publiées sur l'action clinique de la digalène. Reneau (1) nous en a donné une étude pharmacodynamique sérieuse; Laumonier (2) attirait récemment sur elle l'attention de la Société de thérapeutique; Brion (3) et Hippolyte Bech (4) la prenaient pour sujet de leur thèse inaugurale et nous-même, qui depuis bientôt un an avons vu ce remède aux prises avec les états hyposystoliques et asystoliques, qui avons recueilli sur ses effets 21 observations complètes, nous devons reconnaître que la digitoxine amorphe soluble possède une individualité très nette et que par son action thérapeutique, elle mérite réellement de retenir l'attention du médecin.

Et vraiment, n'est-ce pas rendre service au praticien modeste des campagnes et des villes, qui ne peut pas toujours surveiller de près son malade, et qui souvent est mal compris, de lui offrir un agent digitalique sans toxicité, s'éliminant avec rapidité, à la condition toutefois qu'il soit bien démontré que cet agent digitalique possède une puissance médicamenteuse réelle ? Et si d'autre part, ce nouvel agent digitalique parfaitement défini, ayant une formule constante et connue, s'adapte facilement, grâce à sa solubilité particulière, aux médications hypodermique, intra-musculaire, intra-veineuse, devenant ainsi le remède héroïque des cas urgents, n'y aura-t-il pas là encore des raisons suffisantes pour que ce même praticien aime à lui faire appel ?

Toute la question revient donc à savoir quelle est vraiment la valeur thérapeutique de la digalène, si son élimination rapide, son absence d'effets cumulatifs représentent une qualité ou bien un défaut, si en d'autres termes, tout praticien habile ou inhabile dans le maniement de la digitale, fort inconstante d'ailleurs dans ses effets, peut compter sur la digalène en toute occasion.

(1) Reneau. *Revue de thérap. médico-chir.*, 1er nov. 1906.
(2) Laumonier. Communication à la Soc. de thérap., 28 nov. 1906.
(3) Brion. Th. de Paris, 1906.
(4) Hippolyte Bech. Th. de Lyon, 1907.

I

Il semble que dans la Littérature médicale une opposition soit faite entre les glucosides cristallisés et les glucosides amorphes ; les premiers paraissant plus purs, mieux définis et moins toxiques que les seconds. Il y a là assurément une erreur pharmacodynamique.

Harnack (1), en effet, n'a-t-il pas récemment montré que la physostigmine amorphe est absolument pure, et possède sur le myocarde une action supérieure à celle de la physostigmine cristallisée ? Et Cloetta (2) lui-même, par des expériences précises, n'a-il pas expliqué que la digitoxine amorphe est beaucoup moins toxique que la digitoxine cristallisée ? En injectant à des chats la digalène (digitoxine amorphe) et la digitoxine cristallisée, le professeur de Zurich a déterminé avec celle-ci des effets accumulatifs beaucoup plus considérables que lorsqu'il s'agissait de celle-là.

Mais comme le poids moléculaire de la digalène est inférieur de moitié au poids moléculaire de la digitoxine cristallisée (280 au lieu de 552), et comme d'autre part, les deux substances ont les mêmes réactions colorées, les mêmes produits de décomposition, les mêmes valeurs à l'analyse, il semblait *à priori* que la différence de toxicité dût être attribuée à la différence de poids moléculaire. Or, en transformant par précipitation la digitoxine cristallisée en digitoxine amorphe, en lui enlevant son caractère cristallisé, le poids moléculaire de la première est devenu presque identique à celui de la seconde. La différence des deux poids moléculaires primitifs était donc attribuable au fait même de la cristallisation et de même, la différence de toxicité. « Ce qui est certain, dit Cloetta, c'est que la préparation qui a été cristallisée devient toxique, et cette toxicité paraît due aux modifications chimiques déterminées par les processus de cristallisation. »

C'est ce qui expliquerait pourquoi les feuilles absolument fraîches de digitale n'ont presque jamais d'action cumulative, et pourquoi les feuilles altérées sont toxiques. Les feuilles fraîches, en effet, ne contiennent que de la digitoxine amorphe, *de la digalène*, tandis que les feuilles altérées renferment de la digitoxine cristallisée. Et Cloetta ajoute : « La digitaline cristallisée française est une substance absolument pure. A doses égales elle présente les mêmes actions cumulatives que la digitoxine cristrallisée, et ceci va à l'encontre de l'opinion souvent répandue en France que la digitoxine cristallisée serait plus toxique que la digitaline française. »

II

La digalène est donc la digitoxine amorphe, principe actif de la feuille fraîche de digitale. Elle est soluble dans l'eau et par conséquent injectable. Découverte par le professeur Cloetta, elle est constituée par une poudre blanche très pure, stable, parfaitement définie et présentant toutes les réactions colorées de la digitaline cristallisée.

Sa formule est la suivante :

$C^{14} H^{23} O^5$ et son poids moléculaire 280.

Elle se trouve dans la pratique sous la forme d'une solution aqueuse glycérinée parfaitement claire et dosée à raison de 3/10 de milligramme par centimètre cube. Chacun de ces centimètres cubes équivaut à 0g15 centigrammes de poudre de feuilles fraîches.

Ce qu'il importe de retenir dans les propriétés physiques

(1) Harnack. *Archiv an. u phys.*, nov. 1905.
(2) Cloetta. *Munch. med. Woch.*, 20 nov. 1906.

de la digalène, c'est d'abord sa solubilité parfaite, qui la rend utilisable en injections, c'est ensuite la *fixité absolue* de son titrage, sa constitution constante et définie, ce qui représente en pratique, une activité invariable sur laquelle on est toujours en droit de compter.

Adressons-nous maintenant à la clinique pour vérifier ces assertions. Cherchons à voir si tout en admettant que la digitoxine amorphe de Cloetta n'est pas autre chose que le principe actif, chimiquement isolé, de la feuille même, elle est, comme l'affirment les auteurs, sans dangers pour la muqueuse gastrique, facilement injectable, peu ou pas toxique en raison de son élimination facile, et si enfin par des effets thérapeutiques certains, elle viendra montrer que pour être active une préparation de digitale n'a pas nécessairement besoin de s'accumuler.

Nous ne ferons pas appel dans cet exposé clinique aux observations des auteurs allemands. Nous laisserons de côté les faits personnels rapportés par Brion ainsi que les conclusions soutenues par Hippolyte Bech dans sa remarquable thèse. Nous nous placerons, au contraire, en face du malade, isolé comme n'importe quel praticien, qui, sans le secours du sphygmographe, constate les effets de la digalène absolument comme s'il s'agissait de l'infusion vulgaire ou de la macération de digitale.

Nous avons ainsi réuni 21 observations personnelles, depuis près d'un an que notre attention fut appelée sur ce produit par un de nos confrères qui l'avait employé avec succès, chez l'un de ses malades dont l'estomac se révoltait au contact de l'infusion digitalique.

Mais pour ne pas allonger inutilement cette étude, nous ne citerons ici que 4 observations résumées. Deux se rapporteront à l'administration buccale de la digalène, et les deux autres auront trait à l'absorption du remède par la voie intra-musculaire profonde.

Et d'abord pourquoi n'utilisons-nous pas la voie hypodermique? et pourquoi aussi n'avons-nous pas eu recours aux injections intra-veineuses dont on vante les effets immédiats? Parce qu'il est démontré que les injections sous-cutanées de digalène sont assez douloureuses, tandis que les injections profondes sont à peu près indolores. Quant à la voie intraveineuse nous n'aimons guère dans notre pratique utiliser ce mode d'introduction, et nous ajoutons, si cela peut être une excuse, que nous ressemblons ainsi à beaucoup de médecins.

Par la voie gastrique, le dosage du remède est des plus faciles. Chaque flacon en effet, renferme 15 centimètres cubes de substance active et porte avec lui un compte-gouttes divisé à 1/2 et 1 centimètre cube. Le malade n'éprouve donc aucune difficulté pour prendre lui-même, aux heures marquées, les doses prescrites de digalène.

Obs. X (résumée). — Il s'agit d'une femme de quarante-quatre ans, atteinte d'insuffisance mitrale à la période d'asystolie. Il y a un peu plus d'un an, cette malade a déjà présenté une crise semblable qui fut conjurée par trois doses successives de 60 centigrammes, 40 centigrammes et 30 centigrammes de poudre de feuilles en infusion. Les symptômes disparurent en douze jours et la diurèse ne dépassa pas 2l500.

Actuellement 15 avril 1906. Nous assistons à une nouvelle crise. Dyspnée continue, légère cyanose, foie douloureux et volumineux, œdème dur aux membres inférieurs, légère ascite. Cœur dilaté, la pointe est à 3 centimètres en dehors de la ligne du mamelon. Arythmie cardiaque, bruits faibles et rapides. Pouls radial irrégulier, intermittent, 135 pulsations. Diurèse 600 grammes, albumine. Etat dyspeptique. Pouls veineux vrai.

Traitement. — Régime lacté, repos complet, trois ventouses scarifiées et 3 centimètres cubes de digalène en trois fois dans la journée avec du lait.

Cette dose fut continuée pendant cinq jours de suite, et le remède fut toujours bien supporté par l'estomac.

Les résultats cliniques furent les suivants : diminution de la dyspnée le 15 avril après la deuxième prise de digalène, et léger ralentissement des battements cardiaques; le 18 avril, la ventilation pulmonaire est à peu près normale, il n'y a plus d'arythmie cardiaque; le 19 cependant nous constatons un peu d'irrégularité, mais ce symptôme disparaît ensuite.

Etat du pouls pendant les cinq jours :

127 pulsations; 112, tension plus forte; 93, 102; 89, pouls fort et régulier.

Etat de la diurèse pendant les cinq jours :

1 100, 1 900, 2 700, 2 500, 2 900 grammes.

A ce moment, l'ascite a complètement disparu, et au quatrième jour du traitement, les œdèmes étaient déjà en voie de régression.

2 centimètres cubes de digalène ont été alors prescrits pendant deux jours encore.

L'état du cœur est resté bon. La dilatation cardiaque a rétrocédé. Le souffle systolique à la pointe est devenu très net.

Etat du pouls : 78 pulsations, régulier; 90 pulsations.

Diurèse : 2 700 grammes, 3 litres. A ce moment, les œdèmes ont complètement disparu.

Les jours suivants : Pouls, 80 pulsations, 68, 80, 77, pouls normal.

Diurèse : 2l200, 1 750 grammes, 2 litres, 1 800 grammes. Diurèse normale.

Plus d'albumine.

Conclusions. — Cette deuxième crise a été amendée par la digalène d'une façon plus rapide que la première, qui avait été traitée par l'infusion de digitale; les œdèmes en effet dans ce second cas, avaient disparu en sept jours, la malade absorba sans inconvénient 17 centimètres cubes de digalène. La diurèse après avoir atteint 3 litres a baissé rapidement après la disparition des œdèmes. Pas de phénomènes d'accumulation.

Obs. XIII. — Il s'agit encore d'une femme âgée de cinquante-six ans, atteinte d'insuffisance mitrale en hyposystolie en février 1906, elle a déjà été soignée par nous au moyen d'injections fessières de digalène pour une première crise; 9 centimètres cubes furent injectés en quatre jours et 2 centimètres cubes furent absorbés dans du lait pendant les deux jours suivants. L'état cardiaque s'améliora rapidement. La diurèse au quatrième jour était à 3l200 et les œdèmes disparurent en une semaine.

Actuellement, la malade, qui est atteinte de bronchite aiguë fébrile depuis six jours, présente à nouveau un état hyposystolique très net, dilatation cardiaque, foie douloureux, bruits du cœur précipités, faibles très irréguliers, léger souffle systolique à la pointe difficilement perceptible, dyspnée et accès nocturnes d'asthme cardiaque. Pouls rapide faible arythmique, 139 pulsations, diurèse 500 grammes, œdème des jambes (9 juillet 1906).

Traitement. — Repos complet. Régime lacté et 25 grammes d'eau-de-vie allemande.

Nous lui donnons le premier jour 3 centimètres cubes de digalène en trois fois dans du lait, 4 centimètres cubes par vingt-quatre heures, les deux jours suivants, 3 centimètres cubes pendant deux jours encore, et enfin 2 centimètres cubes par deux fois vingt-quatre heures. Au total, du 9 au 15 juillet, 21 centimètres cubes de digalène, absorbés par la voie gastrique.

Le remède a toujours été bien supporté et n'a déterminé aucun trouble digestif. La dyspnée a tout d'abord diminué, tandis que les battements cardiaques se ralentissaient légèrement. (Ces deux résultats dès la première journée.) Par la suite la dyspnée s'est atténuée tout à fait, et il n'y a pas eu de crises d'asthme, les battements du cœur se sont ralentis, affermis et régularisés, la dilatation cardiaque a diminué sans disparaître. La pression sanguine et le pouls se sont nettement relevés.

Etat du pouls pendant le traitement :

A partir du 9 juillet : 139 pulsations, irrégulier; 119, 102, 87, se régularise; 89, 80, régulier; 76, 81, 77, régulier et tendu; 74, 76, 80, 79, 75, normal et régulier.

Etat des urines à partir du 9 juillet : 500 grammes, albumine;

900, 1 500, 2 700 grammes, les œdèmes diminuent; 2 100, 2 900, 3 100 grammes. Les œdèmes ont en très grande partie disparu. Plus de digalène, diurèse suivante : 2 300, 2 600 grammes, disparition totale des œdèmes; 2 200, 2 000, 1 800, 1 400 grammes, la diurèse est ensuite normale; le 28 juillet, c'est-à-dire douze jours après la cessation du traitement, le cœur est de nouveau arythmique, le pouls moins régulier. La malade vient d'avoir une altercation violente avec une locataire de sa maison, le pouls est à 87 pulsations, la diurèse à 1 200 grammes.

Nous donnons encore pendant trois jours 3 centimètres cubes de digalène.

Etat du pouls 82 pulsations, plus régulier 74, 75; régulier et tendu fortement 69, 74 77, tension normale. Le pouls est régulier, mais il persiste un certain degré de dilatation cardiaque.

Diurèse : 1900, 2100, 1600, 1900, 1500, 1700 grammes. Pas d'albumine.

Conclusions. — En comparant l'action actuelle de la digalène prise par la bouche avec son action d'il y a sept mois alors qu'elle fut absorbée par la voie intra-musculaire, on remarque que les effets du remède furent plus rapides dans ce premier cas. Dans l'observation actuelle, en effet, c'est au bout de huit jours au lieu de quatre que la diurèse a atteint 3l100. Les œdèmes également ont mis plus de temps à disparaître.

Obs. IX. — Homme de cinquante et un ans. Atteint de myocardite chronique à la période d'asystolie.

Dyspnée continue. Ascite. Œdème des membres inférieurs. Oppression respiratoire et cyanose. Dilatation totale du cœur. Foie douloureux. Souffle xyphoïdien et pouls jugulaire systolique. Pouls radial, faible, rapide, irrégulier. Bruits cardiaques assourdis, arythmiques et rapides. Très mauvais état digestif. Pouls 128 pulsations, diurèse 400 grammes, peu d'albumine.

Traitement. — Régime lacté, repos, lavement purgatif, et le jour même 7 avril, deux injections profondes dans les muscles fessiers, de 1 centimètre cube chacune de digalène. Les deux jours suivants trois injections de 1 centimètre cube, et les trois jours suivants l'état digestif étant très amélioré, 3 centimètres cubes de digalène en trois prises dans du lait. En tout 17 centimètres cubes de digalène.

Les injections ont été à peine sensibles, et cette sensibilité locale disparaît en quelques minutes par un vigoureux massage.

Tout d'abord, diminution de la dyspnée et ralentissement des contractions cardiaques.

Puis l'état du cœur s'améliore, les battements sont plus nets, plus distincts, la pression augmente et le pouls est mieux frappé.

Etat du pouls sous l'influence de la digalène à partir du 8 avril : 116 pulsations, encore faible; 100 pulsations; 81, encore irrégulier; 79, fort et presque régulier; 81, irrégulier; 77, 72, 80, 77, 83, encore un peu irrégulier.

Etat de la diurèse : 1 300, 2 200, 3 500, 3 250, 3 400, 3 000 grammes. Nous cessons la digalène, 2 600, 2 100, disparition complète des œdèmes; 2 200, 1 600, diurèse normale. Le cœur est moins dilaté, plus de souffle xyphoïdien, plus de pouls veineux vrai. Battements lents mais pas très réguliers.

Conclusions. — A remarquer l'élévation importante de la diurèse, et ce fait qu'elle tombe rapidement après la disparition des œdèmes et quatre à cinq jours après la cessation du remède.

Obs. XVII. — *Emphysémateux. Insuffisance tricuspidienne fonctionnelle.* — Le malade âgé de soixante-deux ans, a déjà subi en 1904 une crise d'insuffisance tricuspidienne avec dilatation du cœur droit. L'absorption pendant deux jours de 75 centigrammes de poudres de feuilles de digitale en macération, et une dose de 50 centigrammes trois jours après releva le cœur, la diurèse et dissipa les œdèmes en quatorze jours.

Actuellement, 9 juillet 1906, le malade est en pleine asystolie, dyspnée continue intense, facies cyanosé, œdème des membres inférieurs et du scrotum. Foie douloureux débordant, ascite, pouls hépatique, pouls veineux systolique aux jugulaires nombreux sous-crépitants aux bases. Cœur très dilaté. Battements rapides et faibles assez réguliers, léger souffle systolique xyphoïdien. Pouls radial faible, petit, rapide, assez régulier, 141 pulsations, diurèse, 450 grammes, albumine en assez grande abondance.

Traitement. — Repos absolu. Lait et trois injections intra-musculaires profondes dans la région fessière à la limite de l'œdème; le 9 juillet, trois injections ont été faites encore pendant les trois jours suivants et deux seulement le cinquième jour.

Ces injections n'ont pas été douloureuses, et n'ont pas déterminé de signes inflammatoires.

L'angoisse précordiale et la sensation d'étouffement ont disparu immédiatement après la deuxième injection.

Il n'y a pas eu d'accès de suffocation la nuit suivante. Depuis lors, le cœur s'est ralenti, renforcé, régularisé nettement. Le souffle xyphoïdien a disparu ainsi que les battements hépatiques.

Etat du pouls radial depuis le 9 juillet : 137 pulsations, 129, 123, plus lent et plus fort; 107, la dyspnée a disparu depuis deux jours; 91, fort et égal; 83, nous cessons la digalène, 89, 78, 91, 85. Comme la dilatation cardiaque est assez accentuée et que le pouls veineux existe encore, nous redonnons pendant trois jours, 2 centimètres cubes de digalène par la bouche, pour observer les effets du remède sur ces symptômes, le pouls est à 83, 76, 79, très régulier et fort, le pouls veineux a disparu. Il persiste un certain degré de dilatation.

Etat de la diurèse depuis le 9 juillet, 500, 1 100, 1 700, 3 200 grammes, rétrocession de l'ascite et des œdèmes du scrotum, 3 000, 4 700 grammes, l'ascite a disparu, les œdèmes ont diminué de plus de moitié. Nous cessons la digalène, 3 200, 2 800, 3 000, 2 300, disparition complète des œdèmes. Nous ordonnons à nouveau la digalène pour essayer de diminuer encore la dilatation cardiaque. Diurèse : 2 500, 2 000, 1 600, la diurèse reste normale.

A l'heure actuelle, janvier 1907, ce malade n'a pas eu de nouvelles crises, mais il conserve sa dilatation cardiaque. Nous lui faisons prendre dix jours par mois xxx gouttes de digalène pour tonifier son myocarde, et empêcher le retour de l'asystolie.

Conclusions. — Il y a une grande analogie entre l'action de la digalène et celle de la macération de digitale précédemment utilisée chez ce malade. Action diurétique considérable. Action toni-cardiaque et antidyspnéique rapide. Mais cependant pas d'accumulation pour la digalène. Aucune toxicité.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 12 février 1907)

M. le Président annonce la mort du docteur Daremberg de Cannes qui a été nommé membre correspondant national en 1881. Il rappelle les nombreux travaux de M. Daremberg, la part importante qu'il a prise à plusieurs discussions et ses études spéciales sur la tuberculose.

Traitement des atrophies musculaires consécutives aux épanchements articulaires. — M. Berger lit son rapport sur la communication faite à l'Académie de médecine le 20 mars 1906 par MM. les docteurs Rochard, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, et Paul de Champtassin, ayant pour titre : « Traitement des atrophies musculaires consécutives aux épanchements articulaires (et en particulier à l'hydarthrose) par la méthode du travail musculaire avec progression des résistances. »

Après avoir établi sur des considérations embryologiques,

histologiques et cliniques, une théorie du développement musculaire normal basée sur la contraction volontaire avec résistances progressives, les docteurs Rochard et Paul de Champtassin, prenant pour règle d'application clinique le mode de développement physiologique, ont appliqué au traitement des atrophies musculaires et en particulier aux atrophies du quadriceps fémoral consécutives aux épanchements articulaires la méthode des « résistances progressives ».

Les atrophies musculaires rapportées dans leurs observations sont relatives à des épanchements de synovie et à des épanchements de sang dans l'articulation du genou, traitées à des périodes très diverses et dont les limites sont comprises entre un cas traité immédiatement après l'accident et un cas relatif à une atrophie dont l'accident causal remonte à sept ans.

Plusieurs observations permettent de constater que les traitements usuels : immobilisation, compression, massage, électrisation, ont été souvent essayés sans grand résultat thérapeutique.

Dans tous les cas traités par la nouvelle méthode, l'atrophie musculaire a été guérie dans un délai moyen de quinze jours, avec disparition définitive de l'épanchement. Le traitement a comporté la ponction préalable, toutes les fois que le volume de l'épanchement le nécessitait.

La technique du traitement réside dans l'application des résistances progressives et présente certaines particularités dans la forme des mouvements et le dosage de l'effort, en quantité et en qualité.

Sérothérapie. — M. Netter, au nom de la commission des sérums, lit plusieurs rapports sur les demandes en autorisation d'exploiter de nouveaux sérums.

L'Académie accepte les conclusions de M. Netter.

Eaux minérales. — M. Yvon lit plusieurs rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales.

Classification des maladies. — Voilà une discussion ouverte sur ce sujet. Après la communication faite par M. Lancereaux dans l'avant-dernière séance, une commission a été nommée. M. Fernet, rapporteur de cette commission, a lu un rapport qui deviendra le point de départ d'une discussion.

Nous n'avons malheureusement pas entendu un mot de la lecture de M. Fernet. M. le président a dû penser que les membres de l'Académie n'avaient pas été plus heureux que nous, puisqu'il a proposé d'attendre l'insertion du rapport de M. Fernet pour le mettre en discussion. Nous ferons de même.

SUITE DES SOMMAIRES

Pédiâtrie pratique. — (N° 3, 1er fév. 1907.) J. Garel : Hérédo-syphilis. Localisation au pharynx et au larynx chez une fillette de neuf ans. Remarques sur la valeur comparée de l'iodure et du mercure. — Méry et Armand Delille : Deux cas d'ulcérations du pharynx d'origine hérédo-syphilitique. — Bonnet et Chattot : Maladie de Barlow. — Marcel Guédras : L'alimentation des enfants par le lait concentré.

Province médicale. — (N° 4, 26 janv. 1907.) Jaboulay : Cancer de la tête du pancréas. — Anglada et Roger : Kyste lymphatique traumatique du biceps. — (N° 5, 2 fév.) Boinet et Rochu : Mutisme suivi de dysarthrie spasmodique hystérique avec agraphie. — Lesieur et Legrand : Action de la lumière sur les bactéries.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 3, 19 janv. 1907.) E.-J. Moure : Phlébite suppurée du sinus latéral et ligature de la jugulaire ; considérations anatomo-cliniques. — P. Cornet : Adénite cervicale liée à une diphtérie méconnue de l'oreille externe. — (N° 4, 26 janv.) Gradenigo : Nystagmus vertical dans un cas de leptoméningite purulente otitique. — E.-J. Moure : Des procédés autoplastiques dans la cure radicale de l'otorrhée. — (N° 5, 2 fév.) Lubliner : Sur les lésions de la membrane du tympan, causées par l'explosion des bombes.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Fév. 1907.) Lucien Rivet : Remarques sur les courbes de poids et de température dans les gastro-entérites infantiles. — Raoul Labbé et Ch. Aubertin : Anémie splénique avec éosinophilie.

Riforma medica. — (N° 1, 5 janv. 1907.) Prof. Augusto Murri : Cures et traitements. — Eduardo Poggio : A propos de certains symptômes de lésion des tubercules quadrijumeaux. — Stefano d'Este : A propos d'une particularité anatomique de la région sus-claviculaire. — Orazio d'Allocco : Syndrome cérébelleux d'origine malarique. — (N° 2, 12 janv.) Prof. Augusto Murri : Cures et traitements. — Spiro Civiberato : La façon dont se comporte la systole latente dans les diverses lésions cardiaques. — Giovanni Gentile : Quelques recherches cliniques et expérimentales sur les variations quantitatives du sodium et du potassium urinaires dans certains états morbides. — Armando d'Ottone : L'action antipyrétique de la marétine. — (N° 3, 19 janv.) Prof. Augusto Murri : Cures et traitements. — Francesco Fede : Quelques recherches sur les agressines du bacille typhique et du bacterium coli. — Pasquale Scarano : Les aggressines du bacterium coli. — Ferdinando Fazio : Lymphosarcome multiple à soixante-seize ans. — A. B. Gianasso et V. Ovazza : Quelques recherches sur la diazo-réaction chez les enfants chloroformisés. — (N° 4, 26 janv.) Nicolo Coletti : Vingt-trois cas d'échinocoque du foie. — Giovanni Arpa Auverny : Absorption facile de l'iode par la voie cutanée au moyen de l'iothion. — Giuseppe Pollacci : La genèse du bruit vésiculaire respiratoire.

Semaine médicale. — (N° 4, 23 janv. 1907.) Roux (de Lausanne) : L'œsophago-jéjuno-gastrostomose, nouvelle opération pour rétrécissement infranchissable de l'œsophage. — Enriquez et Ambard : L'action de la déchloruration sur le pouls lent permanent et son interprétation selon la théorie myogène. — (N° 5, 30 janv.) Lépine : Des phénomènes réactionnels en thérapeutique. — (N° 6, 6 fév.) L. Bard : Des contractures post-hémiplégiques pseudo-précoces.

Tribune médicale. — (N° 3, 19 janv. 1907.) Soca : La rougeur permanente de la peau dans l'insuffisance surrénale. — G. Meillère : Emploi du gaz à l'eau carburé dans l'éclairage de la ville de Paris. Les intoxications par le gaz d'éclairage. — (N° 4, 26 janv.) H. Gougerot : Mycoses sous-cutanées (nodules et abcès hypodermiques). — (N° 5, 2 fév.) Gougerot : Mycoses sous-cutanées (nodules et abcès hypodermiques).

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

TORTICOLIS

DÉFINITION. — Le torticolis peut être défini de la manière la plus simple une contraction musculaire passagère ou permanente, portant normalement sur le muscle sterno-cléido-mastoïdien, mais pouvant, dans des cas spéciaux, atteindre le trapèze, le splénius, l'angulaire de l'omoplate.

DIVISION. — Le torticolis peut être aigu.

Le torticolis peut être chronique, mais sous cette forme nous devons établir plusieurs variétés, c'est-à-dire que nous aurons :

a. Le torticolis cutané, consécutif aux cicatrisations de brûlures;

b. Le torticolis consécutif à une arthrite cervicale;

c. Le torticolis musculaire, de tous le plus important, que nous prendrons comme type de la description ;

d. Le torticolis spasmodique.

ÉTIOLOGIE. — L'affection peut être congénitale : rappelons les opinions émises par Guyon, Stromeyer, Dieffenbach : lorsque le torticolis apparaît à la naissance, peut-être devons-nous faire entrer en ligne de compte un traumatisme obstétrical, une flexion exagérée de la tête du fœtus. Avec Guyon, n'oublions pas que les branches du forceps ne sont pas appliquées sur la région cervicale : d'autre part, étant donné le grand nombre d'applications de forceps pratiquées, le torticolis congénital reste rare. Pour d'autres auteurs il se ferait un hématome, apparaissant comme une tumeur allongée, recouverte par les téguments ayant une teinte bleutée : cette conception ne peut être basée sur l'anatomie pathologique, car la dégénérescence fibreuse, la myosite est bien distincte des lésions de l'hématome résorbé.

Le torticolis peut, chez l'enfant, tenir à une attitude défectueuse. C'est le torticolis des petits maîtres, peut-être devrait-on y rattacher le torticolis oculaire de Guignet : c'est là un point très discuté, qu'il nous suffise de le mentionner.

Le torticolis *hémiplégique* serait caractérisé par une contraction du sterno-mastoïdien du côté opposé à l'hémiplégie. C'est une forme rare.

Le torticolis *spasmodique* ou hyperkinésie du nerf spinal, ou torticolis dynamique répond plutôt à une névrose.

En résumé le torticolis est une affection de l'enfance.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Quand, au cours de l'opération à ciel ouvert, on fait l'ablation d'un fragment de muscle, on constate les lésions macroscopiques de la dégénérescence fibreuse, c'est-à-dire : aspect brillant, parfois nacré (Dieffenbach) de la masse musculaire. La forme du corps musculaire persiste encore : c'est un fuseau dur, saillant, tendu, parfois adhérent à l'aponévrose cervicale superficielle, qui forme la gaine du muscle.

Quelles sont les lésions voisines?

En première ligne nous devons noter les modifications des plans superficiels :

La lésion est ancienne, induration, épaississement du fascia superficialis apparaissant sous forme de tractus, et surtout le muscle peaucier se montre rétracté, « *contracte* partiellement » suivant l'expression de Dupuytren, c'est-à-dire qu'il forme des plis horizontaux perpendiculaires à l'axe du muscle comme léstons profondes : épaississement de l'aponévrose profonde, de la gaine du muscle, et surtout modifications des vaisseaux; les carotides deviennent flexueuses, leur gaine participe à l'épaississement aponévrotique; peut-être devons-nous voir dans ce fait, en apparence banal, le point de départ des troubles trophiques décrits par Broca.

Mentionnons l'exagération de la courbure claviculaire : il semble que l'os flexible soit attiré en haut par ce muscle contracté; dans le sens opposé on a décrit l'allongement de la mastoïde. C'est en général le chef sternal qui est le premier touché, puis viendrait le chef claviculaire : enfin ultérieurement le trapèze serait envahi.

DESCRIPTION. — *A*. TORTICOLIS AIGU. — Nous pourrions appeler cette forme torticolis rhumatismal. En effet, l'apparition est marquée souvent par un léger mouvement fébrile, des troubles gastriques, et le matin au réveil le sujet constate qu'il est dans l'impossibilité de remuer la tête, celle-ci est presque au contact de l'épaule correspondante.

La moindre oscillation est pénible, et parfois la douleur est telle que le malade hésite à boire ou à avaler les aliments. Le symptôme dominant est donc la douleur spontanée et provoquée; on peut la faire naître en saisissant le muscle entre les doigts. Le sterno-cléido-mastoïdien apparaît tendu. Parfois la douleur est très aiguë, à fleur de peau. Cet état persiste de deux à cinq jours puis tout rentre dans l'ordre.

Parfois le torticolis aigu a été noté comme signe prémonitoire de la grippe, de la fièvre typhoïde (Gubler), mais souvent il n'est que la première phase d'un torticolis musculaire chronique.

B. TORTICOLIS MUSCULAIRE CHRONIQUE. — A l'*inspection* de la région sterno-mastoïdienne, nous reconnaissons d'une façon évidente une masse bien isolée qui ne peut être que le muscle, le chef sternal semble une corde cylindrique bien séparée du chef claviculaire « lamelle aplatie et rigide ». La face du sujet regarde du côté opposé à la lésion. L'épaule est portée en avant, le thorax peut légèrement bomber à la partie supérieure et ne négligeons jamais l'examen du muscle trapèze. La contraction se limitant soit aux faisceaux antérieurs claviculaires du muscle, ou à tout le muscle, auquel cas la tête est rejetée en arrière en extension.

Si la lésion est ancienne, notre attention doit se porter sur la région rachidienne. Ou les lésions sont très variables, on peut les ranger en trois groupes :

1. Scoliose simple, la concavité du rachis regardant du côté atteint.
2. Scoliose double dite en S italique ;
3. Scoliose très étendue portant sur la région cervico-dorsale.

A la face, nous trouvons des lésions intéressantes pour le diagnostic, l'aile du nez est déviée du côté atteint : les yeux ne sont plus sur une même horizontale, l'œil du côté contracté est à un niveau inférieur, ce sont les yeux en escalier. Mentionnons les arrêts de développement du pavillon de l'oreille, du frontal, du maxillaire inférieur, la forme en ogive de la voûte palatine, l'aplatissement de la joue, de la région frontale, coïncidant peut-être avec un arrêt de développement du lobe frontal.

C. TORTICOLIS SPASMODIQUE. — La région sterno-cléido-mastoïdienne est le siège de contractions : cessant pendant le sommeil chloroformique et le sommeil normal, lors des crises, la tête est agitée d'oscillations, de contractions au niveau du muscle, on en a compté jusqu'à 150, 200 par minute : on a presque toujours affaire à des femmes jeunes, névropathes, ayant des stigmates évidents d'hystérie, présentant des douleurs sur la ligne épineuse, l'occiput.

DIAGNOSTIC. — La tête est inclinée vers l'épaule.

Le diagnostic est surtout à faire avec les déviations ayant pour point de départ un traumatisme du rachis, entorse par exemple, dans ce cas, la douleur siège sur les parties latérales du rachis (portion cervicale) et dans les espaces inter-épineux.

Dans le pseudo-torticolis qui accompagne le mal sous-occipital la face n'est pas déviée de ce côté opposé : il y a des douleurs nocturnes sur les parties latérales de l'atlas : un œdème sous-occipital, et le toucher pharyngien montre les lésions occipito-atloïdo-axoïdiennes.

Resterait à faire le diagnostic étiologique du torticolis.

Rappelons que les phlegmons de la gaine du sterno-mastoïdien peuvent être le point de départ du torticolis, la cause en est facilement reconnue, l'ouverture de la collection se faisant presque toujours entre le chef sternal et le chef claviculaire.

TRAITEMENT. — Au début, massage.

Dans la suite, ténotomie sous-cutanée à ciel ouvert, suivie de l'application de l'appareil de Sayre.

Dans les cas graves, résection du sterno-cléido-mastoïdien (procédé de Mikulicz).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La chirurgie enseignée par la stéréoscopie, par CAMESCASSE. Prix : I. Cure radicale de la hernie inguinale, 32 plaques : 35 fr. — II. Hystérectomie vaginale, 29 plaques : 32 fr. — III. Laparotomie pour lésion unilatérale, 17 plaques : 20 fr. — IV. Curetage, 24 plaques : 26 fr. — V. Hystéropexie abdominale, 28 plaques : 32 fr. — VI. Amputation du sein, 20 plaques : 22 fr. — VII. Amputation de jambe, 27 plaques : 30 fr. — VIII. Appendicite, 34 plaques : 38 fr. — IX. Lipomes, 24 plaques : 26 fr. — Hygroma sous-tricipital, 25 plaques : 28 fr. Envoi franco d'une plaque spécimen contre 1 fr. en timbres-poste. Le texte explicatif de chaque opération se vend séparément 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Précis de diagnostic médical et d'exploration clinique, par P. SPILLMANN, professeur de clinique médicale à l'Université de Nancy, P. HAUSHALTER, professeur de clinique infantile à l'Université de Nancy, et L. SPILLMANN, professeur agrégé à l'Université de Nancy. In-8 de la *Collection de Précis médicaux*, de XII-532 p., avec 153 fig. Cart. toile souple. — Prix : 7 francs. — Paris, Masson et Cie.

Vient de paraître : **Les précipitines et leurs applications**, par M. le professeur Em. POZZI-ESCOT. In-16. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

N° 20. — SAMEDI 16 FÉVRIER 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 16 FÉVRIER 1907. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité de médecins des hopitaux. — Le jury est constitué actuellement de la façon suivante :

MM. Le Noir, Barbier, Moizard, Wurtz, Joffroy, Variot, Danlos, Teissier, Petit, qui ont accepté, et Klippel, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Lecture des copies. — *Anatomie.* — Séance du 13 février 1907 : MM. Caudrelier et Ferran (Timothée), 10; Ancibure, Colibert et Léger, 9; Wunschendorff, 7; Thyébault, 6.

Pathologie. — Séance du 13 février 1907 : MM. Burnier, Cruet et Pénard, 12; Pépin, 11; Schreiber, 10; Lamouroux, Lévy (Pierre) et Pironneau, 9; Gastinel, 7.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Amiens. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux d'Amiens vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Pruvot, ancien interne des hôpitaux de Nancy.

Le jury était composé de MM. Moulonguet, Pauchet, Peugniez, Boussavit et Huber.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. (Pathologie interne et médecine légale.) — *Leçon orale de trois quarts d'heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — *Séance du 13 février.* — M. Lœper (Paris) : « Les spasmes du larynx. » — M. Sorel (toutes les facultés de province) : « Les bacilles virgules et leur action pathogène. »

Séance du 14 février. — M. Pierre Lereboullet (Paris) : « Les splénomégalies chroniques. » — M. Breton (Lille) : « Les ictères. »

— Lille. — Le concours du clinicat chirurgical vient de se terminer par la nomination de M. Dominique Augier.

Sont approuvées les délibérations du Conseil de l'Université de Lille portant création, à la Faculté de médecine de Lille : 1° d'un diplôme d'études de médecine légale et de psychiatrie médico-légale; 2° d'un certificat d'études spéciales d'hygiène comprenant l'hygiène publique.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Géhé (de Toulouse).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Alphand (de Pernes), Broudic (de Paris), Pelon (de la Salzède).

CONGRÈS. — Le IIIe Congrès de la Société allemande de radiologie présidée par M. le docteur Albers-Schönberg (10, Klopstockstr., à Hamburg), s'ouvrira le lundi 1er avril 1907 à neuf heures du matin à Berlin, Langenbeck-Hause.

Le VIe Congrès de la Société allemande de chirurgie orthopédique présidée par M. le professeur Bardenheuer (de Cologne), s'ouvrira le mardi 2 avril 1907, à neuf heures du matin, à Berlin, Langenbeck-Hause.

Le XXXVIe Congrès de la Société de chirurgie, présidée par M. le professeur Riedel (d'Iéna), se tiendra du 3 au 6 avril à Berlin, Langenbeck-Hause.

ORDONNANCE MAL EXÉCUTÉE. — Il y a quelque temps, la 10e chambre correctionnelle condamnait à 500 francs d'amende, en conformité de la loi de germinal an XI, un pharmacien qui, exécutant une ordonnance, omit d'y faire figurer l'une des substances prescrites, omission qui aurait enlevé au médicament toute vertu curative.

Sur appel du pharmacien, la Cour vient de confirmer la décision des premiers juges.

UNE TACHE SUR LE SOLEIL. — Une dépêche de Pittsburg annonce que le professeur Broshear, de l'observatoire des Aneghanys, a découvert une tache sur le soleil. Cette tache est visible avec des verres fumés. Elle est longue de 118000 milles et large de 30000 milles et elle couvre une surface de 3 milliards 1/2 de milles carrés.

Le professeur Broshear déclare que la tache qu'il a découverte est un centre d'activité considérable, susceptible d'avoir une répercussion sur le globe terrestre et d'y provoquer des troubles électriques.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Ferdinand Levé, ancien directeur du journal *Le Monde*, et imprimeur de la *Gazette des hôpitaux*, décédé jeudi matin à l'âge de soixante-douze ans. Nous prions Mme Levé et ses enfants d'agréer l'assurance de notre profonde et très affectueuse sympathie.

CONFÉRENCE. — M. le professeur Landouzy fera le 19 février 1907, à huit heures trois quarts très précises du soir, à l'hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton, une conférence « sur l'alimentation rationnelle de l'homme ».

REVUE GÉNÉRALE

L'OSTÉOMYÉLITE DE LA HANCHE

EN PARTICULIER CHEZ L'ENFANT

Par le docteur Henri CAUBET (1),

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

IV

Formes cliniques. — L'ostéomyélite de la hanche présente une évolution clinique très variable suivant les cas et les formes de l'affection que l'on peut observer sont très diverses. La *marche* aiguë est la plus fréquente, mais il existe aussi des formes suraiguës et inversement, des formes atténuées, subaiguës ou chroniques d'emblée. L'*âge* de l'enfant a aussi une grande importance et modifie très sensiblement l'évolution de la maladie. Enfin, la *variété du microbe* qui est en cause a une influence certaine sur la marche de l'affection. Ce sont ces différentes formes cliniques qu'il nous reste à étudier.

Formes suivant la marche de l'affection et la gravité de l'infection. — a. *Forme suraiguë.* — Elle est encore dite *forme typhoïde*, *adynamique*, *foudroyante*, etc. L'intensité des phénomènes généraux est telle que souvent la localisation du côté de la hanche passe inaperçue. L'état du malade est, suivant la comparaison de Lannelongue celui « d'un typhique très gravement atteint ». Il s'agit en réalité dans ces cas d'une véritable septicémie suraiguë avec température très élevée, qui emporte les petits malades en quelques jours. Même lorsque le diagnostic est porté assez tôt pour que l'on puisse intervenir, l'opération est impuissante à arrêter la marche de l'infection. La mort peut survenir en trente-six heures et même moins.

b. *Forme aiguë.* — C'est la forme la plus fréquemment observée; c'est celle que l'on prend en général comme type de description. Le début est brusque et rapidement l'attention est attirée du côté de la hanche; les symptômes locaux et généraux suivent une marche parallèle et progressive. La période de début dure trois à quatre jours au bout desquels apparaissent la tuméfaction et l'empâtement profond.

La marche aiguë des accidents permet le plus souvent d'instituer un traitement chirurgical. Si l'intervention est précoce et la vitalité de l'os peu atteinte, on évite les complications et la guérison survient rapidement. Lorsque le foyer n'est pas ouvert assez tôt, les lésions de l'os s'étendent et les complications générales se produisent, soit par le développement d'un ou plusieurs foyers secondaires, soit par l'apparition d'infections viscérales diverses.

La *terminaison* de l'affection est des plus variables :

La *résolution* est rare; elle aboutit le plus souvent à la formation d'hyperostoses.

La *guérison après évacuation du pus* est le mode le plus fréquemment observé lorsque l'intervention chirurgicale a été suffisamment précoce. La douleur disparaît; la suppuration se tarit peu à peu; les portions d'os détruites sont rapidement remplacées par un os nouveau. L'état général ne tarde pas à s'améliorer et la guérison survient en deux à trois mois.

Le *passage à l'état chronique* a souvent pour cause le retard apporté à l'intervention; la vitalité de l'os a plus profondément souffert, des séquestres se forment et la suppuration persiste. Ainsi, des *fistules* se constituent qui durent des mois et qui donnent issue à un pus peu abondant. L'exploration de la fistule au moyen d'un stylet permet de reconnaître la dénudation de l'os; puis, au bout d'un temps très variable, on se rend compte que la partie sur laquelle on frappe avec le stylet non seulement *sonne sec*, mais encore *est mobile* : le séquestre s'est séparé des parties voisines. Les fistules ne se ferment que si le séquestre s'élimine naturellement ou est enlevé chirurgicalement; la guérison définitive survient alors très vite. La durée totale de l'affection est toujours longue : six mois, un an et même davantage.

La guérison survient plus ou moins rapidement, mais elle n'est qu'apparente. — Plusieurs mois ou plusieurs années après la première atteinte, il se développe une hyperostose dite tardive, ou bien il se forme un abcès au niveau du point primitivement lésé ou dans un autre point du squelette.

C'est une infection osseuse prolongée : l'*ostéomyélite prolongée* (Lannelongue et Comby) qui se rencontre à la hanche comme ailleurs. Elle se caractérise par une tuméfaction de l'os, des douleurs très violentes, une élévation de la température générale (38 degrés, 38°5). Sa marche est chronique. La guérison se fait par évacuation de l'abcès; s'il se forme un séquestre, celui-ci entretient une fistule qui persistera indéfiniment jusqu'à ce que l'on intervienne chirurgicalement.

Enfin, *la mort* peut être la terminaison malheureuse de l'affection, même dans les formes aiguës. Elle survient du fait des complications viscérales, ou bien par suite du développement de foyers osseux secondaires, en particulier lorsque l'on tarde trop à ouvrir les collections purulentes profondes de la hanche.

c. *Formes atténuées.* — Ce sont des infections osseuses à marche subaiguë ou chronique.

La *fièvre de croissance* a été longuement étudiée sous le nom de *congestions épiphysaires de croissance* par MM. Broca, Delanglade et Barbarin dans leur Mémoire de 1902. Elle se caractérise, au point de vue clinique, par les symptômes d'une arthrite de la hanche à début brusque et fébrile (39 degrés, 40 degrés). Le membre est douloureux et se place en attitude vicieuse (flexion et abduction). On songe tout naturellement à une arthrite rhumatismale ou à une coxo-tuberculose à début aigu; mais, sous l'influence de l'extension continue ou même du simple repos au lit, les douleurs cessent rapidement en

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 17, p. 195.

même temps que la fièvre tombe. Dans quelques cas, les signes d'arthrite disparaissent en quelques jours, parfois en quarante-huit heures seulement; la température élevée du début cède également; mais il persiste une fièvre légère, que le thermomètre seul peut faire reconnaître, qui oscille tous les soirs entre 37°5 et 38°5 et se prolonge pendant plus ou moins longtemps (quelquefois pendant plusieurs mois), tandis que l'état général de l'enfant reste bon et que tous les signes d'arthrite ont disparu.

Ce sont ces arthrites de la hanche, insidieuses, subaiguës, que M. Broca considère comme une des formes de « la fièvre de croissance », elles sont analogues à ces « douleurs intermittentes du genou qui inquiètent à tort les familles et sont liées à une congestion atténuée ou à une ostéite de la tubérosité antérieure du tibia » (A. Broca).

L'*ostéomyélite chronique d'emblée*, décrite par Demoulin dans sa thèse (1888), est également une forme atténuée de l'infection osseuse. Elle ne mérite pas ici une description détaillée. Elle se traduit par de la douleur et du gonflement, tandis que l'état général reste bon. Elle se termine soit par suppuration, soit par la guérison avec hypérostose. Dans certains cas, la fracture spontanée en est le premier symptôme.

Formes suivant l'age de l'enfant. — a. *Ostéomyélite aiguë du nourrisson.* — Le début est le plus souvent marqué par des symptômes généraux graves, de sorte que l'on songe plutôt à une affection médicale. Cependant, si l'on examine la hanche, celle-ci est tuméfiée et douloureuse. L'arthrite purulente est particulièrement fréquente chez le nourrison, ainsi que l'ont bien montré Aldibert et son élève Dardenne, dans sa thèse (1894); elle passe immédiatement au premier rang des symptômes. La marche de l'affection est rapide. Le pronostic est sévère; il est aggravé par ce fait que fréquemment chez le nourrisson il existe d'autres foyers ostéomyélitiques sur divers points du squelette. Le microbe causal de l'ostéomyélite du nourrison est le plus habituellement le streptocoque.

b. *Ostéomyélite aiguë chez les enfants au-dessus de deux ans.* — Son début, généralement brusque, est marqué par une douleur violente à la racine de la cuisse qui surprend l'enfant au milieu de ses jeux. Ce sont les signes locaux du côté de la hanche qui attirent l'attention. L'arthrite purulente est moins fréquente que chez le nourrisson; l'articulation peut rester indemne, cependant, dans ces derniers cas, il existe pour ainsi dire toujours un peu d'irritation de voisinage qui retentit sur la jointure. La marche de l'affection est variable. L'ouverture chirurgicale des collections purulentes est fréquemment suivie de guérison. Le pronostic est moins grave que chez l'enfant au-dessous de deux ans.

Formes suivant le microbe causal. — L'*ostéomyélite de la hanche à staphylocoques dorés* est celle qui correspond à la forme aiguë de l'affection, en particulier au niveau de l'épiphyse fémorale supérieure. Elle est l'apanage des enfants et des adolescents. C'est elle qui nous a servi de type de description.

L'*ostéomyélite à streptocoques* se rencontre le plus souvent chez les nourrissons. Ses caractères cliniques sont les suivants, d'après Lannelongue et Achard : début très brusque avec réaction générale intense ; température de 39 à 40 degrés, mais tombant en deux ou trois jours en subissant des oscillations d'un degré du matin au soir ; douleur spontanée moins vive ; suppuration plus prompte, plus abondante, rapidement collectée en vastes foyers ; fluctuation plus rapidement apparente ; pus liquide, plutôt séreux, moins poisseux, moins verdâtre; la peau présente une rougeur diffuse, érysipélateuse ; le réseau veineux sous-cutané est absent ou rare ; il peut être remplacé par une lymphangite réticulaire qui traduit l'envahissement du système lymphatique (Lannelongue) ; l'adénite du pli de l'aine est presque la règle; les complications articulaires dans les jointures éloignées sont fréquentes.

L'*ostéomyélite à pneumocoques* est aussi l'apanage de la première enfance. Le plus habituellement, elle est secondaire à une pneumonie ou à une méningite ; il est exceptionnel qu'elle soit primitive. Elle se complique très fréquemment d'arthrite coxo-fémorale, mais les lésions se réparent rapidement malgré leur étendue, car la virulence du microbe s'épuise très vite ; c'est ce qui explique la bénignité de cette forme.

Les *ostéomyélites à microbes associés* se caractérisent par une marche particulièrement rapide et grave ; elles se compliquent fréquemment de septicémie suraiguë ; on peut observer des formes véritablement foudroyantes. Cependant, si cette gravité est habituelle, elle n'est pas constante. Du reste, nos connaissances sur ces associations microbiennes demandent à être complétées sur bien des points; il est, en effet, possible que les microbes anaérobies jouent un rôle important dans les infections osseuses, comme semble le prouver une observation d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur publiée par Lippmann et Foisy.

V

Pronostic. — Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître la gravité toute particulière de l'ostéomyélite de la hanche.

Dans les cas aigus, la mort est fréquente par septicémie et il faut remarquer avec Guyot que les ostéomyélites seules de l'extrémité supérieure du fémur représentent les deux tiers des cas d'*ostéomyélites suraiguës* étudiées par Dupin dans sa thèse. Cette proportion considérable indique suffisamment la gravité de l'affection.

La mortalité immédiate est, en moyenne, de 50 à 60 p. 100, d'après Broca, Delanglade et Barbarin.

Le pronostic est assombri par diverses conditions. L'âge de l'enfant a une grande importance : l'ostéomyélite du nourrisson est particulièrement sévère. Il en est de même de la nature microbienne de l'affection : les ostéomyélites à staphylocoques et les ostéomyélites à pneumocoques sont les moins graves. L'existence de foyers osseux multiples chez

le même malade doit toujours être considérée comme un signe de mauvais augure. Enfin, les ostéomyélites à point de départ acétabulaire sont presque fatalement mortelles.

L'arthrite coxo-fémorale n'assombrit pas seulement le pronotic immédiat, mais encore, si l'enfant guérit, elle laisse les fonctions de la hanche profondément altérées; le petit malade reste souvent un véritable infirme si une nouvelle intervention ne vient pas corriger les déformations. Le pronostic est donc toujours grave, et pour le présent, et pour l'avenir.

Il faut enfin savoir que le retard apporté au diagnostic est une des grandes causes qui élèvent le taux de la mortalité ; il sera donc très important de faire de bonne heure un diagnostic précis et, en particulier, de reconnaître l'arthrite purulente qui commande l'intervention : on pourra ainsi faire une opération précoce qui, bien conduite, aura de grandes chances de sauver les petits malades.

VI

Diagnostic. — Ce que nous venons de dire justifie pleinement l'importance capitale qui s'attache à l'étude du diagnostic.

Ce diagnostic est souvent assez délicat. Lorsque l'attention du clinicien est immédiatement attirée du côté de la hanche, il est relativement facile de reconnaître cette localisation de l'ostéomyélite.

Mais, dans les cas où les symptômes généraux ont une grande intensité, les signes locaux peuvent passer absolument inaperçus et le diagnostic devient très difficile; c'est ce qui se produit le plus souvent chez le nourrisson. Aussi, en présence d'un état général grave chez un enfant jeune, on devra toujours se conformer à la règle suivante : *explorer de parti pris tout le squelette, passer en revue toutes les articulations*. Pour l'examen de la hanche, on aura recours à un procédé très simple : l'enfant, pris sous les bras, sera soulevé et maintenu quelques instants en l'air; si l'une des hanches est malade, on constatera que le membre correspondant reste immobilisé en position vicieuse, tandis que celui du côté sain se livre à des mouvements désordonnés.

La *radiographie* rendra des services lorsque les signes d'arthrite coxo-fémorale seront peu nets : les extrémités osseuses apparaîtront sur l'image avec un contour moins net que du côté sain; l'os est augmenté de volume, plus clair, lorsque l'abcès souspériosté s'est développé.

Le *diagnostic différentiel* doit être envisagé à des points de vue différents, suivant les formes cliniques de l'affection et suivant l'époque de la maladie où l'enfant est soumis à notre examen.

1° *Dans les formes suraiguës, foudroyantes*, la question du diagnostic ne se pose même pas ; le sujet est emporté par la septicémie que l'opération, même précoce, ne peut enrayer.

2° *Dans les formes aiguës*, les plus communes, la discussion du diagnostic tient tout entière dans la recherche de l'arthrite coxo-fémorale.

A. D'autres infections, d'apparence clinique analogue, peuvent donner le change lorsque les symptômes généraux sont prédominants :

a. *Chez le nourrisson*, c'est surtout à *la méningite tuberculeuse* qu'il faut songer; on recherchera donc soigneusement tous les signes de méningite : début moins brusque, fièvre peu élevée, strabisme intermittent, vomissements, cris nocturnes ; on aura recours à la ponction lombaire qui donnera du pus du canal rachidien; enfin, l'examen méthodique de tout le squelette permettra d'éliminer l'ostéomyélite.

La *pseudo-paralysie syphilitique*, ou *maladie de Parrot*, se reconnaîtra facilement à l'absence de fièvre élevée, de phénomènes généraux graves, de tuméfaction et de suppuration; ces signes négatifs suffisent en général à faire le diagnostic.

b. *Chez l'enfant plus âgé*, vers six à huit ans, le *rhumatisme articulaire aigu* est la cause du plus grand nombre d'erreurs. Cependant, le rhumatisme s'observe surtout à partir de quinze à seize ans, à un âge par conséquent où l'ostéomyélite devient beaucoup plus rare; plusieurs articulations sont en général prises simultanément; les mouvements de la hanche sont toujours possibles, quoique douloureux; en particulier les mouvements que l'on imprime au membre s'effectuent sans douleur très vive; enfin, on n'observe pas les attitudes vicieuses que nous avons décrites dans l'ostéomyélite.

La *fièvre typhoïde* peut donner le change lorsque l'état général de l'enfant est particulièrement grave; c'est surtout pendant les premiers jours que le diagnostic est délicat; il se fera par les caractères du début de l'affection qui est toujours moins brusque dans la fièvre typhoïde que dans l'ostéomyélite, par l'étude de la température qui, dans la dothiénentérie, monte rarement à 40 degrés dès le premier jour, enfin par l'examen de la hanche et des autres articulations; plus tard, le diagnostic sera confirmé par l'apparition des taches rosées et par le séro-diagnostic.

Ces confusions du début avec les maladies infectieuses sont loin d'être rares; les erreurs, dit A. Broca, sont d'autant plus excusables que l'os malade est plus profondément situé.

B. Quand on a reconnu qu'il existe des signes de suppuration au niveau de la racine de la cuisse, la question à résoudre est alors la suivante : Y a-t-il arthrite de la hanche?

Un *phlegmon diffus* se traduit par un empâtement, une tuméfaction moins profonds; la douleur aussi est plus superficielle et les mouvements de l'articulation plus faciles que dans l'arthrite. Cependant, dans certains cas, l'intensité des phénomènes généraux peut tromper le clinicien.

L'*appendicite* ne pourrait prêter à confusion que dans des cas très exceptionnels. A. Broca n'a jamais vu, dans sa pratique, que l'erreur lui ait paru possible.

Quant à la *psoïtis*, Broca n'en a jamais recueilli d'exemple chez l'enfant; il n'est pas persuadé, du reste, qu'elle existe. L'attitude du membre (flexion sans rotation) n'est pas, dit-on, celle de l'arthrite suppurée; mais ce signe est bien vague.

L'*ostéomyélite du grand trochanter* doit être dis-

tinguée de l'ostéomyélite de la hanche lorsqu'elle laisse l'articulation intacte. Le diagnostic se fera par la localisation précise de la douleur, au début, sur le grand trochanter ; le gonflement siège surtout en arrière ; lorsque l'abcès sous-périosté se forme, la fluctuation apparaît rapidement et le pus tend à se faire jour au dehors. Mais souvent aussi, la région devient très vite le siège d'un gonflement diffus et les points douloureux ne peuvent être exactement déterminés par la pression limitée ; dans ces cas, on éliminera l'arthrite coxo-fémorale si l'on constate qu'il n'existe aucune attitude vicieuse du membre. Cependant, ce signe n'est pas toujours aussi net, car l'irritation de voisinage est capable de provoquer cette position vicieuse ; dans ces cas, on aura recours au chloroforme qui permettra de délimiter exactement le siège des abcès, d'examiner les mouvements de la hanche et, s'il est nécessaire, d'inciser les collections purulentes et d'en explorer attentivement les connexions.

Les *ostéomyélites de l'os iliaque* sont d'un diagnostic plus facile ; du reste, elles se développent plus tardivement que les ostéomyélites de la hanche, elles n'apparaissent guère qu'après la quinzième année.

L'*ostéomyélite de l'ischion* se caractérise par un maximum de la douleur et du gonflement du côté de cet os, par la fluctuation généralement très nette, enfin par l'intégrité de l'articulation coxo-fémorale.

L'*ostéomyélite du pubis* présente des signes qui se rapprochent davantage de l'ostéomyélite de la hanche ; le maximum de la douleur et la tuméfaction siègent du côté du pli inguino-crural ; l'œdème des grandes lèvres et du scrotum est fréquent ; mais, parfois aussi, l'irritation se propage à l'articulation, le membre se place en position vicieuse et le diagnostic peut devenir très délicat si l'on n'a pas recours au chloroforme pour examiner la hanche.

C. L'ARTHRITE RECONNUE, QUELLE EST SA NATURE ? — Une arthrite suppurée aiguë chez l'enfant est presque toujours symptomatique d'une ostéomyélite. Il est cependant possible de commettre quelques erreurs.

Les *arthrites des fièvres éruptives et des maladies infectieuses* (variole, varicelle, diphtérie, fièvre typhoïde, etc...) se reconnaîtront facilement par l'évolution de l'affection qui leur a donné naissance.

La *coxo-tuberculose aiguë* existe réellement, mais elle est d'une extrême rareté. Le diagnostic est très difficile au début des accidents ; ce n'est que par la persistance de la fièvre, la rapidité de la suppuration, l'aspect épais et crémeux du pus que l'on peut reconnaître une ostéomyélite (A. Broca).

D. L'OSTÉOMYÉLITE DE LA HANCHE ÉTANT DIAGNOSTIQUÉE, EST-IL POSSIBLE DE SPÉCIFIER LE POINT DE DÉPART DE L'INFECTION ? — Nous avons déjà dit dans un chapitre précédent que les ostéomyélites de l'extrémité supérieure du fémur pouvaient rester extra-articulaires ; dans ces cas, la tuméfaction est plus localisée et plus superficielle, l'intégrité de la jointure peut être en général reconnue et l'on peut déterminer l'origine fémorale du mal par la recherche des points douloureux. Au contraire, lorsqu'il y a arthrite, la clinique est le plus souvent incapable de distinguer si c'est le cotyle ou le fémur qui a été primitivement atteint.

Le *signe de Brodie* consiste dans la douleur que réveille la pression exercée sur le grand trochanter ou sur le genou ; cette douleur serait infiniment plus violente dans le cas d'ostéomyélite fémorale. M. Broca se montre très sceptique sur la valeur de ce signe.

D'après M. Kirmisson, une déformation très marquée au niveau de la racine de la cuisse serait un indice de lésion fémorale.

Pour M. Broca, les seuls signes probants d'ostéomyélite cotyloïdienne sont : l'empâtement ou la douleur à la pression constatés par le toucher rectal et l'existence d'un gros abcès dans la fosse iliaque interne.

Cependant, le doute persiste le plus souvent et il est prudent de rester dans le vague en parlant d'*ostéomyélite de la hanche* (A. Broca).

3° *Les formes atténuées, subaiguës ou chroniques*, doivent être envisagées à part ; c'est surtout pour la *fièvre de croissance* que le diagnostic est parfois entouré de réelles difficultés.

La *mono-arthrite blennorragique* est exceptionnelle chez l'enfant ; elle sera reconnue par l'existence d'une urétrite ou d'une ophtalmie.

Une *arthrite rhumatismale mono-articulaire* est assurément une rareté à la hanche ; le diagnostic en est très délicat, car on observe le même début brusque et fébrile que dans la fièvre de croissance. L'épreuve du salicylate de soude est souvent la seule façon de trancher la question.

Le *rhumatisme tuberculeux*, décrit par Poncet, est encore plus difficile à dépister. Il est le plus souvent polyarticulaire et n'est influencé ni par l'antipyrine, ni par le salicylate ; mais son début brusque prête à confusion. Cependant, on doit toujours y songer, chez l'enfant surtout : ces douleurs rhumatismales sont trop souvent « le masque d'une lésion tuberculeuse au début » (Broca).

C'est surtout la *coxalgie* qui est la grande cause des erreurs ; c'est elle qu'il faut savoir ne pas confondre avec la fièvre de croissance. Le début brusque et fébrile est très important, car il caractérise les congestions épiphysaires de croissance ; les douleurs sont violentes, la température est élevée, mais tous ces symptômes disparaissent rapidement et spontanément sous l'influence du simple repos. Il existe bien, il est vrai, des coxo-tuberculoses à début aigu et fébrile, mais elles ne se calment pas ainsi en quelques jours.

Lorsque le début se fait insidieusement et sans fièvre notable, le diagnostic est encore plus délicat ; on recherchera deux signes physiques constants et précoces dans la coxalgie, qui font toujours défaut dans les arthrites non tuberculeuses : l'atrophie du triceps et l'engorgement des ganglions inguinaux. Inversement, la persistance pendant quelque temps d'une fièvre légère ne dépassant pas 38°5 et l'apparition de douleurs intermittentes dans d'autres points du squelette, en particulier au genou, sont des symptômes qui doivent faire pencher le diagnostic du côté de la fièvre de croissance.

L'*ostéomyélite chronique d'emblée* sera également

d'un diagnostic difficile au début. C'est surtout avec une *ostéite syphilitique* que la confusion est possible; dans ce dernier cas, le traitement spécifique se montrera toujours très rapidement efficace; c'est la seule façon d'éviter l'erreur lorsque les antécédents font défaut.

4° *A la période des fistules constituées*, il faut faire un diagnostic rétrospectif : *est-ce une ostéomyélite ou une coxalgie ancienne?*

Le commémoratif d'un début aigu, fébrile, avec abcès rapidement formé et fistules consécutives fera songer à l'ostéomyélite; en effet, les coxo-tuberculoses à début aigu n'ont presque jamais une semblable intensité initiale. Dans d'autres cas, on voit la hanche se prendre plus ou moins longtemps après une autre ostéomyélite de siège différent : il est alors tout naturel de rapporter la seconde atteinte à la même cause que la première. Cependant il est possible qu'une coxalgie survienne à la suite d'une ostéomyélite; un fait de ce genre, si exceptionnel qu'il soit, a été observé par M. Broca : l'erreur est alors inévitable.

Lorsque tout commémoratif fait défaut, les difficultés sont bien plus grandes; cependant, l'examen local pourra donner quelques renseignements. Dans l'ostéomyélite, le gonflement est modéré, les tissus ne sont pas infiltrés de fongosités; les fistules sont moins ulcéreuses, leurs bords ne sont pas décollés comme dans la tuberculose, il y a moins de clapiers autour d'elles; le membre, dans son ensemble, est moins gravement atrophié que dans les vieilles coxalgies. Le pus tuberculeux est liquide, grumeleux; la suppuration des ostéomyélites anciennes est moins abondante, plus louche, mieux liée. Enfin, l'hyperostose, quand elle est bien marquée, est un indice précieux en faveur de l'ostéomyélite, mais au fémur elle est toujours légère et demande à être recherchée.

5° Enfin, s'il existe des *difformités de la hanche*, des *attitudes vicieuses*, on devra les rattacher à leur véritable cause. Une *coxa vara*, par exemple, ne sera pas mise sur le compte du rachitisme, si l'on sait découvrir dans les antécédents du malade l'histoire d'une ostéomyélite aiguë. De même, *une luxation spontanée* survenue au cours d'une ostéomyélite de la hanche et ayant passé inaperçue ne sera pas prise pour une luxation congénitale, si l'on sait reconstituer les commémoratifs d'une infection aiguë. Dans ces cas, on s'aidera de la *radiographie* qui rendra de grands services pour préciser le diagnostic de ces diverses déformations.

VII

Traitement. — Pour être efficace, le traitement des ostéomyélites de la hanche doit être précoce.

Dans les formes atténuées, la *fièvre de croissance* par exemple, il suffit en général de mettre l'enfant au repos absolu au lit; si les douleurs sont très violentes, on aura recours, pour les calmer, à l'extension continue. Sous l'influence du simple repos, on voit très rapidement, souvent en quelques jours, tous les symptômes s'amender.

Dans les *formes aiguës*, la conduite à tenir sera essentiellement variable suivant les cas.

a. *Le diagnostic de l'arthrite n'est pas certain.* — Il faut se garder de pratiquer, de parti pris, une arthrotomie. Donc, lorsqu'il y aura quelque doute, on endormira l'enfant et, après avoir bien examiné le siège des abcès et les mouvements de la jointure, on incisera les collections purulentes; on pourra alors explorer la plaie et se rendre compte s'il y a du pus dans l'articulation. Suivant l'état des lésions, ou bien on pratiquera l'arthrotomie, ou bien on se contentera d'évider l'os dénudé. Le large drainage péri-articulaire suffit dans certains cas, en particulier pour l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur, qui souvent respecte la jointure.

b. *L'arthrite suppurée est certaine.* — L'intervention devra être aussi précoce que possible; elle aura pour but de drainer largement l'articulation. Ici encore, on s'inspirera des circonstances, c'est-à-dire de l'état des lésions.

La voie que l'on suivra pour aborder la jointure sera variable suivant les cas; on se laissera guider par les collections purulentes que l'on incisera dans la région où elles bombent le plus, soit en dedans, soit par la face antéro-externe, soit en arrière (incision de Langenbeck), ce qui sera la voie la plus commune. L'articulation sera ouverte largement et l'on aura sous les yeux la tête et le col. Dans certains cas, il sera suffisant d'évider à la curette les parties dénudées de la tête et du col. Mais lorsque les lésions sont très étendues et très profondes, ou quand on trouve la tête décollée, il faut sans hésiter la réséquer. La résection de la tête est également indispensable quand l'arthrite suppurée a pour origine une ostéomyélite acétabulaire : c'est à cette seule condition que l'on pourra aborder l'os malade et le perforer au besoin pour drainer un abcès intra-pelvien. La résection est bien à la hanche, comme l'a dit Ollier, *la plus haute expression du drainage*, mais il faut la pratiquer avec circonspection, dans des circonstances spéciales et non de parti pris, comme le veulent certains chirurgiens.

Le traitement post-opératoire sera l'objet de soins particuliers : le membre sera pendant longtemps soumis à l'extension continue et on le maintiendra dans la rectitude; de cette façon, si l'ankylose survient, il sera en bonne attitude et utilisable pour la marche. A la suite de l'arthrotomie, même largement pratiquée, on voit en général la jointure s'assouplir peu à peu et revenir au bout d'un certain temps à un fonctionnement très voisin de l'état normal. La résection, au contraire, laisse toujours après elle un raccourcissement notable du membre; d'autre part, c'est une opération sérieuse dont la mortalité est évaluée par Broca à 12 p. 100. Cette gravité doit être opposée à la bénignité relative des arthrites suppurées de l'enfant traitées par l'arthrotomie.

Parmi les complications, *la luxation spontanée* réclame un traitement spécial. Suivant les conseils de M. Kirmisson, on réduira la luxation par des manœuvres de douceur : mouvements alternatifs de flexion et d'extension, d'adduction et d'abduction, jusqu'à ce que la tête ait franchi le rebord cotyloïdien. Puis, le membre sera soumis longtemps à l'extension continue en bonne attitude pour empêcher le déplacement de se reproduire.

Les lésions de l'*ostéomyélite chronique* seront traitées par de larges évidements pour enlever les séquestres et pour évacuer le pus. Quand il persiste des fistules qui ne se tarissent pas et qui entretiennent un état septicémique alarmant, la résection est indiquée; mais, dans ces circonstances, l'opération est toujours grave.

Les *attitudes vicieuses de la hanche* causées par l'*ankylose* seront justiciables d'un traitement orthopédique.

Lorsque l'ankylose est seulement fibreuse, on peut arriver à assouplir la jointure par le *redressement brusque* sous le chloroforme. Mais cette méthode est dangereuse quand il persiste de l'ostéo-arthrite, car elle peut réveiller une inflammation dont les conséquences sont parfois graves.

La *résection orthopédique*, employée par König de parti pris, est, au contraire, rarement indiquée (Bruns, A. Broca).

L'opération de choix est l'*ostéotomie sous-trochantérienne oblique* pratiquée, comme le conseille M. Kirmisson, en dirigeant la section osseuse en bas, en avant et en dedans. L'intervention n'est pas grave et donne d'excellents résultats, à condition que la hanche soit complètement ankylosée.

La *coxa vara*, enfin, sera traitée au début par l'extension continue; plus tard, s'il persiste une attitude vicieuse marquée, on lui appliquera l'ostéotomie sous-trochantérienne transversale ou cunéiforme.

BIBLIOGRAPHIE

ALDIBERT. De l'ostéomyélite aiguë chez les enfants au-dessous de deux ans, *Revue des mal. de l'enf.*, 1894, p. 289; — *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1894, p. 254. — D'ASTROS. L'ostéomyélite chez l'enfant au-dessous de trois mois et ses conséquences possibles, *Revue des mal. de l'enf.*, 1901, p. 493.

BARDENHEUER. *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin 1890-1891, t. XLI, p. 553. — BERNARD. *De l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur*, Th. de Bordeaux, 1897. — BRAQUEHAYE. De l'ostéomyélite des enfants en bas âge, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1895, p. 199. — BROCA, DELANGLADE et BARBARIN. Arthrites aiguës et ostéomyélites de la hanche, *Revue d'orthop.*, 1902, p. 257. — BRUNS et HONSELL. *Beit. z. klin. Chir.*, Tübingen 1899, t. XXIV, p. 41.

CARDOT. *Etude clinique sur l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur*, Th. de Paris, 1902. — CHARÉZIEUX. *De l'ostéomyélite chez les jeunes enfants*, Th. de Bordeaux, 1896. — CHAVANNAZ. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1892, p. 432. — CHIPAULT. *Bull. de la Soc. anat.*, 1890, p. 281. — CŒURDEROY. *Contribution à l'étude de l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur*, Th. de Paris, 1900. — CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE, Bordeaux 1895. De l'ostéomyélite de la hanche : *Discussion de Demons, Broca, Lannelongue.* — COUDRAY. *Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 284.

DARDENNE. *De l'ostéomyélite aiguë chez les enfants au-dessous de deux ans*, Th. de Toulouse, 1894. — DUCLAUX. *L'ostéomyélite de la hanche ; formes cliniques*, Th. de Paris, 1905. — DUPIN. *Contribution à l'étude des ostéomyélites suraiguës*, Th. de Bordeaux, 1898.

GIRARD. *Quelques considérations sur l'ostéomyélite aiguë de la hanche*, Th. de Paris, 1893. — GOULLIOUD. *Des ostéites du bassin au point de vue de leur pathogénie et de leur traitement*, Th. de Lyon, 1883. — GUYOT. Ostéomyélites aiguës de l'extrémité supérieure du fémur, *Revue de chir.*, 1904, p. 271.

HARTMANN. Luxation spontanée de la hanche au cours d'une coxite aiguë, *Revue d'orthop.*, 1894, p. 168.

KÖNIG. *Die spec. Tub. der Knochen und Gelenke*, t. II : *Das Hüftgelenk*, Berlin 1902, p. 105.

LANNELONGUE. *De l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance*, Paris 1879; — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 474 ; — *Bull. méd.*, 1902, p. 285. — LANNELONGUE et ACHARD. Un cas d'ostéomyélite à pneumocoques, *Bull. méd.*, 1890, p. 789; — Etude des ostéomyélites à staphylocoques et à streptocoques, *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1891, p. 209. — LANNELONGUE et COMBY. *L'ostéomyélite chronique ou prolongée*, *Arch. gén. de méd.*, 1879. — LAUTIER. *Etude clinique des complications articulaires de l'ostéomyélite*, Th. de Paris, 1892. — LECOMTE. *Etude sur les ostéomyélites de la hanche avec abcès intra-pelviens*, Th. de Paris, 1894. — LEVÊQUE. *De la coxalgie ostéomyélitique suppurée d'origine fémorale*, Th. de Lyon, 1895. — LIPPMANN et FOISY. De l'ostéomyélite à microbes anaérobies, *Gaz. heb. de méd. et de chir.*, 1902, p. 781.

MACNAMARA. *Brit. med. Journ.*, 1887, p. 13, et 1888, p. 76. — MARTIRENÉ. *Réflexions sur quelques cas d'arthrites aiguës des enfants*, Th. de Paris, 1898. — MONNIER. *Bull. de la Soc. anat.*, 1892, p. 249. — MOUCHET et AUDION. Des pyarthrites aiguës de l'enfance, *Progrès méd.*, 1899, p. 193. — MÜLLER. *Deut. Zeits. f. Chir.*, Leipzig 1885, t. XXI, p. 455.

OLLIER. *Traité des résections*, t. III, p. 54. — OWEN. Arthrites suppurées aiguës de la hanche, *Soc. de méd. et de chir. de Londres*, nov. 1898.

SÉSARY. Des synoviales articulaires considérées dans leurs rapports avec les extrémités des os longs chez les enfants et les adolescents, *Lyon méd.*, 1870, p. 227.

SUR LA MÉDICATION DIGITALIQUE

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION (1)

Par le docteur M. NIGOUL,

Médecin en chef du dispensaire de la Préfecture de la Seine.

III

Nous avons observé encore 9 cas de lésions mitrales en hyposystolie ou bien en asystolie manifeste et, sauf un cas mortel où la digalène fut insuffisante et aurait dû être précédée d'une copieuse saignée, sauf aussi un cas d'asystolie (troisième crise), où nous avons dû aider l'action diurétique du remède par l'application de mouchetures avec tubes de Sounthey, nous avons obtenu dans tous les autres cas de très bons résultats. Dans une autre observation de myocardite chronique, en asystolie, dans deux cas d'insuffisance aortique troublés et dans un cas de néphrite parenchymateuse avec dilatation cardiaque aiguë, nous avons encore effacé les œdèmes, et tonifié le cœur. Ce dernier malade cependant est mort quatre mois après notre traitement, loin de Paris.

Enfin dans un cas de pneumonie lobaire aiguë avec affaiblissement marqué des contractions cardiaques et dans un cas d'hypotension aiguë déterminée chez un mitral par une grippe grave, la digalène amena l'éloignement complet des symptômes cardioplégiques, et jamais nous n'avons observé de phénomènes d'accumulation.

IV

Quelle philosophie clinique se dégage de ces observations ? Que nous apprennent-elles sur les propriétés générales et spéciales de la digalène ? C'est ce qu'il nous reste à examiner.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, nº 19, p. 222.

Un fait important domine toute la physiologie digalénique : c'est la constance des effets cliniques.

Dans toutes nos observations, sauf deux où l'indication était formelle de diminuer l'obstacle périphérique que le cœur s'épuisait à combattre, la digalène a donné des résultats. Elle a rapidement relevé la force contractile du cœur, ralenti ses battements et bientôt après augmenté la diurèse. Et nous ferons remarquer que si dans un grand nombre de cas nous avons eu affaire à des myocardes réagissant bien, il s'est rencontré aussi plusieurs fois des malades en deuxième et troisième crise asystolique, avec un myocarde en état de dégénérescence assez accentuée.

Il faut donc reconnaître à la digalène une constance thérapeutique analogue à celle de la digitaline cristallisée, et sans contredit bien supérieure à celle de l'infusion ordinaire. Il faut aussi lui reconnaître une *rapidité d'action* particulière telle que n'en présente aucun autre digitalique et cette qualité s'explique aisément par la solubilité parfaite du remède.

A côté de ces propriétés thérapeutiques générales, la digalène en présente une autre tout aussi importante : nous voulons parler de son absence de toxicité et d'effets cumulatifs. Si nous exceptons un malade qui ayant absorbé 20 centimètres cubes de digalène en six jours consécutifs et sans inconvénients, présenta cinq jours plus tard, à la reprise du remède, un ralentissement accentué du pouls, nous n'avons jamais observé le moindre phénomène toxique. Et pourtant la plupart de nos malades absorbent en quatre à sept jours une dose de 12 à 18 centimètres cubes de digalène !

Comment expliquer cette absence d'accumulation avec un traitement digitalique aussi soutenu ? C'est encore par la solubilité parfaite de la digitoxine amorphe. Cette solubilité est telle que la digalène, loin de séjourner longuement dans l'économie, s'élimine d'elle-même au bout de dix à vingt-quatre heures. Mais c'est aussi en raison de l'énorme diurèse que ce remède provoque et qui, atteignant parfois quatre litres par jour, entraîne, dans cette véritable débâcle, le principe actif lui-même.

Et c'est précisément parce que la digalène s'élimine aussi vite, qu'il est indiqué au médecin cherchant des résultats complets, de renouveler les doses pendant quatre, cinq, sept jours de suite et à raison de 3 ou de 4 centimètres cubes par vingt-quatre heures. Et ne vaut-il pas mieux, en définitive, actionner l'organisme par des doses répétées d'un remède que l'on dirige au gré des circonstances, plutôt que d'abandonner l'économie à la force aveugle d'un médicament sur lequel nous n'avons plus de prise et dont il deviendra difficile d'arrêter les effets si la nécessité nous y oblige ?

Mais pénétrons plus avant dans l'intimité de l'action thérapeutique de la digalène, et voyons si malgré sa rapide élimination, elle exerce sur le cœur, les vaisseaux, le rein, et les œdèmes des effets comparables à ceux que l'accumulation produit pour les autres digitaliques.

Nous diviserons cette courte étude en deux paragraphes distincts.

D'une part, il s'agira de préciser l'action du remède introduit par la voie gastrique et, d'autre part, la façon dont il se comporte quand il est absorbé par la voie intra-musculaire profonde.

1° *Introduction du remède par la voie gastrique.* — Nous pouvons affirmer, d'après nos observations, que la digitoxine soluble possède sur les autres digitaliques la supériorité pratique d'être absolument sans action nuisible pour le tube digestif. Exceptionnellement en effet, nous avons constaté, et toujours chez des dyspeptiques avérés, quelques renvois ou quelques nausées. Dans l'immense majorité des cas au contraire, 3 et 4 centimètres cubes de digalène, absorbés dans du lait en trois ou quatre prises différentes, sont parfaitement tolérés. L'observation X est instructive à ce point de vue, puisqu'elle se rapporte à une malade dyspeptique qui n'éprouva aucun inconvénient de l'absorption répétée de 3 et 4 centimètres cubes de digalène par jour.

Trois ou quatre centimètres cubes de digalène viennent donc d'être introduits dans l'économie. Que va-t-il se passer? Au bout de deux à quatre heures l'état du cœur change. Les battements cardiaques commencent à se ralentir et déjà le malade est moins oppressé : la violence de la dyspnée n'augmente pas. C'est là le début de la *phase cardiotonique et antidyspnéique* de la digalène. Puis avec les doses suivantes, cette amélioration s'accroît, et il n'est pas rare que les malades, sujets à des crises d'asthme cardiaque, ne présentent plus ce symptôme à la fin de la première journée de traitement. Douze à vingt-quatre heures après les premières prises du remède, la diurèse augmente, et à la fin des premières vingt-quatre heures, elle peut passer de 500 grammes à 1 000 et 1 100 grammes. C'est déjà le début *de la phase diurétique.*

Les jours suivants et sous l'influence des nouvelles doses de 3 à 4 centimètres cubes, la pression sanguine s'élève, les battements cardiaques deviennent plus réguliers, l'arythmie s'efface et le pouls radial augmente d'amplitude. La diurèse continue à s'élever encore, elle atteint au quatrième ou cinquième jour un taux moyen de 3 litres à 3 litres et demi, et qui, dans certains cas, a dépassé plus tard 4 litres. Alors les œdèmes rétrocèdent, et ils rétrocèdent d'autant mieux que le volume des urines reste élevé. Mais il faut bien remarquer, et ce fait est fort intéressant, que la diurèse n'augmente pas après la fonte des œdèmes, mais au contraire auparavant. C'est l'action diurétique qui entraîne la disparition des épanchements séreux. La diurèse est la cause, la résorption est l'effet.

Quand les œdèmes ont disparu, quand l'état cardiaque s'est franchement amélioré, la diurèse baisse, et au bout de quatre à cinq jours, elle est redevenue normale. Si même, à ce moment, nous ordonnons à nouveau la digalène, il est exceptionnel de relever la diurèse au delà de 2 litres (Obs. XIII et XVII).

Nous devons constater encore que le volume des urines baisse sensiblement au bout des quatre ou cinq jours qui suivent la cessation du traitement digalénique, alors même que les épanchements séreux ne sont pas entièrement résorbés. Il est bon alors de prescrire à nouveau de faibles doses de digitoxine amorphe, et la diurèse remonte. C'est là évidemment la démonstration certaine que la digitoxine de Cloetta ne s'accumule pas dans l'économie.

Quant à l'albumine, elle diminue sensiblement pendant le cours de la médication, et lorsque, plus tard, le volume des urines est redevenu normal, il n'est pas rare d'observer la disparition complète de l'albumine urinaire.

2° *Introduction du remède par la voie intramusculaire profonde.* — Nous avons procédé à ces injections chez sept de nos malades. Il est bien entendu que nous les accompagnons toujours des précautions antiseptiques habituelles, et que nous les faisons suivre d'un vigoureux massage de quelques minutes. Nous choisissons de préférence la région fessière ou la région des extenseurs de la cuisse, d'autres auteurs préfèrent le deltoïde. Mais ce qu'il importe de savoir, c'est que ces injections profondes sont à peine sensibles et sont toujours bien supportées.

Les effets digaléniques se manifestent par cette voie d'une façon plus rapide que par la voie gastrique, et paraissent aussi plus énergiques. C'est au bout d'une demi-heure à une heure seulement, que l'on remarque le changement de l'état cardiaque et respiratoire, et c'est au bout de six, huit et douze heures que débute la diurèse. Au troisième jour, il n'est pas rare d'observer une diurèse dépassant 3 et même 4 litres (Obs. XVII). Les œdèmes et l'ascite s'effacent alors rapidement et la diurèse retombe plus tard à la normale. La possibilité pour les médecins d'injecter sans inconvénients le principe actif de la feuille fraîche de digitale est donc un fait

de très haute importance, car il permet de négliger entièrement la voie gastrique si souvent troublée dans l'asystolie, si souvent intolérante à la digitale, et surtout d'agir avec une grande énergie, lorsqu'on est en présence de cas urgents.

A ce point de vue, disent les auteurs, l'injection intraveineuse serait encore préférable parce que ses effets sont pour ainsi dire *immédiats*. Nous ne pouvons quant à nous, nous prononcer à cet égard, car nous n'avons établi encore aucune observation personnelle d'injections intraveineuses de digalène.

Quand les crises asystoliques ont disparu, quand le cœur se contracte avec assez de force et de régularité, il nous a paru favorable de reprendre plus tard la médication digalénique à raison de XX à XL gouttes (un demi à un centimètre cube), pendant dix jours par mois. Ainsi, sans obtenir d'action diurétique, nous agissons directement sur le myocarde en mettant en action les propriétés cardiotoniques de la digalène. Par ce moyen, nous maintenons le cœur dans sa période compensatrice reconquise, nous l'empêchons de faiblir, nous retardons pour longtemps l'apparition nouvelle des crises de défaillance.

V

En résumé, nous devons considérer la digitoxine amorphe de Cloetta comme un agent précieux de la médication digitalique. A tout considérer, en effet, son action nous semble analogue à celle de la macération obtenue avec des feuilles fraîches convenablement choisies. Dans les deux cas, même action puissante sur le cœur et les vaisseaux, même action énergique sur la diurèse et les œdèmes. Et cependant la digalène ne s'accumule pas, tandis que la macération de feuilles produit des effets cumulatifs. C'est que, pour cette dernière préparation, on utilise trop souvent des feuilles altérées par une dessication prolongée et dans lesquelles existe à côté du principe actif, seul présent dans la digalène et seul utile, des principes secondaires qui ceux-là sont toxiques.

Mais si la digalène possède une énergie médicamenteuse analogue à celle de la macération (ce qui montre bien que la digitoxine amorphe soluble est le principe essentiel de la feuille fraîche) elle lui est nettement supérieure par sa rapidité d'action, la fixité de son dosage, son innocuité pour le tube digestif et son utilisation facile par la voie intra-musculaire. De plus, ce remède vient prouver au médecin qu'il n'est pas nécessaire à un agent digitalique de s'accumuler dans l'économie pour y déterminer de puissants résultats cliniques. Il suffit en effet de redonner à l'organisme, au fur et à mesure qu'il l'élimine, une quantité suffisante de principe actif pour tenir le malade, autant qu'il est nécessaire, sous l'action médicamenteuse, et obtenir ainsi des résultats tout aussi brillants que ceux qu'il faudrait attendre de l'accumulation elle-même.

C'est la véritable remarque que se fera le praticien quand, ayant utilisé la digalène dans les cas où il employait la digitale, il se dira combien il est plus facile et combien préférable d'avoir ainsi en main son malade sans être obligé de le livrer entièrement à une action médicamenteuse sur laquelle il n'aura bientôt plus de prise, et il se dira dans son robuste bon sens, qu'il était tout de même fâcheux de rechercher des effets thérapeutiques dans un commencement d'action toxique.

En outre, la digalène se présente à tous comme un médicament d'urgence dont l'efficacité pour être immédiate n'en est pas moins sûre. En ce sens, elle vient combler une lacune qui existait, quoi qu'on en dise, dans notre thérapeutique.

Dans son cours à la Faculté, M. Vaquez s'exprimait ainsi à son sujet : « Je ne puis me prononcer encore sur la valeur exacte de ce médicament que j'ai moi-même expérimenté dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, car les résultats ne sont pas encore assez nombreux. Mais la digalène présente un gros avantage, c'est sa solubilité dans l'eau qui permet de l'injecter facilement sous la peau. Elle semble posséder les mêmes propriétés que la digitale et on dirait même qu'elle agit plus rapidement. Alors que la digitale met vingt-quatre à quarante-huit heures pour agir, la digalène n'a besoin, semble-t-il, que de dix à douze heures. Ce résultat a été très net chez un de nos malades. »

Pour nous qui nous appuyons sur 21 cas cliniques, nous considérons que la digitoxine amorphe de Cloetta résout le problème de l'activité digitalique invariable, sûre et débarrassée enfin de ses redoutables inconvénients ; elle vient prouver que cette activité digitalique n'est pas nécessairement fonction de l'accumulation médicamenteuse ; elle fait de la digitale un remède d'urgence en rendant pratique son introduction immédiate par les voies intra-musculaire et intraveineuse.

Notons en terminant que les doses moyennes à utiliser varient entre 1 et 4 centimètres cubes de digalène par vingt-quatre heures et par la voie gastrique, et sont de 1 à 3 centimètres cubes par vingt-quatre heures si l'on utilise les injections intra-musculaires. On prescrit d'habitude pendant les trois ou quatre premiers jours 3 centimètres cubes et 2 centimètres cubes ensuite.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1907)

Traitement des infections aiguës des membres par la méthode de Bier. — M. TUFFIER a traité trois malades par cette méthode. Les premiers essais qu'il avait faits étaient restés négatifs. Depuis, grâce à des renseignements précis, il a pu suivre très exactement la technique employée dans le service de Bier, c'est-à-dire l'emploi judicieux de la bande élastique et de la ventouse. Il ne s'agit, dans les cas de M. Tuffier, que d'infections aiguës des membres, os à part. Une bande élastique très simple est placée au-dessus de la lésion ; on la laisse une vingtaine d'heures ; la partie du membre située au-dessous de la bande, doit gonfler, devenir rouge foncé et indolente. La cessation presque immédiate de la douleur est un signe presque certain de l'efficacité du traitement. Le second fait est la chute de la température en très peu de temps. S'il y a une suppuration collectée, il faut l'ouvrir mais par une incision moins large. Les accidents possibles sont un peu d'érythème, des troubles de la sensibilité, de la gangrène même, si la bande est mal appliquée.

Les résultats obtenus par M. Tuffier, même chez une diabétique avec 57 grammes de sucre dans ses urines, ont été des plus satisfaisants. Il reste bien entendu qu'il ne s'agit que des infections aiguës des parties molles des membres.

M. Tuffier pense qu'on pourrait, avec avantages, recourir à cette méthode à titre préventif, c'est-à-dire dans les cas où on aurait lieu de craindre la possibilité d'un phlegmon. Enfin il insiste sur la nécessité de suivre de très près les malades soumis à ce traitement et de surveiller les effets de la compression par cette bande de Bier.

M. MONOD demande à M. Tuffier s'il a essayé la méthode pour les tuberculoses osseuses.

C'est M. KIRMISSON qui répond que cette méthode a été employée à tout et pour tout, en particulier pour les tuberculoses osseuses. On bat en retraite aujourd'hui et on tend à abandonner complètement cette méthode qui n'a rien donné dans les tuberculoses osseuses.

M. MAUCLAIRE n'a rien obtenu non plus de l'emploi de cette méthode dans la tuberculose osseuse.

M. CHAPUT, contrairement à ses collègues, déclare en avoir obtenu de très bons résultats dans la tuberculose et des résultats presque nuls, dans les infections aiguës des parties molles.

Amputations d'urgence. — M. LEJARS fait un rapport sur une présentation par M. Dujardin-Beaumetz, ancien médecin-

inspecteur de l'armée, d'un appareil métallique destiné à faciliter la rétraction des parties molles dans les amputations combinées des membres. Bien que les amputations d'urgence deviennent de plus en plus rares, même en temps de guerre, et qu'on tende de plus en plus à la conservation, il y a des cas, cependant, où elles s'imposent. Dans ces cas, c'est au procédé circulaire à longue manchette cutanée qu'il faut donner la préférence. Il faut donc donner beaucoup d'ampleur aux parties molles du moignon et faire une vaste manchette cutanée. Pour cela une bonne rétraction des parties molles est nécessaire. Depuis Percy de nombreux rétracteurs métalliques ont été imaginés à cet effet. MM. Tuffier, Montprofit nous en ont présenté. Celui que nous présente M. Dujardin-Beaumetz semble réunir toutes les conditions; il est pratique, commode et assure une parfaite rétraction. M. Lejars l'a employé et s'en est bien trouvé.

M. Lucas-Championnière est heureux d'entendre M. Lejars défendre l'opinion qu'il a lui-même toujours soutenue, à savoir que la meilleure de toutes les amputations des membres, est l'amputation circulaire. Quant aux rétracteurs métalliques, M. Lucas-Championnière n'en voit pas la nécessité.

Plaie du cœur et du poumon. — M. Ombrédanne rapporte un fait fort intéressant de plaie du cœur et du poumon par balle de revolver, guérie par la suture. M. Delorme fera un rapport sur cette curieuse observation.

Epithélioma du vagin. — M. Legueu présente une femme qu'il a opérée il y a dix ans d'un épithélioma pavimenteux globulaire du vagin. Il n'y a pas eu de récidive depuis dix ans. Si cette malade avait été soumise à un traitement sérothérapique quelconque, on se serait cru autorisé à en tirer une conclusion bien favorable à ce mode de traitement. Il y a des cancers qui ne récidivent pas, et nous ne savons pas pourquoi.

Gangrène du poumon. — M. Tuffier présente un homme de vingt-cinq ans qui était atteint d'une gangrène du poumon droit et auquel il a réséqué les troisième et quatrième côtes, une partie de la plèvre épaissie. Ce malade est absolument guéri.

M. Segond a été élu membre honoraire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(Séance du 7 février 1907)

Dysenterie. — La discussion sur la dysenterie continue. M. Moine (d'Amiens) et M. Salle (de Nancy) montrent que l'infection antérieure des vieux casernements et des objets de literie doit être souvent invoquée.

M. Vincent (du Val-de-Grâce) insiste sur ce point que le microbe de la dysenterie bacillaire ne se trouve que dans les déjections des malades dysentériques et exclusivement dans ces déjections. Dès lors pour éclairer l'étiologie dans une épidémie, nous devons rechercher ce que deviennent les selles et les bacilles qu'elles contiennent. Les causes de transmission sont surtout indirectes, les hommes apportent le germe de la dysenterie dans leur chambre avec les souillures de leurs chaussures; ces souillures se dessèchent et les poussières qui en résultent donnent la dysenterie par inhalation. Les mouches servent également de facteurs multiples allant des latrines, des fermiers aux cuisines et aux réfectoires.

Ainsi que l'a montré Shiga au Japon, cette terre classique de la dysenterie, la population civile n'est pas plus épargnée que l'élément militaire, mais comme la dysenterie *immunise* au même titre que la fièvre typhoïde ou les fièvres éruptives, ne seront frappées dans toute épidémie que les personnes respectées par les épidémies antérieures, c'est-à-dire surtout les enfants; on ne constate donc généralement dans le milieu civil que des cas isolés.

Dans les camps il faut tenir compte de l'*infection du sol par les feuillées*. Quant à l'origine hydrique, elle n'est pas fréquente, elle peut donner un ou deux cas mais non une épidémie, puisque le bacille n'est pas dans l'eau. Au contraire il vit dans le sol et peut s'y conserver vivant une année.

Au point de vue de la prophylaxie il faudra donc isoler le premier cas reconnu, surveiller les hommes atteints de diarrhée, désinfecter les selles avec du chlorure de chaux, enfin et surtout protéger les cuisines, les cantines, les réfectoires, les aliments par des grillages contre les mouches et leurs souillures.

M. le médecin-inspecteur Bertrand montre que la dysenterie est endémique à Toulon, et M. Lafeuille attire l'attention sur les conditions défectueuses dans lesquelles s'effectue la vidange dans cette ville.

M. Delorme a été frappé par ce fait que pendant la guerre russo-japonaise les navires japonais ont présenté fréquemment des cas de dysenterie.

Ce fait est dû, fait remarquer M. Follenfant, à ce que les navires japonais ont été constamment en communication avec la terre, Chine ou Japon, où sévissent à la fois la dysenterie et les mouches.

Présentation de malades : **Subluxation d'un ménisque du genou simulant un corps étranger articulaire; hydarthrose concomitante. Résection partielle du cartilage subluxé, guérison**, par M. Delamare.

Désarticulation par raboteuse mécanique des derniers doigts de la main. Lambeau fait uniquement avec des débris palmaires de l'index et de l'auriculaire, guérison, par M. Toussaint.

Appareil de humage, présenté par M. Piot.

Le 21 février, à trois heures, séance ordinaire; à quatre heures, réunion de l'assemblée générale.

PRATIQUE MÉDICALE

FORME GASTRIQUE DE LA GRIPPE

Dans les grippes à prédominance gastro-intestinale que l'on observe en ce moment, il existe une forme prolongée qui peut durer des semaines et qui rechute facilement; le traitement doit consister en laxatifs et lavements, mais surtout en un régime sans toxine, bouillon de poule, pâtes alimentaires, lait. C'est dans ce cas que l'on se trouve particulièrement bien du képhir Salières, si riche en levures qui exercent une action destructive non seulement sur les microbes intestinaux mais aussi sur leurs toxines.

LIVRES NOUVEAUX

La peste bubonique en Algérie. Efficacité des nouveaux moyens de défense (1), par M. Soulié.

De trois cas observés par l'auteur, on peut conclure que, grâce à la diffusion des nouvelles conquêtes de l'hygiène, grâce à la possibilité d'effectuer un diagnostic précoce par l'analyse bactériologique, grâce à la limitation de l'infection permettant d'assurer rapidement et efficacement la désinfection, grâce à l'action préventive du sérum spécifique, la peste n'est pas plus à craindre que la plupart des maladies virulentes et que c'est à tort que son nom jette encore l'épouvante dans l'esprit des populations. L. BABONNEIX.

(1) Paris, 1905. Impr. nationale.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 21. — MARDI 19 FÉVRIER 1907. 80e ANNÉE. MARDI 19 FÉVRIER 1907. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Lecture des copies. — *Anatomie.* — Séance du 15 février 1907 : MM. Glénard et Prélat, 12; Jacoulet et Roudinesco, 11; Séguinot, 9; Bellin du Coteau, Bräker et Delapchier, 7.

Pathologie. — Séance du 15 février : MM. Cotoin, 12; Douay, 11; Bécus et Brémond, 10; Gauchery et Sourdel, 9; Chibret, Genil-Perrin et Mornard, 8; Bajan, 7.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. (Pathologie interne et médecine légale.) — *Leçon orale de trois quarts d'heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — *Séance du 15 février.* — M. Dalous (Toulouse) : « La staphylococcie. » — M. Péhu (Lyon) : « L'expectoration albumineuse. »

Séance du 16 février. — M. Cade (Lyon) : « Les adénopathies tuberculeuses. » — M. Raviart (Lille) : « Formes et diagnostic des sciatiques. »

— Paris. — L'assemblée de la Faculté vient de désigner MM. les professeurs Landouzy et Dieulafoy pour la représenter auprès du Conseil supérieur de l'Université.

— Lyon. — L'assemblée de la Faculté vient de désigner MM. les professeurs Courmont et Auguste Pollosson pour la représenter auprès du Conseil supérieur de l'Université.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Dijon. — M. Deroye, professeur de clinique médicale, est nommé pour une période de trois ans directeur de l'École de médecine.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — L'Académie vient d'élire membres correspondants étrangers, MM. les docteurs Ch. S. Sherrington, professeur à l'Université de Liverpool; H. Vincent, professeur au Val-de-Grâce, à Paris, et F. Gross, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

RÉORGANISATION DES ÉTUDES PHARMACEUTIQUES. — M. le ministre de l'Instruction publique vient d'adresser aux Ecoles de pharmacie, relativement à la réorganisation des études pharmaceutiques, un questionnaire complet qu'elles devront examiner à bref délai.

Ce questionnaire se rapporte au *stage* (durée du stage et sa place dans le cours des études pharmaceutiques); à la *scolarité* (faut-il augmenter sa durée actuelle et modifier la répartition des divers enseignements qu'elle comporte?); aux *examene* (quelles sont les modifications à apporter au *régime* et au *nombre* des examens?); aux attributions des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie; enfin aux conditions dans lesquelles les pharmaciens de deuxième classe pourront être admis à postuler le diplôme de pharmacien de première classe.

A Paris, une commission a été nommée pour étudier ces divers points. (Président : M. le directeur Guignard et rapporteur M. le professeur H. Gautier.)

UNIFICATION DES PHARMACOPÉES. — L'Académie royale de médecine de Belgique vient d'émettre un vœu demandant au Gouvernement belge d'entreprendre des négociations avec les gouvernements étrangers, en vue de constituer à Bruxelles un bureau international permanent pour l'unification des pharmacopées.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la sixième semaine, 1396 décès, au lieu de 1170 pendant la semaine précédente et au lieu de 1031, moyenne ordinaire de la saison. L'excès des décès actuels sur la moyenne, qui était pour la semaine dernière de 157, s'élève donc, pour la sixième semaine, à 365. La grippe, sous toutes ses formes, est la cause de cette augmentation. Ainsi les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 328 décès, au lieu de 234 pendant la semaine précédente et au lieu de 197, moyenne ordinaire de la saison. En outre, 55 décès ont été attribués à la grippe (la moyenne est 10). La phtisie pulmonaire a causé 271 décès (la moyenne est 215),

les maladies organiques du cœur, 102 décès (au lieu de la moyenne 70).

Les maladies épidémiques continuent à être encore assez rares. Il n'y a à signaler que la scarlatine qui a causé 9 décès, au lieu de la moyenne 2. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 181 (la moyenne est 65).

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal* du 26 janv. 1907.) Hermann Joris : Des neurofibrilles et de leurs rapports avec les cellules nerveuses. — Van Campenhout : Traitement de la maladie du sommeil à la dernière période.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 3, 23 janv. 1907.) Rochard : L'hygiène et l'Eglise. — (N° 4, 30 janv.) R. Picou : Traitement du pied bot varus équin congénital par les méthodes lentes et progressives. — A. Robin : Le traitement médical de l'appendicite ; sa technique et ses résultats.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 5, 31 janv. 1907.) Cantineau : Le mal de Bright et le régime déchloruré. — A. van Lint : La pratique ophtalmologique.

Lyon médical. — (N° 4, 27 janv. 1907.) J.-P. Morat : Pression partielle et respiration. — Planchu : Sur la technique de l'accouchement prématuré artificiel. — (N° 5, 3 fév.) Ch. Gonnet : Des rotations artificielles dans les mento-postérieures par les tractions bilatérales divergentes sur les lacs du forceps.

Marseille médical. — (N° 2, 15 janv. 1907.) Bruas : Paludisme larvé à manifestations oculaires ; — De la méthode de Bier dans le traitement des ulcères.

Nord médical. — (N° 295, 15-22 janv. 1907.) S. Baudry. Diagnostic des corps étrangers du segment postérieur de l'œil. — E. Marlier : Contribution à l'étude de la pleurési. purulente interlobulaire chez l'enfant (*suite*). — O. Pasteau : L'importance de la radiographie pour le diagnostic de la lithiase rénale.

Policlinico. — (Janv. 1907.) *Partie médicale.* — A. de Giovanni : La formule diagnostique. Leçon préliminaire au cours de clinique médicale pour l'année scolaire 1906-1907. — L. Zoja : La sténose sous-aortique. — Agostino Carducci : Considérations sur la phlébosclérose. — Alessio Nazari : Artério-sclérose et occlusion des artères mésentériques. — *Partie chirurgicale.* — Guido Marino : Contribution clinique aux arthropathies syphilitiques. — G. Fichera : L'hyperémie par stase dans les infections aiguës. — Andrea Cosentino : Le lymphangiome papillaire circonscrit de la langue. — P. Rondoni : La décapsulation du rein et la pathologie expérimentale.

Revue générale d'ophtalmologie. — (N° 1, 31 janv. 1907.) Rollet et Aurand : Etude expérimentale comparée sur la tuberculose et la pseudo-tuberculose aspergillaire de la choroïde.

Revue médicale de l'Est. — (N° 2, 15 janv. 1907.) Bernheim : Le docteur Liébeault et la doctrine de la suggestion (*à suivre.*) — (N° 3, 1er fév.) S. Rémy : Hydrorrhée pendant la gestation et la puerpéralité. — Bernheim : Le docteur Liébeault et la doctrine de la suggestion (*fin*).

Revue neurologique. — (N° 2, 30 janv. 1907.) Déjerine et André Thomas : Les lésions des racines, des ganglions rachidiens et des nerfs dans un cas de maladie de Friedreich. Examen par la méthode de Ramon y Cajal [imprégnation à l'argent] (7 fig.).

Revue scientifique. — (N° 4, 26 janv. 1907.) Alfred Binet et Th. Simon : Le carnet sanitaire des écoliers. — A. Berthier : La ventilation. — (N° 5, 2 fév.) E. Trouessart : Les origines et les affinités de la faune de Madagascar. — A. Berthier : La ventilation. — E. Coustet : Nouvelle méthode de tirage photographique pigmentaire.

Semaine gynécologique. — (N° 4, 22 janv. 1907.) Pichevin : Doit-on opérer toujours la grossesse tubaire ? — (N° 5, 29 janv.) Pichevin : Fausse hémorragie interne post-opératoire. — (N° 6, 5 fév.) Pichevin : De l'influence de l'état des émonctoires dans les suites opératoires.

SUR LES DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC

ENTRE LE MAL DE POTT SANS SIGNES RACHIDIENS, LA TUBERCULOSE DE LA MOELLE, LA MYÉLITE SIMPLE DES TUBERCULEUX ET CERTAINES MYÉLITES SYPHILITIQUES

Par L. ALQUIER,

Chef des travaux anatomiques à la Clinique des maladies nerveuses.

(*Travail du laboratoire de M. le professeur Raymond.*)

Entre le mal de Pott sans signes rachidiens, la tuberculose de la moelle, les myélites chroniques, anatomiquement non spécifiques, mais survenant chez des tuberculeux et certaines myélites syphilitiques, le diagnostic peut présenter les plus grandes difficultés.

Tantôt, on hésite à attribuer, soit à la syphilis, soit à la tuberculose, les accidents nerveux qui, parfois, résultent d'une localisation spinale — simultanée ou successive — des deux infections. D'autres fois, la syphilis n'est pas en cause, mais comment savoir, s'il s'agit d'un mal de Pott sans signes rachidiens, ou d'une myélite, soit tuberculeuse, soit anatomiquement banale ?

Nous voudrions, par des exemples, montrer les principales éventualités.

I

Tuberculose et syphilis. — Sur quinze pottiques dont nous avons pratiqué l'autopsie, trois présentaient des accidents nerveux paraissant, cliniquement et anatomiquement, dus, partie à la tuberculose rachidienne, partie à la syphilis. Nous avons publié, dans un travail d'ensemble, le résumé des observations et de l'étude anatomo-histologique (1), M. le professeur agrégé Claude complétera prochainement la description des lésions paraissant imputables à la syphilis. Voici les détails cliniques nécessaires à cette étude :

Observation I. — Il s'agit d'un homme de quarante et un ans, cocher de fiacre, dont le père est mort tuberculeux, ainsi que l'un des dix frères et sœurs du malade. Lui-même a eu la fièvre typhoïde au régiment; à trente ans, une pleurésie guérie en un mois ; à trente-neuf ans, un érysipèle ; enfin, à quarante et un ans une syphilis nette (chancre, accidents secondaires), traitée la première année par des pilules, la deuxième par des injections mercurielles. La même année, il commença à ressentir, dans les membres inférieurs, des crampes et des douleurs fulgurantes, qui disparurent après quelques injections mercurielles. Mais après quinze jours d'accalmie, il dut cesser son travail, les trépidations de sa voiture lui occasionnant des douleurs dans les reins et les membres inférieurs. En même temps, ceux-ci s'affaiblissaient au point de rendre la marche pénible, même avec une canne, et devenaient le siège d'engourdissements, de fourmillements, avec diminution de la sensibilité. Le malade accuse, en outre, des douleurs lombaires et des sueurs profuses, nocturnes.

(1) Alquier. Quinze autopsies de mal de Pott. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1906, n° 6, obs. XII, XIII, XIV.

Six semaines après le début de ces accidents, on constate une démarche nettement ataxique, avec signe de Romberg: hypoesthésie aux membres inférieurs, sciatique droite, réflexes rotuliens plutôt forts ; pas de signe d'Argyll, pas de troubles sphinctériens. Rien aux membres supérieurs. A part une albuminuerie légère, l'état des viscères et de la nutrition générale ne laisse rien à désirer.

Le traitement par la suspension et la reprise des injections mercurielles est suivi d'une rapide amélioration de l'ataxie et des douleurs; au bout de trois mois, le malade se disait guéri. Six mois plus tard, la santé paraissant parfaite, avec augmentation de poids de 7 livres, le malade essaie de remonter sur son siège. Aussitôt reparaissent des douleurs telles qu'au bout de onze jours, il dut renoncer à travailler. La reprise du traitement mercuriel n'amena, cette fois, aucune amélioration ; le malade accusait de violentes douleurs dorso-lombaires exaspérées par les mouvements (impossibilité de se baisser; gêne pour porter un fardeau): la marche était redevenue difficile, enfin survinrent des vomissements et des quintes de toux; le malade s'aperçut, par hasard, de l'existence d'une légère gibbosité.

C'est alors qu'il fut admis dans le service de M. le professeur Raymond, à la Salpêtrière, quatorze mois environ après les premières douleurs.

On constata un mal de Pott dorso-lombaire, avec gibbosité douloureuse spontanément et à la pression, sans troubles nerveux nets. Tuberculose pulmonaire, avec toux émétisante. Pas de signes ophtalmoscopiques.

Trois mois plus tard, on trouvait une sciatique bilatérale, avec douleur à la pression de toutes les branches du plexus lombaire, signe de Romberg, pas de Babinski, réflexes tendineux normaux, abolition des réflexes crémastérien et abdominal.

Au bout de trois autres mois, les réflexes rotuliens étaient également abolis. Pas de troubles sphinctériens. Rien aux membres supérieurs. Amaigrissement progressif avec fièvre irrégulière depuis l'entrée à l'hôpital. Mort.

L'autopsie montra l'existence d'un mal de Pott avec foyer épidural englobant les racines lombaires (voir *Iconographie*, loc. cit., Obs. XII) sans comprimer la moelle. On ne trouve pas de lésions syphilitiques en activité, mais plusieurs racines indépendantes du foyer épidural sont atteintes de sclérose intense : au niveau de la première lombaire, il s'agit d'un épaississement des méninges, du nerf radiculaire de Nageotte, comme dans le tabes : sur la deuxième paire cervicale, les méninges forment, autour de l'une des racines postérieures, avant son entrée dans la moelle, un anneau épais de sclérose.

Ainsi donc, un syphilitique est pris de douleurs fulgurantes avec engourdissements, fourmillements, dans les membres inférieurs, ataxie, signe de Romberg, réflexes rotuliens plutôt forts, sans signe de Babinski, pas de signe d'Argyll. On pense à la syphilis spinale, et l'amélioration si rapide et si complète obtenue par le traitement mercuriel semble justifier cette hypothèse.

Mais, après six mois de guérison apparente, dès que le malade essaie de remonter sur son siège, les trépidations réveillent des douleurs lombaires et dans les membres inférieurs présentant nettement les caractères des douleurs par compression radiculaire, du mal de Pott (douleur à la pression des branches du plexus lombaire, exaspération par les

trépidations, les mouvements du rachis, la marche). Celui-ci était, d'ailleurs, évident et les lésions correspondaient exactement aux symptômes.

Comment interpréter ce fait ? Faut-il mettre les premiers accidents sur le compte de la syphilis, les seconds étant nettement dus au mal de Pott, ou bien, au contraire, tout rapporter à ce dernier ?

Il convient de remarquer que, dès le début les douleurs présentaient les mêmes caractères, étaient réveillées par les mouvements, les trépidations, que les quelques lésions trouvées à l'autopsie en dehors de celles du mal de Pott, sont insuffisantes pour les expliquer; enfin le signe d'Argyll faisait défaut. Mais on n'est guère habitué à voir les injections mercurielles avoir une influence aussi heureuse sur les troubles nerveux du mal de Pott; le malade, en pleine syphilis, ne présentait alors rien qui permît de soupçonner la tuberculose. Il est, d'autre part, fort possible que les premiers accidents aient été dus à des déterminations syphilitiques susceptibles de régressions, simples congestions ou infiltrats périvasculaires.

En somme, nous trouvons dans ce cas, chez un malade à la fois syphilitique et tuberculeux, en dehors du foyer épidural du mal de Pott, des lésions radiculaires qui en paraissent indépendantes, et présentent, au contraire, des caractères permettant de les attribuer *probablement* à la syphilis. Après une étude anatomo-histologique minutieuse, il est impossible de dire quel a pu être exactement le rôle joué par la syphilis dans la genèse des premiers accidents, qui, *cliniquement*, semblaient pouvoir être rapportés plutôt à la syphilis qu'à la tuberculose.

Obs. II. — Le malade est âgé de trente-six ans : il tousse tous les hivers et dit avoir eu un « chancre mou » sans aucune autre manifestation imputable à la syphilis, qu'une abondante perte des cheveux, peu de temps après.

A l'âge de trente-six ans, après un léger rhume, il sent ses forces décliner et aurait eu de petits accès de fièvre vespérale. Trois mois après, lors d'un nouveau refroidissement, la toux reprend avec dyspnée, point de côté à droite, perte des forces l'obligeant à s'aliter. Au troisième jour de l'alitement, apparaît une paraplégie qui en trois jours devient très accentuée, et s'accompagne d'engourdissement et de quelques picotements dans les membres inférieurs. Presque aussitôt s'ajoutent à ces symptômes de gros troubles sphinctériens : rétention, nécessitant le cathéterisme vésical, avec constipation opiniâtre, et, par moments, quelques évacuations involontaires d'urine et de matières.

Admis dans le service de M. le professeur Raymond, le malade présente, à ce moment, une paraplégie complète pour les membres inférieurs, qu'il ne peut même remuer dans son lit. Les masses musculaires des cuisses et des jambes se contractent involontairement lorsqu'on imprime aux membres des mouvements passifs. A droite, on voit, au cours de l'examen, de véritables crises de soubresauts musculaires, se répétant toutes les deux ou trois minutes, et aussi la nuit, au dire du malade. Pas de clonus du pied.

On constate, dans la moitié inférieure du corps, une hypoesthésie, qui, quelques jours plus tard, se transforme en anesthésie complète, à limite supérieure peu nette, remontant en arrière, jusqu'à l'angle de l'omoplate, moins haut en avant. Il existe, dans les membres inférieurs, quelques fourmillements : au tronc, des douleurs imprécises, thoraciques, *augmentant lorsque le malade s'assied.*

Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis des deux côtés, le signe de Babinski douteux, celui d'Oppenheim positif à gauche : le réflexe crémastérien, aboli à droite, est faible à gauche.

Les troubles sphinctériens persistent, avec de fréquentes érections.

L'escare sacrée semble imminente.

Aux membres supérieurs, la motilité, la sensibilité, les réflexes sont absolument normaux, ainsi qu'à la tête.

L'examen ophtalmoscopique montre le signe d'Argyll très net avec léger nystagmus, lors de l'élévation de l'œil.

Il existe, d'autre part, quelques signes de mal de Pott; une certaine raideur du tronc, dont les mouvements sont un peu douloureux : pas de gibbosité, mais une légère douleur à la pression des apophyses épineuses, de la VIIIe à la XIe. *Un tube d'eau chaude, promené sur le rachis, ne provoque, à l'endroit sensible, aucune sensation spéciale.*

Le malade présente une volumineuse adénopathie cervicale gauche, vraisemblablement tuberculeuse.

Pas de tuberculose pulmonaire, mais seulement de la congestion des bases avec légère dyspnée.

On ne trouve aucun signe d'hystérie.

Rapidement l'état général s'aggrave, l'anesthésie gagne en hauteur; cinq jours après son admission, le malade meurt de syncope. Durée de l'évolution clinique : quatre mois, à partir du premier refroidissement.

L'autopsie et l'étude histologique révèlent (voir *Iconographie*, Obs. XIII) : un mal de Pott dorsal, avec volumineux foyer épidural, déterminant des lésions radiculo-médullaires que nous ne décrirons pas à nouveau. Dans la région lombosacrée lésions analogues à celles du tabes incipiens, avec sclérose du cordon de Goll, dans toute sa hauteur.

On voit que, dans ce cas, les signes rachidiens du mal de Pott étaient bien peu nets, se réduisant à un peu de raideur, douleur provoquée par la pression de plusieurs apophyses épineuses et par les mouvements du tronc. Aussi, le diagnostic n'avait-il pu être porté avec certitude, pendant la vie du malade.

D'autre part, les troubles médullaires n'avaient pas été précédés de la phase douloureuse initiale, habituelle aux accidents nerveux du mal de Pott : de plus le malade, s'il était tuberculeux, présentait également le signe d'Argyll, qui, on le sait, pour beaucoup de neurologistes, est synonyme de méningite chronique syphilitique (Babinski). Enfin la coexistence de l'abolition des réflexes rotuliens et achilléens avec une paraplégie spasmodique et une anesthésie remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate, indiquait une diffusion en hauteur, des lésions spinales, qui appartient plus à la syphilis qu'au mal de Pott. La ponction lombaire n'a pu être pratiquée, en raison de l'état du malade.

Il faut rapprocher, de ce fait, le suivant, dont voici, en quelques mots, le résumé :

Obs. III. (Voir *Iconographie*, Obs. XIV.) — Une femme de cinquante ans succombe, dans le service de M. le professeur Raymond, aux accidents nerveux du mal de Pott dorsal

nettement caractérisé (gibbosité, phase douloureuse, ayant précédé les troubles médullaires, etc.).

Or, cette malade avait présenté, cliniquement, le signe d'Argyll, et l'abolition des réflexes rotuliens et achilléens; l'examen histologique montra, dans la moelle lombo-sacrée, de légères lésions tabétiformes.

Voici donc deux cas de mal de Pott dorsal, avec accidents nerveux, dans lesquels, à côté du mal de Pott, nous constatons la présence du signe d'Argyll, coïncidant, avec l'abolition des réflexes rotuliens et achilléens, dans la moelle lombo-sacrée, une lésion tabétiforme des cordons postérieurs. La syphilis semblait n'avoir joué qu'un rôle tout à fait secondaire, dans la genèse et l'évolution des accidents nerveux, mais, son existence peut rendre hésitant le diagnostic lorsque des accidents nerveux proprement dits n'ont pas été précédés par les douleurs radiculaires habituellement observées dans le mal de Pott, et que les signes rachidiens de celui-ci ne sont pas absolument nets.

Voici un autre cas où le diagnostic est encore plus difficile, même anatomiquement, entre la syphilis et la tuberculose spinale :

Obs. IV. (Cas n° 665 du Laboratoire.) — Homme de quarante ans, employé de chemin de fer. Nombreux excès alcooliques.

Syphilis à trente-huit ans : chancre, plaques muqueuses, chute des cheveux. Traitée pendant un an.

Tuberculose (?). A quarante ans : pleurésie droite, qui a guéri sans ponction, mais fut suivie d'amaigrissement et de perte des forces. Peu après apparurent une courbature lombaire avec douleurs irradiées en ceinture et le long du rachis, augmentées par la fatigue, les chocs des pieds sur le sol, etc.

En même temps, céphalée surtout nocturne, occipitale, qui cède, au bout de deux mois, à la reprise du traitement antisyphilitique.

Trois mois plus tard, parésie du membre inférieur droit; réapparition de violentes douleurs rachidiennes et en ceinture survenant maintenant par crises diurnes et nocturnes.

Des frictions mercurielles ont atténué la parésie, mais un mois plus tard, elle augmente, devient bilatérale, et s'accompagne, au bout d'une quinzaine de jours, d'incontinence complète des urines (que le malade ne sent plus passer) et des matières.

Admis dans le service de M. le professeur Raymond, le malade présentait, cinq mois après le début, les symptômes suivants :

Aux membres inférieurs, paraplégie complète, avec signe de Babinski et hypoesthésie remontant jusque vers l'ombilic, et ébauchant la dissociation syringomyélique.

La percussion du tendon rotulien détermine une contraction brusque du muscle, mais sans projection de la jambe. Pas de clonus, ni de contractions fibrillaires.

Aux membres supérieurs, léger affaiblissement récent de la force musculaire, avec exagération des réflexes tendineux aux coudes et aux poignets. Pas d'amyotrophie; quelques douleurs vagues diffuses.

Incontinence des sphincters. De nombreuses escares se produisent en quelques jours, au sacrum, aux talons, aux malléoles. Amaigrissement récent et considérable; anémie profonde.

On constate une tuberculose pulmonaire cavitaire, mais aucun des signes rachidiens du mal de Pott.

La chute des cheveux se reproduit actuellement; le malade accuse une légère diminution de la mémoire. Mais on ne trouve aucun signe somatique de syphilis nerveuse : en particulier, pas de signe d'Argyll.

Le malade est soumis, cependant, au traitement mixte, qui semble l'avoir amélioré à plusieurs reprises. Il meurt douze jours après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie et l'examen histologique ne révélèrent, dans le névraxe, aucune autre lésion que la suivante. (Plusieurs nerfs et muscles des membres inférieurs examinés histologiquement, étaient absolument intacts.)

Au niveau du troisième segment dorsal, on constate (fig. 1)

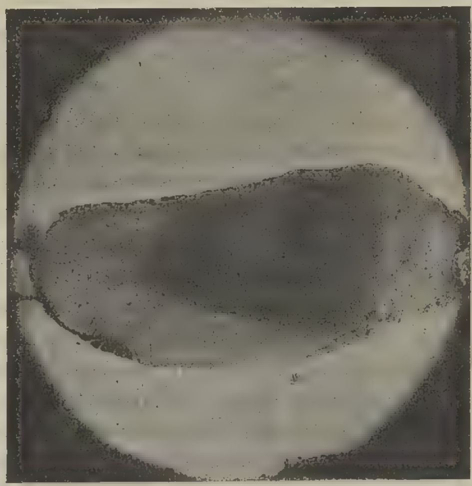


Fig. 1.

un foyer de nécrose occupant la majeure partie de la moelle sur une hauteur de 1 centimètre à peine. Ce foyer de nécrose est entouré d'une coque nettement limitée, et constituée histologiquement (fig. 2), par un tissu de sclérose jeune, avec nombreux vaisseaux néoformés, dilatés, remplis de sang, et de nombreux noyaux allongés avec un certain nombre de lymphocytes, surtout périvasculaires. Pas de cellules géantes.

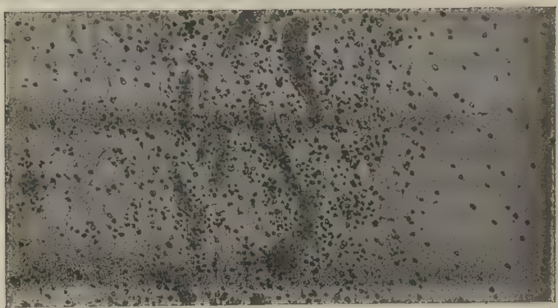


Fig. 2.

Le reste de la substance médullaire est, soit en voie de désintégration (parties latérales), soit en voie de sclérose (cordons postérieurs) : les méninges molles sont légèrement épaissies : leurs vaisseaux pleins de sang.

La troisième racine postérieure gauche présente un petit foyer de nécrose entouré d'une coque identique à celui de la moelle.

Au-dessus, on trouve, au Marchi, l'ébauche d'une dégénération ascendante. Rien de semblable au-dessous.

La recherche des bacilles n'a pas été faite. Malgré l'absence

de cellules géantes, l'étendue, l'intensité, la limitation de la nécrose plaident en faveur de la tuberculose, mais celle-ci ne peut être affirmée.

D'autre part, les éléments qui constituent la paroi du foyer nécrotique pourraient tout aussi bien appartenir à la syphilis, ou à toute autre infection chronique. Nous avons vainement recherché, sur un grand nombre de préparations portant sur toutes lesrégions du névraxe, la trace, d'un processus de syphilis nerveuse. Nous n'avons trouvé nulle part ailleurs, ni lésion syphilitique, ni aucune autre lésion.

Le diagnostic, incertain même après l'autopsie et l'étude histologique, était, cliniquement, hérissé de difficultés.

Le malade était tuberculeux; les accidents avaient débuté peu après l'apparition des signes rationnels de la tuberculose. Mais la syphilis semblait en pleine activité, comme paraissent l'indiquer la perte rapide des cheveux, la légère diminution de mémoire remarquée par le malade lui-même. Le signe d'Argyll faisait défaut, mais les accidents nerveux avaient été légèrement améliorés au début par le traitement spécifique.

D'autre part, il n'y avait aucun signe rachidien du mal de Pott : les douleurs du début semblaient bien indiquer une compression de la moelle, mais il ne faut pas oublier qu'elles peuvent se rencontrer avec les mêmes caractères, dans certaines lésions chroniques de la moelle; ce cas en est la preuve puisqu'il s'agit, non d'un mal de Pott, ni d'une compression extrinsèque de la moelle, mais bien d'un néoplasme intra-médullaire.

II

Mal de Pott et myélites des tuberculeux. — Lorsque la syphilis n'est pas en jeu, le mal de Pott sans signes rachidiens est fort difficile à diagnostiquer d'avec les myélites chroniques. En voici un exemple :

Obs. V. — Il s'agit d'un jeune homme de vingt et un ans, dont le père était alcoolique et tuberculeux : sur six frères et sœurs du malade, trois sont morts en bas-âge de méningite.

Lui-même, atteint de tremblement émotif depuis l'âge de cinq ans, jouissait cependant d'une bonne santé, se livrant même à des exercices de sport pédestre, qui le fatiguaient beaucoup.

Il fut pris, à l'âge de dix-neuf ans, de constriction en ceinture, avec affaiblissement des membres inférieurs. Ces troubles disparurent au bout de trois semaines, pour reparaître deux ans plus tard, avec, cette fois, des douleurs dans les membres inférieurs. Huit jours après la réapparition de ces douleurs, en voulant faire du pas gymnastique, le malade tombe brusquement, ses jambes refusant soudain de le porter. Il peut se relever, marcher, mais non courir. A dater de ce jour, la marche devient de plus en plus pénible : au bout de deux mois, le malade entre à la Salpêtrière, dans le service de M. le professeur Raymond.

On constate alors une paraplégie spasmodique presque absolue des membres inférieurs, avec anesthésie des membres inférieurs et de la partie sous-ombilicale du tronc : légère gêne de la miction, tendance à l'incontinence rectale.

Aux membres supérieurs, rien d'autre que le tremblement émotif. A la tête, aucun signe morbide. Pas de signe d'Argyll.

Le malade n'est pas syphilitique. Pas de tuberculose nette, simplement un peu de diminution du murmure vésiculaire au sommet droit. Le rachis ne présente pas d'autre signe qu'un léger endolorissement, d'ailleurs variable d'un jour à l'autre, de la région interscapulaire, sans douleur fixe, ni raideur, ni gêne des mouvements.

Le malade est mis au repos au lit avec un traitement tonique. Au bout d'un mois, l'état s'était notablement aggravé : la paraplégie était devenue absolue, avec de violentes secousses musculaires de temps à autre ; amaigrissement en masse des membres inférieurs avec œdème périmalléolaire, formation de phlyctènes sur les pieds, et d'une escare sacrée qui se referme quelques semaines plus tard.

En même temps apparaissaient des signes d'infection générale : bronchite, albuminurie, fièvre, arthrite suppurée du genou droit, à marche subaiguë.

Dans le deuxième mois, après une légère amélioration de la paraplégie, brusquement, du jour au lendemain, les réflexes rotuliens, jusque-là exaltés, devinrent complètement abolis.

Neuf mois environ après l'entrée du malade à la Salpêtrière, apparut, dans la région dorso-lombaire, une douleur rachidienne, survenant lors des mouvements du tronc et réveillée par la pression des apophyses épineuses dorso-lombaires.

Quatre mois plus tard, on retrouve les réflexes rotuliens très exagérés. Le malade se cachectise, des escares apparaissent aux talons, aux orteils, au sacrum. Depuis son entrée à l'hôpital, était apparue une tuberculose cavitaire des deux poumons. Mort quatorze mois après l'admission.

L'autopsie révéla l'absence complète de mal de Pott, de lésion épidurale ou de méningite.

A l'examen histologique apparut, dans la région dorsale supérieure (fig. 3), un foyer de myélomalacie ancien, avec dis-

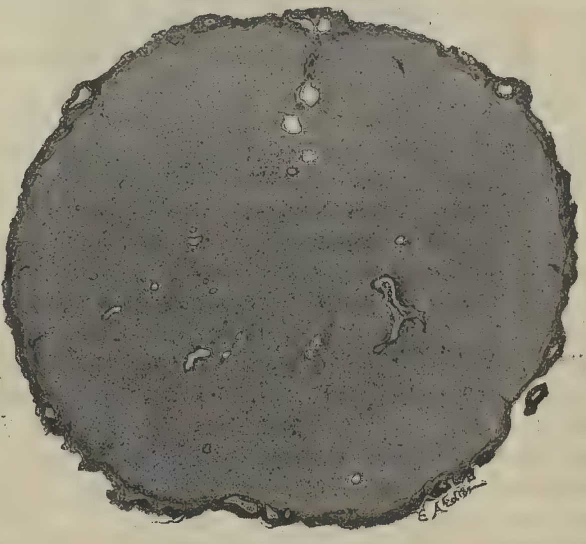


Fig. 3.

parition complète de la substance nerveuse, dont on ne trouve plus trace (ni cellules, ni fibres, par les méthodes de Nissl, de Weigert Pal, de Marchi, de Van Giesen). Elle est remplacée par un tissu de névroglie peu dense, irrégulier, d'aspect cicatriciel surtout fibrillaire, pauvre en cellules, et ne présentant plus la texture normale. Le canal épendymaire et les septa conjonctifs ont complètement disparu ; on retrouve seulement l'ébauche du sillon médian antérieur.

Au-dessus, dégénérations ascendantes très nettes jusqu'au bulbe (fig. 4); au-dessous, dégénérations descendantes, également très accusées (fig. 5).

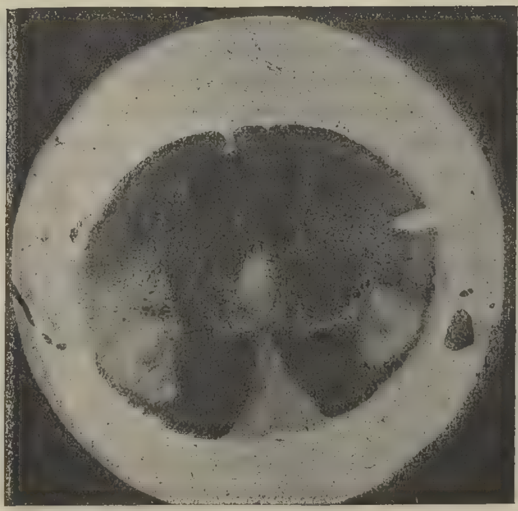


FIG. 4. — *Dégénération du cordon de Goll.*

Il est impossible de préciser la cause de ces lésions. Dans la région cervicale inférieure, on constate, autour des vaisseaux de la pie-mère, l'ébauche d'une infiltration lymphocytique avec quelques noyaux allongés, mais rien qui puisse

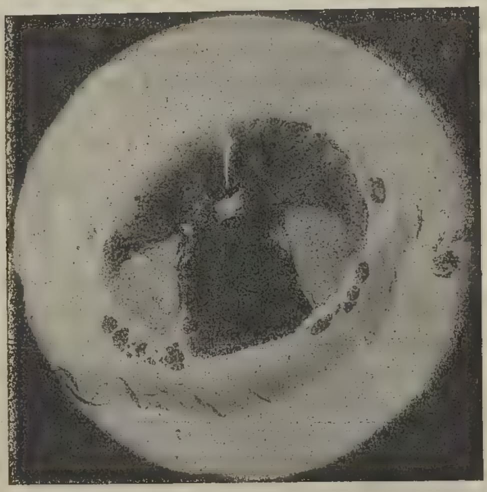


FIG. 5. — *Dégénération du pyramidal croisé.*

permettre de dire s'il s'agit d'une myélite tuberculeuse ou autre. Dans les régions cervicale et lombaire, les cellules présentent des lésions de chromatolyse avec pigmentation; un certain nombre de fibres nerveuses se colorent fortement en noir, par la méthode de Marchi.

En résumé, il s'agit dans ce cas, d'une myélite transverse, survenant chez un tuberculeux, mais anatomiquement banale.

Les accidents avaient présenté de nombreuses analogies avec ceux du mal de Pott sans signes rachidiens : douleurs en ceinture et dans les membres inférieurs, précédant de peu, il est vrai, la paraplégie, et plus tard, douleur rachidienne dorso-lombaire réveillée par les mouvements du tronc et par la pression des apophyses épineuses.

Il est impossible de reconnaître la nature et la genèse des lésions. Tout ce qu'on peut affirmer c'est qu'elles ne présentent aucun des caractères des lésions spécifiques, tuberculose ou syphilis. S'agit-il d'une nécrose par toxines tuberculeuses, est-ce autre chose ? on ne peut à cet égard, que faire des hypothèses.

Ces faits, extrêmement embarassants pratiquement, ne sont malheureusement pas des exceptions rarissimes, puisque, sans les rechercher, nous avons pu en réunir 5 en deux ans, sur un total d'environ 120 autopsies d'affections nerveuses diverses.

Comment démêler cliniquement la nature de ces cas complexes ?

1° En présence des signes d'une myélite transverse, survenant chez un malade à la fois tuberculeux et syphilitique, voici les signes qui pourront aider au diagnostic.

La présence du *signe d'Argyll* coïncidant avec la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien indique l'existence d'une méningite chronique syphilitique. A part de rares exceptions, ce signe existe à peu près toujours dans la syphilis spinale; il a donc une importance diagnostique considérable (1).

Mais il ne faut pas oublier que le mal de Pott peut coexister dans la syphilis nerveuse : dans nos observations II et III la paraplégie était due à un mal de Pott dorsal, avec foyer épidural et lésions radiculospinales correspondant à ce dernier. Les malades avaient présenté le signe d'Argyll, avec abolition des réflexes rotuliens et achilléens, et dans la région lombo-sacrée, existaient des lésions tabétiformes des cordons postérieurs. Il semble donc que le mal de Pott ait coexisté avec un tabes incipiens, qui abolissant les réflexes des membres inférieurs, venait modifier le tableau habituel de la paraplégie pottique.

La présence du signe d'Argyll ne permet donc pas de rapporter à la syphilis tous les symptômes nerveux observés; il faut rechercher soigneusement les signes rachidiens du mal de Pott et analyser minutieusement les accidents nerveux.

Les *signes rachidiens du mal de Pott* sont, dans la forme qui nous occupe, par définition, fort incomplets : la gibbosité faisant défaut dans ces cas, il reste la douleur provoquée par la pression sur les vertèbres malades, et par les mouvements de la portion du rachis.

La *douleur à la pression* des apophyses épineuses est loin d'avoir une valeur absolue. Sans parler de la douleur, plus superficielle, de l'hystérie, de celle, diversement localisée, des névralgies, la *douleur osseuse* peut être peu nette dans le mal de Pott, ou bien exister dans d'autres affections.

Dans le mal de Pott, nous l'avons vue perdre ses caractères habituels de précision, elle peut être vague, diffuse, son siège ne coïncide pas toujours exactement avec celui de la lésion osseuse, elle fait parfois totalement défaut, dans des cas vérifiés à l'autopsie.

(1) Cependant le signe d'Argyll peut faire défaut dans la syphilis nerveuse. M. Babinski vient de rapporter à la Société de neurologie (fév. 1907) deux cas de tabes incipiens sans signe d'Argyll.

D'autre part, dans notre observation V, le malade avait présenté une douleur dorso-lombaire rachidienne, présentant les caractères de celle du mal de Pott. Ces caractères étaient encore plus nets, chez un autre malade dont M. le professeur Raymond et moi avons relaté l'observation (1), et chez lequel l'autopsie révéla, non un mal de Pott, mais une myélomalacie avec ostéite raréfiante vertébrale, non tuberculeuse. De temps à autre, on retrouve les mêmes caractères de la douleur osseuse, chez des malades atteints de méningo-myélite chronique.

La *douleur provoquée par les mouvements de la partie malade du rachis* n'existe pas toujours dans le mal de Pott sans signes rachidiens, lorsque les lésions sont très superficielles (v. *Iconographie*, 1906, nº 6, Obs. X). D'autre part, elle existe parfois en dehors du mal de Pott, témoin l'observation V du présent travail et le fait rappelé quelques lignes plus haut.

On sait que c'est cette douleur qui détermine la contracture des muscles moteurs du rachis, l'immobilisation de celui-ci, les attitudes spéciales et la gêne des mouvements qui en sont la conséquence.

Cette douleur est, rappelons-le, augmentée par la chaleur, non pas d'une manière constante (ce signe a été en vain recherché chez le malade de l'observation II atteint du mal de Pott), mais cependant avec une fréquence suffisante, pour que l'on doive en tenir compte.

Passons maintenant à l'analyse des accidents nerveux. Nous avons ailleurs, résumé leurs principales modalités (2), et insiste sur l'importance des douleurs radiculaires precédant les autres troubles nerveux. Ces douleurs radiculaires sont communes à toutes les compressions de la moelle, mais celles du mal de Pott présentent quelques particularités : elles sont nettement exaspérées par tous les heurts, chocs, trépidations imprimés au rachis par la marche, la fatigue, la chaleur, et calmées par le repos au lit.

Ces particularités présenteraient une grande importance pour le diagnostic, si elles n'appartenaient qu'au mal de Pott, mais sans aller plus loin, faisons remarquer qu'elles se retrouvent dans nos deux observations de myélite simulant le mal de Pott (Obs. V du présent travail et le cas publié avec M. Raymond).

Lorsque aux troubles spinaux de la syphilis nerveuse s'ajoutent quelques signes objectifs céphaliques, notamment les paralysies oculaires, leur présence vient singulièrement faciliter le diagnostic. Mais si, en dehors du signe d'Argyll, l'examen ne montre aucun signe céphalique de syphilis nerveuse, nous ne voyons rien, dans l'étendue, l'intensité, l'évolution, la modalité, etc., des accidents spinaux, qui puisse aider sérieusement au diagnostic (3).

(1) *Revue neurol.*, 1906, p. 158.

(2) *Gaz. des hôpit.*, 1906.

(3) Rappelons l'existence d'un *Mal de Pott syphilitique*. Feltgen a réuni 20 observations dans sa thèse (Nancy 1905), Concetti rassemble 26 cas (*Riv. di clin. pediatrica*, 1904, nº 8). Frœlich, la même année (*Presse méd.*, 8 juin 1904) ajoute une nouvelle observation clinique. Le plus souvent, les lésions vertébrales de la syphilis atteignent la colonne cervicale (16 fois sur 26, Concetti) : elles sont plus disséminées que celles du mal de Pott (apophyses articulaires, transverses) : l'os, hyperostosé par places, est ailleurs, perforé par une gomme mollasse. La colonne cervicale est rigide, immobilisée par la contracture ; on peut avoir des troubles radiculaires des membres supérieurs (Frœlich) ou des signes méningo-radiculo-médullaires, voire même des accidents bulbaires, et la mort subite (Concetti). Le traitement spécifique exerce une influence salutaire. Bien qu'observé surtout chez l'adulte, le mal de Pott syphilitique a été rencontré dans l'hérédo-syphilis chez des mort-nés ou des enfants. Concetti rapporte un cas, chez un enfant de sept ans, guéri après trois mois de traitement.

Reste l'épreuve du traitement. En présence d'un cas douteux, il vaut mieux s'abstenir tout d'abord du traitement antisyphilitique, presque toujours nuisible à la tuberculose, et essayer l'immobilisation *absolue du malade et du rachis*, dont on connaît l'heureuse influence sur les douleurs du mal de Pott. On instituera en même temps un traitement tonique, en tâchant de prévenir les complications infectieuses, surtout les infections urinaires et les escares, si fréquentes et si redoutables dans le mal de Pott. Si ce traitement ne semble pas agir rapidement, on pourra instituer, avec prudence, le traitement antisyphilitique, en s'adressant exclusivement aux injections de sels solubles de mercure, afin de pouvoir cesser dès la moindre menace d'aggravation.

2º Si le malade est tuberculeux, et ne présente pas le signe d'Argyll, on a les plus grandes chances de pouvoir exclure la syphilis nerveuse. Il faut faire cependant des réserves (v. notre Obs. I) et se rappeler que plusieurs examens sont nécessaires, le signe d'Argyll pouvant être intermittent d'après certains auteurs ou même, exceptionnellement, faire défaut.

En l'absence des signes de syphilis, il faut soigneusement rechercher les signes rachidiens du mal de Pott, qui seuls peuvent permettre le diagnostic entre cette affection et les myélites chroniques, anatomiquement tuberculeuses ou non, qui peuvent survenir chez les tuberculeux. Le diagnostic différentiel offre ici beaucoup moins d'importance, le pronostic et le traitement étant sensiblement le même dans la myélite du mal de Pott et dans celles qui en sont indépendantes.

Le traitement se résume comme nous l'avons dit plus haut, en repos absolu, du malade et du rachis, traitement général tonique, mesures préventives contre les complications infectieuses. En cas de succès, ce traitement doit être intégralement continué jusqu'à la rétrocession complète des accidents.

FORMULAIRE

POMMADE ANTIPRURIGINEUSE (Leredde).

1. Lanoline	90	grammes.
Huile camphrée	10	—
Chloral hydraté	1	—
2. Oxyde de zinc Craie Huile camphrée Eau de chaux	*ââ* 25	—

(*Nouveaux Remèdes.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1907)

La diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades du 1er mai 1905 au 1er mai 1906. — MM. MARFAN et H. LEMAIRE. Dans cette année, il est entré au pavillon de la diphtérie, 690 malades dont 534 seulement étaient diphtériques. Pour ces derniers, la mortalité globale fut de 10,11 p. 100; la mortalité réduite (déduction faite des sujets décédés moins de vingt-quatre heures après l'entrée) fut de 6,97 p. 100. Cette mortalité continue à être très faible; la légère augmentation que l'on constate comparativement à l'année précédente est due à l'intoxication de la rougeole et de la diphtérie.

Insolation. Syndrome méningé. Ligne blanche. — MM. E. DE MASSARY et C. LIAN rapportent deux cas d'insolation observés en août dernier. Chez ces deux malades, existait un syndrome méningé très net, caractérisé par de la prostration, une vive céphalée, de la lenteur relative du pouls, et chez l'un d'eux par une hyperesthésie cutanée. La ponction lombaire démontra dans les deux cas que le liquide céphalo-rachidien était hypertendu. Ces deux malades guérirent en un mois.

Les particularités cliniques intéressantes chez ces deux malades résident surtout en leurs troubles vaso-moteurs. L'un présentait manifestement sur la peau de l'abdomen le phénomène dit de la ligne blanche, l'autre, dans les mêmes conditions morbides, réagissait non plus par une ligne blanche, mais par une ligne rouge, puis blanche. Le premier avait une tension artérielle à 15, le second à 14.

Ces observations montrent qu'entre la ligne blanche et l'hypotension artérielle les liens sont inconstants et qu'en tout cas si la ligne est fonction d'hypotension, elle se contente d'une hypotension minime bien proche de la normale.

Quant à la cause directe de ces troubles vaso-moteurs, il est difficile de la trouver dans une insuffisance surrénale relative et transitoire qui ne serait que problématique, tandis qu'au contraire une réaction méningée certaine et parfaitement prouvée les explique suffisamment.

D'ailleurs n'est-il pas permis de se demander si la ligne blanche n'est pas simplement le résultat d'un trouble nerveux: trouble nerveux fonctionnel et léger dans les cas habituels (ligne blanche dite physiologique); trouble nerveux relevant dans les cas pathologiques d'une altération primitive ou secondaire des centres nerveux. Cette altération serait primitive dans nombre de cas dans lesquels le système est seul lésé, secondaire dans d'autres, quand le système nerveux reçoit les influences morbides de causes multiples et diverses (intoxications, infections). Parmi ces causes il faut évidemment compter les perturbations des fonctions surrénales qui réalisent une des auto-intoxications possibles.

Dysenterie amibienne avec abcès du foie, d'origine parisienne. — MM. CAUSSADE et JOLTRAIN présente un cas très intéressant sur ce sujet. Il s'agit d'un malade n'ayant jamais été dans les colonies, ni au contact de dysentériques, pris au mois de décembre 1905 de diarrhée glaireuse sanguinolente et chez lequel s'est développé peu à peu un abcès du foie terminé par vomique. L'examen des selles n'avait pas relevé la présence d'amibes, et sur les cultures il n'y avait pas de bacille de la dysenterie. Le diagnostic a pu être posé cependant avec certitude par l'allure clinique, la complication hépatique exceptionnelle dans les cas de dysenterie bacillaire, l'absence d'agglutination du sérum du malade avec les bacilles de Shiga et de Flexner, la présence d'une éosinophilie sanguine qui ne se voit guère qu'au cours des dysenteries amibiennes, enfin la présence d'amibes dans le pus de la vomique. L'autopsie a d'ailleurs confirmé les faits en montrant un volumineux abcès hépatique avec fistule hépatobronchique, de nombreuses ulcérations, très profondes et à bords décollés dans le gros intestin et, à la coupe histologique de ces dernières, la présence, constatée par M. Dopter, de nombreuses amibes. L'intérêt de cette observation réside surtout dans son étiologie particulière, ces cas restant rares; dans l'importance d'un diagnostic précis par tous les moyens que nous fournit la clinique moderne et dans la nécessité d'une intervention hative dans le cas d'abcès hépatique au cours de la dysenterie amibienne.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

L'IBOGAÏNE, ALCALOÏDE DE L'IBOGA DU CONGO

Pour ne pas confondre l'ibogaïne avec d'autres alcaloïdes extraits de plantes des pays chauds, il faut se rappeler que l'ibogaïne est retirée de l'iboga du Congo; c'est donc un produit de nos colonies et un produit bien français. L'Allemagne, en effet, inonde chaque jour nos journaux médicaux de médicaments nouveaux aux dénominations bizarres, et de valeur thérapeutique souvent douteuse. L'ibogaïne, au contraire, a été soigneusement étudiée et expérimentée dans les hôpitaux de Paris. C'est un stimulant du système nerveux central, un toni-cardiaque, un reconstituant de premier ordre.

On la prescrit sous forme de dragées Nyrdahl, 2 à 6 par jour.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

MM. Billon, Foveau de Courmelles, L. Gourichon, Granjux, Ravanier et L. Rénon, membres du Conseil d'administration, viennent de donner leur démission et en font connaître les motifs par la lettre suivante :

Paris, le 9 février 1907.

Aux membres du Syndicat des médecins de la Seine.

Messieurs et chers collègues,

Des circonstances graves nous ont amenés à donner notre démission de membres du Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, auquel votre confiance nous avait appelés. Dans ces conditions, c'est un devoir pour nous de vous rendre compte des motifs de notre détermination et du programme que nous défendrions si vos suffrages se portaient encore sur nous lors de l'Assemblée générale qui va être réunie dans le délai d'un mois.

La dernière Assemblée générale a fait connaître d'une façon très nette ses idées au sujet de la direction à imprimer au Syndicat. Elle s'est prononcée formellement contre l'intrusion de la politique dans son sein, contre l'accès à la Bourse du travail, contre la candidature officielle. Elle a fait comprendre au Conseil d'administration que les statuts étaient faits pour être respectés et qu'il était temps de rentrer dans la légalité.

A la suite de ces vœux, il fallait se soumettre ou se démettre.

Il n'y eut pas de démissions, et pas davantage de soumissions, de telle sorte que, depuis lors, les séances du Conseil d'administration ont été à peu près exclusivement occupées par des discussions entre les conseillers animés de l'esprit nouveau, et les autres. Cette situation ne saurait se prolonger sans menacer gravement les intérêts du Syndicat; aussi, à l'unanimité le Conseil d'administration a décidé de démissionner, ce qui permettra à chaque parti de se présenter devant les électeurs avec son programme, sa liste de candidats, son projet de statuts.

Notre programme est bien simple et connu de tous depuis longtemps, car c'est le programme traditionnel de notre Syndicat, programme si bien condensé dans la formule de notre président d'honneur Jamin : *Optima medicorum concordia*. Nous ne sommes pas de ceux qui jugent dans les termes suivants l'œuvre de nos prédécesseurs :

« Pensez-vous, au contraire, qu'il faille nous en tenir, comme par le passé, à une vague protection de tel intérêt lésé en la personne d'un ou deux de nos sociétaires, à des services qui n'ont rien d'essentiellement syndical, à des études non suivies d'application, à des voies et à des décisions qu'on oublie, sans nul inconvénient, en rentrant chez soi, pour agir ensuite, dans son propre intérêt, à l'abri de toute sanction et de toute pénalité ? »

Nous protestons contre ce jugement porté par les collègues dont nous nous séparons contre l'œuvre de nos devanciers, car nous désirons suivre la voie qu'ils nous ont tracée et apporter comme eux notre contribution à l'œuvre de défense professionnelle qu'ils ont réalisée.

Nous voulons la *réforme des études médicales*, rendues plus pratiques, et ayant pour conséquence le rejet de tout diplôme supplémentaire portant atteinte aux droits conférés par le diplôme de docteur en médecine.

Nous voulons le *libre choix du médecin par le malade*, mais en reconnaissant très franchement, très loyalement, que la solution du problème est question d'espèces, délicate par excellence, et en déclarant que nous sommes irréductiblement opposés à la guerre de classes qui, contraire à la devise et à la charte de notre Syndicat, serait la ruine de notre corporation.

Nous lutterons *contre les empiètements de l'administration* qui tend, trop souvent, avec l'aide du législateur, à faire du médecin un fonctionnaire, et *contre les tendances des mutualistes, qui enserrent le médecin dans des tarifs de famine*.

Nous n'estimons pas que la question de la Bourse du travail est simplement affaire d'opportunité. Nous déclarons que pour nous elle doit être *définitivement écartée*.

Nous ne pensons pas que le choix des membres du Conseil d'administration doit se baser sur les relations personnelles des candidats avec les gens au pouvoir — quel que soit ce pouvoir — et avec les grandes administrations; nous croyons, au contraire, qu'il doit se faire exclusivement d'après les services rendus au Syndicat.

Si vous nous donnez votre confiance, entre nos mains le Syndicat n'ira ni à droite, ni à gauche ; il suivra la ligne droite, c'est-à-dire s'abstiendra de toute orientation politique.

Nous repoussons aussi la théorie qui veut donner au Conseil le droit de présenter certaines candidatures de préférence à certaines autres. Nous repoussons, en effet, la candidature officielle aussi bien que la candidature politique.

Nous ne voulons pas qu'on fasse de notre Syndicat un de ces Syndicats où l'individu abdique sa volonté entre les mains du bureau et est frappé d'amendes à la moindre velléité d'indépendance. Nous voulons conserver à notre Syndicat son esprit large et ses traditions de liberté et d'indépendance qui ont toujours été, sous tous les régimes, l'honneur de notre profession.

Nous voulons que les séances du Conseil d'administration soient publiques, pour que les électeurs puissent se rendre compte de la façon dont leurs élus travaillent et s'occupent de leurs intérêts.

Nous désirons l'arbitrage obligatoire pour tous les membres du Syndicat dans toutes les questions professionnelles.

Nous voulons la création d'un Conseil de famille, composé des anciens présidents, pour procéder à cet arbitrage et faire le rapport sur lequel devrait se baser toute demande d'exclusion ou de démission d'office.

Nous voulons réduire au minimum le nombre des membres du Conseil pouvant être réélus au bout de trois ans d'exercice de façon à empêcher les mêmes personnes de s'éterniser dans leurs fonctions. Dans un Syndicat il ne doit pas y avoir d'hommes indispensables. L'éligibilité indéfinie finit par fausser les meilleurs esprits, qui en arrivent à se croire les maîtres, alors qu'ils ne sont que les serviteurs de la collectivité.

Nous voulons faire une part de droit à nos confrères suburbains dans la répartition des places de conseillers.

Nous voulons que les délégués d'arrondissement soient désormais nommés par les syndiqués de chaque arrondissement, et non par le Conseil — ce qui est fausser le rouage. Nous désirons qu'ils assistent aux séances du Conseil d'administration avec voix consultative.

Nous demandons également que les représentants de notre syndicat à l'Union des Syndicats médicaux soient nommés non par elle mais par notre Assemblée générale à laquelle chaque année les délégués rendraient compte de leur mandat.

En somme, notre programme est celui de nos devanciers, modernisé suivant les évolutions sociales.

Les conseillers démissionnaires :

MM. Billon, Foveau de Courmelles, L. Gourichon,
MM. Granjux, Ravanier, L. Rénon.

LIVRES NOUVEAUX

La fièvre méditerranéenne d'après les dernières recherches (1), par M. Soulié.

La fièvre méditerranéenne est due à un microbe spécial, découvert par Bruce : le *micrococcus melitensis*, et a pu être reproduite chez l'homme par l'inoculation des cultures (Birt et Lams). Cliniquement, elle peut affecter trois formes principales : continue, intermittente, rémittente ou ondulante, et ressemble beaucoup à la dothiénentérie dont elle se différencie par la constipation des premiers jours et l'absence de taches rosées. Deux symptômes pathognomoniques : la présence du microbe dans le sang et le séro-diagnostic. Les lésions observées n'ont rien de caractéristique. L'infection se fait vraisemblablement par le lait de chèvres, le micrococcus melitensis étant très répandu parmi les chèvres de Malte. Une bibliographie très complète termine le travail.

L. Babonneix.

(1) Alger, 1906. Impr. Montégut et Deguili.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 22. — JEUDI 21 FÉVRIER 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 21 FÉVRIER 1907. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité de médecins des hôpitaux. — Le jury est constitué définitivement de la façon suivante :

MM. Klippel, Le Noir, Barbier, Wurtz, Joffroy, Variot, Danlos, Teissier, Petit et Barié.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Lecture des copies. — *Anatomie*. — Séance du 17 février 1907 : MM. Morant et Patrowski, 11; Brac, Bruslé, Charrier, Paris, Pruvost et Salin, 10.

Séance du 18 février : MM. Stern, 13; Fernet et Fouquiau, 11; Soubies, 10; Gérard, Maingot et Sloog, 9; Dournay, 8.

Séance du 20 février : MM. Toupet, 12; Boudol, Chenet, Gendron et Metzger, 11; Cléret et Duranton, 10; Durand (Louis) et Renault (Ch.), 9.

Prochaine séance, vendredi 22 février, à cinq heures un quart, à la salle des Saints-Pères.

Pathologie. — Séance du 17 février : MM. Railliet, 12; Davesne, Henry, Jumentié et Ménard (Pierre), 11; Bernard et Fenestre, 10; Brisset, Gallais et Gras, 9; Legrand, 8.

Séance du 18 février : MM. Riberol, 12; Boulard, Detré et Mallet (Raymond), 11; Debertrand, Quinquaud et Stroehlin, 10; Aine et Corpechot, 8.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation (Pathologie interne et médecine légale.) — *Leçon orale de trois quarts d'heure après quarante-huit heures de préparation libre. — Séance du 18 février.* — M. Carles (Bordeaux) : « Les délires toxiques. » — M. Jousset (Paris) : « Les scléroses viscérales. »

Séance du 19 février. — M. Rimbaud (Montpellier) : « Les sérums antitoxiques. » — M. Lesieur (Lyon) : « Venins et médication antivenimeuse. »

— Bordeaux. — M. le professeur Coyne a été élu membre du Conseil académique de Bordeaux.

— La chaire de médecine opératoire de la Faculté de Bordeaux est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à dater du 16 février, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Lille. — Par arrêté ministériel en date du 31 janvier 1907, la Faculté de médecine de Lille a été autorisée à délivrer un certificat d'études spéciales d'hygiène. Elle a organisé, en conséquence, à partir du 11 mars 1907, un enseignement spécial accessible aux docteurs en médecine français et étrangers désireux de se spécialiser dans l'étude des questions d'hygiène publique.

Le cycle de cet enseignement aura lieu chaque année à partir du 1er mars et prendra fin le 15 juin. Il portera sur l'hygiène publique (sociale, urbaine et industrielle), l'hygiène de la première enfance, l'hygiène scolaire, la législation sanitaire, les éléments de la bactériologie et la prophylaxie des maladies transmissibles. Il sera complété par des visites d'établissements industriels et d'institutions d'assistance.

Les élèves en médecine ayant satisfait au quatrième examen du doctorat, les pharmaciens, vétérinaires, ingénieurs, architectes et les personnes étrangères aux professions sus-indiquées peuvent, en raison de leurs connaissances ou de leurs fonctions, être autorisées par le Conseil de la Faculté à suivre les cours, conférences, travaux pratiques et excursions, et poursuivre l'obtention du certificat.

S'adresser jusqu'au 5 mars inclus au secrétariat de la Faculté de médecine pour tous renseignements relatifs au programme et aux droits à acquitter pour être inscrit.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE. — Concours pour le prix Sirus-Pirondi. — Un prix de 300 francs, fondé par M. le professeur Sirus-Pirondi, président d'honneur du Comité médical, sera décerné en avril 1908.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine français.

Les mémoires doivent être inédits et remis au secrétaire général du Comité médical avant le 31 décembre 1907.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général du Comité médical des Bouches-du-Rhône, 3, marché des Capucins, à Marseille.

BANQUET. — Les confrères et les amis du docteur Paul Sollier lui offriront, à l'occasion de sa récente nomination dans la Légion d'honneur, un dîner sous la présidence du professeur Joffroy.

Ce dîner aura lieu à l'Hôtel Continental, le 9 mars, à sept heures et demie précises. Envoyer les adhésions à l'un des organisateurs : MM. les docteurs J.-L. Faure, 10, rue de Seine; Nigay, 24 *bis*, rue Greuze; Plateau, 225, faubourg Saint-Honoré; Verchère, 101, rue du Bac. Prix du banquet : 16 francs.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVI, n° 2, 10 janv. 1907.) Arthur L. Chute : Des hématuries rénales et uretérales. — Farrar Cobb : Description d'un cas de cancer de l'utérus vivant et bien portant six ans après une hystérectomie totale. Cinq ans après l'opération, symptômes de cancer gastrique occasionnés par une hernie de l'estomac avec adhérences. Opération. Guérison. — Charles Greene Custom : Les indications chirurgicales de la dilatation bronchique, surtout chez les enfants et les adultes jeunes. — Nathaniel R. Mason : Description d'un cas de cancer de l'appendice vermiforme probablement primitif (2 fig.). — (N° 3, 17 janv.) Albert C. Getchell : Etude médicale sur Shakespeare. — J. N. Hall, Robert Lévy et George H. Stover : Anévrisme de l'aorte (avec reproduction de 10 radiographies). — Ernest Boyen Young : Analyse de 21 cas d'abcès pelviens traités par la colpotomie. — Rockell A. Coffin : Nouvelle opération pour la correction des déviations de la cloison du nez (3 fig.). — Charles L. Scudder : Nouvelle pince à gastro-entérostomie pour enfants (3 fig.). — (N° 4, 24 janv.) Farrar Cobb : Infection hématogène aiguë d'un rein chez un adulte d'aspect bien portant. Description d'une observation et étude sur le sujet. — John Lovett Morse et Fred. T. Murphy : Deux cas de cirrhose du foie dans l'enfance en connexion avec une obstruction congénitale des voies biliaires (3 fig.). — Edward Nicholl : La théorie de l'entraînement d'après les entraîneurs de profession. — John Bapst Blake : Considérations médicales sur les jeux athlétiques dans les écoles préparatoires. — Albert C. Getchell : Etude médicale sur Shakespeare (*fin*).

Jahrbuch für Kinderheilkunde. — (Août 1906.) Torday : Les rhinitides des nourrissons. — Basch : Contribution à la physiologie et à la pathologie du thymus. — Jezierski : Influence qu'exerce la vaccination sur les maladies infectieuses. — Feer : Quantités de lait à donner à un nourrisson, et utilisation énergétique du même enfant après le sevrage. — Schiff : Un cas de maladie de Raynaud chez un hérédo-syphilitique. — Wernstedt : Un cas d'atrésies multiples et congénitales de l'intestin grêle; trajet anormal du gros intestin. — Uffenheimer : Sur la question de la résorption intestinale de l'albumine. Réponse à MM. Römer et Müch, avec réponse de MM. Römer et Müch. — (Sept.) Schiff : Contribution à la chimie du sang chez le nouveau-né. — Sittler : Durée de l'immunité après injection de sérum antidiphtérique. — Dieterle : Crétinisme endémique; ses rapports avec les autres formes de troubles de développement. — Stöltzner : Tétanie et corpuscules épithéliaux (glandules parathyroïdes). — (Oct.) Schœdel : Sur les maladies par induction (maladies d'imitation). — Gundobin : Les ganglions lymphatiques. — Schiff : Contribution à la chimie du sang du nouveau-né (*suite*). — Dieterle : Crétinisme endémique et ses rapports avec les autres formes de troubles de développement (*suite*). — (Nov.) Krasnogorsky : Utilisation du fer chez les nourrissons. — Grüner : Influence du NaCl sur les hydropisies du jeune âge. — Jahle : Remarques sur une épidémie de grippe, causée par le micrococcus catarrhalis. — Flesch : Modifications des polynucléaires neutrophiles dans l'incubation de la rougeole. — Holwerde : Gangrènes dans la rougeole. — Stœltzner : Myocardite syphilitique avec développement rapide des doigts en baguette de tambour. — Siegert : Deux cas atypiques de myxœdème. — Bernheim-Karrer : Remarques sur le travail précédent. — (Déc.) Holt : Infection gonococcique chez les enfants. — Basch : Contribution à la physiologie de la glande mammaire. Innervation de cette glande. — Tschernow : Volume anormal du gros intestin chez l'enfant. — Weissenberg : Proportion du corps chez le nouveau-né. — Cohn : Les plis superficiels de la cuisse chez l'enfant. — Siegert : Remarques sur la réponse de Bernheim relative à une critique de ses deux cas atypiques du myxœdème. — Réponse de Bernheim-Karrer. — (Janv. 1907.) Finkelstein : Intoxication alimentaire chez les nourrissons. — Thiemich et Birk : Développement des nourrissons éclamptiques. — Schmorl : Pathogénie des altérations osseuses dans la maladie de Barlow. — Moltchanoff : Sur la question du traitement opératoire des sténoses laryngées d'origine diphtérique chez les nourrissons. — M. Flesch : Pathologie de la maladie de Barlow.

Medical Record. — (Vol. LXX, n° 26, 29 déc. 1906.) Kast et Meltzer : La sensibilité des organes abdominaux et l'influence des injections de cocaïne sur ces organes. — Otto Kiliani : Traitement de Schlösser contre la névralgie du trijumeau. — Aspinwall Judd : Les rayons X et la chirurgie dans le traitement du sarcome. — S. Goodhue : Notes sur les fièvres sous les tropiques. — (Vol. LXXI, n° 1, 5 janv. 1907.) Stephen Smith : Projet de système hospitalier pour la ville de New-York. — Jessie Weston Fisher : Relation de deux cas de démence paralytique, l'un associé à une vaste lésion hémorragique, l'autre à une atrophie de la région optique. — Palier : Les bactéries intestinales; comment elles acquièrent leur toxicité et comment on l'établit expérimentalement. — Albert Woldert : Recherches originales sur une épidémie de grippe. — Pooch van Baggen : Maladies de la gorge dues à un emploi défectueux de la voix. — (N° 2, 12 janv.) Thayer : Etude d'un cas de fièvre jaune. — Ch. Kelsey : Détails pratiques sur l'opération de la colostomie. — Mc Campbell : Considération générale sur la démence précoce. — Frischbier : Le pied plat au point de vue neurologique. — Woodbridge Hall Birchmore : Le sommeil par l'hyoscine dans la pratique obstétricale. — Dillon : Formules pour faciliter les modifications de pourcentage du lait. — (N° 3, 19 janv.) A. Berg : Diagnostic et traitement chirurgical de l'ulcère gastrique et de l'ulcère duodénal et de leurs complications. — J. Walter : Le rhumatisme et son traitement. — Mount Bleyer : Le pronostic dans la phtisie. — Crothers : Etude médico-légale d'un morphinomane. — Harold W. Wright : Projet de contrôle public des maladies par un office national de la santé. — (N° 4, 26 janv.) A. Jacobi : Souvenirs des praticiens de New-York concernant l'histoire de l'Académie dans sa période initiale. — Dickinson : La mouche vulgaire et son rôle dans la dissémination des maladies. — G. Norström : Action physiologique du massage. — Ballenger : Un siège anormal pour l'infection gonococcique.

MAINS DE CROCODILE

DERMATOSE PROFESSIONNELLE PRODUITE PAR LE BOIS DE CHATAIGNIER

Par M. René HORAND,
Ancien interne des hôpitaux, préparateur d'anatomie
à la Faculté de médecine de Lyon.

(Travail de la Clinique chirurgicale de M. le professeur A. Poncet.)

Au mois de janvier 1906 se présentait, à la clinique de M. le professeur Poncet, un paysan fort, vigoureux, âgé de cinquante-cinq ans, qui venait, disait-il, « pour être opéré d'une double hernie. » En l'examinant, notre maître constata le bien fondé de son désir, mais il fut frappé, en même temps, de l'état des mains de ce paysan. Leur aspect avait quelque chose de très particulier, de tout à fait insolite, la peau était uniformément épaissie, fissurée, noirâtre, etc. Interrogé, ce brave homme donna des renseignements, dans l'espèce, très topiques, il attribua ces déformations manuelles à certain genre de travail, dans lequel, suivant son expression, « il travaillait le châtaignier, » il enlevait son écorce (fig. 1).



Fig. 1.

Eclairé par une telle étiologie M. Poncet fut, à priori, de cet avis. Il nous chargea alors d'étudier la main de ce malade, de prendre son observation et de faire une enquête dans le pays d'où il venait, pour savoir s'il s'agissait bien d'une dermatose professionnelle, produite par le bois, par l'écorce de châtaignier.

C'est le résultat de ces recherches que nous désirons exposer dans cette note.

On y verra une nouvelle dermatose professionnelle, qui nous paraît avoir, jusqu'à ce jour, échappé aux observateurs.

Le malade en question vient d'un petit village du Dauphiné, dc Beauvin-de-Nore, où fut jadis un château-fort près de Saint-Jean de Bournay (Isère).

C'est, nous l'avons dit, un campagnard très vigoureux, indemne de tout antécédent pathologique, de toute maladie vénérienne. Il est père de quatre enfants, vivants, se portant très bien, et si ce n'était une double hernie inguinale, dont il est porteur depuis quelques années, l'idée ne lui fût pas venue de se présenter à l'hôpital.

Vues dans leur ensemble les mains sont rugueuses, boursouflées, comme œdémateuses. Les doigts sont augmentés de volume, boudinés. Ils sont écartés les uns des autres, et cet écartement est surtout marqué pour le petit doigt droit, si bien que nous lui demandons s'il l'avait toujours eu ainsi. Il nous répondit que « le mal en était la cause ».

La peau des mains est grossière, plissée. Sur leur face dorsale et vers les espaces interdigitaux, des plis très curieux sont orientés du bord cubital vers le bord radial, obliquement dirigés vers les espaces interdigitaux, à la partie inférieure du dos de la main. En regardant de plus près on voit cette peau violacée, asphyxiée, craquelée *comme la peau d'un crocodile* (fig. 2).

Vers les espaces interdigitaux se trouve une série de crevasses, de fissures plus ou moins profondes, formant des sillons principaux auxquels aboutissent des sillons plus fins. Cette disposition spéciale est surtout marquée sur le dos du pouce, principalement au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, dans le pli d'opposition du pouce, et sur le bord interne de l'index. A la face palmaire, ces crevasses atteignent leur maximum de développement. Ces craquellements sont surtout marqués au niveau de l'éminence thénar et hypothénar. La peau fendillée donne l'aspect d'une fine et élégante arborisation rappelant certaines feuilles de fougère (fig. 3).

Le fond de ces crevasses, de ces sillons, est crasseux, noir « comme de l'encre ».

Au toucher on sent une peau sèche, rugueuse, squameuse, avec une infiltration du derme, épaissi et donnant à la main son apparence pseudo-œdémateuse.

Les *mouvements fonctionnels* des doigts sont un peu entravés, les doigts sont gauches et maladroits pour manier des objets fins.

Les diverses sensibilités persistent, mais le malade sent moins bien que normalement, et il s'en rend compte. Il lui semble qu'il a « comme un vernis sur la peau ou des gants très fins ».

Il n'y a pas d'autres troubles trophiques.

La sueur ne semble pas diminuée. Les ongles ne sont pas eczémateux ou cassés.

Ce bûcheron travaillait le bois de châtaignier.

Intéressé d'une part par cette dermite professionnelle non décrite encore, et d'autre part, par les dires de notre malade, nous avons fait nous-même une enquête dans son pays. Nous sommes allé visiter des châtaigneraies, nous avons vu des bûcherons, des compatriotes.

Il résulte de nos investigations :

1° Que les bûcherons qui manient, qui travaillent le bois de châtaignier sont presque tous atteints, à des degrés différents, il est vrai, de la dermite qui nous occupe.

Ainsi le gendre de notre malade, qui avait avant son mariage, c'est-à-dire avant d'être bûcheron, « des mains de femme, » a eu ses mains transformées en deux ou trois jours.

2° L'altération de la peau suit une marche régulière, elle se manifeste d'autant plus vite que l'ouvrier a la peau plus fine avant de travailler et s'écorche plus facilement.

3° La température a une influence certaine sur le développement de cette dermite. Les lésions sont

d'autant plus marquées qu'il fait plus froid. Les crevasses favorisent la pénétration des lésions.

4° L'évolution de cette dermite est progressive. La peau commence par être rouge, érythémateuse, puis violacée, livide, elle semble s'eczématiser puis se lichéniser, elle se gonfle, éclate ; des crevasses apparaissent (eczématisation fissuraire). Ces crevasses deviennent de plus en plus nombreuses, d'autant plus profondes que la dermite est plus invétérée.

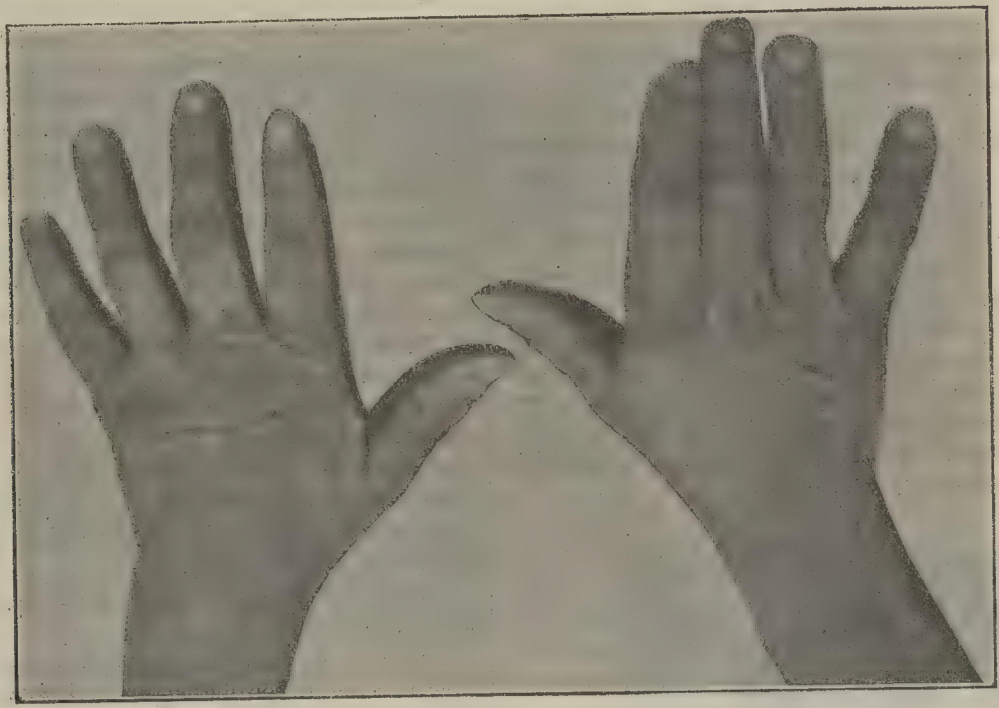


Fig. 2.

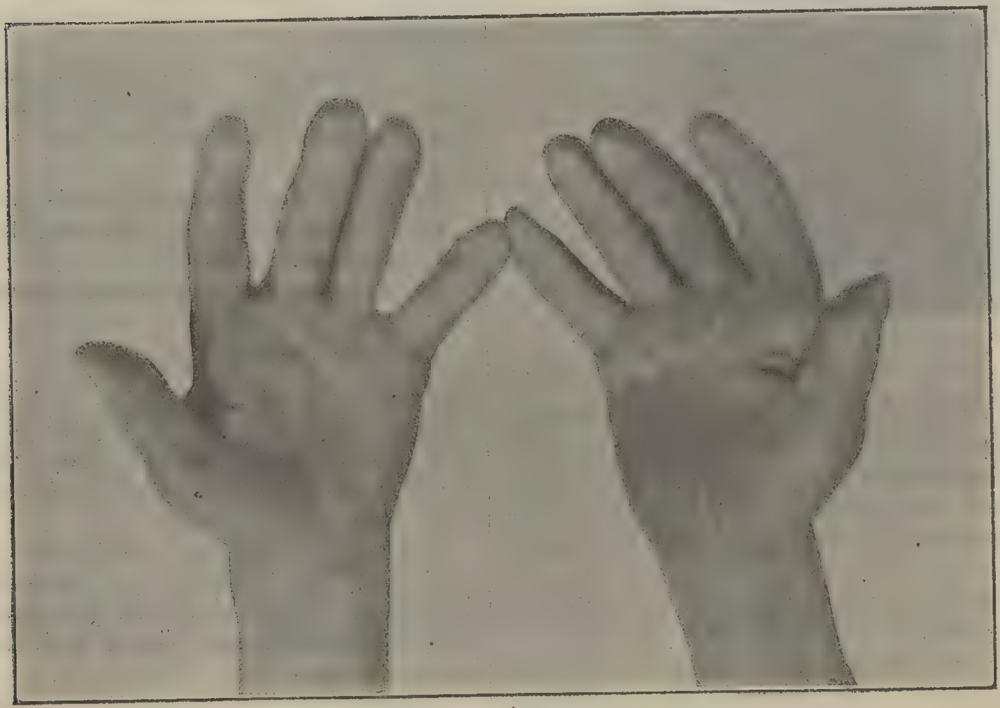


Fig. 3.

Les mains se teintent en brun, puis en noir, deviennent dures. L'hyperkératose (eczéma corné) apparaît.

Le fond des crevasses est franchement « noir comme de l'encre » et cette teinte résiste aux lavages répétés des mains, au savon.

L'érythème est d'abord localisé à la face dorsale et palmaire des mains, puis remonte jusqu'aux avant-bras, ne dépassant pas les coudes.

5° Cette affection est peu douloureuse, les bûcherons comparent leurs douleurs à celles que font éprouver des engelures et qu'un chacun connaît bien.

6° Pas d'autres complications ne nous ont été signalées, en dehors parfois de petits abcès cuta-

nés. La pyodermie, les phlegmons sont rares.

Jamais, disent les bûcherons, d'érythème généralisé, à la face ou au corps.

7° Pour eux la cause de cette affection est bien simple.

Lorsque l'écorce du châtaignier est enlevée sur le tronc de l'arbre, il s'écoule une sève et cette sève est très irritante pour la peau. C'est elle qui en détermine l'inflammation, la fissurisation, etc.

La meilleure preuve que nous pourrions en donner c'est que les bûcherons qui ne touchent pas cette sève fraîche n'ont pas les mains atteintes et que l'affection disparaît dès qu'on cesse de manier du bois de châtaignier fraîchement écorcé « le pelard ». L'affection se limite aux parties découvertes de la peau, celles en contact avec le bois travaillé.

8° Nous avons examiné le bois de châtaignier, le bois fraîchement écorcé et blanc noircit rapidement à l'air, surtout s'il est en contact avec du fer, et nous avons pu voir s'écouler sur le tronc jeté devant nous une résine, une essence qui nous a semblé pouvoir être très irritante, elle était très astringente. Les arbres, cause du mal, n'étaient atteints d'aucune des mycoses décrites par Lavialle.

9° Nous avons alors entrepris des recherches sur la composition de « cette sève de châtaignier ».

Et parmi les nombreux documents que nous avons pu réunir, nous citerons ceux retirés de la lecture du livre remarquable de M. J.-B. Lavialle sur *Le châtaignier* (1), que nous indiqua M. le professeur Poncet.

Lavialle fait de cet arbre une belle description.

Le châtaignier, dit-il, « grand et vigoureux, à la fois majestueux, élégant et gracieux, aux frondaisons superbes, d'une hauteur moyenne de 17 mètres, arbre providentiel, d'une croissance des plus rapides, aux fondements profonds, au tronc étrange, à la tête somptueuse, aux bienfaisants effluves, aux fruits innombrables, nourrissants et délicieux, » est employé au chauffage, à la charpente, à la menuiserie, à la tonnellerie, et surtout à l'industrie des *matières tannantes et colorantes*.

Depuis la découverte du chimiste lyonnais Michel, vers 1820, on retire, *du bois de châtaignier plus riche que l'écorce*, de l'*acide gallique*, dont on se sert pour le tannage, depuis les découvertes de Koch et de Gondolo, 1878.

Le bois de châtaignier contient 8 p. 100 de tannin, tandis que le chêne n'en contient que 2 à 4 p. 100.

100 kilogs de bois donnent 25 kilogs d'extrait brut à 25 degrés Baumé.

De cet extrait, on retire non seulement le tannin mais aussi des couleurs, une substance destinée à charger la soie.

On retire du bois la cellulose, l'alcool méthylique qui, distillé avec la chaux, donne le chloroforme.

Parmi toutes ces substances, quelle est celle qui peut produire l'affection qui nous occupe?

M. le docteur Florence, professeur de matière médicale à notre Faculté, a bien voulu nous renseigner à cet égard.

Pour lui, ce ne serait pas le tannin lui-même, *mais le phloobaphène* (φλοὸς, écorce, βαφή, couleur), substance dérivée du tannin, retirée de l'écorce et des racines de quelques arbres et surtout de l'écorce de châtaignier. Cette substance fondue avec la potasse caustique donne de l'acide protocatéchique et de la phloroglucine.

Anhydre, elle est d'un rouge brun, insoluble dans l'eau, l'alcool et l'éther, les acides étendus, sauf l'acétique, soluble dans les alcalis, sans goût, ni odeur.

M. Florence a étudié ce corps, et il le regarde comme un dérivé de la fermentation du tannin, principe colorant rouge, mordant très employé dans la région lyonnaise pour la teinture.

Le phloobaphène semble bien être la véritable cause de la dermite des bûcherons, travaillant le bois de châtaignier.

Il était intéressant de préciser la cause de cette nouvelle dermite professionnelle, d'autant mieux qu'en Angleterre la *Lancet* a ouvert une enquête sur la dermite due au bois de Teck (Teak dermatis, *Brit. Journ. of dermat.*, 1905, 15 déc., p. 447; *Lancet*, 1896, 18 avril, p. 1113-1193).

Il résulte de cette enquête que les charpentiers qui travaillent le bois de Teak (cette industrie remonte à trente ans), bois de construction apporté des Indes et des pays orientaux et très estimé pour la construction des navires, n'ont jamais d'éruption de la face ou des mains. Mais si par hasard ils ont une écorchure, une crevasse, ils font de la pyodermie.

Pour d'autres l'huile essentielle du cœur du bois donnerait une éruption érythémato-vésiculeuse très prurigineuse du corps, de la face et du dos des mains (Willmatt Evans).

Cette variété de dermatose manuelle produite par les substances irritantes de certains bois, mériterait bien d'être rapprochée de celle que nous venons d'étudier.

Nos recherches n'ont porté que sur quelques habitants du bourg du Dauphiné, dans lequel il existe des châtaigneraies.

Nul doute que l'attention étant appelée sur les *mains de crocodile* des paysans qui « travaillent les châtaigniers », on ne rencontre également cette dermite professionnelle dans les régions (pour ne parler que de la France), où prospère cet arbre admirable qu'est le châtaignier (1) : dans la Bretagne, le Haut et le Bas Limousin, l'Auvergne, le Lyonnais, les Cévennes, le Jura, les Pyrénées, la Corse, une portion des Basses-Alpes, du Var et des Vosges, etc.

(1) *Le châtaignier*, par Jean-Baptiste Lavialle, instituteur. Paris 1906, Vigot frères, édit.

(1) « Le châtaignier? N'est-ce pas pour ceux qui tiennent au Plateau central, l'arbre divin! celui qui retient sur le flanc de nos collines la terre nourricière ; celui qui protège de ses ombrages le moelleux tapis de mousse où se gardent pour les sources limpides, les eaux tombées du ciel ; celui qui durant toute son existence, donne gracieusement sans compter, sans rien exiger en retour, l'aliment qu'on pourrait appeler l'aliment national dans notre Limousin ; celui enfin... » dit si merveilleusement M. Edmond Perrier de l'Institut, dans sa savante et poétique préface au livre très beau de M. Lavialle (loc. cit.).

Il était, dans tous les cas, intéressant de la constater dès maintenant et d'ouvrir un nouveau chapitre dans le livre des maladies professionnelles déjà si nombreuses.

Non moins que celles bien étudiées récemment dans ce journal par M. Lévi-Sirugue (Les dermatoses professionnelles, *Gaz. des hôpit.*, 1906), elle intéressera le clinicien et le médecin-légiste.

BIBLIOGRAPHIE

POTTON. Mal de vers ou mal de Bassine, *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XVII, p. 803. — BAZIN. *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées*, 1862, p. 86. — WILLMOTT EVANS. Teak dermatis, *Brit. Journ. of dermatol.*, 1905, p. 447; — *Lancet*, 18 avril 1896, p. 1113, 1193. — VILLEBRUN. *Coloration professionnelle des ongles*, Th. de Lyon, 1883, n° 155. — LUTZ. PHLOOBAPHÈNE, in dict. Dechambre. — J.-B. LAVIALLE. *Le châtaignier*, Paris 1906. — LÉVI-SIRUGUE. Les dermatoses professionnelles, *Gaz. des hôpit.*, 1906, p. 195. — HERXHEIMER. *Munch. med. Woch.*, 1899. — THIBIERGE. Soc. de dermatol., déc. 1899. — THIBIERGE et PAGNIEZ. Soc. de dermatol., janv. 1900; — *Ann. de dermatol.*, juillet 1900. — MACKENZIE. *Maladies professionnelles*, Paris 1903. — HALLOPEAU et LEMIERRE. Soc. de dermatol., juin 1900. — BESNIER. Prat. dermatol., t. II, art. ECZÉMA. — LELAI. *Ann. de dermatol.*, 1889, p. 129. — PASCAL. *Ann. de dermatol.*, août 1900, p. 946. — E. ROLLET. Mains des verriers, *Revue de chir.*, 1887.

MÉDECINE PRATIQUE

LE MODE D'ADMINISTRATION DU PYRAMIDON

Le pyramidon est certainement le dérivé le plus important de l'antipyrine. Sa dose active est de 30 centigrammes et on n'est presque jamais obligé de dépasser 75 centigrammes à 1 gramme pour une période de vingt-quatre heures.

M. Pouchet, dans le remarquable *Précis de pharmacologie et de matière médicale* qu'il vient de publier (1), recommande comme le mode d'administration le plus simple l'emploi de la solution suivante :

Pyramidon	1	gramme.
Sirop d'écorces d'oranges	25	—
Eau distillée	75	—

qui se prescrit par cuillerées à soupe dans une période de vingt-quatre heures.

On l'a également associé au bromhydrate de quinine; dans ce cas, on prescrit des cachets :

Bromhydrate neutre de quinine	0,10	centigr.
Pyramidon	0,05	—

pour un cachet (5 à 10 par jour).

Dans ces conditions, ajoute M. Pouchet, le pyramidon est un remarquable analgésique, et il est souvent fort utilisé dans le cas de névrites toxiques, dans la péritonite tuberculeuse, la céphalalgie des anémiques, les douleurs fulgurantes des tabétiques. Dans la migraine, il donne de très bons résultats lorsqu'il est administré au début de l'accès, mais son action est presque nulle lorsque l'accès s'est installé. L'action antipyrétique qu'il produit est absolument constante à la condition que ce médicament soit absorbé par des individus en état d'hyperthermie. Cet abaissement s'obtient d'une façon lente et progressive, on observe une sédation du pouls et cette action se prolonge beaucoup plus que celle déterminée par l'antipyrine dans les mêmes circonstances.

Employé à des doses de moins d'un gramme, par doses réfractées en vingt-quatre heures, le pyramidon n'exerce aucune action sur le cœur et la circulation et on peut l'administrer pendant plusieurs jours consécutifs. Chez les néphrétiques il n'est pas contre-indiqué et n'augmente pas l'albuminurie. Par contre, chez les tuberculeux, il provoque rapidement l'apparition de sueurs profuses et, malgré l'emploi du camphorate acide de pyramidon, qui atténue cet inconvénient, il vaut mieux renoncer à son emploi chez ces individus, en raison de l'action excitante qu'il exerce sur les combustions organiques.

Le seul inconvénient de ce médicament consiste dans l'action irritante qu'il exerce, chez certains malades, sur le système digestif et qui nécessite la suspension ou même la suppression complète de son emploi.

Notons qu'il colore l'urine en rouge par suite de sa transformation en un pigment acide, précipitable par le sous-acétate de plomb, et qui ne paraît pas résulter d'une métamorphose de la matière colorante du sang.

(1) Paris, O. Doin, 1907.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1907)

Sur l'anesthésie par l'éther; parallèle avec l'anesthésie chloroformique. — M. Maurice NICLOUX. En rapprochant les différents résultats expérimentaux qu'il a obtenus, M. Nicloux arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° Les quantités absolues d'éther contenues dans le sang lors de l'anesthésie par cette substance sont plus grandes que les quantités absolues de chloroforme dans l'anesthésie chloroformique;

2° L'éther s'élimine, relativement, plus rapidement que le chloroforme;

3° L'éther se répartit d'une façon sensiblement égale entre les globules et le plasma; le chloroforme a, au contraire, une affinité élective pour les globules qui en renferment, en quantité absolue, 7 à 8 fois plus que le plasma;

4° Dans l'anesthésie par l'éther, les proportions d'éther fixées par le cerveau et le bulbe sont égales; dans l'anesthésie par le chloroforme, le bulbe renferme 1,5 fois plus de chloroforme que le cerveau.

L'éléphant d'Afrique a-t-il une cavité pleurale? — Telle est la question que pose M. Alfred GIARD à la suite de la communication de Mme Phisalix (v. *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 18, p. 211), montrant que la mort de l'éléphant Sahib était due à une congestion pulmonaire compliquée d'une pleurésie double *avec épanchement*.

Or, depuis les travaux du professeur Boas, il semble bien établi que les éléphants n'ont pas de cavité pleurale. Des autopsies ont nettement confirmé ce fait chez l'éléphant d'Asie chez lequel les poumons adhèrent partout à la cage thoracique par du tissu conjonctif. Pour l'éléphant d'Afrique les preuves d'obturation des cavités pleurales sont moins nombreuses et moins démonstratives, la constatation de l'épanchement faite par Mme Phisalix est notamment de nature à apporter une restriction à l'affirmation de Boas.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1907)

Tuberculose des muscles. — A propos de la communication faite récemment par M. Kirmisson, M. CORNIL apporte deux cas de tuberculose des muscles qu'il a eu l'occasion d'examiner histologiquement; dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune femme du service de M. Campenon, à la Charité, qui présentait une forme scléreuse de tuberculose du masséter. Cette femme n'avait pas de tuberculose pulmonaire, mais elle avait eu une coxalgie. C'est même là ce qui avait fait penser à M. Campenon que l'affection du masséter pouvait bien être d'origine tuberculeuse. L'examen histologique a montré, en effet, qu'il s'agissait bien de tuberculose intra-musculaire, à type scléreux.

Dans l'autre cas, il s'agissait d'une tumeur fluctuante du vaste externe que M. Coudray ouvrit; c'était un véritable abcès froid, sans aucune lésion osseuse, développé dans le muscle lui-même.

Le paludisme à Madagascar. — Nous avons entendu un intéressant rapport de M. KERMORGANT sur cette question.

M. Kermorgant donne à l'Académie des détails sur l'épidémie de paludisme qui a régné en 1906 sur les hauts plateaux de Madagascar et plus particulièrement en Émyrne, aux environs immédiats de Tananarive. Cette épidémie a pris une extension sans précédents ; elle n'a pas éclaté brusquement, mais une augmentation progressive et très rapide des cas de malaria la laissait pressentir. En effet, depuis 1901, le nombre des décès causés à Tananarive par cette endémie, allait s'accroissant chaque année.

Le chiffre de la population touchée par la maladie s'élevait à 274487 habitants parmi lesquels le nombre des décès causés par le paludisme a été de 13756, ce qui donne un pourcentage de 5 décès pour 100 habitants.

Depuis que le paludisme a commencé à sévir, sur les parties élevées de la Grande-Ile, on s'est efforcé d'en rechercher les causes. On a émis à ce sujet différentes opinions, les uns voient dans l'anophèle l'unique cause de la propagation de la maladie, les autres l'attribuent aux influences telluriques provoquées par les grands travaux publics auxquels ont été astreints les indigènes, d'autres, enfin, incriminent la misère physiologique de nos sujets.

Ces trois opinions en apparence opposées, sont cependant loin de s'exclure, et dans chacune d'elles il y a une part de vérité. Il est un fait indéniable, c'est que l'anophèle propage le paludisme et qu'il a augmenté dans de notables proportions sur les Hauts-Plateaux depuis quelques années. La misère des habitants est incontestable depuis l'occupation; avant la conquête, ils ne faisaient rien ou presque rien, aujourd'hui, ils sont obligés de travailler pour vivre. Or, ils n'ont rien changé à leurs habitudes; les habitations, les vêtements, l'alimentation, sont restés les mêmes et cependant les fatigues ne sont plus en rapport avec le régime peu substantiel qui suffisait jadis à leur entretien.

Quoi qu'il en soit, l'administration prit, dès le mois de janvier 1906, des mesures énergiques pour combattre le fléau; elle ne pouvait songer à pétroler les rizières et à protéger mécaniquement les habitations, ce qui eût entraîné le budget de la colonie à des dépenses de plusieurs dizaines de millions qu'il n'était pas en état de supporter.

On s'arrêta à une prophylaxie plus simple, moins coûteuse et qui produisit néanmoins d'excellents résultats. On se mit d'abord en mesure de mettre les populations menacées en meilleur état de résistance, en d'autres termes, de diminuer leur susceptibilité au paludisme, en améliorant leurs conditions d'existence et en veillant à leur hygiène. Les habitations furent nettoyées et blanchies à la chaux, des distributions journalières de riz et de viande furent faites pendant trois mois à quatre mille indigents, des vêtements chauds, des couvertures, des moustiquaires, furent également mis à leur disposition, enfin, de larges délais furent consentis pour la rentrée des impôts.

En même temps, les visites médicales étaient multipliées, des dépôts de quinine étaient établis dans tous les centres de la colonie. Le prix du gramme de ce médicament fut fixé à 5 centimes pour les Européens et pour les indigènes. Les indigents le reçurent gratuitement.

La quinothérapie a été la seule arme employée pour combattre le paludisme. Elle a donné des résultats remarquables dans tous les milieux où elle a été appliquée d'une façon continue. C'est à l'application rigoureuse de cette méthode, que l'on doit de n'avoir enregistré que trois décès paludéens dans la population européenne, civile ou militaire.

M. BLANCHARD est heureux de constater que les documents officiels fournis par M. Kermorgant, confirment en tous points les assertions qu'il a émises sur le même sujet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1907)

Anémie avec myélocythémie chez un hérédo-syphilitique. Présence du spirochète pâle dans le sang et dans tous les organes. — MM. RIBADEAU-DUMAS et POISOT ont observé un nourrisson de treize jours, hérédo-syphilitique, présentant de l'ictère, un foie énorme, une grosse rate et des hémorragies multiples (épistaxis, hémorragies cutanées et ombilicales) qui entraînèrent la mort deux jours après l'admission.

L'examen du sang a révélé : 1° une anémie intense avec présence de *globules rouges nucléés* et de *myélocytes* ; 2° l'existence de *spirochètes pâles*, mis en évidence sur les frottis colorés au Giemsa.

Histologiquement, le foie et la rate, bourrés de spirochètes, présentaient des lésions diffuses. Tous les organes examinés (reins, capsules surrénales, corps thyroïde, thymus, testicules) renfermaient des spirochètes, mais en petit nombre.

Les cultures du sang, de la bile, des parenchymes hépatique et splénique, faites après la mort, étant restées stériles, l'anémie intense avec myélocythémie ne peut être rapportée à une infection secondaire; elle doit être attribuée à la présence du seul spirochète pâle dans le sang.

Composition chimique des liquides d'huîtres. — M. BAYLAC (de Toulouse) a étudié la composition chimique des liquides d'huîtres provenant des parcs de Cette et de l'étang de Thau, de Marennes et de la Tremblaie. Ces liquides, dont la composition est relativement constante pour chaque variété d'huîtres, renferment de l'albumine (2 grammes au moins par litre), de l'urée, des phosphates, des sulfates, des chlorures (de sodium, de magnésium), de la potasse, de la silice, etc. La teneur en chlore varie avec la provenance : elle est de 20g31 dans les huîtres de Cette, ce qui correspond à 33 grammes de NaCl ; elle est au contraire de 15g20 dans les huîtres de Marennes, correspondant à 25g33 de NaCl. Les huîtres de Cette sont plus riches en matières organiques. Ce n'est donc

pas seulement de l'eau de mer qui est contenue dans les huîtres, mais un véritable liquide organique que l'on doit rapprocher des différents liquides de l'organisme vivant.

Toxicité des liquides d'huîtres. — Les recherches bactériologiques ayant fourni à M. Baylac des résultats inconstants sur la richesse des huîtres *fraîches* en microbes pathogènes (absence de bacille d'Eberth, présence *fréquente* mais inconstante de coli-bacille, présence accidentelle du staphylocoque et du streptocoque) et d'autre part, des accidents causés par les huîtres rappelant ceux produits par les viandes avariées, M. Baylac a eu l'idée d'étudier la *toxicité des liquides d'huîtres* par la méthode des injections intraveineuses au lapin. La toxicité des liquides d'huîtres, vingt heures environ après leur sortie de l'eau, est de 44 centimètres cubes pour 1 kilogramme de poids. Elle est indépendante de la toxicité de l'eau dans laquelle vivent ces mollusques, la toxicité des eaux de l'étang de Thau et des canaux de Cette est, en effet, de 85 centimètres cubes.

Influence de la température sur la toxicité des liquides d'huîtres. — Les variations de la toxicité des différentes variétés d'huîtres achetées chez les marchands au détail, ont conduit M. Baylac à étudier l'influence de la température sur les huîtres. Il a placé des lots d'huîtres de diverses provenances à différente température pendant des temps variables. Il a pu constater une régulation rapide et progressive de leur toxicité.

Après trois jours à une température de 10 degrés la toxicité est de 31 centimètres cubes; après deux jours à une température de 18 degrés, elle est de 14 centimètres cubes et elle s'élève à 6 centimètres cubes après trois jours à une température de 25 degrés. Si on maintient des huîtres pendant trois jours à 16 degrés, et qu'on les immerge au deuxième jour *pendant une heure* dans de l'eau ordinaire légèrement salée, la toxicité s'élève à 4 centimètres cubes, d'où les dangers du « rafraîchissement ». Les huîtres avaient cependant conservé toutes les apparences de la fraîcheur et de la vue. M. Baylac a constaté également que la diminution du nombre des microbes ordinaires dans les huîtres coïncide avec leur maximum de toxicité. Il en conclut que la nocivité des huîtres est dans la plupart des cas, le résultat de leur altération après leur sortie de l'eau. Comme pour les poissons, leur fraîcheur et leur parfait état de conservation sont les conditions indispensables à leur complète innocuité.

Fonction orégogène du corps thyroïde. — MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild désignent ainsi la fonction d'éveil ou de réveil des divers appétits.

Déjà antérieurement, ils avaient rapporté 21 cas dans lesquels la faim avait été actionnée par le traitement thyroïdien. Ils citent deux exemples nouveaux : jeune fille de douze ans qui, sous l'influence d'un appétit d'ogresse, a gagné, en quarante jours de traitement, $4^{k}400$ et $4^{cm}5$; fillette de cinq ans et demi à qui 10 cachets firent gagner 600 grammes en une semaine.

En second lieu, le corps thyroïde agit sur l'appétit cérébral, fait naître la curiosité, l'application au travail, le goût pour l'étude. L'appétit sexuel se trouve à son tour influencé, comme chez un rhumatisant chronique amélioré par la thérapie thyroïdienne.

Contribution à la pathogénie de la rage. — M. Remlinger. Le virus rabique déposé accidentellement ou expérimentalement en un point du corps de l'homme ou de l'animal est détruit beaucoup moins souvent qu'il n'est classique de le dire soit en ce point même, soit au cours de son ascension le long des nerfs périphériques. Il atteint les centres nerveux plus souvent et de façon plus précoce qu'il n'est admis et le traitement antirabique agit parfois non pas en empêchant le virus d'arriver aux centres, mais en le neutralisant dans ces centres mêmes. Si le traitement spécifique n'intervient pas, le virus rabique peut demeurer dans le cerveau pendant des mois et même des années à l'état de vie latente. Il est susceptible de se réveiller tout à coup sous l'influence de causes variées telles que les traumatismes en particulier céphaliques, une émotion vive, un refroidissement local ou général et c'est alors que la maladie éclate. Ces faits paraissent susceptibles d'applications à la pathologie mentale. En particulier, si, avec M. Pierret, on considère la rage comme une folie infectieuse, ils sont de nature à élucider la pathogénie d'autres états du même ordre.

Sur l'immunité des syphilitiques tertiaires. — Finger et Landsteiner ont obtenu par inoculation de virus à des syphilitiques tertiaires la production de lésions locales, tubercules cutanés et syphilides ulcéreuses. M. Salmon, dans 8 expériences chez 3 individus atteints de syphilis depuis vingt et trente-six ans, n'a obtenu que deux fois des papules, de nature discutable. L'immunité semble donc absolue et définitive chez les syphilitiques.

Autres communications :

Sur la cytologie comparée des spirochètes et des spirilles. — M. Swellengrebel.

Influence de l'acide lactique sur le cœur isolé et survivant des mammifères. — M. Backmann.

Nécessaire clinique pour le séro-diagnostic. — M. Stassano.

Sur le dédoublement des glucosides dans l'intestin. — MM. Frouin et Thomas.

De l'activité des sérums antirabiques. — M. Marie.

LIVRES NOUVEAUX

Ligue contre le paludisme en Algérie. Compte rendu de ses travaux en 1905 (1), par M. Laveran.

Parmi les différents travaux entrepris par la ligue pour l'extinction du paludisme : protection mécanique des maisons, destruction des larves des moustiques, etc., signalons un mode original de propagande dû à M. Laveran. Il a fait imprimer pour la ligue des cartes postales portant des dessins de moustiques et de larves accompagnés d'une notice destinée à expliquer leur rôle dans la propagation du paludisme, donnant comme conseil, de détruire les larves par la suppression des mares et par le pétrolage, et de se protéger des piqûres de ces insectes au moyen de moustiquaires ou de toiles métalliques apposées à tous les orifices de l'habitation.

L. Babonneix.

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, par C. Crinon, pharmacien de première classe, ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris, directeur du *Répertoire de pharmacie* et des *Annales de chimie analytique*. 14e édition 1907. — Prix : 4 francs. — Paris, Rueff.

(1) Alger, 1905. Montégut et Deguili, édit.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

RHUMATISME CARDIAQUE

DÉFINITION. — Par rhumatisme cardiaque, on doit entendre les manifestations aiguës ou subaiguës du rhumatisme articulaire aigu sur l'appareil cardiaque, dont la notion est résumée dans les lois de Bouillaud (1840) : « 1° Dans le rhumatisme articulaire aigu, violent, généralisé, la coïncidence d'une endocardite, d'une péricardite, ou d'une endopéricardite est la règle, la loi, la non-coïncidence, l'exception ; 2° Dans le rhumatisme aigu, léger, partiel. apyrétique, la non-coïncidence d'une endocardite, d'une péricardite, ou d'une endopéricardite est la règle, la coïncidence, l'exception. »

ÉTIOLOGIE. — CAUSES DÉTERMINANTES. — C'est l'agent encore indéterminé de l'infection rhumatismale, agissant par ses toxines. Dans certains cas de formes graves, malignes, d'endocardites, survenant au cours ou surtout à la suite du rhumatisme aigu, on a décrit des germes d'infection secondaire.

CAUSES PRÉDISPOSANTES. — Le sexe a peu d'importance, si ce n'est au point de vue de la localisation, l'orifice aortique étant plus fréquemment atteint chez l'homme. Le plus grand nombre des cas s'observe entre quinze et quarante ans; l'enfant est plus particulièrement exposé.

CAUSES OCCASIONNELLES. — L'apparition de la complication cardiaque dépend en somme de la forme du rhumatisme. Elle est rare dans le rhumatisme subaigu, dans le rhumatisme aigu, léger; fréquent au contraire dans le rhumatisme aigu généralisé, et cela dès la première attaque. L'endocardite s'observe dans environ 30 p. 100 des cas ; l'endo-péricardite dans 15 p. 100 ; la péricardite dans 10 p. 100.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Toutes les parties du cœur peuvent être atteintes. La *péricardite* est d'abord sèche, puis séro-fibrineuse. La première période se caractérise par l'hyperémie et le dépoli de la séreuse, puis par la formation d'un exsudat fibrineux simple ; l'exsudation séreuse, plus ou moins abondante, marque la seconde période. L'exsudat peut se résorber complètement ou laisser des fausses membranes organisées (symphyses). L'*endocardite* passe par trois phases : gonflement œdémateux, végétation fibrineuse, et rétraction, aboutissant aux lésions valvulaires chroniques. Dans quelques cas on pourra trouver les végétations abondantes et les ulcérations destructives de l'endocardite maligne. Le *myocarde* peut être atteint, ainsi que l'*aorte* (myocardite et aortite rhumatismales).

SYMPTOMES. — I. FORME COMMUNE DU RHUMATISME CARDIAQUE. — 1° *Début.* — Le début est essentiellement insidieux, d'où la nécessité de l'examen quotidien du cœur chez tout malade atteint de rhumatisme aigu. C'est vers le deuxième septenaire qu'apparaissent ordinairement les complications cardiaques ; quelques auteurs ont cependant constaté l'endocardite avant les arthrites (endocardite préarthropathique). Deux signes doivent faire soupçonner la localisation cardiaque : la dyspnée, plus ou moins vive et non expliquée par une complication respiratoire ; l'élévation de la température, ou tout au moins la persistance de la courbe fébrile au moment où les arthropathies s'atténuent.

2° *Etat.* — Endocardite et péricardite peuvent exister séparément, coexister ou se succéder. a. *Signes de péricardite.* — Les signes fonctionnels sont : la dyspnée, avec ou sans angoisses ; la douleur qui peut être spontanée, ou provoquée par la pression au niveau de la région précordiale. Les signes physiques ont plus d'importance. Le *frottement* caractérise la phase de péricardite sèche ; c'est un bruit sec, inégal, superficiel, sans propagation ni rapport exact avec les temps de la révolution cardiaque, de timbre doux ou rude, siégeant ordinairement vers le troisième ou quatrième cartilage costal gauche. Quand la péricardite devient séreuse, le frottement diminue, disparaît et fait place aux signes d'*épanchement* : voussure précordiale (inconstante), atténuation du choc de la pointe, augmentation de la matité précordiale à forme spéciale (encoche de Libson) ; phénomènes de compression si l'épanchement est considérable (cyanose, hoquet, vomissements, dysphagie...). Quand l'épanchement se résorbe, ces signes s'effacent et le frottement reparaît.

b. *Signes d'endocardite.* — Ce qui caractérise l'endocardite, c'est d'abord l'altération du timbre des bruits normaux du cœur, qui prennent un caractère voilé, assourdi, éteint. Le bruit de souffle peut être initial ; ordinairement il correspond à une phase plus avancée de la maladie. Les caractères des souffles sont variables. On peut décrire : un type de souffle *systolique*, siégeant à la pointe du cœur, s'entendant sur la ligne axillaire et dans le dos, à timbre ordinairement doux, qui correspond à une insuffisance mitrale ; un type de souffle *diastolique*, siégeant le long du bord droit du sternum, à maximum aortique, à timbre doux, correspondant à une insuffisance aortique. On peut entendre, mais plus rarement, des souffles correspondant à d'autres localisations, ou des souffles combinés. Chez les enfants, le souffle a souvent un timbre aigu, d'une tonalité élevée.

ÉVOLUTION. — La guérison complète est possible, et cette éventualité s'observe surtout chez les enfants ; plus souvent l'endocardite aiguë laisse à sa suite des lésions définitives qui seront l'origine des affections valvulaires chroniques.

II. FORMES RARES DU RHUMATISME CARDIAQUE. — A côté de la forme précédente, on peut observer au cours du rhumatisme, d'autres complications cardiaques : la péricardite purulente, l'endocardite végétante, la myocardite aiguë, l'aortite, l'angine de poitrine.

DIAGNOSTIC. — 1° Existe-t-il une complication cardiaque ? La réponse à cette question ne peut être donnée que par l'examen méthodique du cœur, les signes fonctionnels (douleurs, dyspnée, palpitations) ou généraux (fièvre) ne pouvant qu'attirer l'attention de ce côté. Il faudra différencier les souffles orificiels et les frottements des souffles extra-cardiaques qui peuvent les simuler. Les caractères des souffles extra-cardiaques sont les suivants : ils sont méso-systoliques, sus-apexiens, variables avec l'attitude du malade, disparaissant quand les mouvements respiratoires sont suspendus. Il ne faudra pas confondre le frottement péricardique avec un frottement pleural rythmé par le cœur ;

2° Est-ce un souffle ou un frottement ? Le souffle siège au niveau d'un foyer déterminé d'auscultation ; il a une propagation fixe, coïncide avec la systole ou la diastole, tandis que le frottement siège à la partie moyenne de l'espace précordial, est superficiel, naît et meurt sur place, est à cheval sur les bruits du cœur, augmente quand le malade s'assoit. Il restera à déterminer le siège (mitral ou aortique) et la nature du souffle (insuffisance vraie ou fonctionnelle) ;

3° L'étiologie de l'affection cardiaque est évidente lorsqu'on a assisté à l'évolution d'une attaque de rhumatisme franc. Sinon, il faudra songer aux manifestations cardiaques de certaines infections pouvant revêtir le type rhumatismal : rhumatisme chronique (rare), rhumatisme blennorragique, rhumatisme tuberculeux.

PRONOSTIC. — L'intensité de la fièvre, l'étendue des localisations, la durée de l'affection sont les éléments d'appréciation du pronostic immédiat. Mais le pronostic ultérieur est toujours engagé, en ce sens que l'atteinte des séreuses cardiaques laisse presque toujours des traces après la phase aiguë.

TRAITEMENT. — Le traitement par le salicylate doit être continué. Localement, la révulsion précordiale est indiquée. Quant à l'emploi des toni-cardiaques, de la digitale en particulier, il ne s'impose que s'il existe des signes de défaillance myocardique. Un épanchement considérable entraînera la paracentèse du péricarde.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 26 FÉVRIER AU 2 MARS 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 25 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Cunéo et Pierre Duval.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Terrier, Retterer et Wallich; — (2e série): MM. Kirmisson, Potocki et Branca; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Joffroy, Teissier et Balthazard ; — (2e série) : MM. Gaucher, Claude et Marcel Labbé; — M. Proust, suppléant.

Mardi 26 février, à une heure. — 3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Le Dentu, Retterer et Brindeau; — (2e série) : MM. Poirier, Maygrier et Faure; — (3e série) : MM. Albarran, Bar et Thiéry; — (4e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Hartmann et Launois; — M. Carnot, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Berger, de Lapersonne et Marion; — (2e série) : MM. Pozzi, Auvray et Morestin; — (2e partie) : MM. Joffroy, Thiroloix et Rénon; — M. Gougé, suppléant.

Mercredi 27 février, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Desgrez et Balthazard.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Terrier, Lepage et Cunéo; — (2e série) : MM. Segond, Sébileau et Wallich; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 28 février, à une heure. — 3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Pozzi, Maygrier et Launois ; — (2e série) : de Lapersonne, Ribemont-Dessaignes et Thiéry; — (3e série) : MM. Albarran, Retterer et Brindeau.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Langlois; — M. Rénon, suppléant.

Vendredi 1er mars, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Rieffel et Proust.

3e (1re partie, oral) : MM. Reclus, Potocki et Cunéo; — (2e partie) : MM. Blanchard, Roger et Claude; — M. Balthazard, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Mauclaire et Gosset; — (2e série) : MM. Segond, Legueu et Pierre Duval; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Samedi 2 mars, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Marion et Auvray.

3e (1re partie, oral) : MM. de Lapersonne, Maygrier et Launois; — M. André Broca, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Mercredi 27 février 1907, à une heure. — M. Mignaçabal. Embrochement de l'artère épigastrique au cours de la paracentèse abdominale. (MM. Reclus, président; Roger, Marcel Labbé et Proust.) — M. Boichut. Contribution à l'étude des gastro-entérites infantiles. La reprise de l'alimentation après les accidents aigus. (MM. Roger, président; Reclus, Marcel Labbé et Proust.)

Jeudi 28 février 1907, à une heure. — M. Fourcade. Contribution à l'étude de l'aura épileptique et en particulier de l'aura psychique. (MM. Raymond, président; Chantemesse, Dupré et Méry.) — M. Conseil. Le typhus exanthématique en Tunisie. Epidémie de 1906. (MM. Chantemesse, président; Raymond, Dupré et Méry.) — M. Moisson. Etude sur la stérilisation du matériel chirurgical du médecin de campagne. (MM. Berger, président; Poirier, Faure et Marion.) — M. Okinezyc. Contribution à l'étude du traitement chirurgical du cancer des colons. (MM. Poirier, président; Berger, Faure et Marion.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Une série d'exercices pratiques de bactériologie, sous la direction de MM. Fernand Bezançon, agrégé, et Josué, chef de laboratoire de bactériologie, et de MM. Griffon et Garnier, préparateurs, a commencé le 18 février 1907.

Les conférences, suivies de travaux pratiques, ont lieu à deux heures et demie, au laboratoire de bactériologie de M. le professeur Cornil.

Programme du cours. — Première leçon : Caractères généraux des microbes. — Technique de la coloration des microbes.

Deuxième leçon : Stérilisation. — Préparation des milieux de cultures.

Troisième leçon : Analyse bactériologique du pus. — Microbes pyogènes : staphylocoque, bacille pyocyanique.

Quatrième leçon : Streptocoque.

Cinquième leçon : Peste. — Morve. — Charbon.

Sixième leçon : Analyse bactériologique des exsudats séro-fibrineux. — Méningocoque. — Tétragène.

Septième leçon : Analyse bactériologique des crachats. — Pneumocoque.

Huitième leçon : Pneumobacille. — Coccobacille de Pfeiffer.

Neuvième leçon : Bacille de Koch.

Dixième leçon : Bacilles acido-résistants; pseudo-tuberculoses. — Actinomycose. — Muguet.

Onzième leçon : Analyse bactériologique des angines.

Douzième leçon : Bacille de Lœffler. — Bacilles pseudo-diphtériques.

Treizième leçon : Microbes de l'intestin; colibacille.

Quatorzième leçon : Bacille d'Eberth ; bacillles paratyphiques. — Séro-diagnostic.

Quinzième leçon : Analyse bactériologique des matières fécales.

Seizième leçon : Choléra. — Dysenterie.

Dix-septième leçon : Analyse bactériologique de l'eau et de l'air.

Dix-huitième leçon : Analyse bactériologique du sang. — Hématozoaire, trypanosome, etc.

Dix-neuvième leçon : Anaérobies. — Tétanos. — Vibrion septique.

Vingtième leçon : Infections de l'appareil génito-urinaire; gonocoque, bacille du chancre mou. — Syphilis.

Vingt et unième leçon : Maladies microbiennes et parasitaires de la peau. — Teignes, etc.

Le droit à verser pour cette série d'exercices est de 60 francs.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'ophtalmologie, par le docteur V. Morax, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière. In-8 de la *Collection de Précis médicaux*, de xx-640 p., avec 339 fig. dans le texte et 3 pl. hors texte en couleurs, cart. toile souple. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

N° 23. — SAMEDI 23 FÉVRIER 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 23 FÉVRIER 1907. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Pathologie.* — Séance du 20 février 1907 : MM. Basset, 13; Collin, Guillaume (Maurice), Paillard et Stern, 11; Perdoux, 10.

La première séance d'oral aura lieu dimanche février, à neuf heures, à la salle des Saints-Pères.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. (PATHOLOGIE INTERNE ET MÉDECINE LÉGALE.) — *Leçon orale de trois quarts d'heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — *Séance du 20 février.* — M. Lépine (Lyon) : « Anthracose pulmonaire. » — M. Gaussel (Montpellier) : « Lithiase intestinale. »

Séance du 21 février. — M. Vansteenberghe (Lille) : « Formes cliniques du rachitisme. » — M. Gellé (Lille) : « L'hyperchlorhydrie. »

La première épreuve clinique a eu lieu vendredi matin, à l'Hôtel-Dieu.

HOPITAL DE CHATEAUROUX. — M. le docteur Caldaguès, ancien interne en chirurgie des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé chirurgien du nouvel hôpital.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Cornet et Péringuey (de Paris).

MINISTÈRE DES COLONIES. — M. le docteur F. Heim, professeur à l'Ecole supérieure d'agriculture coloniale et au Conservatoire des arts et métiers, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre du conseil supérieur technique de l'agriculture coloniale au ministère des Colonies.

MARINE. — M. le docteur Lesson est promu au grade de médecin de première classe.

SERVICE DE LA VACCINE. — Le ministre de l'Intérieur décerne les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées qui ont le plus contribué à la propagation de la vaccine, soit par leurs travaux spéciaux, soit par leur zèle à pratiquer les vaccinations et revaccinations en 1905 :

Des allocations, à titre d'encouragement de :

400 francs à M. le docteur G. Martin, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales, pour son travail intitulé : *Variole et vaccine en Guinée en 1905.*

300 francs à M. le docteur Bossion (de Saint-Arnaud-Eulmas), pour son travail intitulé : *Observations sur l'épidémie de variole qui a sévi dans la circonscription de Saint-Arnaud.*

300 francs à M. le docteur Péthiot (du Conquet).

Médailles d'or à : MM. les docteurs E. Bailly (des troupes coloniales), Denizet (de Château-Landon), Frémicourt (de Jaulgonne), Hellet (de Clichy).

Rappels de médailles d'or à : MM. les docteurs Poujol (d'Aïn-Bessem), Delobel (de Noyon), Cozette, médecin vétérinaire à Noyon.

Médailles de vermeil à : MM. les docteurs Pascalis (de Paris), Piot (d'Aiguebelle), E. Richard et Rotillon (de Paris).

Rappels de médailles de vermeil à : MM. les docteurs Gagnières (de Saint-Chef), Michaux (d'Aubervilliers).

Médailles d'argent à : MM. les docteurs Bouton (de Sidi-Aich), Claude (de Paris), Creutz (d'Aïn-M'lila), Fédou (d'Azille), Guichard, médecin-major de deuxième classe; Lefaye (de Courbevoie), Mallet (de Paris), Soulier (de Levallois-Perret), Sylvestre, médecin aide-major de première classe; Truffet (de Seyssel), Weil (de Paris), Brelet, Darré et Paisseau, internes à l'hospice des Enfant-Asssistés à Paris; Taillandier, surveillant au bastion 29 à Paris.

Mlles Bignon, surveillante au bastion 29 à Paris, Soyer, sage-femme à la Maternité à Paris.

Rappels de médailles d'argent à : MM. les docteurs Billon (de Paris), Blesson (de Montreuil), Calmeau et Crouigneau (de Paris), Degrave (de Lagrasse), Delarue, Doury et Dubreuil (de Paris), Ducournau (de Benesse-Marenne), Fodéré (de Saint-Jean-de-Maurienne), Fouilloux (de Saint-Bonnet-le-Château), Frasey (de Paris), Garavel (de Montreuil), Lemardeley (de Levallois-Perret), Magnin (de Paris), Meinard (de Port-Gueydon), Montignac (de Paris), Pachot (de Vincennes), Pasteau (de Paris), Robin (de Pantin), Roig (de Millas), Schrœder (de Paris), Trouillet (de Kairouan), Vallat (de Vincennes), Yvon (de Paris), Baillet, médecin vétérinaire (de Bordeaux).

Mmes les sages-femmes Cocandeau (de Saint-Ouen), Hénault, à la Maternité de Paris; Mongenot (de Saint-Ouen).

Médailles de bronze à : MM. les docteurs Boucher (de Revin), de Bourdineau (du Perreux), Cayla (de Neuilly), Descrismes (de Thiersville), Ferry (de Mur-de-Sologne), Gruié (de Chellela), Guerbé (de Carignan), Guérin (de Grand-Pré), Guyot (de Bourg-Argental), Lefèvre (de Fumay), Perrin, médecin aide-major de première classe; Ripert (de Fumay), Sczypiorski (de Mont-Saint-Martin), Sevène (de Montlouis), Tapié (de Bourg-Saint-Maurice), Traby (d'Ille-sur-Tet), Tranchant, médecin aide-major de première classe; M. Calvé, interne à l'hospice des Enfants-Assistés à Paris.

Mmes les sages-femmes Guyot, à la clinique Tarnier, à Paris; Lubin, à l'asile Michelet, à Paris; Maryin (de Challans), Muller, à l'asile George-Sand, à Paris).

Rappel de médaille de bronze à : MM. les docteurs Aussenac (de Montredon-Labessonié), Legros (de Firminy).

CONGRÈS DES PRATICIENS. — ASSEMBLÉE NATIONALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — *Réformes de l'enseignement médical. Libre choix du médecin.* — PROGRAMME DU CONGRÈS. — A. *Réformes de l'enseignement médical.* — L'hôpital, centre d'enseignement clinique; l'hôpital, centre de recherches et d'enseignement scientifique; les cours de vacances et l'enseignement complémentaire; organisation des écoles étrangères (allemandes, anglaises, américaines) au point de vue de l'enseignement professionnel; recrutement des professeurs à l'étranger et en France; P. C. N. et instruction scientifique préparatoire; C. E. M. S., les nouveaux diplômes de Facultés; agrégation et privat-docentisme; organisation des examens, les examens cliniques; enseignement des spécialités (chirurgie, dermatologie, ophtalmologie, laryngologie, pédiatrie) pour le médecin et pour le spécialiste; réformes de l'enseignement et encombrement médical.

B. *Libre choix du médecin.* — Libre choix dans les mutualités, dans les grandes sociétés industrielles, dans les manufactures de l'État, pour les blessés du travail, pour les indigents.

N.-B. — Le Congrès aura lieu à Paris en avril 1907. Le volume contenant les rapports sera au préalable distribué à tous les adhérents.

CONGRÈS. — Le Ier Congrès de la Société allemande d'urologie se tiendra à Vienne, du 2 au 5 octobre 1907.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la septième semaine, 1632 décès, au lieu de 1396 pendant la semaine précédente et au lieu de 1031, moyenne ordinaire de la saison. Cette élévation considérable de la mortalité, qui se chiffre par 559 décès en sus de la moyenne ordinaire de la saison, est due toute entière à la grippe, sous ses diverses formes, soit comme maladie principale, soit comme complication d'une autre maladie. La mortalité des enfants et des jeunes gens de moins de vingt ans n'est pas modifiée. En effet, pendant les semaines de fièvres 1902-1906, le nombre moyen des décès de cet âge est de 250; il est de 245 pendant la septième semaine. La fièvre typhoïde, la rougeole, la coqueluche et la diphtérie conservent leur rareté ordinaire.

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — Une place de médecin-chef est déclarée vacante.

Les médecins en chef d'asiles publics d'aliénés qui désireront poser leur candidature à ce poste devront faire parvenir au ministère de l'Intérieur (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques) avant le 1er mars leur demande accompagnée de la justification de leurs titres scientifiques.

La résidence effective dans l'établissement est obligatoire pour le médecin en chef.

ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉES DE SAINT-YON (PRÈS ROUEN). — CONCOURS POUR LA NOMINATION DE DEUX INTERNES EN MÉDECINE. — Le lundi 11 mars 1907, à dix heures du matin, il sera ouvert, à l'Ecole de médecine de Rouen, un concours public pour la nomination de deux internes en médecine.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine-Inférieure, troisième division, huit jours au moins avant l'ouverture du concours. (On peut se faire inscrire par correspondance, en envoyant toutes les pièces exigées.)

Conditions de l'admission au concours et formalités à remplir :

Pourront prendre part au concours, tous les docteurs ou étudiants en médecine, âgés de moins de trente ans révolus le jour de l'ouverture du concours et pourvus d'au moins dix inscriptions de doctorat. Chaque candidat devra produire :

1° Un certificat d'inscription ;

2° Livret militaire ou certificat attestant qu'il a satisfait à la loi sur le recrutement;

3° Un extrait du casier judiciaire.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par l'affiche pour la clôture de la liste ne sera pas accueillie.

Les épreuves du concours sont réglées comme suit :

1° Epreuve écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de pathologie interne ou externe ;

2° Epreuve orale de quinze minutes après quinze minutes de réflexion sur un sujet d'anatomie et de pathologie interne ou externe.

Le maximum de points à attribuer à chaquc épreuve est de : pour l'épreuve écrite 30 points; pour l'épreuve orale 20 points.

Les candidats déclarés admis entreront en fonctions dès que leurs nominations auront été faites par M. le préfet.

La durée des fonctions est de trois ans, mais peut être prorogée par décision préfectorale; ils recevront, outre le logement, le chauffage, l'éclairage, le blanchissage et la nourriture dans les proportions déterminées par le règlement, une indemnité annuelle de 800 francs pour la première année, 900 francs la seconde, 1000 francs la troisième, 1100 francs pour la quatrième en cas de prorogation. Les internes docteurs recevront une indemnité annuelle de 1200 francs.

N. B. — Ordre des épreuves : 1° Epreuve orale; 2° Epreuve écrite.

CONCOURS POUR LE PRIX DE SA MAJESTÉ L'IMPÉRATRICE MARIE-FÉODOROWNA. — Sa Majesté l'Impératrice Marie-Féodorowna a institué, en 1903, un fonds de 100 000 roubles dont les intérêts capitalisés pendant cinq ans doivent être distribués en prix « aux auteurs des meilleures inventions ayant pour objet la recherche et le relèvement des blessés sur le champ de bataille, sur mer et sur terre, et les moyens les plus rapides et les moins pénibles de les transporter aux postes de secours les plus rapprochés, puis aux établissements sur lesquels s'opère leur évacuation définitive ».

Les prix, au nombre de trois, seront décernés cette année, pour la première fois, au cours de la Conférence internationale des Sociétés de la Croix-Rouge, qui se tiendra à Londres du 10 au 14 juin 1907.

Les inventeurs qui désireraient participer à ce concours devront adresser leur proposition, avant le 15 mars prochain, au siège du Comité central de la Croix-Rouge française, 19, rue Matignon, où une Commission statuera ultérieurement sur l'admission et l'envoi à Londres des inventions proposées.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henri Moissan, membre de l'Institut. L'éminent chimiste a succombé à une attaque d'appendicite; — et de MM. les docteurs Masson (de Fère-Champenoise), Deroubaix (de Fretin) et M. Vienne, étudiant à Lille.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

REVUE GÉNÉRALE

SIGNES DES ABCÈS DU CERVEAU

Par le docteur FERNAND LÉVY,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'abcès du cerveau est une collection purulente développée dans la substance cérébrale. Exceptionnellement primitif, il survient le plus souvent à la suite d'une infection, et surtout d'une suppuration de voisinage.

Sa symptomatologie essentiellement polymorphe est toujours influencée par les facteurs étiologiques. Il serait donc assez difficile d'en donner une description d'ensemble qui consisterait en une fastidieuse énumération de symptômes. Il vaut mieux essayer d'en définir les principaux types cliniques.

L'abcès du cerveau peut être en effet la manifestation d'une septicopyémie de voisinage ou à point de départ éloigné. Plus souvent il est la résultante d'une infection par contiguité procédant de la boîte osseuse cranienne (traumatisme, ostéite) ou des méninges. On a exceptionnellement signalé des abcès primitifs du cerveau dits idiopathiques : nous verrons ce qu'il faut en penser.

I

Forme septico-pyémique (métastatique). — Signalée avant l'ère antiseptique comme complication rare des suppurations même bénignes de la périphérie du corps, elle est surtout l'apanage des diverses phlegmasies pulmonaires aiguës ou chroniques.

C'est surtout dans ces cas d'abcès miliaires et multiples du cerveau, véritables trouvailles d'autopsie, qu'il est permis de parler d'abcès latents. Dans les formes nettes, c'est par exemple la persistance des phénomènes généraux à la fin d'une pneumonie qui attire l'attention. La fièvre, auparavant continue, se transforme en une fièvre de suppuration : au tracé fébrile presque plan, à oscillations égales succède une courbe thermique dont les hachures accusées indiquent des différences d'un et parfois deux degrés. De nouvelles poussées de frissonnements, petits, fréquents, différents de l'unique grand frisson de la pneumonie, réapparaissent. Le pouls est rapide, affaissé. Le facies s'excave, des sueurs surviennent à tout instant, les urines sont rares et albumineuses. Il y a un léger subictère. On se demande quelle complication postpneumonique va surgir, quand apparaissent des signes indubitables d'irritation cérébrale, puis de localisation, mais ils sont sans valeur, étant donné que les abcès sont souvent multiples. Phénomènes d'excitation : épilepsie généralisée ou jacksonienne; phénomènes d'inhibition : paralysies ou parésies plus ou moins complètes, troubles d'élocution s'entremêlent, cependant que persistent les signes généraux de la première période. La mort au bout de quelques jours est la terminaison habituelle. Pour Gowers les abcès métastatiques siégeraient surtout dans la région occipitale.

II

Formes de voisinage. — Ce sont celles qui accidentent l'évolution d'une suppuration auriculaire, surtout chronique, avec envahissement pétromastoïdien; qui surviennent après un traumatisme ouvert ou fermé, plus ou moins sérieux, du péricrâne ou des os. Exceptionnellement l'abcès est rhinogène.

A. ABCÈS OTOGÈNES. — Leur marche peut se décomposer en deux temps : une première période, auriculaire, suivie d'une phase cérébrale proprement dite. A cette *période auriculaire*, l'observateur inexpérimenté peut commettre de grosses erreurs. Hormis les cas rares où la notion d'une suppuration cérébrale ressort du simple examen physique attentif de l'oreille (Randall et Gribbon, Macewen, Schwartze), les signes d'excitation cérébrale : maux de tête, nausées, vomissements, abattement, frissons et légère hyperthémie, vertiges et bourdonnements, peuvent dépendre d'une nouvelle poussée d'otite ou de mastoïdite. C'est le résultat négatif de l'intervention opératoire dirigée contre ces complications qui prouvera l'origine encéphalique des symptômes observés. La *période cérébrale* pourra aussi échapper à l'observateur inattentif ou s'estomper soit dans la symptomatologie d'un abcès extradural antécédent, soit dans la complication d'une méningite aiguë. D'ordinaire, il est possible de distinguer suivant leur ordre habituel d'apparition, mais sans que cette succession ait rien d'immuable;

1° Des symptômes cérébraux diffus;
2° Des symptômes généraux;
3° Des symptômes cérébraux localisés (en foyer).

Ceux-ci sont les plus tardifs : ils peuvent être exceptionnellement les premiers en date.

SYMPTOMES CÉRÉBRAUX DIFFUS. — *Céphalée.* — Signe des plus précoces, elle ne manque pour ainsi dire jamais. Rarement généralisée, et en ce cas prédominant du côté malade, elle est habituellement unilatérale à maximum temporo-pariétal. On l'a vue quelquefois affecter les caractères d'une hémicranie. Si importante que soit cette localisation de la céphalée, elle ne peut donner d'indication absolue quant au siège de l'abcès. C'est ainsi qu'on l'a notée dans l'hémicrâne sain (Lombard, Bourgeois). On l'a observée mobile, tantôt pariétale, frontale, occipitale. Aussi Horsley, Terrier, A. Broca se refusent-ils à attacher une importance excessive à son siège. La douleur est en général très violente, procédant chez certains malades par paroxysmes durant des heures et des journées, subissant de temps à autre de véritables rémissions. L'exaspèrent toutes les causes d'hypertension endocranienne : les mouvements de la tête et du cou, les efforts (Merklen), la toux, l'éternuement. Les malades la comparent tantôt à une contusion, à un tiraillement, tantôt à une perforation, une expansion sourde et violente comme si le crâne allait éclater. Assez souvent la céphalée s'allie à des crises d'otalgie. La percussion au niveau de la région malade est très sensible (Toynbee, Huguenin, Horsley, Broca, von Bergmann, Macewen).

La *torpeur cérébrale*, de règle, est rarement remplacée par des phénomènes d'excitation. Il est exceptionnel qu'elle soit absente jusqu'au stade terminal, ou fasse défaut durant de très longues périodes de la maladie. Oppenheim a fort bien décrit ses caractères habituels : « Le malade peut difficilement maintenir son attention pour prendre part à un entretien. A la vérité il donne des réponses claires et justes, mais il est long, somnolent, indolent, insoucieux, comme égaré dans le lointain ou perdu dans le vide. Il semble que la pensée soit amoindrie, que toute opération intellectuelle soit pénible au malade parce qu'il a à lutter contre la fatigue et le sommeil. Il lui arrive même de s'endormir durant la conversation ou pendant l'ingestion des aliments. » Cette slow-cerebration, comme dit Macewen, peut aller jusqu'à la léthargie et au coma. On a rapporté des cas où l'assombrissement du caractère du malade fit penser à la mélancolie. L'affaiblissement de la mémoire a été souvent signalé. Oppenheim croit en réalité que les vieux auteurs ont méconnu l'aphasie qu'ils prenaient pour de la diminution du souvenir.

Le *ralentissement du pouls*, signe assez constant, est d'ordinaire très net. Y a-t-il en même temps une élévation de la température, la dissociation de ces deux facteurs si souvent concordants saute aux yeux. Dans les cas habituels il y a de 50 à 60 pulsations par minute. Huguenin, Gowers, Macewen en ont noté 30, Toynbee et Wreden affirment avoir vu le pouls tomber entre 10 et 16. Mais la bradycardie est nettement influencée par les mouvements et la position du malade : à son maximum dans le décubitus, elle diminue par la station assise. Quand apparaissent les complications terminales, le pouls reprend sa rapidité tout en présentant des irrégularités. Le ralentissement des battements du cœur ressortit nettement à la compression cérébrale. En effet, dès que celle-ci disparaît, le pouls revient à la normale. Macewen l'a vu une fois passer après l'évacuation de la collection de 40 à 120, puis revenir à nouveau à 80 ou 90.

Les *troubles respiratoires* sont fréquents. Le nombre des respirations est en général abaissé à 20 et même quelquefois 12 et 8 (Murray). A la fin, comme celui du pouls, le rythme en devient rapide et pressé avec des irrégularités flagrantes (pauses, mouvements d'amplitude inégale, type respiratoire de Cheyne-Stokes).

L'*œdème de la papille* est un signe d'importance capitale, quand il existe et dont le clinicien devra tenir le plus grand compte. Mais il manque plus souvent que dans les tumeurs cérébrales et n'atteint jamais, en raison de l'évolution plus rapide de l'abcès, l'intensité qui a été signalée dans les néoplasies, où la névrite optique entraîne parfois la cécité. Oppenheim croit pouvoir dire que la papillite se rencontre dans 30 à 35 p. 100 des cas. Signe différentiel important d'avec les tumeurs, l'œdème de la papille dans les abcès est le plus souvent unilatéral (Macewen, von Bergmann, Broca). Au point de vue fonctionnel, la vision est quelquefois diminuée, exceptionnellement abolie.

Quelles sont les lésions rencontrées ? Au début l'examen de la papille révèle trois sortes de modifications : 1° *vasculaires* : rétrécissement des artères, dilatations des veines hyperémiées et serpentines; 2° *papillaires* : les limites de la papille s'estompent, cependant qu'on note une vascularisation exagérée avec apparition de fins vaisseaux; 3° modifications du *nerf optique* qui commence à se soulever.

Mais bientôt la papille perd de plus en plus sa transparence, prend une teinte grisâtre, puis proémine dans l'intérieur de l'œil sous forme d'un champignon irrégulier.

Les auteurs ne se sont pas toujours entendus sur le caractère des lésions du nerf optique. Les uns ont parlé simplement d'*œdème de la papille* avec ou sans hémorragie, d'autres de *névrite*. Des conciliateurs dénommèrent la papillite *névrite œdémateuse*. En réalité, si les observateurs ont employé des expressions différentes, ils n'ont fait le plus souvent qu'une distinction de termes et non de lésions. Pourtant les altérations légères de la papille sont plus fréquentes que la névrite optique (Oppenheim). Il est de règle qu'une fois le crâne décomprimé, le pus évacué, les lésions du nerf optique régressent au bout de quelques semaines. Et alors si la vision est touchée, elle se rétablit progressivement.

Les *vertiges*, *bourdonnements*, *étourdissements* sont des symptômes secondaires, moins fréquents et peu probants, étant donné qu'on les retrouve dans les affections auriculaires.

Les *convulsions généralisées* ont été signalées surtout par les très vieux auteurs, Lebert et Huguenin qui les mentionnent dans 50 p. 100 des cas. En réalité on les voit manquer dans d'énormes abcès, et on les rencontre rarement, abstraction faite de ces convulsions généralisées si fréquentes aux stades terminaux (Oppenheim). Elles semblent surtout constituer un des symptômes de l'irruption du pus dans les ventricules. Mais il est aussi des cas où des crises comitiales typiques avaient fait poser le diagnostic d'épilepsie (Hutchinson, Jackson, Lépine) alors qu'il s'agissait d'abcès cérébral.

La *raideur de la nuque*, quelquefois observée, accompagne surtout les abcès de l'étage postérieur, mais elle a été également signalée dans les collections temporales (Schmegelow), et frontales (von Beck).

Symptômes généraux. — La *fièvre* est inconstante et variable. Aussi les auteurs l'ont-ils différemment appréciée. Huguenin sans admettre son existence normale dans l'abcès, signale une élévation plus ou moins grande de température. Il a cependant constaté de l'hypothermie. Von Bergmann parle d'une fièvre vespérale peu élevée durant des semaines et des mois, alternant avec des périodes apyrétiques. Les auteurs modernes (Hulke, Barker, Macewen, Jansen, Körner, etc.), qui ont fait l'analyse plus complète des symptômes, pensent que la température dans les abcès du cerveau non compliqués, est normale ou plutôt légèrement hyponormale. L'appréciation de la fièvre est du reste fort difficile, l'élévation thermique observée pouvant dépendre de la lésion génératrice de l'abcès. Il est évident en effet, que la rétention du pus dans l'oreille moyenne ou

ses cavités annexes, le réchauffement d'une otite chronique, la production d'un abcès extradural ou la formation d'une thrombose sinusienne influencent la température. D'où vient que la thermométrie dans les différents cas d'encéphalite suppurée, présente des courbes si inégales? Cela tient évidemment à l'intervention de différents facteurs : rapidité du développement, dimensions du foyer purulent, propriétés plus ou moins pyrétogènes du pus, grâce peut-être à la quantité et la qualité des germes, particularités individuelles, etc. Il est évident que dans les abcès aigus, la fièvre est plus fréquente que dans les chroniques, que dans les collections libres elle manque moins souvent que dans celles pourvues d'une membrane d'enkystement. Enfin, une fièvre élevée fera toujours penser à quelque complication.

Les *frissons* sont bien moins fréquents que dans la phlébite des sinus de la pyohémie otique. Ils manquent surtout dans les formes chroniques.

L'*amaigrissement rapide* précoce, avec perte de l'appétit et troubles gastriques conduisant au marasme, a été signalé, même dans les cas exceptionnels où il y avait boulimie. « L'amaigrissement rapide, dit M. Lermoyez, la dépression, la déchéance physique et morale ne trompent guère sur la présence de pus dans quelque coin de l'encéphale. Le malade donne l'impression qu'une atteinte profonde est portée à sa santé sans qu'aucun symptôme vienne dire où frappe cette atteinte... Eh bien! soyez persuadés que cet otorrhéique chronique suppure du cerveau ou du cervelet, et allez-y voir sans hésitation et sans remords. Ce témoignage de suppuration encéphalique a, à mon sens, une telle valeur que je le voudrais voir écrit en lettres majuscules sur nos traités classiques. »

Comme dans tous les processus purulents, la *leucocytose* est de règle, sauf quand la membrane de l'abcès est trop épaissie.

Symptômes cérébraux localisés (signes de foyer). — La lecture des observations montre que dans la majorité des cas, ils font défaut. Cela tient sans doute à ce que le foyer purulent qui se développe lentement écarte sans les dilacérer ni les détruire les faisceaux nerveux. On comprend ainsi que même de très gros abcès n'aient pas produit ces manifestations locales.

L'abcès otogène se développant le plus souvent au voisinage de la lésion causale sera donc soit un abcès temporo-sphénoïdal, soit un abcès cérébelleux.

a. *Abcès du lobe temporo-sphénoïdal.* — Les suppurations de cette région comprennent :

1° Des *abcès sans manifestatons focales*, exceptionnels sauf les petits abcès métastatiques;

2° Des *abcès avec troubles sensoriels localisés*;

3° Des *abcès avec troubles moteurs* tantôt nets, tantôt indéterminés.

Les *troubles sensoriels* ont été assez fréquemment signalés, rarement sous forme de troubles *auditifs physiques* (Salomon et Eulenstein) ou *osmiques* (Stokes), bien plus souvent en tant qu'*accidents d'aphasie*. D'ordinaire, les troubles du langage sont en rapport avec la présence du pus dans le lobe temporal gauche.

La statistique de Schmiegelow, portant sur 44 cas, en donne 23, soit 52 p. 100 avec aphasies. Cependant, leur étude laisse à désirer dans beaucoup d'observations, soit qu'il y ait eu insuffisance d'examen par inattention ou ignorance, soit qu'on ait été dans l'impossibilité d'obtenir des réponses des malades.

L'étude de tous les cas d'abcès du cerveau avec aphasie a été faite jusqu'à ce jour sur la base des doctrines classiques, admettant que l'aphasie motrice ou d'expression est liée à la lésion de la troisième frontale gauche (Broca), que l'aphasie sensorielle ou de compréhension, est sous la dépendance de l'adultération de la deuxième temporale gauche (partie postérieure) pour la surdité verbale, de l'écorce calcarine pour la cécité verbale.

Cependant, dans les abcès temporaux on avait noté de l'*aphasie motrice*. Tantôt le malade ne pouvait ni trouver ses mots ni les reproduire, ou bien comme dans un cas d'Hammerschlag, il était capable de retrouver les mots mais non de les reproduire sans se laisser tromper. Enfin il se peut que le patient puisse élaborer ses mots, mais soit impuissant à les reproduire. Pour expliquer ces faits, on admettait que le foyer abcédogène n'est pas toujours bien limité, que de plus, il se produit une action à distance par intervention de l'œdème et du ramollissement de voisinage.

Oppenheim signale dans les abcès temporo-sphénoïdaux la surdité verbale, l'aphasie amnestique, la paraphasie, l'alexie avec ou sans agraphie, l'aphasie optique (cécité verbale). Mais il dit également : « La parole spontanée peut être aussi touchée... Le malade parle peu, il lui manque beaucoup de mots, et même ce trouble peut tellement s'accentuer que le malade ne parle presque pas et donne l'impression d'un aphasique moteur. » Oppenhein, on le voit, n'ose pas encore douter de la spécificité de la troisième frontale gauche. Et pourtant, ces observations où l'aphasie motrice se manifeste au cours d'un abcès temporo-sphénoïdal ne concordent-elles pas avec la théorie de M. Pierre Marie (1), d'autant que dans les suppurations de cette région, on a observé toutes les variétés de l'aphasie et sensorielle et motrice?

Merkens, qui a fait l'étude de 25 observations connues d'aphasie dans les abcès otogènes du lobe temporal gauche, distingue : 1° des formes légères, simples aphasies d'expression; 2° des formes graves, à la fois aphasies d'expression et de perception. Dans ces deux formes peuvent se manifester également des troubles du centre visuel lui-même ou des voies qui y conduisent; agraphie, alexie, cécité psychique (aphasie optique d'Oppenheim), d'où encore deux nouvelles subdivisions.

L'*aphasie sensorielle* a été, dans les abcès temporaux, plus étudiée, puisque les classiques localisent au lobe temporal gauche, la zone de Wernicke. On a signalé tous les degrés. Tel

(1) On sait que M. P. Marie distingue une *aphasie unique* résultant de l'adultération de la zone de Wernicke, qui, isolée, provoque le syndrome clinique, de l'*aphasie sensorielle* de Wernicke, qui, associée à une lésion de la région lenticulaire (anarthrie), entraîne l'*aphasie de Broca*.

malade est verbeux, loquace, prolifique, mais ses phrases sont mal construites : il a de la *paraphasie* (Lermoyez); il ne trouve plus ses mots, prononce des mots pour d'autres (paraphasie verbale), emploie des lettres pour d'autres (paraphasie littérale). Tel a de la *jargonaphasie,* car il emploie des mots inusités, inintelligibles, ajoutant des syllabes nouvelles qui déforment le mot. Cet autre a de la *surdité verbale* qu'il faudra bien distinguer de la surdité cérébrale et corticale où le son n'est pas perçu, de la surdité psychique où le son des objets ou des choses n'est pas compris. La surdité verbale *pure* où le son des objets et des choses n'est pas différencié, où le malade ne peut contrôler par l'ouie la rectitude des mots qu'il emploie, est excessivement rare en dehors du syndrome d'origine labyrinthique qui la simule. Seul le cas de Van Gehuchten et Goris semble incontestable où « le malade ne comprenait pas ce qu'on lui disait tout en exprimant parfaitement ce qu'il voulait dire ». Dans un cas de Knapp, le malade disait : « Je sais ce que c'est, mais ne puis répéter le nom; » et si on le lui disait il le répétait couramment. D'autres malades ont présenté de la *cécité verbale* qui est toujours associée à de l'*hémianopsie* (Lannois et Jaboulay). Elle se différencie et de la cécité corticale où les perceptions lumineuses n'existent plus, et de la cécité psychique ou impossibilité de reconnaître les objets par la vue. Elle se caractérise par l'impossibilité de voir les mots écrits. Elle affecte les lettres isolées ou assemblées, les chiffres simples ou multiples (nombres), les notations spéciales, chimique, musicale, algébrique.

S'agit-il dans ces divers cas d'aphasies nucléaires ou d'aphasies de conductibilité ? C'est pure question de théorie. Et comme en général l'aphasie cède à l'opération, on peut, sans se risquer, admettre que la zone de Wernicke n'est pas détruite, que l'abcès écarte seulement les éléments anatomiques et les comprime sans les mortifier.

L'*hémianopsie* fait également partie de la symptomatologie des abcès temporo-sphénoïdaux. C'est naturellement une hémianopsie homonyme (Lewik, Lannois et Jaboulay, etc.). Il est probable que l'abcès déprime en ce cas les radiations optiques ou les ganglions centraux. Suivant Sahli, elle serait plus fréquente que les observations ne le disent, et on la retrouverait plus souvent si on la cherchait. Presque toujours elle est associée à de l'aphasie sensorielle, ordinairement cécité verbale. Elle disparaît en général après l'opération.

Arrivons aux *troubles moteurs*. Ceux-ci ont été parfois tellement accusés qu'ils firent entreprendre des opérations sur la zone psychomotrice qu'on croyait malade (Barker, Sahli).

On le sait, il n'existe dans le lobe temporo-sphénoïdal qu'un seul centre, dont la localisation exacte est du reste indéterminée : c'est le centre des mouvements des yeux, qui d'après l'observation de Heitz et Bender, pourrait siéger dans l'écorce de la deuxième circonvolution temporale. C'est alors qu'associée à une parésie, on retrouve une déviation conjuguée de la tête et des yeux vers l'hémisphère malade (Jansen et Oppenheim, Jackson), ou bien il se déclare des crises d'épilepsie jacksonienne, débutant par une déviation conjuguée de la tête et des yeux du côté opposé au foyer (Heitz et Bender). Déjà Huguenin, Hulke avaient signalé les crises d'épilepsie jacksonienne rarement toniques, le plus souvent cloniques.

Les désordres paralytiques ne sont jamais fonctionnellement très prononcés. Ce sont d'ordinaire de simples parésies, hémiparésie totale ou partielle, monoplégie faciale, facio-brachiale. Ordinairement flasques, elles s'associent quelquefois à de la contracture et de l'exagération des réflexes. L'hémiplégie vraie a été signalée. En tout cas, il est rare que, dans les grosses collections temporales les phénomènes parétiques fassent défaut. La parésie peut même être irrégulière et n'envahir que certains groupes musculaires (Sahli). Elle est sujette à de fortes oscillations (Jansen, Oppenheim). Aussi l'hypothèse de troubles vasomoteurs autour du foyer inflammatoire n'est-elle point invraisemblable (Bergmann, Macewen). Et l'on peut expliquer tous ces phénomènes par l'irritation de la zone rolandique voisine comprimée ou envahie par la congestion et l'œdème qui entourent l'abcès. D'autres auteurs au contraire, tels Huguenin, Körner et Hansberg, Oppenheim croient que ces troubles moteurs relèvent de la participation des ganglions centraux et de la capsule interne.

Quelquefois mais rarement on a observé des *paralysies des nerfs craniens voisins* (troisième, sixième paires).

b. *Abcès du cervelet.* — D'après la majorité des auteurs, ils sont moins fréquents que les précédents. Acland et Ballance ne partagent pas cette opinion.

Bien souvent les symptômes de foyer font défaut. Ce fait explique le grand nombre d'abcès latents du cervelet signalés par les auteurs qui du reste sont unanimes à croire difficile le diagnostic de cette localisation.

Le symptôme le plus net est l'*ataxie cérébelleuse.* Elle peut déjà se manifester dans le décubitus horizontal : on a vu le malade accuser du vertige avec sensation d'entraînement du corps du côté de la lésion (Acland et Ballance). Le décubitus latéral a été noté tantôt du côté opposé à la lésion (Harrison, Raymond, Winter et Deansley), quelquefois du côté du foyer (Herpin). Les mouvements segmentaires des membres sont relativement conservés. Si le patient essaie de s'asseoir, il se peut qu'il tombe (Macewen, abcès du vermis). On a signalé aussi, dans la station assise, du vertige avec entraînement à gauche (Lombard et Caboche) des oscillations antéro-postérieures de la tête et du cou avec des mouvements des mains (L. Lévi). La station debout est quelquefois impossible (Macewen, Barbarin), ou tellement difficile que le malade ne tarde pas à chanceler (Koch) et tomber (Zeller) du côté opposé à la lésion. Mais en général le vertige n'existe pas au début et la station verticale est réalisable. Les membres inférieurs sont écartés parce que le malade élargit sa base de sustentation; le tronc, la tête oscillent dans différents sens mais toujours du même côté. Exceptionnellement, cette semi-instabilité s'exagère par l'occlusion des yeux (Schultze). La démarche est parfois impossible, telle-

ment est grand le vertige (Guinard). Elle est d'ordinaire ébrieuse (Macewen). Le malade va à petits pas, les jambes écartées. Il titube habituellement du côté de la lésion (Stanley, Viollet, Acland et Ballance), rarement du côté opposé (Dupuy) ou en avant (Milligan). La fatigue survient rapidement. On a noté la chute du côté de la lésion (Gaudier).

Il existe aussi de l'ataxie dans les autres mouvements, dans la position du cloche-pied, où alors le sujet peut décrire un arc de cercle et tomber sur le côté malade (Bucquoy). L'ataxie est beaucoup plus rare dans les mouvements des membres supérieurs (Bourgeois).

M. Babinski a décrit l'*asynergie cérébelleuse* ou perturbation de la synergie musculaire, faculté d'association des mouvements. Trouvé par cet auteur dans les tumeurs, ce signe serait pathognomonique d'une lésion cérébelleuse. Jusqu'à présent en raison de ce qu'il est connu depuis peu il n'a pas été recherché dans les abcès, ou tout au moins pas signalé.

Faisons remarquer que l'ataxie cérébelleuse, mises à part l'asynergie et la diadococinésie qui n'ont pas encore fait leurs preuves, n'est pas pathognomonique d'un abcès du cervelet. Tout d'abord l'ataxie peut dépendre de lésions labyrinthiques, et comme pour beaucoup de cliniciens la lésion labyrinthique préside à l'établissement de l'abcès cérébelleux, on voit quelles difficultés se présentent. D'autre part, comme le fait très justement remarquer Bourgeois, il est assez difficile chez un malade qui, plongé dans une demi-torpeur, présente des symptômes de suppuration cérébrale, de chercher à provoquer des mouvements délicats et compliqués. Pourtant, dit-il, dans les cas d'abcès cérébelleux, les troubles objectifs de *déséquilibration* priment les troubles *vertigineux*, à l'inverse de ce qui se passe dans les labyrinthites. Toutes les fois que la titubation est notée d'une façon évidente et répétée il y a de grandes chances pour qu'on trouve un abcès du cervelet. Par contre la simple notion de vertige dans les antécédents, n'a aucune espèce de signification. L'ataxie cérébelleuse a été aussi signalée dans des abcès d'autres régions du cerveau : temporaux et frontaux.

Nous ne reviendrons pas sur le *vertige* qui fait partie de l'ataxie cérébelleuse. De même le *nystagmus* très fréquent, mais dont on ne peut tenir compte puisqu'il se retrouve et dans l'abcès du cerveau et dans la labyrinthite.

On a prétendu que, dans les suppurations du cervelet, les *vomissements* étaient très intenses et plus accentués que dans les autres localisations (Huguenin). Le fait n'est pas démontré.

Outre les manifestations ataxiques cérébelleuses, les vomissements accentués, Oppenheim considère encore comme signe de foyer net la *céphalée de la région occipitale* (Macewen, Heimann, Dieulafoy, Laurens) avec *raideur de la nuque* (Dupuy, Schwartze, Lévi, Talamon, Macewen, Koch, Laurens, Gradenigo) et véritable *opisthotonos* qui immobilise le sujet ou se reproduit par crises (Andral).

Au dire de Jansen, la *raideur de la nuque* ne manquerait jamais, mais elle est loin d'être pathognomonique, puisque, outre la méningite, elle se rencontre dans les abcès extraduraux, et les abcès des fosses cérébrales moyenne et antérieure.

Les *signes de compression* auraient aussi, d'après le même Oppenheim, une grosse valeur. Tout d'abord, il y a une *hydrocéphalie* énorme, beaucoup plus marquée dans les abcès du cervelet que dans les autres parties de l'encéphale.

La compression du cerveau est susceptible de déterminer des *convulsions* soit générales (Morgagni, Andral, Maunder), soit localisées avec contractures musculaires atypiques, s'emparant des deux bras ou des quatre membres ou des deux membres d'un côté (Randall, Drummond).

La compression des nerfs craniens peut déterminer la paralysie de la sixième paire (Muller, Gaudier, Achard et Ballance) très rare, de la septième (Thomson, Heimann, Barr et Nicoll).

Si la protubérance et le bulbe sont touchés, il survient des paralysies qu'il est souvent difficile de rechercher, vu l'état du sujet. La protubérance réagit par une hémiplégie alterne, par des *parésies* oculaires : ptosis (Rayer, Moos et Steinbrugge, Heimann), mydriase, paralysie associée du regard; par des paralysies, des irritations de la branche motrice du trijumeau : trismus, bâillement (Macewen, Monnier), dysphagie.

L'irritation des centres bulbaires provoque des troubles respiratoires. La respiration s'arrête, les battements cardiaques continuant à se produire. La voie motrice est diversement atteinte : on a vu de l'hémiplégie, de l'hémiparésie sans participation de la face, tantôt croisée, tantôt directe, suivant que la compression se fait sentir au-dessus ou au-dessous de l'entrecroisement des pyramides. Cette paralysie disparaît par l'évacuation du pus (Macewen).

Le cervelet augmenté de volume et ne pouvant se développer par en haut, bridé qu'il est par la tente du cervelet, a pu parfois faire irruption dans le canal rachidien, ou bien, comprimant la moelle cervicale, il a, dans des cas rares, amené de la quadriplégie ou de la quadriparésie des membres, et aussi de la paraplégie (Rayer, Gribbon). Sans même qu'il y ait eu paralysie, l'excitation du faisceau pyramidal peut entraîner l'exagération des réflexes tantôt bilatérale (Macewen, Lévi, Körner), tantôt du côté seulement de l'abcès (Gradenigo, Acland et Ballance) ou du côté opposé (Wallersicher).

c. *Abcès du lobe frontal.* — La suppuration du lobe frontal d'origine otique est des plus rares. Il y a lieu de distinguer :

1° Des *abcès sans manifestations focales*;

2° Des *abcès-frontières* avec des troubles moteurs tantôt nets, tantôt indéterminés (Oppenheim);

3° Des *abcès avec troubles localisés* : ptosis (Hœssel); aphasie (Boinet, Terrillon) dans les suppurations du lobe frontal gauche);

4° Des *abcès du centre ovale* avec troubles psychiques et paralytiques (Dupré et Heitz);

5° Des *abcès de la base*, exceptionnels, en dehors des suppurations périnasales.

d. *Abcès du lobe occipital.* — Il n'est pas fréquemment non plus otogène (Sahli, Launois et Ja-

boulay). Ses manifestations sont surtout des troubles visuels, puisque la sphère se trouve à la face interne du lobe occipital. Ce sont par ordre de fréquence : 1° l' *hémianopsie* ou suppression de la vision dans une moitié du champ visuel. Elle peut être totale ou partielle. Elle est en général homonyme ; 2° les *hallucinations visuelles* qui, lorsqu'elles existent, différencient des autres les hémianopsies d'origine occipitale ; 3° la *cécité psychique* (Gull, Macewen). Elle est partielle à cause de la suppléance de l'hémisphère opposé. Elle consiste dans la perte de l'image commémorative des objets.

B. Abcès traumatogènes. — On doit les distinguer suivant leur apparition en *abcès précoces*, presque tsujours aigus et corticaux, en *abcès tardifs*, d'ordinaire chroniques et profonds, sans pourtant que cette division soit absolue. Il est de règle que l'abcès siège au voisinage de la blessure porte d'entrée.

Les *abcès précoces* ont été surtout étudiés par les chirurgiens. Von Bergmann insiste énormément sur les signes de méningo-encéphalite suppurée dans lesquels se trouverait noyée la symptomatologie propre de ces abcès. Leur début est donc on ne peut plus insidieux. Tantôt les symptômes cérébraux de la blessure primitive persistent et alors il est très difficile de préciser non seulement s'il y a abcès, mais encore à quel moment il a commencé. Tantôt l'irritation cérébrale du début qui a disparu réapparaît annonçant les premiers stades de la suppuration cérébrale. Tantôt enfin ces signes manquent, mais des signes de pyogénie surviennent (frissons, fièvre). La céphalée, les vomissements, la torpeur intellectuelle ou le délire s'installent. Plus tard arrivent les signes de foyer ; paralysies localisées, d'ordinaire à type de monoplégie, épilepsie jacksonienne, aphasie même. Ils peuvent manquer et alors c'est le tableau d'une leptoméningite purulente (hyperesthésie, contaacture musculaire généralisée) qu'on observe.

Les *abcès tardifs* se développent quelquefois longtemps après le traumatisme. Les signes généraux n'offrent rien de particulier. Les signes de foyer sont ceux d'irritation de la zone motrice. Les *crises d'épilepsie jacksonienne* se placent au premier rang. Cependant Körner et M. Broca se refusent à en faire un signe net de localisation. Les attaques peuvent être précédées d'une aura sensorielle, sensitive, sensitivomotrice, rarement motrice pure. Le début des convulsions a lieu soit à la face, soit au membre supérieur ou à l'inférieur. Les secousses peuvent rester localisées à un seul de ces segments, les envahir tous trois, passer du côté opposé du corps. En remontant vers la racine d'un membre, elles suivent admirablement la topographie des centres de la zone rolandique. Il en est de même quand elles passent d'un segment du corps à un autre. Ainsi si elles débutent par le membre inférieur, le membre supérieur est ensuite envahi, puis la face. Si elles commencent au membre supérieur, c'est la face, puis le membre inférieur (Cassel, Brown). Si ces contractures dans leur production ne suivent pas exactement la disposition des centres, c'est que l'épilepsie jacksonienne est produite par une lésion à distance.

Il faut aussi savoir que la crise d'épilepsie partielle peut même n'être que le début d'une crise d'épilepsie généralisée. L'*aphasie motrice* ou *aphémie* a été signalée dans les abcès du lobe frontal gauche. Les *phénomènes paralytiques* ont été assez souvent notés. Au début ils sont transitoires et post-épileptiformes, mais bientôt ils deviennent durables. Tantôt il s'agit d'une simple monoplégie qui reste telle (Hirtz) ou peu à peu, petit à petit, prend les caractères d'une hémiplégie. Cependant, l'hémiplégie peut être d'emblée totale (Matile et Bourquin). Il peut y avoir une simple parésie : hémiparésie (Meslay), parésie du membre supérieur et de la face (Burger), parésie du bras et de la jambe avec prédominance au bras (Cassel, Brown).

Ces phénomènes mono ou hémiplégiques ne revêtent guère la forme flaccide. Il existe en général de l'exagération des réflexes et un léger degré de contracture. Celle-ci peut même être extraordinairement développée comme dans le cas de Kirmisson où chez un enfant de trois ans il y avait contracture du membre inférieur en flexion : cuisse sur le bassin, jambe sous la cuisse, et flexion au membre supérieur de la main, de l'avant-bras, sur le bras. Malgré l'opération, les contractures persistèrent et furent améliorées par le massage.

Les troubles de la sensibilité sont signalés assez peu souvent.

C. Abcès rhinogènes. — Ils sont très rares. Ce qui rend leur symptomatologie malaisée à démêler c'est qu'il est exceptionnel de ne pas trouver de méningite, d'abcès dure-mérien, de thrombose des sinus concomitants. Le siège de l'abcès est d'ordinaire la partie du cerveau voisine des cavités sinusiennes périnasales, c'est-à-dire le *lobe frontal*. Il est fréquent de retrouver des antécédents de rhinite ou de sinusite suppurées. Ordinairement l'abcès rhinogène occupe la base du lobe frontal. Parfois existent seuls des signes de compression cérébrale sans localisation. La céphalée est surtout fronto-oculaire. Les signes de foyer sont incertains. On a noté des troubles intellectuels divers. Il peut avoir des manifestations du côté de la zone motrice.

D. Abcès idiopathiques. — Ils sont bien moins nombreux qu'on ne l'avait cru jadis, quand on ne recherchait pas systématiquement la porte d'entrée. S'appuyant sur les travaux de Martius, Oppenheim croit pouvoir dire que si les infections s'accompagnent de déterminations cérébrales secondaires, elles peuvent aussi se localiser primitivement à l'encéphale (méningite cérébrospinale, probablement érysipèle, influenza, tuberculose). En tout cas leur séméiologie n'offre rien de particulier.

III

Marche. Durée. Terminaison. — Livré à lui-même l'abcès du cerveau se termine presque toujours par la mort. Mais il existe néanmoins quelques rares observations de guérison spontanée par les deux processus connus pour les foyers purulents, évacuation au dehors et résorption avec ou sans calcification.

Il est rare que l'encéphalite suppurée abandonnée à elle-même ou trop tardivement traitée ne donne pas lieu à des complications. Elles ajoutent leur symptomatologie aux manifestations cliniques de l'abcès. Les suppurations cérébrales traumatiques précoces sont presque toujours associées à de la méningite. En outre, on peut trouver entre l'os et la dure-mère, des collections purulentes, d'habitude consécutives à l'ostéite traumatique de voisinage, quelquefois succédant à l'infection d'hématomes sus-dure-mériens. Les collections rhinogènes s'accompagnent aussi de méningite et d'exsudats sous-dure-mériens. Les abcès métastatiques n'ont pas de complications, si toutefois l'on ne comprend pas sous ce titre les foyers de ramollissement cérébral concomitants, et qui ne sont que des abcès non encore abcédés. Les complications des abcès otogènes sont les plus intéressantes. Nous ne ferons que les énumérer, car leur description exigerait un article spécial. Les unes sont dites de *voisinage* : ce sont la rupture ventriculaire, les méningites souvent localisées, soit séreuses (hydrocéphalie interne, externe), soit purulentes (leptoméningite, abcès extradural); quelquefois généralisées, soit cérébrales, soit cérébrospinales.

La thrombose des sinus, avec ou sans pyémie otique, constitue le groupe des complications dites de *généralisation*.

Quelle est la durée d'évolution d'un abcès cérébral ? Elle est difficile à préciser et il est impossible de fournir une moyenne. Il y a non pas un abcès cérébral, mais des abcès cérébraux. La plus ou moins grande précocité des premiers symptômes, à supposer qu'encore on ne les ait point méconnus, dépend de la tolérance de la substance cérébrale. Dans la plupart des cas cependant, la maladie, à partir du moment où les manifestations premières apparaissent, évolue en quelques mois, bien que pourtant le foyer de suppuration encéphalique ait pu rester longtemps latent. Dans les cas aigus, tout se déroule en quelques jours et la mort survient. Les abcès chroniques peuvent évoluer en quelques semaines, quelques mois, voire, a-t-on dit, en vingt et trente ans.

BIBLIOGRAPHIE (RÉSUMÉE)

1. ACLAND et BALLANCE. *St. Thomas Hosp. Reports*, Londres 1894.

2. BABINSKI. Sur le rôle du cervelet dans les actes volitionnels nécessitant une succession rapide de mouvements (diadococinésie), Soc. de neurol., 6 nov. 1902. — 3. BARBARIN. *Les complications graves des otites chroniques. La région mastoïdienne*, Th. de Paris, 1902. — 4. BOURGEOIS. *Contribution à l'étude des abcès otitiques du cervelet*, Th. de Paris, 1902. — 5. 1. A. BROCA et MAUBRAC. *Traité de chirurgie cérébrale*, 1896. — 2. BROCA. *Traité de chirurgie cérébrale*, 1902. — 6. BROWN. Jacks. Epil. into cerebral abscess following up. typh. fever, *Edinb. med. Journ.*, sept. 1900, p. 228.

7. DIEULAFOY. 1. L'otite et les abcès du cervelet, *Clin.*, t. IV; — 2. Abcès du cervelet, *Presse méd.*, 27 juin 1900. — 8. DUPRÉ et HEITZ. Double abcès centrovalaire du lobe frontal droit. Confusion mentale et mélancolie, Soc. de neurol., 17 avril 1902.

9. GOWERS. *Handbuch der Nervenkrank.*, Bd. II.

10. HEITZ et BENDER. Un cas d'épilepsie jacksonienne débutant par la déviation conjuguée de la tête et des yeux avec autopsie, *Revue de neurol.*, 1901, n° 614. — 11. HIRTZ. Abcès sus-cortical du cerveau consécutif à un traumatisme, etc., Soc. méd. des hôpit., 23 juin 1899. — 12. HUGUENIN. Encephalitis und Hirnabscess, in *Ziemssen's Handbuch*, Bd. XI, 1.

13. KOCH (P.). *Kleinhirnabcesses*, Berlin 1902, 2 Aufl.

14. KÖRNER. *Die otitischen Erkrankungen des Hirns*, etc., 1896, 2 Aufl.

15. LANNOIS et JABOULAY. L'hémianopsie dans les abcès cérébraux d'origine otique, *Revue de méd.*, 1896. — 16. LERMOYEZ. Abcès cérébral otogène, Cong. franç. de chir., 21 oct. 1902.

17. MACEWEN. *Pyog. infect. diseases of the brain and spinal cordate*, 1893. — 18. MARIE (P.). 1. Revision de la question de l'aphasie, etc., *Semaine méd.*, 23 mai 1906; — 2. Revision de la question de l'aphasie, 2e art., *Semaine méd.*, 17 oct. 1906. — 19. MATILE et BOURQUIN. Abcès cérébral après chute sur le fruit, etc., *Revue méd. de la Suisse romande*, 1902, n° 2. — 20. MARTINS. *Beitrag zur Lehre von Hirnabscess*, Berlin 1896 (Acten von der Medicinalab. des Kriegsministerioms).

21. OPPENHEIM. *Hirnabscess in Nothnagel Speziell Pathol.*, t. IX.

21. SCHWARTZE. *Chirurgische Krankh. des Ohres Handbuch der Ohrenkrankheiten.*

22. VON BERGMANN. 1. Die Hirnverletzungen mit allgem. und mit Herdsympt. *Samml. klin. Vorte*, 1881. — 2. *Chirurgische Behandl. der Hirnkrankheiten*, 1896, 2 Aufl. — 23. VAN GEHUCHTEN et GORIS. Un cas de surdité verbale pure par abcès du lobe temporal gauche, trépanation, guérison, *Le Névraxe*, vol. III, fasc. 1, p. 65-82.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1907)

Torsion de l'épiploon. — M. BAZY fait un rapport sur deux cas de torsion intra-abdominale de l'épiploon, observés par M. Lapeyre (de Tours). Dans le premier fait, il s'agit d'un homme de quarante ans, atteint d'une hernie inguinale droite, qui fut pris d'une douleur brusque dans le ventre. On crut à une épiplocèle étranglée. M. Lapeyre incisa au niveau de la hernie et ne trouva aucun étranglement, il prolongea son incision en haut et trouva une portion d'épiploon tordue trois fois sur elle-même, il la réséqua. La partie réséquée pesait 220 grammes. Le malade guérit. Le second malade, âgé de quarante-quatre ans, porteur également d'une hernie inguinale droite, fut pris, à la suite d'un effort, d'une douleur en coup de poignard dans le côté droit du ventre. Le diagnostic était hésitant entre une appendicite ou une occlusion aiguë. L'état général était très mauvais : douleurs intenses, facies grippé, pouls à 120. En raison de ce mauvais état général, M. Lapeyre attendit; il y avait une grosse tuméfaction dans le côté droit du ventre; l'état s'améliora et M. Lapeyre fit alors une incision latérale; il trouva un épiploon épaissi, baignant dans un liquide sanguinolent, occupant un sac herniaire et tordu quatre fois sur lui-même de gauche à droite. Il arriva sur un long pédicule qu'il réséqua. Le poids de l'épiploon réséqué était de 350 grammes. L'appendice et le cæcum étaient sains. Le malade succomba dans le collapsus quatre heures après l'opération.

M. Lapeyre attribue, dans ce cas, la mort au retard qu'il regrette d'avoir apporté à l'opération.

Ajoutant à ces deux observations quelques mots d'historique, M. Bazy a pu réunir 22 cas analogues. De l'examen de

ces 22 cas, il résulte qu'il faut distinguer deux variétés de ces accidents de torsion, le type herniaire et le type appendiculaire. Il insiste sur la difficulté du diagnostic et la nécessité d'une intervention précoce.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE estime que ces faits sont moins rares qu'on l'a dit. Il en a, lui-même, observé trois cas. Mais il n'a jamais pu s'expliquer le mécanisme de ces torsions de l'épiploon.

M. LEJARS a publié sur ce sujet un article dans lequel il a pu réunir 66 cas, et cela ne représente certainement pas l'ensemble intégral des faits observés. Il y a, en effet, deux variétés cliniques, une variété herniaire et, au point de vue du diagnostic, l'existence antérieure d'une hernie joue un grand rôle. Il est une autre variété dans laquelle tout se passe dans le ventre. M. Lejars en a rencontré deux cas; dans le premier, il croyait avoir affaire à une appendicite, et dans le second, il avait fait le diagnostic de torsion de l'épiploon.

Sur les 66 cas qu'il a relevés, il y a 8 morts dont deux seulement attribuables à la péritonite suppurée résultant de la torsion épiploïque elle-même. Il y a des cas où il existe deux torsions, il est donc utile d'inciser longuement pour bien s'assurer qu'il n'existe pas plusieurs parties de l'épiploon, tordues sur elles-mêmes. Quant au mécanisme de cette torsion, M. Lejars risque une explication qui ne satisfait pas complètement M. Lucas-Championnière.

Pancréatites. — M. GUINARD fait une communication sur les pancréatites qu'il distingue en pancréatites hémorragiques et pancréatites suppurées. Il a observé deux malades; le premier, un syphilitique, ayant subi de nombreuses injections mercurielles, pris subitement sous la région épigastrique de douleurs atroces que rien ne peut calmer, présentait à gauche de la ligne blanche une tumeur lisse, résistante, presque fluctuante. M. Guinard fait le diagnostic de pancréatite hémorragique, opère et guérit le malade. Le diagnostic était exact. M. Guinard cherche à bien faire ressortir les symptômes qui permettent de faire ce diagnostic, à bien décrire ce qu'il appelle le syndrome pancréatique, siège sus-ombilical de la tumeur, début brusque, douleur interne spécifique, cachexie suraiguë, amaigrissement rapide. Les affections avec lesquelles on l'a souvent confondue, sont d'occlusion intestinale, l'appendicite perforante, l'ulcère de l'estomac, etc.

Laryngectomie totale. — M. SÉBILEAU présente un malade extrêmement intéressant auquel il a fait une laryngectomie totale pour cancer, et qui parle très distinctement avec un larynx artificiel placé dans la bouche, et même sans larynx artificiel, par le seul fait des lèvres.

M. Sébileau reviendra sur ce sujet dans une prochaine séance.

ACTUALITÉS

LA CHIRURGIE DU XIXe SIÈCLE

Le professeur Segond a fait hier soir, à la Sorbonne, une conférence sur la chirurgie du XIXe siècle. De toutes les faces de son merveilleux talent d'orateur, il en est une qu'il a mise particulièrement en lumière, dans cette conférence, c'est celle qui consiste à se mettre exactement à la portée de son public et à traiter un sujet quelconque sans jamais rester incompris ni devenir fastidieux. C'est ainsi que pendant plus d'une heure, il a tenu sous le charme de sa parole persuasive et entraînante un public mondain plutôt difficile et qu'il a su l'intéresser à Ambroise Paré, Guy de Chauliac, Percy, Desgenettes, Larrey, Boyer et bien d'autres, comme à Lister et Pasteur. Tout en faisant ressortir le rôle prépondérant de ce dernier dans les admirables progrès de la chirurgie moderne, il a rendu aux ancêtres un légitime hommage et a bien fait comprendre l'importance de leurs efforts pour rendre la chirurgie moins dangereuse en cherchant à protéger les plaies contre les germes extérieurs qu'ils ne connaissaient pas, mais dont ils soupçonnaient l'existence.

Quiconque veut faire l'historique de la chirurgie au XIXe siècle doit nécessairement insister sur les trois grandes découvertes qui en forment le trépied, l'anesthésie, l'hémostase, l'antisepsie, sans oublier l'asepsie. M. Segond a traité ces trois sujets avec la compétence d'un chirurgien consommé et la précision d'un enseigneur émérite. Tout en passant très rapidement, il n'a oublié personne, ni Guérin, ni Lister, ni Pasteur, ni Kœberlé, ni Péan, ni Lucas-Championnière.

Parlant de l'importance qu'il y a pour le chirurgien à compter avec le moral de ses opérés, il a fait un chaleureux appel à la collaboration, si utile à ce point de vue, de toutes les dames françaises, femmes de France, ambulancières de toutes sortes dont le devoir, dit-il, ne consiste pas seulement à savoir se laver les mains, prendre une compresse au bout d'une pince, passer une cuvette sans mettre les pouces dedans, mais surtout à apporter au blessé ou à l'opéré le secours si précieux du charme et de la bonté qui sont l'apanage de leur sexe. Faisant cela, dit-il en terminant, les femmes françaises auront bien mérité de l'humanité et de la chirurgie.

Notre excellent ami Segond vient encore de remporter un grand succès. Il ne les compte plus. Dr BROCHIN.

LIVRES NOUVEAUX

Physiologie uro-séméiologique (1), par E. GAUTRELET.

M. E. Gautrelet (de Vichy) se propose dans ce livre de permettre à tout médecin de savoir lire séméiologiquement les analyses d'urines, c'est-à-dire de tirer d'une analyse biologique d'urines tous les renseignements qu'elle peut donner, aux points de vue de la pathogénie du cas envisagé, des conditions spéciales au malade, et, enfin, de la thérapeutique. Il étudie, successivement, les unités urologiques et les diverses uroséméiologies hépatique, chlorurique, azotéique, toxinique, mucinique, sédimentaire, pigmentaire, glucosique, albuminoïdique. Il est difficile de résumer un tel livre, dont il faut, d'ailleurs, louer le caractère personnel et l'élégante clarté.

L. BABONNEIX.

(1) In-8°. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité de médecins des hopitaux. — Le concours s'est ouvert lundi à midi. Questions données : « Signes et diagnostic de la goutte articulaire aiguë. — Anatomie pathologique des péricardites chroniques. »

Jury d'anatomie pathologique : MM. Joffroy, Variot, Teissier, Danlos et Wurtz.

Les séances auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à cinq heures, à la Charité.

Jury de symptomatologie : MM. Barbier, Le Noir, Petit, Klippel et Barié.

Les séances auront lieu les mardis et jeudis, à cinq heures, et le samedi, à dix heures du matin, rue des Saints-Pères.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Lecture des copies. — *Anatomie.* — Séance du 22 février 1907 : MM. Thibaut (David), 12; Chambord, Gendron (Georges) et Houdard, 11; Richet, 10; Labourdette, 9; Stepowski, 8.

Oral. — Séance du 24 février. — Question donnée : « Rapports de la vessie chez l'homme. Symptômes et diagnostic des calculs de la vessie. »

MM. Chenet, 17 + 22 = 39; Dumas, 16 + 22 = 38; Pépin et Strœlin, 15 + 23 = 38; Willette, 15 + 22 = 37; Velter, 14 + 21 = 35; Vernes, 12 + 22 = 34; Rousseau-Langwelt, 12 + 20 = 32; Leroy, 12 + 17 = 29; Le Grand, 10 + 18 = 28.

— Un concours pour la nomination : 1° à quatre places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise); 2° à une place d'interne en médecine aux fondations Chardon-Lagache et Rossini; 3° à deux places d'interne en médecine au sanatorium de Hendaye (Basses-Pyrénées), sera ouvert le vendredi 5 avril 1907, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

A la suite du concours seront également classés un certain nombre de candidats pour occuper les places qui deviendraient vacantes dans lesdits établissements avant le 1er octobre 1907.

Les candidats qui désireront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale (service du personnel), du vendredi 1er mars au samedi 16 mars inclusivement, de onze heures à trois heures.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Amiens. — Nous apprenons que la commission administrative des hôpitaux d'Amiens vient d'annuler, pour vice de forme, le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux d'Amiens dont nous annoncions récemment le résultat. Cette décision, qui a été prise *sans même aviser les membres du jury*, soulève de nombreux commentaires.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Alger. — M. le docteur Bouin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé professeur d'anatomie pathologique et d'histologie à l'Ecole d'Alger, en remplacement du regretté professeur Planteau.

— Amiens. — M. le docteur Louis Jullien vient d'être, après concours, institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux d'anatomie et d'histologie à l'Ecole de médecine.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — Par arrêté du président du Conseil, ministre de l'Intérieur, les récompenses suivantes ont été décernées aux personnes qui se sont distinguées par leurs travaux spéciaux sur le service des eaux minérales en 1905 :

Médaille d'or à : MM. les docteurs F. Lambert, médecin principal de deuxième classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Vichy, et V. Raymond, médecin-major de deuxième classe à cet établissement, pour leur travail intitulé : *Vichy, étude clinique des indications et des contre-indications.*

Médailles de vermeil à : M. le docteur H. Pelon, médecin des eaux de Luchon, pour son *Guide pratique de thérapeutique*

hydrominérale; choix d'une station française dans les maladies courantes.

Rappels de médailles de vermeil à : M. le docteur Garrigou, chargé du cours d'hydrologie à la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse, pour sa leçon d'ouverture de cours de l'année 1905-1906, intitulée : *Enseignement de l'hydrologie.*

Médailles d'argent à : MM. les docteurs F. Bernard, médecin consultant à Plombières-les-Bains, et F. Baraduc, médecin consultant à Châtel-Guyon, pour leur étude sur l'*Entérocolite muco-membraneuse observée aux eaux minérales*; — M. le docteur Pierre, médecin aide-major de première classe au 27e régiment d'infanterie à Dijon, pour son travail sur l'*Action physiologique et thérapeutique de l'eau thermale de Bourbonne-les-Bains.*

Médailles de bronze à : M. le docteur Lucien Graux, médecin à Paris, pour ses deux mémoires : *Application de la cryoscopie à l'étude des eaux minérales* et *Modifications à apporter aux articles 7, 9, 11, 19 et 20 de la loi du 15 février 1902*; — MM. les docteurs Morichau-Beauchant, médecin à Poitiers, et Olconomo, médecin à la Roche-Posay, pour leur travail sur la *Cure de la Roche-Posay (Vienne) dans l'arthritisme et en particulier dans ses manifestations cutanées.*

Rappels de médailles de bronze à : M. le docteur Fleury, professeur de matière médicale à l'école de médecine et de pharmacie de Rennes, pour ses études intitulées : *Une station algérienne : Hamman-R'hira* et *Quelques notes sur Enghien.*

ASSISTANCE MÉDICALE. — MM. les docteurs dont les noms suivent sont réinvestis, dans leurs fonctions de médecins de l'Assistance médicale, pour une période de trois années : Thibault, Sébillotte, E. Champion, Lamouroux, Viancin, Dupuy, Wateau, Narboni, Gerson, Halbac, Fourrier, Lobligeois, Hortz, Noir, Joly, Martin, Chaumont, Dorison, Neffer, Lévy, Nilly, Mercereau, J. Champion, Paul Boncourt, Ungauer, Mathieu, Merklen, Bacaresse, Pascal, Prieur, Robert, Gourichon, Huard, Morin, Froment, J. Mallet, Meurisse, Besson, Chevé, F. Mallet, Fachatte, Bourdin, Housquain, Tournier, Delarue, Bois, Haury, Serré, Weil, Sangline, Picard, Braumberger, Carlet, Dally, Jay, Mme Schultz.

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE. — Viennent de recevoir le diplôme de l'Institut de médecine coloniale de Paris : MM. Adam, Alexandre, Bicas, Bacaresse, Baretto, Bourroul, Boricand, Blanquier, Christodoulos, Coronel, Cajiao, Dauze, Gonzalès, Gubetich, Josephson, Janin, Lenoble, Manzano y Soto, Mauroy, Mathieu, Malebranche, Perez, Ricardo, Sabitt, Soriano, Sykiotis, Ségal, Tinoco, Tremblin, Thiercelin, Ventouras, Zoulia.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p.* 285.)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

MÉDECIN demande à acheter, d'occasion, MACHINE COMPLÈTE POUR RAYONS X, RADIOGRAPHIE ET RADIOSCOPIE. — Ecrire à M. Lacabane, 66, rue de Rennes, Paris.

HERNIE

COMPLIQUÉE D'ÉTRANGLEMENT RÉTROGRADE DE L'INTESTIN

Par L. LAROYENNE,
Ex-prosecteur à la Faculté de Lyon.

L'étranglement rétrograde de l'intestin [Peyrot (1)], c'est-à-dire l'étranglement par un anneau ou par un collet herniaire d'une anse intestinale demeurée dans l'abdomen, est ordinairement réalisé par le mécanisme suivant : deux anses intestinales s'engagent dans un sac herniaire, elles sont reliées l'une à l'autre par une troisième qui reste dans l'abdomen et cet ensemble représente la disposition de la hernie dite en W (Maydl). Une striction exercée par l'anneau herniaire ou par le collet du sac étrangle les trois anses, aussi bien les deux anses intra-sacculaires que l'*anse intermédiaire intra-abdominale* qui se trouve être en étranglement rétrograde.

Les observations de cet accident sont assez clairsemées et c'est à titre de rareté que nous allons en rapporter une.

Observation. — Un homme de soixante-dix ans, d'aspect cachectique et répondant mal aux questions, entre le 20 octobre 1905, au soir, dans le service de M. le docteur Tixier où je suis appelé à l'opérer d'urgence pour des accidents d'étranglement herniaire. Il porte depuis longtemps dans la région inguinale droite une hernie, actuellement du volume des deux poings, qui descend dans les bourses et que ne maintient, en temps ordinaire, le port d'aucun bandage. Cette hernie est devenue irréductible la veille au soir. A ce moment, il a eu quelques vomissements qui ont ensuite cessé. Il n'a point eu de selle, ni d'émission de gaz. On constate l'irréductibilité et la tension de la hernie. *Le ventre n'est pas ballonné.*

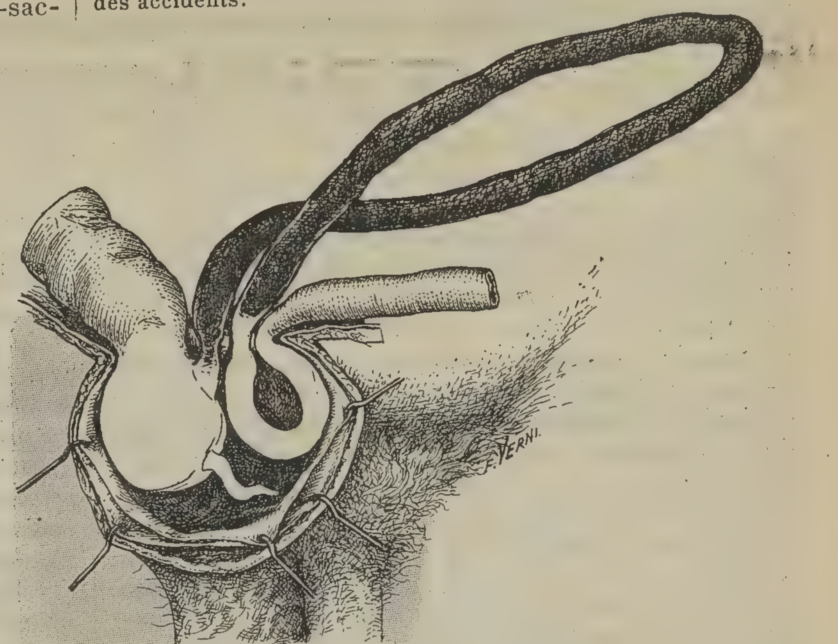
Opération. — A l'incision du sac, il s'écoule un liquide citrin assez abondant. Ce sac contient : 1° le cæcum avec la partie tout à fait terminale de l'iléon ; 2° une anse grêle (voir le schéma). Ces segments intestinaux sont manifestement sains, ils ne présentent aucun point de sphacèle, aucune trace ecchymotique. L'étranglement ne paraît pas très serré et l'on attire sans difficulté dans la plaie, la partie de l'anse grêle herniée répondant au collet, pour la vérifier; mais l'intestin intra-abdominal que cette traction amène devant les yeux est d'aspect bien différent : il est noir, parsemé de taches verdâtres faisant craindre un sphacèle imminent; on continue à l'attirer au dehors, toujours sans difficulté, et on constate que cet aspect presque gangréneux s'étend extrêmement loin. L'incision inguinale est alors transformée en hernio-laparotomie qui révèle la disposition suivante : l'anse herniée, par son extrémité duodénale, se continue dans l'abdomen avec de l'intestin sain, par son extrémité cæcale elle se continue, dans l'abdomen, avec de l'intestin noir et en imminence de sphacèle. Cet état existe jusqu'au voisinage immédiat de l'embouchure de l'iléon dans le cæcum. Le cæcum est sain.

(1) Peyrot. Sphacèle intra-abdominal d'une hernie épiploïque étranglée, *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1890.

Ainsi, en résumé, le segment de l'intestin grêle, compris entre l'anse herniée et le cæcum lui aussi hernié, est très altéré, alors que le contenu de la hernie est sain. De plus, la sérosité épanchée dans le sac est de coloration citrine, alors que l'abdomen renferme un abondant épanchement de liquide hématique d'odeur infecte.

Le traitement le plus logique d'une pareille lésion eût été la résection du segment intestinal en imminence de sphacèle. Ce segment était très étendu et l'état de l'opéré obligea à terminer sur-le-champ l'intervention après avoir seulement levé l'étranglement et drainé l'abdomen au contact de l'intestin malade.

La mort survint dans la nuit. L'autopsie permit de constater que la région de l'iléon ecchymotique comprise entre l'anse herniée et le cæcum, mesurait deux mètres de longueur et que les viscères abdominaux ne présentaient pas d'autres particularités susceptibles d'éclairer la pathogénie des accidents.



Cette observation représente bien un étranglement rétrograde ou sus-annulaire de l'intestin compliquant une hernie. Elle est à rapprocher des faits relatés par Lauenstein (1), Pupovac (2), Max Hoffmann (3) et Langer (4). Le malade de Langer surtout ressemble au nôtre, non seulement parce qu'il présentait aussi une hernie du cæcum, mais parce que les lésions de l'anse étranglée dans l'abdomen paraissaient plus avancées que celles de l'anse étranglée dans le sac. Cette dernière particularité est au premier abord assez déconcertante. En effet, l'anneau ou le collet qui est l'agent de l'incarcération herniaire est aussi celui de l'incarcération abdominale et l'on comprend difficilement que les effets de sa striction ne soient pas les mêmes au-dessus et au-dessous de lui. Que le cæcum hernié reste indemne, quand l'intestin grêle est lésé, cela se comprend, car sa résistance plus grande est connue; mais, dans le sac, se trouvait aussi une anse grêle, qui, elle, était saine, alors

(1) Lauensnein. *Arch. f. klin. Chir.*, 1894.
(2) Pupovac. *Wien. klin. Wochens.*, 1900.
(3) Max Hoffmann. *Wien. klin. Wochens.*, 1903.
(4) Langer. *Wien. klin. Wochens.*, 1903.

que son anse sœur intra-abdominale était gravement malade. Pour expliquer cette inégalité dans les effets d'une même constriction faut-il invoquer une différence de date et supposer que l'étranglement abdominal a précédé l'étranglement herniaire? Mais Hoffmann, analysant une observation analogue, conclut au contraire que l'étranglement externe est primitif et, dans l'histoire de notre malade, rien ne nous autorise à accorder la précession à l'étranglement interne. En réalité, nous pensons qu'une autre cause a coopéré à la mortification de l'anse abdominale et que cette cause n'agissait pas sur l'anse herniaire. Celle-ci n'avait à subir que les effets de l'étranglement, tandis que l'anse abdominale paraît avoir été, par surcroît, *tordue* sur son axe. Cette torsion, sans doute assez faible, a cédé, une fois l'agent d'étranglement levé et dès les premières tractions exercées sur l'intestin, aussi n'avons-nous pas pu la constater nettement, mais seulement la pressentir et il est d'ailleurs manifeste que le segment d'intestin étranglé dans l'abdomen se prêtait bien à une évolution autour de son axe, en raison de sa grande longueur (2 mètres) et de la fixité de ses deux extrémités.

La rareté des étranglements rétrogrades de l'intestin a relégué cette lésion au rang des curiosités anatomiques et des problèmes de pathogénie et ne prête pas à de longues considérations pratiques. Le diagnostic en paraît bien difficile — sinon impossible — à poser. En effet, notre malade présentait le tableau ordinaire d'une hernie étranglée et n'avait même pas de ballonnement du ventre. Au cours même de l'opération, on peut concevoir que cette disposition anormale passe inaperçue, si l'on réduit hâtivement l'intestin; ainsi peut-être ont été méconnus quelques hernies en W et quelques étranglements sus-annulaires; cependant notre observation indique la nécessité de ne point laisser en dehors de l'examen l'anse abdominale qui peut être la plus altérée. Par là se trouvent simplement renforcés des préceptes classiques, car un étranglement rétrograde ne risquera guère d'être méconnu, si l'on pratique systématiquement l'examen de la région de l'intestin répondant au collet.

L'existence d'un étranglement rétrograde peut compliquer et aggraver singulièrement une kélotomie. L'opérateur qui croyait rencontrer un étranglement herniaire se trouve en face d'une occlusion interne. On ne peut pas dire à l'avance s'il doit se contenter de son incision première ou avoir recours à une hernio-laparotomie. Ce choix dépendra de la longueur de l'anse abdominale et de son état. Ce sont aussi ces deux éléments qui dominent le pronostic, et si Lauenstein, opérant un étranglement rétrograde non gangréné, de moins de 50 centimètres, a guéri son malade, Hoffmann et Langer n'ont pas pu sauver les leurs, en dépit de résections étendues commandées par des lésions intestinales graves et qui paraissaient, ainsi que dans notre cas, avoir évolué avec une grande rapidité.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

KYSTE FŒTAL. — LAPAROTOMIE ET ABLATION DE CE KYSTE APRÈS UNE NOUVELLE GROSSESSE MENÉE A TERME

Par M. le docteur MAC AULIFFE
(à Saint-Denis, île de La Réunion).

Agée de vingt-six ans, Mme L... est sans antécédents héréditaires ou personnels.

Mariée à dix-sept ans, elle a sept grossesses dont trois ont été menées à terme. La sixième est la grossesse extra-utérine. Les enfants vivants sont très bien portants et ne présentent aucun signe d'hérédo-syphilis.

Historique. — Dans les premiers jours du mois de mai 1902, Mme L... a une métrorragie très abondante qui dure quinze jours.

En juin, avec ses règles apparaissent des douleurs abdominales très vives, des vomissements, de la dysurie et une sensibilité exagérée de la paroi abdominale qui empêche la palpation. Ces douleurs siègent surtout dans le bas-ventre et irradient vers les cuisses; elles persistent quatre jours et disparaissent avec le flux cataménial.

En juillet, mêmes symptômes : menstruation normale et douleurs très vives.

En août, deux crises douloureuses très intenses avec vomissements. Les douleurs sont si vives que la malade réclame une injection de morphine, qui lui procure un peu de soulagement.

En septembre, les douleurs réapparaissent avec les menstrues. L'état général de la malade devient mauvais et sur son désir, on l'envoie faire une cure d'air sur le plateau de Salazie.

Au mois d'octobre les règles disparaissent et la malade perçoit nettement les premiers mouvements du fœtus. Le diagnostic de grossesse, jusque-là réservé, se trouve de ce fait confirmé.

Pendant ses menstrues, la malade n'a jamais perdu quoi que ce soit, pouvant rappeler une caduque. Mais à mesure que la grossesse avance les douleurs deviennent plus fréquentes, presque incessantes. Ces crises douloureuses sont toujours accompagnées des mêmes phénomènes péritonéaux. Les injections fréquentes de morphine amènent seules un peu de soulagement.

Son état général s'aggrave, la malade maigrit beaucoup et prend de plus en plus le facies péritonéal.

I

Revenue à Saint-Denis en février 1903, son médecin traitant porte le diagnostic suivant :

« Grossesse de six mois. Etat général mauvais, facies grippé, douleurs vives de l'abdomen avec irradiation dans la cuisse et la jambe droites.

Le ventre est normalement développé, la paroi abdominale tendue avec une réaction de défense excessive, le moindre frôlement arrache des cris à la patiente.

La palpation faite très doucement permet de

constater la présence d'un globe médian, dépassant l'ombilic de deux travers de doigt environ, les petites parties fœtales ne sont point perçues. La tumeur paraît immobilisée.

A l'auscultation, on entend très nettement les bruits du cœur fœtal à gauche.

Le toucher dénote un col légèrement dévié en avant et à droite et ramolli. Aucune élévation de température. »

Le fœtus succombe du 7 au 8 mars 1903. La mère en a la perception très nette, les douleurs cessent et la malade passe une bonne nuit. En même temps paraissent quelques taches de sang et quarante-huit heures après, elle est prise de douleurs assez violentes avec prédominance dans la région lombaire, douleurs d'enfantement qui ne durent que trois ou quatre heures.

Ces hémorragies intermittentes et ces reprises de faux travail se renouvellent pendant trois mois.

Mais à partir du mois de juin 1903, la malade se rétablit si bien qu'elle put reparaître dans le monde. A ce moment, dit-elle, son fœtus est logé dans la partie supérieure de l'abdomen *près de son estomac*, si bien que, sans aucune gêne, elle peut mettre son corset.

Il est certain que même un individu prévenu, ne pouvait se douter en voyant Mme L... habillée, qu'elle était porteur d'un kyste fœtal.

Un an après, au mois de juin 1904, Mme L... se trouve de nouveau enceinte; ses règles disparaissent. La grossesse se poursuit dans d'excellentes conditions, à peine a-t-elle quelques syncopes qui lui étaient si habituelles, presque journalières, lors de ses gestations antérieures.

Il nous a été donné de voir la malade pour la première fois vers le septième mois de sa grossesse. Il existait manifestement deux tumeurs abdominales indépendantes, l'une inférieure, utérus gravide, l'autre supérieure, à grand axe horizontal, presque perpendiculaire à la première, uniformément dure, refoulée sous les côtes. Il nous a semblé toutefois sentir à gauche et au-dessus de l'ombilic un pédicule subissant un tour de spire et paraissant relier le kyste à l'utérus. A ce moment, la malade n'éprouvait aucune douleur sous l'influence de la palpation, même profonde, de l'abdomen.

Le 15 février 1905, Mme L... mettait au monde après un travail de douze heures une fillette bien constituée pesant 8 livres. L'accouchement fut normal, plus rapide même que les précédents qui duraient près de vingt-quatre heures et ne présenta qu'une petite complication, une légère déchirure du périnée.

Deux jours après, Mme L... ne se sentit pas bien et eut quelques légers frissons : la température s'éleva à 38 degrés. A partir de ce moment le thermomètre oscilla entre 37°5 le matin et 39 degrés le soir. Les symptômes généraux étaient les suivants : langue rôtie, nausées, diarrhée fétide peu abondante, frissons fréquents peu violents, pas de céphalée, facies hébêté, pas d'hypertrophie de la rate, pouls oscillant entre 100 et 130. L'abdomen nullement douloureux permet une exploration complète qui nous montre le kyste fœtal, descendu, situé à la partie médiane de l'abdomen, débordant en haut et en bas l'ombilic de dix travers de doigt environ. L'excavation est vide.

Appelé en consultation par notre confrère Le Sinec dans les premiers jours de mars, nous pensons, étant donné les symptômes relatés plus haut et l'insensibilité presque absolue du kyste fœtal, à la possibilité d'une infection typho-malarienne, affection qui existait en ville à ce moment-là. Le traitement institué fut l'hydrothérapie, les frictions de collargol, etc.

Mais aucune amélioration ne se fait sentir, les symptômes d'infection augmentent, la malade a une diarrhée plus fréquente, à odeur très fétide, des vomissements noirâtres, de gros frissons, des sueurs profuses, le teint plombé, le pouls s'élève à 140 et 160 et la température oscille entre 38°5 et 40.

Appelé à nouveau en consultation vers le milieu d'avril, nous avons conclu, mon confrère et moi, à l'infection du kyste fœtal. Le ventre était devenu très douloureux.

L'opération fut alors proposée, mais l'entourage et même la malade la repoussèrent énergiquement. Il fallut des accidents péritonéaux annonçant une issue fatale très prochaine pour vaincre les dernières résistances. La malade était dans un état grave, très inquiétant.

II

Avec l'aide de nos confrères Le Sinec et Ozoux nous pratiquons la laparotomie, le 3 mai 1905.

L'examen sous le chloroforme nous montre que la tumeur siégeait dans la région hypogastrique, dépassant l'ombilic de deux travers de doigt et s'arrêtant à 3 centimètres environ du pubis. Les culs-de-sac vaginaux étaient vides. Sur la partie la plus culminante de la tumeur, à égale distance de l'ombilic et de la symphyse pubienne, existait une zone de sonorité, large de 3 centimètres environ et longue transversalement de 7 ou 8 centimètres.

Une incision verticale de 12 centimètres est faite sur la ligne médiane, en partant de l'ombilic. La peau est incisée, ainsi qu'une épaisse couche de tissu lardacé, criant sous le scalpel et dans laquelle il était impossible de reconnaître autre chose que des strates superposées de tissu inflammatoire. Enfin, le bistouri plongea dans le kyste à la partie supérieure de l'incision.

Tout aussitôt s'échappèrent des gaz putrides et un liquide brunâtre, à odeur suffocante. La sonorité disparut.

L'ouverture étant agrandie, la main fut introduite dans l'intérieur du kyste et put saisir les pieds d'un fœtus à terme, en pleine décomposition.

Ce fut une véritable extraction par les pieds, la sortie de la tête étant facilitée par ce fait, que, sous l'influence de légères tractions, les deux pariétaux s'étaient détachés de la boîte cranienne.

Dans la partie inférieure de la poche nous trouvons le placenta avec un morceau de cordon long de 20 centimètres, quelques côtes, des phalanges et les deux pariétaux.

Grand lavage antiseptique, la poche fut bourrée

de gaze iodoformée. L'opération avait à peine duré une demi-heure. Les suites opératoires furent très simples, la fièvre tomba le lendemain et, deux mois après, la malade complètement rétablie partait pour le plateau de Salazie.

Conservé dans l'alcool, le placenta est une masse brunâtre ramollie, ovalaire, épaissé dans sa partie médiane de 1 centimètre et demi, longue de 10 centimètres dans son grand diamètre.

Le cordon est un ruban friable, brun, large de 3 à 4 millimètres et long de 20 centimètres.

Le fœtus est celui d'un enfant à terme. On reconnaît parfaitement le sexe (féminin). Il est en pleine décomposition, les chairs se séparant du squelette sous la moindre traction.

Toutes ces pièces pèsent ensemble 2kg540.

MÉDECINE PRATIQUE

LES MENUS D'UN OBÈSE

Dans son excellent livre sur *Les Régimes pathologiques et le régime parfait* (1), M. F. Cayla, ancien chef de clinique à la Faculté de Bordeaux, indique ainsi les menus qui lui paraissent convenir le mieux aux trois repas que devrait faire un obèse. On pourra évidemment les modifier au gré de chacun, en s'efforçant de rester dans les mêmes limites au point de vue de la quantité des aliments.

Déjeuner, de sept ou huit heures du matin. — Deux cents grammes de thé ou de café léger ou d'une infusion de tilleul, de fleurs d'oranger, de menthe ou de camomille, avec 30 à 40 grammes de pain grillé beurré.

Repas de midi. — Potage : une grande tasse sans pain; 100 grammes de viande au choix : de bœuf, de mouton, de veau, de porc, de poisson ou de volaille. On peut se contenter d'un seul plat ou manger dans le même repas de la viande rouge et des viandes blanches à la condition que le poids total ne dépasse pas 100 grammes.

Même quantité de légumes verts et de fruits frais, crus ou cuits, sans addition de sucre.

Cinquante à soixante grammes de pain. Un verre de vin rouge ou blanc léger avec un tiers d'eau.

Une tasse de thé, de café ou de chicorée sans sucre après le repas.

Repas du soir, sept heures. — Une grande tasse de thé sans sucre. Un œuf ou 50 grammes de viande, 50 à 60 grammes de pain. Un fruit ou 50 grammes de confiture. Un morceau de fromage et un gâteau sec.

Eau de Châtel-Guyon (Gubler), un demi-verre trois fois par jour entre les repas.

La réduction des liquides au-dessous de 800 grammes par vingt-quatre heures, pouvant amener des accidents, l'obèse devra donc prendre un litre et demi de liquide (eau, vin, café, thé ou tisane).

Sont défendus : les potages aux pâtes, les bouillies, les viandes grasses (oie, canard), les poissons gras ou à l'huile, les foies de tous les animaux, les pommes de terre et légumes secs farineux, les melons, figues, le lait, la bière, l'alcool. L'obèse devra faire une gymnastique modérée et ne pas dépasser une perte de 500 grammes tous les quinze jours.

L. G.

(1) Vigot, édit., Paris, 1907.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1907)

Sur le caractère brusque de l'activation du suc pancréatique par les sels de calcium. — M. C. DELEZENNE, dans ses premières recherches (nov. 1905) sur l'activation du suc pancréatique par les sels de calcium montrait que l'activation ne se réalise qu'après un temps perdu plus ou moins considérable. Il montrait en outre qu'un suc activé peut être complètement débarrassé des sels solubles de calcium qu'il renferme, sans perdre en aucune façon les propriétés nouvelles qu'il a acquises. Les sels de chaux solubles, dont la présence détermine la formation de la trypsine active, ne sont nullement indispensables à l'action digestive du ferment définitivement constitué.

Une analyse plus complète et plus minutieuse du mode d'action des sels de calcium conduit M. Delezenne à une notion nouvelle : quel que soit le temps perdu qu'elle nécessite, l'activation du suc pancréatique se produit *toujours brusquement* et présente les caractères d'un véritable phénomène explosif.

Sur la fructification des champignons pathogènes à l'intérieur même des tissus de l'homme. — MM. Ch. NICOLLE et PINOY. Jusqu'à ces derniers temps les auteurs qui avaient étudié les champignons pathogènes les considéraient comme incapables de fructifier à l'intérieur des tissus animaux. On croyait que seuls les champignons causant des maladies de la peau, des otomycoses, des pneumomycoses, pouvaient donner leurs organes de fructification soit parmi les squames de la peau, soit dans le conduit auditif, soit dans les bronches et la trachée.

MM. Nicolle et Pinoy montrent que les champignons saprophytes qui deviennent parasites peuvent en réalité donner leurs formes de fructification même normales à l'intérieur des tissus de l'homme et, vraisemblablement aussi, des animaux supérieurs.

Études sur le mécanisme de la destruction des cellules nerveuses dans la vieillesse et dans les états pathologiques. — M. MANOUÉLIAN montre que dans la sénilité comme dans les états pathologiques, quand l'élément noble, la cellule nerveuse, se trouve atteint dans sa vitalité, les cellules satellites qui, à l'état normal, entourent la cellule nerveuse et semblent jouer un rôle précieux pour son fonctionnement normal, manifestent une vitalité remarquable : elles se multiplient, attaquent la cellule nerveuse, pénètrent dans son intérieur, la dévorent et la détruisent.

Différences fondamentales dans le mécanisme et l'évolution des augmentations de résistance à l'infection suivant les procédés utilisés. — MM. CHARRIN et Lévy FRAENCKEL.

— MM. Darboux, H. Poincaré, Berthelot, Cailletet et Alfred Picard sont nommés membres d'une commission chargée de préparer une liste de candidats à la place d'académicien libre vacante par le décès de M. Brouardel.

— La commission chargée de juger les concours des prix Montyon, Barbier, Bréant, Godard, du baron Larrey, Bellion, Mège, Chaussier, pour l'année 1907, est composée de MM. Bouchard, Guyon, d'Arsonval, Lannelongue, Laveran, Dastre, Chauveau, Perrier, Roux, Giard et Labbé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1907)

A propos de l'origine digestive de l'anthracose pulmonaire. — MM. H. Triboulet et Francoz. L'idée si intéressante de l'origine intestinale de la tuberculose pulmonaire s'appuie sur un nombre de faits cliniques et expérimentaux de plus en plus nombreux et bien prouvés, mais il ne semble pas qu'elle doive chercher ses preuves confirmatives dans la pénétration des poussières minérales ganglionnaires, médiastinales et broncho-pulmonaires par voie digestive, opinion qui a contre elle décidément l'expérimentation et les faits de l'observation clinique.

Les expériences de Claisse et Josué avaient déjà bien fixé notre opinion sur la genèse de l'anthracose pulmonaire par inhalation directe, et les faits d'expérimentation (Kuss, Remlinger, etc.), récemment passés en revue par Romme dans la *Presse médicale* et les recherches de Péligiani, confirment, de tous points les premières données expérimentales.

MM. Triboulet et Francoz ont recueilli des fragments de poumons tuberculeux ulcérés, atteints de pneumonie chronique (pneumoconiose) et les ganglions du médiastin chez un sujet ayant exercé presque jusqu'à sa mort, le métier de « repiqueur de meules ».

Or, tandis que ces différents organes sont farcies de particules calcaires et de grains anthracosiques, il est impossible de retrouver sur les ganglions mésentériques une apparenee, même légère, de calcification, une teinte anthracosique, même atténuée.

Si l'examen histologique révèle dans les ganglions mésentériques la présence de bacilles tuberculeux, il faudra alors reconnaître aux bacilles et aux poussières, des voies de dissémination bien différentes, puisqu'il est évident ici que les particules minérales ont pénétré par le canal aérien.

Association d'une angine à tétragènes avec un chancre syphilitique de l'amygdale. — MM. Georges Guillain et H. Rendu rapportent une observation intéressante en ce qu'elle montre la possibilité du développement à l'occasion d'un chancre syphilitique de l'amygdale, d'une angine à tétragènes qui était capable de faire méconnaître l'infection syphilitique.

Une jeune fille de vingt ans est prise à la fin du mois d'août 1906 d'une angine aiguë douloureuse avec adénopathie. Trois semaines plus tard, un médecin constate une fausse membrane localisée sur l'amygdale gauche et une adénopathie de ce côté. La malade est envoyée à l'hôpital Cochin où elle entre le 27 septembre; la déglutition était extrêmement pénible. A l'examen de la gorge, nous constations une rougeur diffuse de la partie gauche du voile du palais et une ulcération sur l'amygdale de ce côté. Sur l'ulcération était une fausse membrane blanchâtre très adhérente; grosse adénopathie douloureuse sous l'angle du maxillaire gauche, température oscillant aux environs de 38 degrés. Des frottis pratiqués sur la fausse membrane ne montrèrent ni bacilles de Löffler, ni bacilles fusiformes ou spirilles. L'ensemencement répété durant plusieurs jours sur sérum gélosé, gélose, eau peptonée, montra toujours des cultures pures de tétragène. Toutefois l'unilatéralité de l'angine, la tuméfaction et l'induration de l'amygdale, la volumineuse adénopathie unilatérale, la lente évolution de la lésion nous conduisirent au diagnostic de chancre de l'amygdale, diagnostic confirmé ultérieurement par l'apparition de la roséole et par la disparition des accidents sous l'influence du traitement mercuriel.

Le tétragène isolé de la fausse membrane était pathogène pour la souris et le cobaye, non pour le lapin. Cultivé en bouillon, il était agglutiné au quinzième par le sérum de la malade, le sérum d'autres sujets n'ayant aucune action sur lui.

La pathogénie de l'angine à tétragènes, associée au chancre amygdalien, s'explique facilement. Le chancre a créé une porte d'entrée au microbe qui normalement se trouve dans la cavité buccale; sans doute aussi la virulence de ce microbe en symbiose avec le tréponème pâle a-t-elle été exaltée.

M. A. Bergé rapporte l'observation d'un malade qui, atteint de bronchite, ingéra une potion opiacée, laquelle détermina après la première cuillerée une éruption scarlatiniforme intense qui coïncida avec la disparition de la bronchite.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1907)

L'importance des mélanges d'électrolytes. Le chlorure de calcium dans le mal de Bright. Son rôle antitoxique. — Il résulte des recherches de M. H. Iscovesco que :

1° Les globules sanguins brightiques sont très facilement vulnérables;

2° Le sérum brightique est très hémolysant;

3° L'adjonction des sels de calcium augmente la résistance globulaire et diminue le pouvoir hémolysant du sérum;

4° L'administration de sels de calcium à des brightiques, amène une diminution importante de l'albumine éliminée sans jamais la supprimer complètement;

5° Il semble que ce qui importe le plus pour la vitalité de la cellule rénale ce n'est pas la quantité absolue de chlorure de sodium, mais la proportion des ions sodium par rapport aux autres ions de l'organisme;

6° L'action bienfaisante du lait est peut-être due à ce que cet aliment introduit dans l'organisme des quantités importantes de calcium;

7° Les sels de magnésium, antagonistes du calcium, sont particulièrement toxiques chez les brightiques;

8° L'albuminurie des brightiques semble due à deux facteurs : un local rénal sur lequel le calcium ne peut rien; l'autre toxique, sanguin que le calcium supprime.

Autre communication :

Tumeurs inflammatoires à spiroptères chez le cheval. — M. Weinberg.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE LA CRISE MÉDICALE

Depuis une quinzaine d'années le corps médical subit une crise incontestable qui s'aggrave tous les jours. La principale cause de cette gêne inquiétante est attribuée à l'encombrement de notre profession. Les très intéressantes notes suivantes que nous communique un de nos abonnés, démontrent d'une manière évidente que l'encombrement n'est que relatif, et qu'il n'est nullement la cause de la crise actuelle, du moins dans les campagnes.

« L'arrondissement de R., nous écrit il, où j'exerce depuis quarante-deux ans, a une population d'environ 95 000 habitants.

Il y a trente à quarante ans nous étions 26 médecins, tous très occupés, et maintenant nous ne sommes plus que 21, et nous n'avons presque plus rien à faire depuis une dizaine d'années.

Le canton de					
R.	18000 habit. avait	6 méd.	et a act[t]	7
—	B.	18000	—	4	—	4
—	F. . . .	8000	—	1	—	1
—	G.	17000	—	7	—	3
—	L. . . .	7000	—	1	—	1
—	M. . . .	10000	—	2	—	1
—	P. . . .	16000	—	5	—	4
			Total ancien	26	Total actuel	21

Seul le canton de R. s'est accru d'un médecin; trois cantons en ont le même nombre qu'il y a trente ans et les autres en ont moins; et cependant la gêne existe dans cet arrondissement autant qu'ailleurs. Tel médecin qui, il y a trente ans, faisait 8 à 10000 francs arrive maintenant à peine à 2000. Dans la localité que j'habite nous étions deux aussi occupés l'un que l'autre; tous les deux nous avions deux chevaux et souvent nous étions obligés de recourir à des chevaux supplémentaires de louage. Depuis dix ans que je suis seul, mon unique cheval est fréquemment inoccupé. Un jeune confrère qui a voulu s'établir près de moi a été obligé de quitter au bout de deux ans, ne gagnant pas de quoi vivre.

Si le nombre des médecins a plutôt diminué, du moins à la campagne, quelles sont donc les causes produisant le chômage? La réponse la voici :

Autrefois il ne se passait pas de jours que je n'eusse à traiter plusieurs cas de fièvre intermittente, depuis huit ans j'en ai vu 2 (deux) cas;

En toute saison j'avais constamment 5 à 6 cas de pneumonie en traitement; aujourd'hui lorsque j'en ai 1 ou 2 cas par mois, c'est le maximum.

Tous les ans, à l'automne, il y avait dans le pays, alternativement, des épidémies de dysenterie ou de fièvre typhoïde; depuis dix ans je n'ai pas vu un cas de dysenterie et j'ai eu 12 cas de fièvre typhoïde très légère et 1 seul cas grave.

La diphtérie à l'état épidémique n'a pas paru depuis six ans et autrefois les épidémies revenaient tous les trois ou quatre ans. La scarlatine n'a pas paru depuis plus de trente ans dans le pays ainsi que la variole. Seules la coqueluche et la rougeole reviennent périodiquement tous les trois ou quatre ans, mais avec un caractère de bénignité qui ne se voyait pas autrefois.

Il ne reste plus que les cas chirurgicaux et les chroniques, particulièrement les affections cardiaques et stomacales qui deviennent de plus en plus fréquentes grâce à l'abus de l'alcool.

Si encore les affections chroniques et chirurgicales restaient la clientèle des médecins, ceux-ci pourraient encore tant bien que mal se tirer d'affaire, mais les rebouteurs, les guérisseurs de toutes sortes et les pharmaciens ne leur laissent guère que les cas très graves ou désespérés.

Je parle des pharmaciens : nous avons comparé l'état de l'arrondissement de R. au point de vue de la population médicale d'il y a trente à quarante ans avec ce qu'elle est actuellement; faisons la même comparaison pour les pharmaciens.

R.	avait anciennement 4 pharm.,	il en a	5	actuellement.
B.	— 1	—	2	—
F. . . .	n'en avait pas.	—	2	—
G.	n'en avait pas.	—	1	—
M.	n'en avait pas.	—	1	—
P.	n'en avait pas.	—	1	—
Ancien total. . . .	5	Total actuel. .	12	

Ainsi en dehors de la ville de R., il n'y avait pour les six autres cantons qu'un seul pharmacien qui résidait à B., et ce pharmacien pour pouvoir vivre était obligé de tenir l'épicerie en même temps que le remède. Actuellement, dans la même localité il y a deux pharmaciens, et dans chacun des autres cantons il y en a un; tous, sans avoir besoin de recourir en supplément à l'épicerie, font des affaires. Pour certains on ne parle pas de moins de 20 à 25000 francs.

Ainsi voilà un arrondissement où anciennement les médecins étaient au nombre de 26, tous tellement occupés qu'ils pouvaient à peine suffire à leur clientèle, et où actuellement, ils sont cinq de moins; malgré cela la plupart ont de nombreux jours de chômage.

Par contre, ce même arrondissement qui dans la partie rurale n'avait qu'un pharmacien obligé pour vivre de joindre le commerce d'épicerie à la vente des médicaments, compte maintenant sept pharmaciens qui tous font des affaires grâce aux consultations et à la délivrance des médicaments avec ou sans ordonnance des médecins. Ces derniers ne peuvent plus fournir les médicaments qui autrefois leur procuraient un notable bénéfice.

La conclusion, du moins pour l'arrondissement de R., est donc que la crise médicale ne tient nullement à l'encombrement mais à la disparition de presque toutes les maladies aiguës et à la concurrence des pharmaciens pour les affections chroniques et la fourniture des médicaments. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 4 AU 9 MARS 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 4 mars, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Legueu et Gosset; — (2e série) : MM. Segond, Mauclaire et Pierre Duval.

Mardi 5 mars, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, de Lapersonne et Morestin; — (2e série) : MM. Pozzi, Marion et Auvray; — (2e partie) : MM. Thoinot, Thiroloix et Rénon.

Mercredi 6 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Terrier, Potocki et Cunéo; — (2e série) : MM. Segond, Wallich et Branca; — (2e partie) : MM. Gaucher, Teissier et Claude.

Vendredi 8 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry

4e : MM. Gariel, Ch. Richet et Branca.

3e (1re partie, oral) : MM. Segond, Potocki et Cunéo; — (2e partie) : MM. Déjerine Roger et Marcel Labbé.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Gaucher et Wurtz; — (2e série) : MM. Landouzy, Thoinot et Balthazard.

5e (1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich.

Samedi 9 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Gouget et Maillard.

3e (1re partie, oral) : MM. de Lapersonne, Launois et Brindeau.

5e (2e partie, 1re série), *Beaujon* : MM. Raymond, Achard et Thiroloix; — (2e série) : MM. Gilbert, Méry et Fernand Bezançon; — (3e série) : MM. Troisier, Renon et Jeanselme.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Ribemont-Dessaignes, Bar et Demelin.

THÈSES

Samedi 9 mars 1907, à une heure. — M. Garipuy. De l'extraction de la tête dernière avec perforation simple. (MM. Pozzi, président; Robin, Vaquez et Marion.) — M. Rabinoviçi. Etude sur la gastro-électrothérapie au point de vue physiologique, expérimental et thérapeutique. (MM. Robin, président; Pozzi, Vaquez et Marion.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(suite)

L'affaire Crocker-Doyen. — La première chambre du Tribunal civil, après de longs débats, vient de statuer sur le procès en répétition de 100 000 francs que M. Crocker, riche Américain, avait intenté à M. Doyen. Ces 100 000 francs représentaient, on le sait, les honoraires que M. Doyen avait reçus pour soins donnés à Mme Crocker, atteinte d'un cancer inopérable. M. Doyen gagne son procès. Voici les principaux considérants du jugement :

«... Attendu qu'il n'est pas démontré que Doyen pour amener Crocker à signer la convention ait eu recours à des manœuvres dolosives, qui auraient consisté à faire luire à ses yeux l'espoir d'une guérison qu'il savait chimérique; qu'à la vérité, si le défendeur, dans l'ouvrage qu'il a publié sous le titre de l'*Etiologie et le traitement du cancer*, et dans les communications faites aux corps savants, ne semble pas assuré de la vérité curative de son sérum, dans le cas de cancer en voie de généralisation et inopérable, il n'en est pas moins certain qu'il a poursuivi des expériences sur des malades atteints de cancer de cette dernière catégorie; qu'on en doit induire qu'il ne désespérait pas d'obtenir un résultat, même dans un cas d'une gravité exceptionnelle; que sa bonne foi est donc à tort contestée;

Attendu qu'il n'est pas davantage justifié qu'il ait abusé de l'état d'abattement dans lequel se serait trouvé Crocker, par suite de la maladie de sa femme, et qu'il ait exercé sur lui une contrainte morale pour obtenir le paiement d'honoraires qu'il n'eût pas réclamés en d'autres circonstances; qu'il importe, en effet, de remarquer que le demandeur avait chargé un homme d'affaires de soutenir ses intérêts et que la convention n'a été arrêtée qu'après pourparlers entre les mandataires des parties contractantes;

Que, du reste, Doyen n'a pas eu à exercer de pression sur l'esprit de Crocker, ce dernier ayant accepté sans discussion le chiffre d'honoraires qui était demandé;

. . . .

Attendu, dit le tribunal, que la loi du 2 avril 1895 ne vise que le « débit » des virus et sérums;

Attendu que la convention incriminée n'a pas eu pour objet le « débit » d'un remède nouveau et secret, mais un traitement dans lequel entrait l'emploi d'un sérum nouveau;

Qu'un traitement de cette nature, pratiqué par un médecin diplômé, ne tombe pas dans l'application de la loi susvisée;

. . . .

Attendu que le contrat ne saurait être résilié pour cause d'inexécution que s'il était établi que Doyen n'a pas rempli les obligations auxquelles il était tenu;

Attendu que le traitement a commencé le 23 avril;

Attendu que, le 27 mai suivant, Crocker, après une consultation médicale à laquelle n'a pas été appelé le médecin traitant, contrairement à l'usage, Crocker, invoquant l'état d'affaiblissement de sa femme, écrivit à Doyen pour l'inviter à suspendre son traitement;

Attendu que celui-ci, étant données les circonstances dans lesquelles cette lettre lui était adressée, n'avait qu'à attendre qu'on fît de nouveau appel à son concours;

Attendu que Crocker, en compagnie de sa femme, a quitté la France quelques semaines après, sans avoir demandé à Doyen de reprendre le traitement, sans même l'avoir avisé de son départ;

Attendu que, dans ces conditions, on ne peut faire grief au défendeur de n'avoir pas donné toutes les prestations qu'il avait promises, prestations qu'il déclare avoir toujours été prêt à fournir;

Attendu que, de ce qui précède, il ressort que la convention intervenue entre les parties a été librement consentie, qu'elle a eu pour cause un acte licite et qu'elle n'a pas été résiliée, que Crocker devait donc l'exécuter;

Attendu, assurément, qu'il est permis de trouver exagérée la somme de 100 000 francs réclamée à titre d'honoraires;

Mais attendu que la convention est la loi des parties;

Que le tribunal ne peut, sans porter atteinte à une règle fondamentale de notre droit, modifier un pacte qui a été formé d'un commun accord et ne se heurte à aucune disposition législative;

Par ces motifs :

Déclare Crocker mal fondé dans ses moyens, fins et conclusions, l'en déboute, et le condamne aux dépens de l'instance. »

Opium délivré sans ordonnance. — Deux pharmaciens de Brest qui avaient vendu de l'opium sans ordonnance ont été condamnés par le tribunal correctionnel à 60 francs d'amende sans sursis.

Bureau médical de renseignements a Berlin. — Un bureau médical de renseignements va être prochainement installé à Berlin à l'Institut Kaiserin Friedrich-Haus (Luisenplatz 2-4). Cette institution est destinée surtout à venir en aide aux médecins étrangers qui viennent étudier à Berlin. On pourra s'y renseigner sur tous les cours gratuits et payants qui ont lieu à Berlin, sur toutes les institutions médicales, les hôpitaux, les collections, etc., sur les heures et les conditions des visites, enfin sur la possibilité d'assister aux conférences cliniques, aux cours du soir des sociétés médicales, ainsi qu'aux opérations dans les cliniques et dans les hôpitaux. Tous les renseignements sont donnés *gratuitement*.

La crise postale. — Une affiche émanant du syndicat des sous-agents des postes apprend à la population parisienne que la grippe ne serait pas la seule cause des irrégularités que signalent tous les jours les journaux politiques et dont nous avons eu nous-mêmes si souvent à souffrir. En réalité les employés ont surtout à se plaindre du surmenage qui leur est imposé. « Sans doute, dit l'un d'eux dans une interview que rapporte le *Temps* de samedi soir, la grippe a sévi chez nous, comme partout ailleurs, mais pas au point cependant d'entraver la marche des différents services. Dans aucun d'eux nous n'avons eu d'encombrement, et jamais peut-être, à aucun moment, la situation n'a été aussi nette. Hier le directeur de la recette principale de Paris, M. Joyeux, a surveillé en personne le départ des imprimés et pas un seul n'est resté au service. »

Constatons donc que le service s'est fait régulièrement *vendredi soir* grâce à la présence d'un haut fonctionnaire de l'Administration. Le fait est assez rare pour mériter d'être signalé. Nous comprenons que le *Temps* n'y ait pas manqué.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Fév. 1907.) Vibert : De la névrite traumatique des doigts. — Firmin Dervieux et Emile Kohn-Abrest : Nouveau procédé rapide pour déceler la présence de l'oxyde de carbone dans le sang. — René Moreau : Quelques cas de fièvre typhoïde imputables aux huîtres. — Matthey : Traumatisme ou maladie. — Etienne Ginestous et Charles Lafon : Hystéro-traumatisme oculaire. — Garnier : Distribution de l'acide oxalique dans les organes dans un cas d'empoisonnement par le sel d'oseille.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 207, 10 fév. 1907.) H. Bordier : Technique de l'épilation par la radiothérapie. Présentation d'une des patientes guéries. — S. Leduc : Traitement radiothérapique de la leucoplasie linguale non syphilitique. — H. Guilleminot : Quelques nouveautés en électrothérapie et radiothérapie. Rythmeur métallique. Pince à ampoule de M. Massiot. — A. Imbert : Radiographes médecins et non médecins. — V. Balthazard : Brûlures par l'électricité.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 2, fév. 1907.) Bertrand : Contribution à l'étude des mutilations volontaires; mutilation du pouce. — Vallet : Note sur l'approvisionnement des formations sanitaires en sérum antitétanique. — Jalade : Contribution à l'étude des altérations du pain de troupe (*fin*). — Rémond et Delacroix : Fracture de la base du crâne par cause indirecte. — Vielle : Plaie pénétrante de l'abdomen. Hernie viscérale traumatique étranglée; débridement; guérison. — Guth : Blessure de la région dorsale de la main par instrument contondant. Rupture secondaire d'un tendon. Suture, guérison.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 5, 2 fév. 1907.) Zikel : Observations cliniques sur « l'hygiopon ». — (N° 6, 9 fév.) Richhartz : Un sédiment urinaire non encore décrit.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 5, 31 janv. 1907.) Lœffler : Nouveau procédé de coloration rapide de microorganismes, et en particulier de parasites du sang, des spirochètes, des gonocoques et des bacilles diphtériques. — Bosse : Sur l'anesthésie lombaire par la tropococaïne. — Maurer : Influence de la quinine sur l'activité des contractions utérines. — Alexander : La fièvre dans le carcinome. — Kothe : Sur une forme particulière des sténoses chroniques de l'angle gauche du côlon. — Rona : Un cas de kyste hydatique rétropéritonéal. — Axmann : Traitement par les rayons ultraviolets et affections oculaires. — Fischer : Pipette aspiratrice pour mesurer les quantités de sérum dans la pratique de la réaction de Widal. — Laser : Sur l'existence de l'hypoacousie et ses causes chez les écoliers. — (N° 6, 7 fév.) Meyer : Hystérie et invalidité. — Krieger et van d. Velden : Traitement par le repos et le sommeil. — Frey : Sur le diagnostic précoce de l'intoxication saturnine. — Schuckmann : Deux cas de maladie de Hirchsprung chez l'adulte. — Rosenthal : La narcose avec l'appareil à gouttes de Roth-Draeger. — Stern : Sur l'action irritante du protargol. — Stein : Une vierge de trois ans. — Winkler : Extraction d'un fragment d'os hors de la bouche droite à l'aide de la bronchoscopie supérieure.

Medizinische Blatter. — (N° 5, 2 fév. 1907.) Weinberg : La tuberculose à Stuttgart 1873-1902. — (N° 6, 9 fév.) Grosse : Moyens de protection contre les maladies vénériennes. — Sadger : L'hydriatique de l'érysipèle.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 6, 5 fév. 1907.) Gruber et Futaki : Sur la résistance contre le charbon et sur la présence des substances nuisibles au charbon. — Hamburger : Antitoxine et albumine. — Kehrer : Manifestations nerveuses au moment du passage du contenu gastrique dans l'intestin. — Schumm : Sur la recherche du sang dans les fèces. — Fricker : Sur deux cas d'éosinophilie intestinale. — Hartmann : Traitement de 12 mastites par des appareils d'aspiration. — Krencker : Un cas d'emphysème sous-cutané au cours de la tuberculose pulmonaire. — Bleibtren : Macrochilie apparente dans l'hystérie. — Brassert : Fracture des vertèbres cervicales et immobilité pupillaire réflexe. — Pickenbach : Sténose pylorique par ulcère duodénal chronique suprapapillaire. — Walther : Les nourrices venant de la campagne doivent-elles être munies de gants de caoutchouc? — Schiele : Boîtes de plomb pour les tubes Röntgen. — Weil : Explication de la réaction de la tuberculine par l'antituberculose dans le foyer antituberculeux. — (N° 7, 12 fév.) Zieler : Mode d'action du traitement moderne de la blennorragie. — Hildebrandt : Sur l'étiologie de l'érythème noueux. — Thorspecken : Sur le traitement de la phtisie diabétique. — Bab : Nerf ou microorganisme? — Freytag : Sur la lentille à double foyer. — Stern et Hesse : Action de la lumière ultraviolette sur la peau; son application thérapeutique en dermatologie. — Zacharias : Un accouchement dans un tabes avancé. — Roesen : La stase de Bier dans le mal de mer. — Lion : Une ambulance de campagne dans le sud-ouest africain 1905. — Mayer et Heniecke : Sur l'indice colorant des globules rouges.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 5, 3 fév. 1907.) Schein : Un cas d'hydrocystome. — (N° 6, 10 fév.) Jacobi : Sur l'étiologie de la tétanie; ses rapports avec le corps thyroïde.

Revue de chirurgie. — (N° 2, 10 fév. 1907.) Sébileau et Schwartz : Technique de la découverte et de la résection du sympathique cervical (4 fig.). — Haltmann : Les formes chirurgicales de la tuberculose iléo-cæcale (11 fig.). — Ch. Lenormant : La colopexie, contribution à l'étude thérapeutique de prolapsus du rectum (4 fig.). — Soubeyran : Sur un mode spécial de suture de certaines perforations du gros intestin (2 fig.). — Thévenot : L'appendicectomie sous-séreuse (2 fig.). — Lecène et Chevassu : L'adénome vrai dans le testicule ectopique (6 fig.). — Chevrier : Le ligament rond dans les hernies crurales. — L. Imbert : Les écrasements du membre inférieur; conservation ou amputation? — Préchot : Contribution à l'étude de la pylorectomie dans les sténoses bénignes du pylore (*suite*).

Revue de la tuberculose. — (N° 1, fév. 1907.) Gimbert : Contribution à l'étude des psychonévroses chez les tuberculeux. — Willems et van Bogaert : L'œuvre des dispensaires antituberculeux anversois. — Gougerot : Tuberculose hépatique (*fin*).

Semaine médicale. — (N° 7, 13 fév. 1907.) Lejars : Les torsions du grand épiploon. — (N° 8, 20 fév.) Leriche et Cavaillon : Des conditions anatomiques nécessaires à la production des invaginations iléo-cæcales. — Legrand : Cancer et milieu intérieur.

Semaine gynécologique. — (N° 7, 12 fév. 1907.) Pichevin : A propos du cancer utérin. — (N° 8, 19 fév.) Pichevin : Un cas de rupture de grossesse tubaire donnant lieu à une hématocèle intra-ligamenteuse et sous-péritonéale.

Tribune médicale. — (N° 6, 9 fév. 1907.) Mosny et Harvier : Purpura « rhumatoïde » tuberculeux avec fluxions pleurales. — (N° 7, 16 fév.) Caussade et Joltrain : Cas de dysenterie amibienne avec abcès du foie d'origine parisienne.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 2, 30 janv. 1907.) SEUVRE : De la médication contemporaine. — (N° 3, 15 fév.) Holger TRAUTNER : Etude sur l'étiologie et la pathologie générale de la goutte. — LARDENNOIS : Sur la cure chirurgicale de l'ectopie testiculaire abdominale.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 5, 31 janv. 1907.) HERCZEL : Sur une cause jusqu'ici inconnue de fièvre après l'extirpation de la rate. — RAUBITSCHECK : Sur le diagnostic étiologique de la fièvre typhoïde. — SELIG : Influence du travail musculaire sur le cœur et les reins chez les lutteurs. — MAYRHOFER : Guérison des fistules dentaires externes sans extraction de la dent coupable. — (N° 6, 7 fév.) BARTEL : Sur la biologie du bacille de la pommelière. — TÜRK : Maladies septiques dans les cas de disparition du système des cellules granuleuses. — REITTER : Sur le diagnostic différentiel des épaississements des os. — PAPPENHEIM : Contracture isolée unilatérale de la langue. Contribution à l'étude de l'épilepsie jacksonienne.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE P. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 25. — JEUDI 28 FÉVRIER 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 28 FÉVRIER 1907. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECINS DES HOPITAUX. — Questions restées dans l'urne : « Signes et diagnostic de la gangrène sénile ; — Signes et diagnostic des manifestations pleuro-pulmonaires du mal de Bright. » — « Anatomie pathologique de la tuberculose rénale ; — anatomie pathologique du foie syphilitique. »

Ordre de lecture des copies :

1. MM. Weill (B.), Lereboullet, Touchard, Rosenthal, Rathery, Simon (L.), Pagniez, Delamare, Paris, Merklen,

11. Boidin, Ribadeau-Dumas, Courcoux, Grenet, Legroux, Vitry, Weill (E.), Coyon, Herscher, Louste,

21. Lejonne, Crouzon, Audistère, Bigart, Armand-Delille, Deguy, Léopold-Lévi, Salomon, Bensaude, Leven,

31. Froin, Hallé, Laignel-Lavastine, Detot, Ghika, Ferrand, Langlet, Lortat-Jacob, Gaultier, Terrien,

41. Paisseau, Camus, Sainton, Clerc, Aubertin, Hauser, Balthazard, Léri, Babonneix, Guillemot,

51. Lippmann, Géraudel, Le Sourd, Jomier, Comte, Decloux, Lemierre, Laubry, Voisin, Nattan-Larrier,

61. Ribierre, Rostaine, Dreyfus-Rose, Halbron, Bergeron.

La lecture des copies d'anatomo-pathologie se fera du n° 1 au n° 61, la première séance ayant lieu mercredi, à cinq heures, à l'amphithéâtre Velpeau à l'hôpital de la Charité ; la lecture des copies de pathologie du n° 33 à 65, puis de 1 à 32, la première séance ayant lieu également mercredi, à cinq heures, dans la salle des concours, rue des Saints-Pères (ancienne Académie de médecine).

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — ORAL. — Séance du 25 février 1907. — Question donnée : « Espace intercostal. Zona. »

MM. Bourdier, 17 + 23 = 40 ; Deroide, 15 + 22 = 37 ; Duchet-Suchoux, 16 + 20 = 36 ; Lutembacher, 15 + 21 = 36 ; Davesne, 14 + 21 = 35 ; Mora, 15 + 20 = 35 ; Gendron (André) et Maillet, 14 + 20 = 34 ; Gallais, 13 + 20 = 33 ; Stepowski, 12 + 20 = 32.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — M. Gruyer est nommé préparateur d'histoire naturelle.

M. Funck est nommé préparateur d'anatomie pathologique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — REIMS. — A la suite du congé accordé à M. le professeur Pozzi, député de la Marne, M. le docteur Lardennois, professeur suppléant, a été nommé par décret chargé du cours de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine.

— TOURS. — M. le docteur Daniel Gaudeau est nommé professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'École préparatoire de médecine de Tours.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — La séance aura lieu le jeudi 28 février, à quatre heures et demie, 12, rue de Seine, dans les locaux de la Société de chirurgie.

Conférence, à cinq heures trois quarts, par M. le docteur Durante : « Pathologie générale des conducteurs nerveux (nerfs et substance blanche). »

INTERNAT EN PHARMACIE. — Le jury du prochain concours d'internat en pharmacie est ainsi composé : MM. Grimbert, Bougault, Behal, Lafont, Lefèvre, Thibauli et Dufau.

L'INTERDICTION DE L'ABSINTHE. — La commission parlementaire d'hygiène vient d'entendre M. Caillaux, ministre des Finances, au sujet des diverses propositions dont elle est saisie et qui tendent à l'interdiction de l'absinthe.

M. Caillaux a combattu ces propositions en se plaçant au point de vue essentiellement fiscal et en faisant valoir que le budget ne saurait supporter la diminution de recettes qui en résulterait.

Après une courte discussion, la commission, constatant que ses efforts seraient vains en présence de l'opposition du ministre, a décidé de proposer à la Chambre certaines dispositions préparatoires destinées, dans son esprit, à nous acheminer vers le but qu'elle vise. Parmi ces moyens figuraient

une élévation du droit sur toutes les essences entrant dans la fabrication de l'absinthe et un relèvement du prix de la licence des liquoristes et des débitants, ainsi que des patentes des fabricants d'absinthe.

M. Schmidt, rapporteur, a été chargé de préparer un texte s'inspirant de ces données.

L'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS qui vient de se fonder tiendra sa deuxième réunion (assemblée générale extraordinaire) le vendredi 1er mars 1907, à cinq heures et demie, salle des comités, mairie du VIe arrondissement (Saint-Sulpice). — Ordre du jour : élection du bureau et des commissions (conseil d'administration, conseil de famille, commission d'examen; vote pour l'admission de membres nouveaux).

ÉPIDÉMIES DANS LES GARNISONS DE L'EST. — Depuis huit jours, il ne s'est pas produit moins de dix décès dans la garnison de Nancy. On les a attribués à une épidémie de fièvre typhoïde et à la scarlatine : la population se montre très alarmée. En présence de ces faits, l'autorité militaire a fait publier une note affirmant que quelques cas de typhoïde se sont déclarés à Nancy, augmentant ainsi le nombre des malades, mais qu'il n'y a pas d'épidémie à proprement parler ; cette recrudescence des cas est due, comme cela se produit chaque hiver, aux mauvaises conditions climatériques qu'éprouvent plus particulièrement les garnisons de l'Est. Toutes les mesures sont prises pour enrayer le mal et l'on fait distribuer des boissons chaudes aux soldats. Enfin, les réserves ne seront pas convoquées dans les régiments où sévit la fièvre typhoïde ou la scarlatine.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bertrand (de Tunis), Bourelle (d'Orbais-l'Abbaye), Dartignolle (de Villandrant), Doré (de Paris), Jules Hardouin (d'Alger), Moulinet (de Bourg-sur-Gironde) et Jacques de Nittis (de Paris).

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 2, fév. 1907.) RAVAUT : Le liquide céphalo-rachidien des hérédo-syphilitiques. — THIBIERGE et BORD : Note sur deux cas de sarcoïde sous-cutané.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 5, 8 fév. 1907.) E. ROCHARD : Hémorragies post-opératoires. — (N° 6, 15 fév.) A. ROBIN : Traitement de la migraine ophtalmique et des troubles oculaires d'origine dyspeptique. — E. ROCHARD : Hémorragies post-opératoires (*suite*).

Bulletin médical. — (N° 10, 6 fév. 1907.) F. GROS et SENCERT : Corps étrangers de l'œsophage et œsophagoscopie. — MÉRY : A propos des réformes de l'enseignement médical. Nécessité de la création d'un enseignement hospitalier élémentaire. — (N° 11, 9 fév.) E. DUPRÉ : Revue policlinique des démences (*fin*). — PAINTAUDY : Volumineux polype inséré sur le repli ary-épiglottique gauche et extirpé, sous la cocaïne, après trachéotomie préventive. — (N° 12, 16 fév. CHEVRIER et CAUZARD : De l'anesthésie régionale du larynx par cocaïnisation des nerfs laryngés supérieur et inférieur.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 fév. 1907.) J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Les dangers de l'immobilisation des membres. Fragilité des os. Altérations de la nutrition des membres. Conclusions pratiques. — A. TROUSSEAU : Pronostic des corps étrangers de l'œil. — MÉRY : Chloroanémie des nourrissons. Sur quelques particularités de la varicelle.

Journal des praticiens. — (N° 6, 9 fév. 1907.) RECLUS : Les accidents du travail et les médecins. — LUC : Le traitement de la phtisie laryngée (*fin*). — BUDIN : L'accouchement prématuré artificiel. — (N° 7, 16 fév.) A. ROBIN : Le traitement de la fièvre typhoïde. — (N° 8, 23 fév.) SCHWARTZ : Contusion du crâne. Hystéro-traumatisme. — LEREDDE et MARTIAL : Le traitement de l'hypertrichose et la radiothérapie. (*Voir la suite, p. 297.*)

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

La vulgarisation de l'hygiène infantile.
La liberté de l'enseignement hospitalier.

SYNDROME DE LITTLE ET MICROCÉPHALIE

CRISES CHORÉIFORMES CALMÉES PAR LA CAFÉINE VACCINE GÉNÉRALISÉE (1)

Par M. VARIOT,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Messieurs,

Comme chaque année, j'ai l'intention d'étudier avec vous tous les mardis quelques points intéressants de la clinique et de l'hygiène infantiles. Les éléments pour ces conférences ne nous manqueront pas, nous n'aurons qu'à regarder autour de nous, à puiser dans le service ou dans nos consultations du jeudi, en un mot dans le trésor unique que nous fournit cet hôpital — le premier du monde, rappelons-le en passant, qui ait été consacré aux enfants — pour trouver facilement des sujets inépuisables pour alimenter nos causeries hebdomadaires.

J'ai l'habitude de faire ces conférences de novembre à juin. L'an dernier, il est vrai, elles ont été interrompues un peu avant cette date, ou plutôt elles ont changé de milieu et d'auditeurs, sinon de but. A partir du mois de mai, le Conseil municipal de Paris en effet, m'avait chargé de faire une série de conférences populaires, afin de vulgariser parmi les femmes du peuple des notions élémentaires et essentielles sur l'allaitement maternel ou artificiel, sur les soins à donner aux nourrissons, en un mot sur la manière d'élever ces petits êtres si délicats et d'éviter ainsi, autant qu'il est en nos moyens, ces affections redoutables, les gastro-entérites en particulier, qui déciment la première enfance, surtout pendant les chaleurs de l'été.

Nous avons eu ainsi maintes fois de belles réunions populaires où se pressaient plusieurs centaines de femmes avec leurs enfants. Un musicien de grand talent, mon ami M. Chizat, avait bien voulu prêter à ces conférences le concours de son orchestre, et ainsi, en mêlant l'utile à l'agréable, les conseils hygiéniques semblaient moins arides à ces mères. Nous avons ainsi acquis la conviction que la musique est pour la population parisienne un puissant auxiliaire de la vulgarisation médicale.

Nous n'avons pas besoin ici de ces artifices, bien légitimes d'ailleurs, pour retenir votre attention; du reste, notre champ d'études est plus étendu et si l'élevage et les maladies du nourrisson tiennent une bonne place dans ces cliniques, nous nous occuperons également des complexus morbides variés qui surgissent aux divers âges de l'enfance.

En faisant ces conférences *libres* de clinique infantile, je m'efforce de continuer les vieilles traditions dn corps des hôpitaux qui a toujours contribué à l'enseignement pratique des jeunes générations médicales. Les Henri Roger, les Olivier, les Bouchut, les Jules Simon ont acquis dans cet hôpital une célébrité mondiale par leurs leçons cliniques, tout à fait indépendantes de l'enseignement de la Faculté. Autrefois, il est vrai, les étudiants étaient plus libres qu'aujourd'hui, ils pouvaient aller dans les services qui leur plaisaient, choisir leurs maîtres. Maintenant il n'en est plus ainsi : la Faculté par une réglementation abusive a interné les stagiaires dans un petit nombre de services de clinique ou de clinique annexe, et leur interdit par cette séquestration de compléter leur instruction médicale suivant leurs tendances. Permettez-moi, cependant, de demeurer un peu sceptique sur le profit que peut retirer un étudiant dans un service où sont entassés vingt stagiaires et plus, sans compter les auditeurs bénévoles et les étrangers, les externes, les internes, voire même les chefs de clinique et de laboratoire qui se pressent au point de créer un véritable encombrement dans les salles. Dans quel état se trouveraient les infortunés malades de ces services, si la moitié seulement de ces stagiaires les examinait succinctement.

Que l'on abandonne donc des errements qui ne pourront qu'abaisser le niveau de l'instruction clinique des médecins français; que l'on rende au stagiaire la liberté de choisir son chef de service dans les hôpitaux. On ne peut supporter plus longtemps que la Faculté s'arroge le droit de faire une sélection parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux pour leur confier des stagiaires. Il y a quelque chose d'arbitraire et de blessant dans cette réglementation pour les chefs de service (1).

Mais revenons à l'examen clinique des malades les plus intéressants que nous avons pu rencontrer ces derniers temps dans le service ou à la consultation.

I

Voici d'abord un petit *microcéphale* de sept mois, que sa mère a amené de Montluçon pour consulter à Paris. Dès la naissance de cet enfant, on avait remarqué qu'il avait le front affaissé, le crâne comme projeté en arrière, et que ses membres étaient d'une raideur anormale. Enfin, dès les premières tétées, l'enfant commença de vomir après chaque prise de lait.

La mère nous l'amena donc jeudi dernier à la consultation, et elle a eu tout au moins la satisfaction de voir en deux ou trois jours ces vomissements tenaces disparaître. Nous lui avons en effet, administré la solution de citrate de soude à 5 p. 300 que nous manions habituellement à raison d'une cuillerée à soupe dans chaque biberon de lait : le lendemain, les vomissements étaient déjà plus rares, et le troisième

(1) Conférence d'ouverture recueillie par M. Marc LECONTE, interne du service.

(1) Depuis cette conférence le Conseil municipal de Paris, l'Association corporative des étudiants en médecine, la Société des médecins des hôpitaux, la Société de chirurgie se sont prononcés formellement contre la réglementation actuelle du stage. Il ne reste qu'à attendre son abrogation par le ministre de l'Instruction publique.

jour, il n'y en avait plus eu qu'un seul le matin. La mère est stupéfaite de voir son enfant si rapidement débarrassé des vomissements incessants qui souillaient ses vêtements.

Nous sommes malheureusement beaucoup moins bien armés contre les autres troubles morbides que présente cet enfant, je veux dire sa déformation cranienne et sa rigidité musculaire généralisée.

Notons d'abord, pour mémoire, l'absence complète de tare du côté des parents qui sont tous deux jeunes, vigoureux et bien portants : pas d'éthylisme, pas d'antécédents nerveux, ni spécifiques, pas de fausse couche. Ils ont, d'ailleurs, un autre enfant normalement constitué.

Quant à celui qui nous occupe, il est né à terme, la grossesse s'est poursuivie régulièrement sans qu'aucun incident soit venu la troubler; l'accouchement lui-même a été tout à fait normal. Et cependant cet enfant est né dans l'état où vous le voyez, avec ce crâne affaissé, aplati au ras des orbites, entraînant une absence complète de front. Nous avons mesuré ses diamètres au compas de Bertillon : le diamètre antéro-postérieur a 10 centimètres et demi, le bipariétal, 10 centimètres. Palpez ce petit crâne, vous serez étonnés de constater que les fontanelles sont complètement ossifiées; vous pourrez même noter une résistance, une dureté remarquables à cet âge, comme si les pièces osseuses étaient épaissies. Notez aussi le volume de la protubérance occipitale externe.

Si maintenant vous passez de la tête au tronc, si vous examinez les membres, vous pourrez facilement constater cette *rigidité*, cette *contracture* généralisée dont je vous parlais tout à l'heure et qui avait frappé ses parents dès sa naissance. Mobilisez, en effet, comme je le fais, ses bras ou ses jambes, vous sentirez une résistance caractéristique, et vous n'arriverez à les étendre complètement qu'avec une certaine peine. Saisissez l'enfant par les bras, vous le soulèverez tout d'une pièce comme un panier qu'on prendrait par son anse. Cet état de contracture est permanent, mais il s'exagère environ tous les deux jours, dit la mère, et alors durant ces sortes de crises, la rigidité atteint son *maximum* et la tête se renverse en arrière. Il n'y a, d'ailleurs, jamais de crises convulsives.

Enfin, cet état a comme conséquence une immobilité frappante de l'enfant; sa mère nous apprend, en effet, qu'il ne peut faire aucun mouvement coordonné : il s'agite doucement, il remue un peu ses membres, tout au plus plie-t-il légèrement la jambe sur la cuisse ou l'avant-bras, sur le bras, mais il ne peut arriver à porter la main à son visage, ni même à la bouche.

Poursuivons notre examen du côté des organes des sens. Nous constatons d'abord un strabisme interne du côté droit, fort net et qui fut noté dès la naissance. Puis l'état des pupilles qui sont égales, mais rétrécies. C'est enfin et surtout ce fait que l'enfant ne semble pas voir : avançons d'un geste brusque la main vers ses yeux comme pour les frapper. Nous ne constaterons pas ce réflexe palpébral de défense normal chez tout autre sujet. De même, la mère vous dira que, quand elle approche le biberon de la bouche de l'enfant, celui-ci reste silencieux, ne criant pas, n'agitant pas ses bras, en un mot, ne manifestant pas son avidité à la façon des autres nourrissons, comme s'il *ne voyait pas* la bouteille de lait.

Si la vue est altérée, il semble, en revanche, que l'ouïe soit normale et même en quelque sorte exagérée, je veux dire qu'il a de l'hyperexcitabilité auditive. Sa mère nous a dit qu'un bruit un peu violent dans la rue le fait tressauter. De même, nous avons pu constater que, quand il est en train de téter son biberon, si l'on siffle tout simplement, près de lui, on le voit s'arrêter et tourner la tête, comme cherchant d'où vient ce bruit.

Tels sont les principaux renseignements que nous fournit l'examen de cet enfant. Un détail encore : cherchez le pouls radial, vous constaterez qu'il est presque impossible à sentir. Cette microsphygmie, probablement en rapport avec un spasme artériel, explique sans doute le refroidissement et la cyanose assez marquée et permanente des extrémités.

Les autres organes sont normaux. L'enfant a eu sa première dent à deux mois; actuellement, il en a quatre. Enfin sa taille est de 61 centimètres, ce qui est à peu près normal, et son poids de $5^{k}200$, ce qui est au contraire, fort au-dessous de la moyenne; il est amaigri.

Quelle est la lésion correspondant à cette microcéphalie et à ce syndrome morbide? Ce fait me rappelle beaucoup un autre que j'ai observé à l'hôpital Trousseau avec mon interne, M. Coyon, et pour lequel nous pûmes faire la vérification anatomique; je ne serais donc pas surpris si nous étions, ici comme alors, en présence d'une dégénérescence kystique de l'encéphale. La malformation de notre petit malade n'est pas en rapport avec des manœuvres obstétricales (vous vous rappelez, en effet — nous l'avons noté tout à l'heure — que l'accouchement fut absolument normal) : il s'agit bien d'une lésion congénitale de l'encéphale qui a comme conséquence cette contracture généralisée, ce syndrome de Little existant dès la naissance, et ces troubles visuels et auditifs. Il est probable que les centres récepteurs de ces sens sont touchés par le processus anatomique.

Messieurs, je ne pose ce diagnostic anatomique de dégénérescence kystique des hémisphères cérébraux qu'avec d'expresses réserves, car d'autres malformations cérébrales telles que la *porencéphalie*, peuvent aussi entraîner la microcéphalie avec affaissement cranien, rigidité musculaire généralisée, etc. Nous n'avons, d'ailleurs, aucun moyen formel qui nous permette de distinguer ces malformations graves de l'encéphale les unes des autres; leur symptomatologie est extrêmement analogue.

Je n'ai pas besoin d'insister sur la gravité du pronostic d'une pareille lésion manifestement au-dessus des ressources de l'art. J'ai conseillé à la mère de donner chaque jour à cet enfant, pendant une quinzaine, une demi-pastille de thyroïdine, correspondant à 10 centigrammes de corps thyroïde, écrasée dans un peu de lait, puis de recommencer après un

arrêt de huit jours. Peut-être parviendrons-nous à stimuler un peu le processus d'ossification et spécialement celui du crâne. J'avoue ne pas avoir bien grand espoir.

Du moins, avons-nous absolument détourné la mère de tenter une intervention opératoire dont on lui avait parlé. L'opération qui est inutile, est presque toujours dangereuse. Les statistiques de Jacobi prouvent que la mortalité à la suite des craniotomies est extrêmement élevée. C'est M. Lannelongue qui, en France, proposa pour ces malheureux petits infirmes de recourir à la craniotomie, de pratiquer une fenêtre dans le diploë pour faciliter l'expansion de la substance cérébrale que l'on croyait enserrée dans la cavité cranienne. Suivant les idées de Virchow, on avait d'abord pensé que la synostose prématurée des sutures et des fontanelles était la cause ordinaire de la microcéphalie. Mais si dans quelques circonstances, la microcéphalie reconnaît pour origine le processus de dysostose cranienne invoqué par Virchow, dans la très grande majorité des cas, comme l'avait bien reconnu déjà Gratiolet, l'affaissement cranien est la conséquence et non la cause d'une lésion ou d'une malformation cérébrale préexistante. C'est donc en vain qu'on ouvrira largement le crâne, on ne découvrira qu'un encéphale profondément lésé, incapable de se développer. Chez notre enfant, je crois que la boîte cranienne reste petite parce qu'elle n'enferme qu'un cerveau dégénéré et kystique. Etant donné ce diagnostic anatomique probable, je déconseille toute intervention opératoire, et sans aller jusqu'à dire avec Jacobi que les chirurgiens qui pratiquent la craniotomie sont bien coupables, je considère que les opérations de ce genre doivent être abandonnées.

II

Messieurs, je vous présente maintenant un autre enfant chez lequel nous avons obtenu des résultats vraiment remarquables d'un médicament qui, dans l'espèce, semblait peu indiqué, mais il faut toujours enregistrer les faits sans parti pris.

Il s'agit de ce petit garçon de cinq ans que sa mère nous amena à la fin de septembre pour des crises nerveuses qui se répétaient depuis l'âge de sept mois. Vous voyez qu'il est normalement développé ; le regard est vif, intelligent; sa mère, d'ailleurs, nous a dit que l'enfant était affectueux, obéissant, et comprenait bien ce qu'on lui apprenait : c'est ainsi qu'il a commencé dernièrement à apprendre à lire et qu'il aurait su ses lettres en huit jours.

Du côté des parents, les antécédents nerveux sont assez chargés : la mère raconte qu'étant jeune, il lui est arrivé à plusieurs reprises de se lever la nuit et de se promener sans qu'elle se rendît compte de ce qu'elle faisait. Le père est nerveux, lui aussi. Efin une grand'tante maternelle a eu des attaques d'épilepsie.

Quant au petit garçon, à part les crises pour lesquelles sa mère est venue consulter, il est né à terme et a été nourri au sein jusqu'à vingt-deux mois. Il a eu sa première dent à trois mois et demi, a marché vers quatorze, et a commencé à parler — difficilement d'ailleurs — vers la même époque. Enfin il a uriné au lit jusqu'à cette année. Comme maladies, signalons une broncho-pneumonie à sept mois, la coqueluche à vingt mois, enfin la rougeole au début de cette année. De plus, après cette broncho-pneumonie, c'est-à-dire vers l'âge de sept mois et demi, huit jours après une piqûre de sérum antidiphtérique, l'enfant aurait commencé à avoir des crises nerveuses qui, d'emblée, se montrèrent très fréquentes : 25, 30, 40 par jour, nous dit la mère.

Depuis cette époque, elles ont persisté, toujours aussi fréquentes, toujours aussi intenses, survenant n'importe où, dans la rue comme à la maison, le jour comme la nuit : la nuit notamment, la mère a remarqué que l'enfant a toujours une crise quand elle le lève pour uriner. Ajoutons que jamais il n'a été réveillé, au moment de son sommeil, par un de ces accès.

Ces crises sont de courte durée, une demie à une ou deux minutes au plus. Souvent l'enfant les sent venir, il accuse alors une sorte de lassitude, de fatigue, puis la crise éclate. Nous avons eu l'occasion, à plusieurs reprises, d'assister à ces curieux accès. D'ailleurs, regardez, Messieurs, le hasard veut qu'il ait une crise devant vous : n'est-ce pas le tableau de l'agitation dans une grande chorée de Sydenham?

Voyez l'enfant chanceler, puis se mettre à agiter ses bras, à lever et à jeter ses jambes, à se débattre par secousses brèves et saccadées; la tête est brusquement portée en avant ou en arrière; les bras s'agitent d'une manière désordonnée, incohérente, puis retombent subitement; les jambes fléchissent tout à coup, comme si elles se dérobaient sous l'enfant qui chancelle et tomberait s'il ne se cramponnait à la robe de sa mère. Voyez encore ses jambes se plier brusquement et retomber lourdement sur le sol, comme disloquées. Pendant ce temps le corps continue ses contorsions, mais la face demeure immobile, les yeux ne sont pas convulsés et gardent leur expression. Enfin, le voilà qui s'arrête, qui reprend son calme, qui regarde sa mère. Si vous lui posez une question, tout de suite, il vous répond pertinemment. Le tableau de cette agitation musculaire incoordonnée auquel vous venez d'assister n'a pas duré une demi-minute. Maintenant l'enfant a repris son équilibre et peut quitter la salle en marchant comme d'habitude.

Ajoutons que, pendant ces accès, jamais la langue n'a été projetée au dehors ni mordue, jamais la mère n'a vu d'écume apparaître aux lèvres, jamais il n'y a eu d'incontinence d'urine, jamais enfin l'enfant n'a perdu connaissance après sa crise ; bien au contraire souvent il sent quand elle va se terminer et dit à sa mère : « C'est fini. » Comme je vous l'ai dit, ces crises durent une demie ou une minute, se déroulant pour ainsi dire par poussées : mouvements désordonnés, puis pause de deux ou trois secondes, puis nouvel accès de secousses choréiformes, et ainsi de suite jusqu'à cessation complète. Parfois l'intervalle de repos se prolonge un peu plus, on croit que la crise est passée, quand brusquement éclate un dernier accès, dernier effort de l'orage qui va s'apaiser.

La mère, fort préoccupée de ces crises remontant

à l'âge de sept mois, avait consulté plusieurs médecins ; on s'était borné à lui conseiller l'hydrothérapie et la patience.

Sur ces entrefaites, l'enfant eut la coqueluche. Le médecin qui le soignait prescrivit pour éviter les vomissements, de lui donner chaque jour un jaune d'œuf délayé dans une petite tasse de café. Or, à la suite de ce traitement, la mère remarqua que le nombre des crises diminuait. Aussi, même après la guérison de la coqueluche, continua-t-elle de donner à son fils un peu de café matin et soir. Toutefois, le calme était loin d'être revenu : les crises étaient un peu moins fréquentes, mais l'enfant en avait encore une douzaine chaque jour, surtout le soir. La mère l'envoya alors quelque temps à la campagne chez des parents : l'état ne se modifia pas. Enfin elle nous l'amena à la consultation vers la fin de septembre.

Nous commençâmes par essayer le médicament sédatif habituel du système nerveux, le bromure de potassium (à raison de 1 gramme par jour), en faisant supprimer le café : ce traitement suivi pendant huit jours ne donna aucun résultat, bien au contraire les crises reparurent plus fréquentes.

Nous recourûmes ensuite à la teinture de valériane (VI à X gouttes par jour) et la prescrivîmes pour la semaine suivante : la valériane échoua comme le bromure. les crises continuèrent de plus belle et bien plus fréquentes que lorsque l'enfant prenait du café.

Nous eûmes alors recours à la caféine sous la forme suivante :

Caféine.............	4 grammes.
Benzoate de soude...	Q. S. pour dissoud.
Eau distillée........	200 cent. cubes.

(Deux cuillerées à dessert par jour, une le matin, une le soir.)

Dès le lendemain du jour où l'enfant commença à prendre ce médicament, il n'avait plus une seule crise, et depuis il n'en a plus eu, ou du moins il n'en a eu que les jours où l'on suspendait la caféine. L'effet de ce médicament a donc été ici d'une netteté évidente : donne-t-on, à l'enfant ses deux cuillerées quotidiennes de la solution indiquée, la journée se passe sans incidents, sans accès, sauf parfois, de temps en temps, une petite crise le lendemain matin. Arrête-t-on au contraire, un jour le traitement, les crises reparaissent aussitôt. Bien souvent, nous avons ainsi recommandé de ne pas donner à l'enfant la cuillerée du matin le jour où on nous l'amenait; chaque fois, la mère nous a appris que l'enfant avait eu plusieurs crises en chemin, chaque fois aussi il en a eu dans le service. Vous voyez, de même que l'enfant n'ayant pas pris de caféine ce matin, a eu tout à l'heure devant vous une crise choréiforme bien caractérisée.

La caféine a donc eu un effet des plus heureux, et si je l'avoue, je ne puis m'expliquer exactement son mode d'action dans le cas présent, je n'en dois pas moins vous signaler son énergique influence. Sommes-nous en présence d'une myoclonie généralisée d'un type spécial, ou d'une manifestation bizarre d'hystérie infantile monosymptomatique, je l'ignore, mais ce que je sais bien c'est que cet enfant n'est pas un épileptique, puisque dans aucune de ses crises, il n'a perdu la conscience de ce qui se passait autour de lui.

III

Le nourrisson que je vous présenterai maintenant vous offre un beau type de vaccine généralisée. C'est une affection dont vous n'aurez pas souvent l'occasion de voir des exemples, car elle est relativement rare.

Pourquoi, dans le cas présent, la vaccine au lieu d'évoluer normalement et de rester localisée au bras, a-t-elle pris ce caractère extensif ? Simplement (rappelez-vous ce détail pour votre pratique), parce que cet enfant a été vacciné alors qu'il présentait au niveau de la face des lésions d'eczéma et d'impétigo. A la suite des lésions de grattage et de l'auto-inoculation, vous voyez quel développement a pris l'éruption sur la face : elle a débuté sur la joue gauche, la couvrant comme vous voyez de pustules typiques ombiliquées, si confluentes qu'elles arrivent en certains points au contact, formant de véritables petits placards purulents, bien isolées en d'autres points, entourées de leur aréole rouge, si bien que toutes ces zones enflammées, fusionnées ensemble, constituent une sorte de plaque écarlate qui rappelle vaguement celle de l'érysipèle phlycténulaire.

Examinez la périphérie de cette plaque, vous y verrez des éléments plus jeunes vésiculeux louches, mais non encore pustuleux, montrant l'extension de l'éruption vaccinale, extension manifestement due au grattage, d'où la nécessité en pareille circonstance, de tenir les mains de l'enfant emprisonnées et immobilisées durant quelques jours.

Regardez le menton et l'autre joue, vous pourrez y voir également plusieurs îlots de pustules qui commencent à les envahir, voyez de même l'épaule droite, siège de la vaccination initiale, regardez enfin la cuisse du même côté, vous retrouverez en tous ces points des groupes de pustules qui, moins la confluence, présentent les mêmes caractères qu'à la face et montrent la généralisation de la vaccine qui, à ce degré de confluence, n'est pas sans analogie avec la variole.

Fixez bien l'aspect de cet enfant dans votre mémoire : d'abord il vous permettra de faire le diagnostic s'il vous arrive de revoir un cas analogue; puis il donnera à ceux qui n'en ont pas vu, une bonne idée de l'éruption de la variole, cette affection que vous voyez si peu souvent et qui semble si proche parente de la vaccine; enfin il vous rappellera cette règle pratique importante *de ne pas vacciner d'enfants porteurs de lésions cutanées : eczéma, impétigo ou autre.*

Quant au traitement, j'ai prescrit une pommade légèrement antiseptique (vaseline, acide borique et aristol, par exemple) pour enduire l'éruption en ayant soin de recouvrir ensuite celle-ci d'ouate hydrophile. Il est toutefois à craindre que bon nombre de ces éléments éruptifs ne laissent sur la peau du visage des cicatrices plus ou moins apparentes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1907)

M. LE PRÉSIDENT a rendu un hommage ému à la mémoire de M. Moissan. Il a rappelé ce qu'était l'homme, aimable, simple et bon, ce qu'était surtout le savant; ses beaux travaux sur le fluor, ses merveilleuses expériences à l'aide de son four électrique qui donne une température de 3500 degrés. Il a retracé, étapes par étapes, la brillante carrière scientifique de Moissan, ses enseignements successifs à l'école de pharmacie, à la Sorbonne, son entrée à l'Institut, à l'Académie de médecine. Il a rappelé la haute récompense qu'il recevait quelques jours à peine avant sa mort. C'était une grande figure scientifique, sa perte est un deuil cruel pour la science française.

Maladie du sommeil. — M. LAVERAN rend compte de deux travaux sur cette maladie. Le premier est de MM. Thiroux et d'Antreville qui, à l'hôpital Saint-Louis du Sénégal, ont traité deux nègres par l'atoxyl et la strychnine. L'un est mort, l'autre a guéri. Ce traitement consiste en injections intramusculaires ou intrarachidiennes de 5 centigrammes d'atoxyl en solution à 5 p. 100 et dans l'emploi de sulfate de strychnine, 3 à 12 milligrammes.

Jusqu'ici il semblait que la maladie du sommeil n'atteignît que les noirs, mais d'assez nombreux exemples montrent malheureusement que les blancs peuvent aussi la contracter. M. Martin, à l'hôpital Pasteur, a soigné six blancs qui l'avaient contractée en Afrique. L'un d'eux est mort, cinq ont été traités par l'atoxyl; un est mort, quatre sont en voie de guérison.

M. Laveran conclut en disant qu'il faut poursuivre ces intéressantes recherches qui permettent d'espérer qu'on arrivera à se rendre maître de cette terrible maladie.

Photothérapie. — M. DECRÉQUY (de Boulogne) lit une note sur un cas de guérison d'une ostéite suppurée de la caisse du tympan, par les rayons X.

Elections. — Enfin, l'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale. La liste de présentation était ainsi dressée : En première ligne, M. Vincent (du Val-de-Grâce); en deuxième ligne, M. Wurtz; en troisième ligne, M. Mosny; en quatrième ligne, M. Dupré; en cinquième ligne, par ordre alphabétique, MM. Lemoine, Thibierge et Vallon.

Le nombre des votants était de 68, majorité 35. Au premier tour de scrutin, M. Vincent obtient 55 suffrages; M. Wurtz, 7; M. Lemoine, 2; M. Thibierge, 2; M. Vallon, 2.

En conséquence, M. Vincent est nommé membre titulaire.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE PROJET D'IMPOT SUR LE REVENU
L'INQUISITION FISCALE ET LES MÉDECINS

Le projet d'impôt sur le revenu a été généralement accueilli par les médecins avec une indifférence qui ne laisse pas d'être étonnante.

Les uns ne l'ont pas lu et attendent d'en sentir les effets pour s'en émouvoir. D'autres, moins nombreux, en ont parcouru les dispositions et voyant toutes les vexations qu'elles promettent, ils ont pensé qu'un projet qui commence par considérer tous les Français comme des malfaiteurs pour les placer ensuite sous la haute surveillance de la police fiscale, est un élégant paradoxe qui ne viendra même pas en discussion.

Quelle erreur !

La commission de législation fiscale, après l'avoir déclaré irrecevable et antidémocratique, au lieu de rendre son enfant mal venu à M. Caillaux a décidé, avec une logique bien parlementaire, de l'examiner en détail.

Soyez certains que la Chambre avec la même logique le votera, tout en le déclarant inapplicable, s'en reposant, comme de coutume, sur le Sénat pour le repousser.

Relisez, si vous le voulez bien, les principales dispositions de la loi. Les médecins qui sont rangés dans la septième catégorie de contribuables devront payer *3 p. 100 des revenus du travail*, il devront, en outre, *l'impôt complémentaire* dû par toute personne résidant en France.

« SEPTIÈME CATÉGORIE

Bénéfices des professions libérales.

ART. 51. — L'impôt sur les bénéfices des professions libérales et de toutes occupations lucratives non comprises dans une précédente catégorie est établi annuellement à raison des *bénéfices nets réalisés pendant l'année précédente*, déduction faite, sur chaque revenu individuel, d'une somme de :

1250 francs si le contribuable a son domicile réel dans une commune de 3000 habitants et au-dessous;

1500 francs si le contribuable a son domicile réel dans une commune de 3001 à 10000 habitants;

1750 francs si le contribuable a son domicile réel dans une commune de 10001 à 50000 habitants;

2000 francs si le contribuable a son domicile réel dans une commune de 50001 habitants et au-dessus;

2500 francs si le contribuable a son domicile réel à Paris.

ART. 53. — Toute personne jouissant de revenus imposables au titre de la septième catégorie est tenue de remettre chaque année, dans le courant du mois de janvier, au contrôleur des contributions directes, une *déclaration détaillée de ces revenus, accompagnée de toutes les justifications nécessaires pour en établir l'exactitude*.

Cette déclaration sera faite, si le contribuable est imposable à l'impôt complémentaire, sur la formule même prévue, pour ce dernier impôt à l'article 62.

ART. 54. — Si, à l'expiration du délai fixé par l'article précédent, la déclaration prescrite par cet article n'a pas été effectuée, le contrôleur détermine d'office le montant du revenu imposable, sans préjudice pour le contribuable du droit de le contester par la voie contentieuse, après l'émission du rôle.

En cas de déclaration inexacte, le revenu non déclaré est frappé de la quintuple taxe.

Indépendamment de cette pénalité, tout contribuable omis au rôle ou qui, soit d'après sa déclaration, soit d'office, a été insuffisamment imposé, est redevable d'une cotisation égale au montant des sommes dont le Trésor a été privé pour chacune des années antérieures à celle de la découverte de l'omission ou de l'insuffisance, sans toutefois que le droit de répétition puisse s'étendre à plus de cinq années.

TITRE II

DE L'IMPÔT COMPLÉMENTAIRE SUR L'ENSEMBLE DES REVENUS

Des personnes imposables.

ART. 56. — L'impôt complémentaire sur l'ensemble des revenus est dû, au 1er janvier de chaque année, par toute personne résidant en France.

Du revenu imposable.

ART. 59. — L'impôt complémentaire est assis sur l'ensem-

ble des revenus acquis par chaque contribuable pendant le cours de l'année précédant celle de l'imposition.

Le revenu imposable est constitué par la totalisation des revenus taxés dans chaque catégorie de l'impôt général, y compris les revenus exemptés dans certaines d'entre elles comme n'atteignant pas le minimum imposable.

Du taux de l'impôt.

ART. 60. — L'impôt complémentaire est établi par classes, conformément au tarif ci-après :

Classes de revenus.	Montant de l'impôt.	Classes de revenus.	Montant de l'impôt.
5.000 à 5.500f	10f	18.001 à 20.000f	380f
5.501 à 6.000	15	20.001 à 22.000	440
6.001 à 6.500	22	22.001 à 24.000	515
6.501 à 7.000	30	24.001 à 27.000	610
7.001 à 7.500	40	27.001 à 30.000	725
7.501 à 8.000	50	30.001 à 33.000	850
8.001 à 8.500	60	33.001 à 36.000	980
8.501 à 9.000	75	36.001 à 39.000	1.130
9.001 à 9.500	90	39.001 à 42.000	1.260
9.501 à 10.000	110	42.001 à 46.000	1.420
10.001 à 11.000	130	46.001 à 50.000	1.600
11.001 à 12.000	150	50.001 à 55.000	1.800
12.001 à 13.000	180	55.001 à 60.000	2.000
13.001 à 14.000	210	60.001 à 70.000	2.300
14.001 à 15.000	240	70.001 à 80.000	2.700
15.001 à 16.000	275	80.001 à 90.000	3.150
16.001 à 18.000	325	90.001 à 100.000	3.550

Au-dessus de 100 000 francs, 4 p. 100 sur le revenu total. »

Nous avons mis en caractères italiques dans la citation ci-dessus un certain nombre de passages qui nous paraissent devoir attirer particulièrement l'attention des médecins.

L'article 51 stipule que « l'impôt sur les bénéfices des professions libérales et de toutes occupations lucratives non comprises dans une précédente catégorie est établi annuellement à raison *des bénéfices nets réalisés pendant l'année précédente* ».

Qu'entend-on par bénéfices nets lorsqu'il s'agit d'un médecin? Quelles dépenses sera-t-il autorisé à retrancher? Le loyer du médecin est toujours plus élevé proportionnellement que celui du rentier, cela rentre dans les frais nécessaires de la profession. Un médecin qui exerce ne peut habiter au cinquième étage. Dans quelle mesure le médecin pourra-t-il défalquer de ses revenus bruts ses frais de loyer, de voitures, de domestiques, de téléphone, d'installation, afin d'obtenir le revenu net RÉEL de sa profession?

Les « dépenses inhérentes à la profession » sont bien prévues par l'article 32 qui concerne les industriels, rien de tel n'existe pour les médecins. Pour eux il semble donc que *toute recette soit considérée comme bénéfice.*

Allons plus loin, l'usinier est autorisé à *amortir* son outillage. Les outils du médecin, ce sont ses instruments, ses livres, *ses frais d'études* qui ont demandé des sacrifices si considérables, de quel droit lui refuserait-t-on la possibilité de les amortir?

Pour établir la base de son impôt remarquons que M. Caillaux n'y va pas par quatre chemins, son inquisition va jusqu'à exiger du médecin la *violation du secret professionnel.*

Comment qualifier autrement la « déclaration détaillée de ces revenus accompagnée de toutes les justifications nécessaires pour en établir l'exactitude »?

Un médecin devra donc produire ses livres constatant qu'il a gagné 5 louis pour 5 injections mercurielles à M. X... ou 300 francs pour un curetage à Mme Z..., et si malgré la violation du secret professionnel ainsi *imposée, au nom de la loi*, l'agent du fisc n'est pas convaincu et allègue qu'un curetage pour 300 francs c'est donné, et que tous les chirurgiens demandent 100 000 francs pour la moindre opération, nous ne voyons pas ce que le médecin taillable et corvéable à merci pourra répondre.

Le contrôleur alors (art. 54) déterminera « d'office le montant du revenu imposable » et notre confrère pourra réclamer « par la voie contentieuse après l'émission du rôle ». Ce moyen long et le plus souvent infructueux sera encore préférable à la quintuple taxe promise au revenu non déclaré, indépendamment des sommes dont le fisc pourrait avoir été frustré par *omission* ou *insuffisance* de déclaration et qu'il est autorisé à réclamer pendant *cinq ans.*

Inquisition, arbitraire, surveillance fiscale pendant cinq ans, tel est le bilan de la loi en ce qui concerne le médecin.

L'IMPÔT DE DEMAIN POUR LE MÉDECIN

UN MÉDECIN gagnant	paiera à Paris	paiera en province (com. de 3 000 h.)
1.250 francs.	0	0
2.500 —	0	37f50
5.000 —	85 francs.	112f50
10.000 —	335 —	372f50
20.000 —	905 —	942f50
40.000 —	2.385 —	2.422f50
60.000 —	3.725 —	3.762f50
100.000 —	6.475 —	6.512f50

Nous supposons que le médecin *n'a pas de fortune personnelle*, dans le cas contraire, il devra payer, en outre, en tenant compte de la superposition des taxes nouvelles et de l'impôt complémentaire, 11,50 p. 100 pour le revenu du sol, 10 p. 100 pour les valeurs mobilières nominatives, 15 p. 100 pour celles au porteur, 8 p. 100 pour la rente française.

Il faut remarquer que le projet Caillaux ne s'occupe que des contributions de l'Etat. Une loi ultérieure organisera les centimes départementaux et communaux. Dans le cas probable où le taux des centimes atteindrait 100 p. 100, il faudrait donc **DOUBLER** *les chiffres donnés dans le tableau ci-dessus pour obtenir le chiffre réel de l'impôt.*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE CHEZ LES ENFANTS

Des divers médicaments employés dans l'épilepsie, chez l'enfant comme chez l'adulte, il ne faut retenir que ceux qui sont vraiment utiles : les bromures, et en particulier celui qui est le plus fréquemment employé, le bromure de potassium.

Les doses quotidiennes pour les enfants de quatre à cinq ans sont de 2, 3, 4 grammes de bromure; à partir de dix ans on peut presque donner les doses de l'adulte; la dose suffisante sera atteinte lorsque le réflexe pharyngien sera supprimé. Une fois que le traitement bromuré est commencé, il ne faut l'interrompre sous aucun prétexte, sauf en cas de bromisme aigu ou de maladie aiguë grave : *le bromure est un aliment pour l'épileptique*, disait A. Voisin; il faut le continuer même lorsqu'il y a amélioration, même lorsqu'il y a guérison, sans cela le malade « se rattrape », comme le disait familièrement Legrand du Saulle, il « liquide son arriéré » et peut mourir en quelques heures en état de mal. Le bromure a réellement une action utile; même s'il ne guérit pas il espace les accès encore assez souvent.

Le bromure de potassium doit être chimiquement pur, on emploiera donc le sirop de Henry Mure que les enfants prennent volontiers. On l'administrera au commencement du repas. Se rappeler qu'il est titré à 2 grammes de sel par cuillerée à soupe et 50 centigrammes par cuillerée à café.

SUITE DES SOMMAIRES

Journal médical de Bruxelles. — (N° 6, 7 fév. 1907.) FUNCK : Etude sur l'immunité contre le gonocoque. — ERCULISSE : Contribution à l'étude du traitement spécifique des tuberculoses. — (N° 7, 14 fév.) A. LEY : La question des enfants anormaux. — E. HENROTIN : La diphtérie à l'hôpital Saint-Pierre pendant les années 1905 et 1906. — MARIQUE : Le babeurre dans l'alimentation des enfants. — (N° 8, 21 fév.) HANNECART : Contribution à l'étude du tassement vertébral traumatique. — MAFFEI : Traitement de la coxalgie. — MARIQUE : Le babeurre dans l'alimentation des enfants (*suite*).

Lyon médical. — (N° 6, 10 fév. 1907.) VIGNARD et GRUBER : Occlusion intestinale par diverticule de Meckel. — E. CLÉMENT : Splénomégalie lymphocytémique. — (N° 7, 17 fév.) P.-Just NAVARRE : La doctrine anophélienne et la prophylaxie pratique du paludisme. — ADENOT et ARCELIN : Suites éloignées d'une néphrotomie pour calculose rénale et phlegmon périnéphrétique antérieur, contrôlées par la radiographie.

Marseille médical. — (N° 3, 1er fév. 1907.) DUFOUR : Suicide par strangulation à l'aide d'un lien. — BRUAS : Un cas d'albuminurie palustre intermittente. — BERNEX : Kyste tuberculeux du larynx. — (N° 4, 15 fév.) MOLLARET, OLMER, AMBIALEY et BOINET : Epidémie de variole. — ALEZAÏS : Anse prégastro-splénique du côlon transverse.

Montpellier médical. — (N° 1, 6 janv. 1907.) JEANBRAU : Les bienfaits de la sonde à demeure. Pourquoi, comment et jusqu'à quand doit-on mettre la sonde à demeure ? — (N° 2, 13 janv.) GRASSET : Appendicite, fièvre typhoïde, hystérie. — (N° 3, 20 janv.) GUÉRIN-VALMALE : Opération césarienne pour bassin rétréci (succès complet). — GRASSET : Appendicite, fièvre typhoïde, hystérie (*suite*). — (N° 4, 27 janv.) BAUMEL : Quelques considérations générales de clinique pédiâtrique.

Nord médical. — (N° 296, 1er-7 fév. 1907.) VANVERTS : La luxation médio-tarsienne. — LESCŒUR : L'acidité urinaire, sa détermination suivant Joulie. — V. BUÉ : Les présentations de l'épaule irréductibles.

Pédiâtrie pratique. — (N° 4, 15 fév. 1907.) E. AUSSET : L'anémie des nourrissons et des enfants dyspeptiques. A propos de l'oligosidérémie des jeunes enfants. — A. D'ESPINE : Le diagnostic précoce de la tuberculose des ganglions bronchiques chez les enfants.

Presse médicale. — (N° 12, 9 fév. 1907.) OKINCZYE : L'exploration clinique du côlon. — DESFOSSES et MARTINET : La cautérisation ignée. Mécanisme et action. — (N° 13, 13 fév.) PÉTRONE et Aurelio PAGANO : La fonction protectrice du foie contre les substances toxiques intestinales. Recherches expérimentales. — M. BRUAS : De la méthode de Bier dans le traitement des ulcères atoniques et phagédéniques des membres. — (N° 14, 16 fév.) G. MARINESCO : La nature intime du processus de dégénérescence des nerfs. — Marcel LABBÉ et Henri LABBÉ : Les dangers de la suralimentation habituelle. — (N° 15, 20 fév.) Paul LONDE : Hygiène infantile. Principes d'élevage au biberon. — BONNETTE : Prophylaxie de la fièvre typhoïde dans l'armée par les bidons démontables. — (N° 16, 23 fév.) CHAPUT : Rachistovaïne et scopolamine dans la laparotomie. — J. LAUMONIER : La digalène. Digitoxine soluble de Cloetta.

Province médicale. — (N° 6, 9 fév. 1907.) L. THÉVENOT et G. BATIER : De la bacillurie tuberculeuse. — (N° 7, 16 fév.) BIDON : Le dérobement des membres inférieurs. — JAUBERT : Signification de la polynucléose rachidienne au cours de la méningite tuberculeuse.

Revue de médecine. — (N° 2, 10 fév. 1907.) HAURY : L'épidémie de suette miliaire des Charentes (mai-juillet 1906). — R. LERICHE : Les résultats de la résection de l'estomac pour cancer. — M. RENAUD : Contribution à l'étude de la tuberculose du cerveau. — S. ZOGRAFIDI : Contribution à l'étude des accidents de décompression chez les plongeurs à scaphandre. — THIROLOIX et Robert DEBRÉ : Fièvre jaune nostras.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 6, 9 fév. 1907.) DE STELLA : Pathogénie et étiologie de la fièvre ganglionnaire. — J. DUVERGER : Le courant faradique rythmé employé comme adjuvant de la médication biiodurée dans le traitement des labyrinthites syphilitiques.

Revue neurologique. — (N° 3, 18 fév. 1907.) Ch. SAUVINEAU : Le ptosis paralytique dans l'hystérie (1 fig.). — F. LÉVY et A. BAUDOUIN : Les paralysies du moteur oculaire externe et la voie céphalo-rachidienne (1 fig.).

Revue scientifique. — (N° 6, 9 fév. 1907.) LA CHESNAIS : Représentation et répartition proportionnelles. — J.-J. MATIGNON : La balle humanitaire. — (N° 7, 16 fév.) LOWENTHAL : Le Japon moderne, tel que nous le montrent ses statistiques. — LA CHESNAIS : Représentation et répartition proportionnelles. — PÉREZ : L'exposition internationale d'océanographie et des pêches maritimes de Marseille. — (N° 8, 23 fév.) NODON : L'influence électrique du soleil. — A.-C. TARTARIN : La tuberculose à bord des navires de commerce. — LOWENTHAL : L'émigration japonaise.

Therapie der Gegenwart. — (Fasc. II, fév. 1907.) E. KUSTES : Sur le traitement antitoxique du tétanos, avec injections dans les nerfs. — Ch. SCHÖNE : Aperçu sur le traitement de 30 malades atteints de raideur de la nuque (epidemische genickstorre) à l'aide du sérum méningococcique de Jochmann. — A. FRÆNKEL : Traitement médicamenteux de l'insuffisance aiguë du cœur. — A. MŒLLER : De la cure nutritive chez les malades de poitrine. — HUESSE : L'Institut et la méthode Finsen à Copenhague. — Willy FISCHER : Sur les données diagnostiques et thérapeutiques des récentes recherches sur la syphilis.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

MÉDECIN demande à acheter, d'occasion, MACHINE COMPLÈTE POUR RAYONS X, RADIOGRAPHIE ET RADIOSCOPIE. — Ecrire à M. Lacabane, 66, rue de Rennes, Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

TRONC DE L'ARTÈRE FÉMORALE

DÉFINITION. — TRAJET. — L'artère fémorale est la continuation de l'artère iliaque externe, elle ne se continue pas avec cette artère suivant une ligne droite; les deux vaisseaux forment en se continuant un coude : pour quelques auteurs une courbe à sommet externe. De là le tronc de l'artère fémorale se porte en bas et en dedans, s'écartant de plus en plus du fémur, dont il est séparé par une distance pouvant être évaluée à 3 centimètres. Puis l'artère se rapprochera de plus en plus de la surface osseuse, jusqu'au point où, passant dans l'anneau du troisième adducteur, elle déprime l'os et change de nom pour devenir artère poplitée.

RAPPORTS. — Au point de vue des rapports, nous envisagerons l'artère dans trois *régions*.

I. *Dans le triangle de Scarpa.* — L'artère est située à la partie la plus externe de l'anneau crural répondant en *avant* à l'arcade crurale proprement dite, en *dehors* à la bandelette iléo-pubienne la séparant du nerf crural, en dedans à la grosse veine fémorale.

Du reste entre l'artère et la veine, comme entre la veine et le ganglion de Cloquet, organe le plus interne, nous trouvons des cloisons séparatives créant nettement un territoire externe artériel, un territoire moyen ou veineux, un territoire interne, lymphatique.

En arrière la face postérieure de l'artère fémorale repose sur le ligament de Cooper, c'est-à-dire sur l'aponévrose épaissie qui recouvre l'attache du muscle pectiné.

Enfin on peut admettre qu'une lame venue de l'abdomen, dépendance du fascia transversalis, passe sous l'arcade crurale, entre l'arcade et l'artère formant le fascia de Swijaneninow, ce fascia suit la paroi antérieure de l'artère fémorale, formant une lame protectrice préfémorale.

Rappelons que le nerf génito-crural a donné un filet crural qui a d'abord suivi l'artère iliaque externe, puis suit l'artère fémorale, mais en général abandonne ce vaisseau pour aller se perdre sur la surface osseuse du fémur. Dans ce triangle nous pourrions dire que l'artère est logée dans une sorte de boîte : ayant une paroi antérieure, une paroi postérieure, ces deux parois s'adossant en dehors et en dedans.

La paroi antérieure est l'aponévrose fémorale qui, ayant engainé le muscle couturier, se porte en dedans, puis s'amincit pour prendre le nom de fascia crebriformis, se reconstitue vers le bord interne pour envelopper le moyen adducteur.

Sur ce fascia nous trouverions une série de formations importantes : d'abord une veine superficielle décrivant une crosse, crosse de la saphène interne, au-dessous de laquelle l'aponévrose s'épaissit, constituant le repli d'Allan Burns. A cette crosse de la saphène arrivent des affluents de la paroi abdominale : veines sous-tégumenteuses abdominales, et des veines génitales.

Notons aussi la présence de nombreux ganglions lymphatiques : les plus élevés sont à grand axe horizontal, les inférieurs à grand axe vertical : les ganglions répondant exactement à la crosse veineuse sont plus ou moins obliques, on les appelle encore ganglions présaphéniens de Quénu.

Enfin sur cette paroi antérieure de la région on voit des filets nerveux, filets cutanés du nerf obturateur et du nerf musculo-cutané interne.

Enlevons cette paroi antérieure, nous apercevons l'artère masquée par la graisse, reposant, non pas dans l'espace séparant le psoas iliaque du pectiné, mais sur le psoas.

D'ailleurs ces deux muscles ont une gaine aponévrotique qui se moule très exactement sur eux et les accompagne jusqu'à leurs insertions.

En *dedans*, l'artère répond à la veine fémorale toujours renflée.

En *dehors*, l'artère est en contact surtout avec les branches du nerf crural, c'est-à-dire nerf musculo-cutané interne qui décrit une anse autour d'elle, et nerf saphène interne qui est d'abord externe par rapport au tronc artériel.

Dans ce premier segment l'artère émet des collatérales une *circonflexe iliaque superficielle* qui se porte en dehors et en haut, longe le bord antérieur de l'arcade crurale, pouvant s'anastomoser avec la circonflexe iliaque profonde, branche de l'iliaque externe.

A peu près au même niveau mais sur la face interne de l'artère apparaît une épigastrique superficielle *ou sous-cutanée abdominale* qui se porte vers l'abdomen, et peut donner des vaisseaux périombilicaux : un peu au-dessous de cette artère se détachent les *deux honteuses externes supérieure* et *inférieure* (à noter que cette dernière passe sous la crosse de la veine saphène interne).

Plus importante est l'artère fémorale profonde :

Elle est même considérée comme représentant la bifurcation de l'artère. Dans des cas elle naît à un centimètre audessous de l'anneau crural : dans d'autres cas à trois centimètres. Elle va passer entre le vaste interne et le pectiné, puis entre le moyen et le petit adducteur et dans la dernière partie de son trajet elle reposera sur le grand adducteur. Elle est accompagnée par la veine fémorale profonde. C'est de la fémorale profonde que se détachent les artères circonflexes et même l'artère du quadriceps.

La fémorale profonde donne aussi les artères perforantes au nombre de 3, passant dans les anneaux du grand adducteur. On admet actuellement que ce système perforant est très réduit et rarement anastomosé, comme le disent les classiques, avec les branches de l'ischiatique.

II. Le deuxième segment de l'artère fémorale est très simple. Le tronc artériel glisse entre le vaste interne et le moyen adducteur, longé par le nerf du muscle vaste interne, arrive ainsi au canal de Hunter.

III. Le canal de Hunter est formé en arrière par le tendon saillant du grand adducteur de la cuisse, ce sera le plan de soutien de la région : en dehors nous trouvons les faisceaux du muscle vaste interne et des fibres nacrées, tendineuses, réunissant ces deux muscles, formeront la paroi antérieure du canal.

Dans ce canal la veine fémorale est de plus en plus postérieure à l'artère : le nerf saphène interne a croisé l'artère en spirale et lui est interne.

Le muscle couturier doublant, recouvrant la paroi antérieure du canal, passe en sautoir sur la région. Mais le nerf saphène interne n'accompagne pas l'artère sur toute la hauteur du canal de Hunter. Il en perfore la paroi antérieure, accompagné d'une branche artérielle. En effet, dans le canal une collatérale s'est détachée du tronc principal, c'est la *grande anastomotique* donnant une branche superficielle qui pourrait anormalement accompagner le nerf saphène interne sous le nom d'artère saphène; normalement elle ne dépasse pas le genou.

Quant à la branche profonde, située sous le muscle crural, elle irriguera la région supérieure du genou, et s'anastomose avec une branche articulaire de la poplitée.

Anomalies. — La fémorale peut être réduite à une artère donnant des musculaires pour le quadriceps; alors l'artère ischiatique grêle dans les cas habituels augmente de volume et se continue avec la poplitée.

Ligature. — Prendre le milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis, abaisser sur la cuisse une ligne allant aboutir à quatre travers de doigt audessus et en arrière du condyle interne du fémur.

Ce tracé répond au lit de l'artère fémorale. La ligature se fait en trois points : base du triangle de Scarpa; sommet du triangle; canal de Hunter.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de pharmacologie et de matière médicale, par G. Pouchet, professeur de pharmacologie et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. In-8, 900 p. — Prix : 15 francs. — Paris, O. Doin.

Le service des prompts secours de la ville de Paris, par le docteur Georges Mauroy. In-8, 119 p. — Prix : 3 francs. — Paris, Rousset.

Maladies de l'appareil digestif. Notes de clinique et de thérapeutique, par les docteurs Albert Mathieu, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et J.-Ch. Roux, ancien interne des hôpitaux. 2e série, in-8, 160 p. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

I. Consultation de nourrissons. — II. Retour de la sécrétion lactée après un sevrage prolongé, par le docteur Andérodias. Broch., 24 p. — Bordeaux, imprimerie Gounouilhou.

Hygiène des métropolitains souterrains, por le docteur Lucien Graux. Broch., 19 p. — Paris, Rousset.

Le lavage intestinal, par le docteur Rosiers. Broch. de 16 p. — Angers, Siraudeau, édit.

De l'accouchement prématuré provoqué dans les rétrécissements rachitiques du bassin, par le docteur Andérodias. Broch., 15 p. — Bordeaux, imprimerie du Midi.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Depuis le 15 février, la Compagnie applique les appareils garde-place aux voitures de première et de deuxième classe « Genève » et « Chambéry » dans les trains 601/621 et 630/616.

L'emploi de ces appareils assure aux voyageurs, moyennant le paiement d'une taxe de 1 franc par place, la possession indiscutée de la place qu'ils ont choisie dans le train.

Les voyageurs ne pourront faire retenir leurs places à l'avance qu'à la gare de Paris, aux bureaux-succursales de la Compagnie et aux gares de Genève, Aix-les-Bains et Chambéry.

— La Compagnie P.-L.-M. vient de publier un album artistique intitulé : *Mont-Cenis.*

Cet album, qui se compose de vingt vues reproduites en phototypie, est mis en vente au prix de 1 franc dans les bibliothèques des principales gares du réseau ; il est envoyé également à domicile sur demande accompagnée de 1 fr. 15 en timbres-poste et adressée au service central de l'exploitation, 20, boulevard Diderot, à Paris.

N° 26. — SAMEDI 2 MARS 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 2 MARS 1907. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité de médecins des hopitaux. — *Anatomie pathologique.* — Séance du 27 février 1907 : MM. Lereboullet et Rathery, 9; Pagniez, 8; Benjamin Weill, 7; Rosenthal et Simon, 6. — Absent : M. Touchard.

Symptomatologie. — MM. Laigniel-Lavastine, 10; Lortat-Jacob et Sainton, 9; Ferrand, Gaultier (René) et Terrien (Eugène), 8; Paisseau, 7. — Excusé : M. Detot. — Absents : MM. Ghika, Lenglet et Camus.

Séance du 28 février : MM. Balthazard, Camus et Clerc, 10; Hauser, 8; Aubertin, 7.

La prochaine séance aura lieu le samedi 2 mars, à dix heures et demie du matin, 49, rue des Saints-Pères.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Lecture des copies. — Oral. — Séance du 27 février 1907. — Question donnée : « Artères de l'estomac. Diagnostic des hématémèses. »

MM. Pénard, 14 + 24 = 38; Pétel, 16 + 21 = 37; Lamouroux, 16 + 20 = 36; Bruel, 14 + 21 = 35; Gastinel, 11 + 23 = 34; Perdoux, 13 + 21 = 34; Savouré, 11 + 20 = 31; Ancibure et Tanzi, 12 + 18 = 30; Gauthier (E.), 11 + 18 = 29.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Une place de médecin-adjoint des hôpitaux et hospices est mise au concours. Les épreuves commenceront le 18 juin 1907.

NOUVEAU TARIF POUR LES DROITS D'EXAMEN. — Un décret en date du 26 février décide que, à partir du 1er mars 1907, la perception de la rétribution dénommée *droit de robe* est supprimée dans toutes les Facultés et écoles d'enseignement supérieur.

Les droits d'examens proprement dits sont fixés de la façon suivante :

Sciences.

Examen du P. C. N.	35 francs.
1re épreuve des baccalauréats	40 —
2e épreuve des baccalauréats	40 —
Certificats d'études supérieures de licence. Examen pour le premier certificat d'études supérieures postulé	25 —
Examen de docteur	85 —

Lettres.

1re épreuve des baccalauréats	40 —
2e. épreuve des baccalaureats	40 —
Examen de licence	45 —
Examen de docteur	85 —

Médecine.

1er examen de doctorat	40 —
1er examen de chirurgien-dentiste	40 —
1er examen de sage-femme de 1re classe	45 —
1er examen de sage-femme de 2e classe	25 —

Pharmacie.

1er examen de fin d'études de pharmaciens de 1re classe	90 —
1er examen de fin d'études de pharmaciens de 2e classe	60 —
Examen d'herbor. de 1re classe	55 —
Examen d'herbor. de 2e cl. Paris	55 —
Examen d'herbor. de 2e cl. Départs.	35 —

Académie.

Examen du certificat d'études exigé des aspirants au titre de chirurgien-dentiste	35 —

SERVICE DES ÉPIDÉMIES. — Par arrêté du président du Conseil, ministre de l'Intérieur, les récompenses suivantes sont décernées aux personnes ci-après désignées qui se sont distinguées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies pendant l'année 1905 :

Médaille d'or à : M. Martel, vétérinaire, chef du service vétérinaire sanitaire de Paris et du département de la Seine.

Rappels de médaille d'or à : MM. les docteurs Chabenat (de la Châtre), Hébert (d'Audierne), Marotte, médecin-major de première classe au 14e escadron du train des équipages militaires à Lyon.

Rappel de médaille de vermeil à : M. le docteur Boquin (d'Autun).

Médailles d'argent à : MM. les docteurs Malafosse, médecin-major de deuxième classe au 22e bataillon de chasseurs à pied, à Albertville ; Moinet, médecin-major de deuxième classe, attaché à la direction du service de santé du 9e corps d'armée à Tours ; Ott (de Lillebonne), Römer (de Sumatra).

Rappels de médaille d'argent à : MM. les docteurs Conor, médecin-major de deuxième classe, attaché à la direction du service de santé du 3e corps d'armée à Rouen ; Gagnière (de Saint-Chef), Joly, médecin-major de première classe au 94e d'infanterie à Bar-le-Duc ; Le Page Viger (d'Orléans).

Médailles de bronze à : MM. les docteurs Biarez (de Bordeaux), Coliez (de Longwy-Bas), Coustan (de Fabrègues), Delobel (de Noyon), Devaux, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales ; Dupart, médecin-major de première classe au 139e régiment d'infanterie à Aurillac ; Fédou (d'Azille), Hirigoyen (de Bordeaux), Hermann Legrand (d'Alexandrie), Pujol, médecin-major de première classe des troupes coloniales ; Rouyer, médecin-major de deuxième classe au 3e bataillon de chasseurs à pied à Saint-Dié ; Le Sarailhé, médecin aide-major de première classe des troupes coloniales ; Teissier, médecin-major de première classe au 10e régiment de dragons à Montauban ; Zucarelli (de Bastia), Bodin (de Tours).

Rappel de médaille de bronze à : M. le docteur Decouvelaere (d'Hazebrouck).

GUERRE. — Les élèves de l'école du service de santé militaire reçus docteurs en médecine dont les noms suivent, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, pour prendre rang du 1er février 1907 et provisoirement dans l'ordre alphabétique ci-après. Ces aides-majors sont pourvus de l'emploi de médecin aide-major de deuxième classe élève à l'École d'application du service de santé militaire :

MM. Anglade, Aulong, Batier, Bech, Bellot, Bercher, Bertaux, Billet, Blanc, Boisseau, Bonnenfant, Cavarroc, Cayrel, Chabardès, Christiany, Clot, Contant, Courboulès, Cristau, Decour, Dubalen, Dumas, Fayet, Fonvieille, Gand, Heuraux, Heyraud, Jacquemart, Jandot dit Danjou, Jeandin, Lancelot, Larrazet, Laurent, Lefébure, Legendre, Legrand, Lescuyer, Mahot, Mathieu de Fossey, Médan, Mercier (M.-A.-E.), Mercier (P.-J.), Minouflet, Morras, Moy, Nicod, Odinot, Pagnier, Paris, Perret, de Person, Pichet, Pitois, Pouchet, Renoux, Richard, Rouch, Roussel, Roussille, Rouzaud, Simoni, Solle, Teste, Théron, Toinon, Torresse, Ufferte, Vallot, Vialle.

— La médaille d'argent des épidémies est décernée à M. Rouyer, médecin auxiliaire au 4e zouaves.

MARINE. — M. le médecin en chef de deuxième classe Trabaud a été nommé pour cinq ans à l'emploi de professeur de clinique médicale et de pathologie exotique à l'école d'application de Toulon.

— Sont nommés :

Au grade de médecin de troisième classe. — MM. les docteurs Thibaudet, Huber, Pellé et Baril.

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE. — M. Pédebidou, sénateur, a été nommé membre de la commission chargée de l'élaboration du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en cas d'accidents du travail, en remplacement de M. Brouardel, décédé.

HOPITAL TEMPORAIRE AUX INVALIDES. — Par suite de l'épidémie de grippe qui sévit sur la population et la garnison de Paris, le gouverneur vient de décider l'installation d'un hôpital temporaire à l'hôtel des Invalides, où des salles se trouvent vacantes à cause de la diminution constante du nombre des pensionnaires, réduits actuellement à 50, dont 3 officiers. L'hôpital temporaire des Invalides contiendra environ 200 lits.

UN THÉATRE ANTIVÉNÉRIEN. — L'*Initiation*, tel est le nom que vont prendre les soirées organisées par l'initiative de MM. Gabriel Le Vallier et Paul Nigel, en vue de continuer une campagne de prophylaxie contre les maladies vénériennes.

Le spectacle comporte une pièce en deux actes, l'*Immolée*, sur un cas de stérilité syphilitique, et une *Démonstration de la syphilis avec projections lumineuses*, d'après les documentations les plus récentes.

Les soirées populaires ont commencé le vendredi 22 février, à l'Eden Saint-Denis, 133, rue Saint-Denis, et les fondateurs, sur simple présentation de leur carte, tiennent gratuitement des fauteuils à la disposition du corps médical.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la huitième semaine, 1461 décès, au lieu de 1632 pendant la semaine précédente et au lieu de 1031, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc moins mauvais que pendant la semaine précédente.

Les 430 décès survenus en sus de la moyenne (ce chiffre était de 601 pendant la semaine précédente), sont imputables à la grippe, sous ses différentes formes, soit comme maladie principale, soit comme complication d'une autre affection (grippe déclarée telle : 107 décès ; en outre les maladies de l'appareil respiratoire se sont accrues, en raison de l'épidémie de grippe, de 164 décès ; la phtisie, de 32 ; la sénilité, de 25 ; les maladies organiques du cœur, de 31, etc.).

De même que pendant la semaine précédente (et que pendant les précédentes épidémies de grippe), les enfants et jeunes gens de moins de vingt ans échappent à l'épidémie. En effet, le nombre moyen des décès de moins de vingt ans était, pendant les semaines de février 1902-1906, de 250 ; pendant la huitième semaine, il est de 242 ; il n'est donc pas modifié.

Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire, excepté la scarlatine. Elle a causé 11 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente (la moyenne est 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 235 ; il s'élevait à 165 pendant la semaine précédente (la moyenne est 65).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — A l'occasion des *régates internationales de Nice et de Cannes* et des *vacances de Pâques*, la Compagnie P.-L.-M. délivrera, jusqu'au 21 avril 1907, des billets d'aller et retour de 1re et de 2e classe, à prix réduits.

Paris à Cannes : 1re classe, 177 fr. 40 ; 2e classe, 127 fr. 75 ;
Paris à Nice : 1re classe, 182 fr. 60 ; 2e classe, 131 fr. 50 ;
Paris à Menton : 1re classe, 186 fr. 65 ; 2e classe, 134 fr. 40.

Validité : 20 jours à compter du départ, ou du 21 avril, si le voyage est commencé après cette date.

Prolongation : Une ou deux fois dix jours moyennant supplément de 10 p. 100 par période.

Arrêts : Deux arrêts facultatifs à l'aller et au retour.

N. B. — Admission des porteurs de 1re classe, sans supplément de prix, dans le « Côte-d'Azur rapide ». Dans ce cas, les voyageurs ne pourront profiter de la faculté des arrêts qu'à partir de Toulon, à l'aller ; au retour aucun arrêt ne sera autorisé.

REVUE GÉNÉRALE

LES ANÉMIES PERNICIEUSES

Par M. E. AGASSE-LAFONT,
Chef de clinique adjoint à l'hôpital Saint-Antoine.

I

Historique. — Depuis le jour où Biermer a décrit, comme une entité morbide, la forme particulière d'anémie qui porte son nom (1868), et précisé le tableau clinique que quelques auteurs déjà avaient esquissé avant lui (Andral, Trousseau, Addison, Lebert), d'innombrables travaux se sont accumulés sur ce sujet.

Mais l'histoire de l'anémie pernicieuse progressive ne ressemble pas à celle de ces affections, dans lesquelles des découvertes capitales nous font passer par des étapes successives, où se résolvent les problèmes de la pathogénie, du diagnostic et du traitement. Pour elle, à chacun de ces problèmes de nombreuses réponses ont été faites : nous les indiquerons, en citant les principaux auteurs, dans le cours de cette étude ; et nous montrerons que sur la plupart d'entre eux l'accord est loin d'être fait.

Cependant, si nous ne pouvons décrire plusieurs périodes à limites nettement tranchées, nous voyons du moins que les travaux sur l'anémie pernicieuse, à les considérer dans leur ensemble, ont été successivement et graduellement orientés vers trois directions différentes.

D'abord on s'est efforcé de découvrir les causes et le mécanisme des anémies pernicieuses à étiologie incertaine ou cachée (Immermann, Eichhorst, Runeberg). Puis, l'énigme restant en grande partie impénétrable, on a complété, par une description minutieuse des modifications sanguines, le tableau clinique que Biermer avait tracé (Hayem, Quincke, Ehrlich, Engel, Paufick, Hunter).

Enfin, malgré l'intérêt de ces premières recherches et les résultats obtenus, désespérant de trouver dans le sang quelque signe pathognomonique, on a pensé du moins que l'on pourrait peut-être prévoir et guérir : c'est à fixer le pronostic et le traitement des anémies pernicieuses que la plupart des auteurs s'attachent aujourd'hui.

II

Définition. Discussion. — Que faut-il entendre par anémie pernicieuse? Comment nous reconnaître dans la diversité des cas cliniques, et savoir auxquels cette dénomination doit être justement appliquée?

L'anémie pernicieuse est caractérisée par une déglobulisation extrême, qui s'est produite d'une façon *lente*, *continue* et *progressive*, ce qui n'exclut d'ailleurs pas la possibilité de rémissions ou de guérison. Cette évolution particulière explique qu'elle puisse provoquer peu à peu des altérations d'organes, des troubles fonctionnels, une symptomatologie nouvelle et indépendante de la cause, et qu'elle prenne l'allure d'une entité morbide nettement définie.

On le voit, c'est moins l'anémie extrême que la façon dont elle s'installe et la symptomatologie dont elle s'enveloppe peu à peu qui caractérisent l'anémie pernicieuse. Et si l'on peut dire approximativement que l'affection présente des caractères nets lorsque le nombre des globules est descendu à un million, il ne faudrait pas croire que la constatation d'un tel chiffre est ou nécessaire ou suffisante pour que l'on puisse parler d'anémie pernicieuse. Qu'une femme à la suite d'hématocèle ou d'hématémèses par ulcus tombe à 500 000 globules rouges, on ne dira cependant pas qu'elle est atteinte d'anémie pernicieuse; mais si d'autre part, avec quelques troubles gastriques qui font songer à un néoplasme au début, on voit progressivement baisser le nombre des hématies à 1 500 000 ou 1 200 000, le diagnostic d'anémie pernicieuse par cancer de l'estomac est déjà pleinement justifié.

Ainsi se trouvent éliminées, et de l'avis de tous, les anémies extrêmes, même mortelles, par une ou plusieurs grosses hémorragies. C'est que, bénignes ou fatales, elles n'ont pas ces caractères de lenteur, de continuité, de progression qui appartiennent aux causes de l'anémie pernicieuse, et leur permettent d'imprimer à l'affection son allure spéciale et presque identique dans tous les cas.

Mais ce tableau clinique est-il assez semblable à lui-même pour que nous puissions dire, avec Biermer, qu'il n'y a qu'une anémie pernicieuse? Certainement non. Car si tous les cas sont superposables à la période d'état, le point de départ et l'issue sont tellement différents, que nous devons conserver la division, aujourd'hui classique, en *anémie protopathique* ou *essentielle* d'une part, et *anémies symptomatiques* ou *deutéropathiques* d'autre part.

Quant aux formes dans lesquelles une autre affection du sang ou des organes hématopoiétiques (leucémie, splénomégalie avec myélémie, purpura hémorragique) vient compliquer le tableau, on les rejette d'ordinaire du cadre des anémies pernicieuses : nous en parlerons seulement au diagnostic.

III

Etiologie. Pathogénie. — Trop nombreuses et trop variées sont les causes dont peut relever l'anémie pernicieuse, pour qu'il soit possible de déterminer d'une façon précise dans quelles conditions elle est le plus souvent rencontrée. On peut dire cependant que l'hérédité morbide, les reliquats de maladies antérieures, les mauvaises conditions hygiéniques y prédisposent. L'affection se voit plus souvent chez la femme que chez l'homme, à cause de l'influence de la grossesse. Exceptionnelle chez l'enfant, elle se montre aussi souvent chez l'adolescent que chez l'adulte et le vieillard. Enfin certains pays, la Suisse, la Prusse, la Suède, sont plus touchés, dans lesquels le parasitisme intestinal est plus fréquent.

Mais si nous voulons envisager maintenant les causes immédiates des anémies pernicieuses, et surtout déterminer leur mode d'action, nous devons

d'abord fixer a priori les différents mécanismes par lesquels peut se produire l'anémie; nous verrons ensuite jusqu'à quel point les faits cliniques y trouvent leur explication.

A l'état normal, le nombre des globules rouges dans le sang reste sensiblement le même, malgré leur usure incessante et leur destruction régulière, dont on trouve les traces dans la rate et dans le foie. C'est donc qu'en face de cette destruction, il existe une production constante qui vient rétablir l'équilibre. L'anémie se montre lorsque, pour une raison quelconque, cet équilibre est rompu. On voit donc que ces causes peuvent se diviser en deux classes, déperdition trop grande ou production insuffisante; subdivisant chacune d'elles, nous établirons schématiquement les quatre groupes que voici :

A. Par déperdition. — 1° *Pertes sanguines;*

2° *Destruction globulaire.* — Elle est due ou bien à un défaut d'isotonie entre le sérum et les globules; ou bien à la présence de parasites, de microbes, de toxines, d'auto ou d'hétéro-intoxication.

B. Par production insuffisante. — 3° *Insuffisance de matériaux.* — Tantôt l'alimentation dans son ensemble est défectueuse; tantôt tel ou tel aliment nécessaire à la formation des globules rouges fait défaut;

4° *Inutilisation des matériaux.* — L'organisme reçoit les aliments nécessaires, mais est incapable de les transformer en hématies.

Passant aux faits cliniques, nous voyons que les observations d'anémie pernicieuse peuvent être divisées au point de vue étiologique en deux grandes catégories. Tantôt le malade est sous le coup de l'influence manifeste d'une ou de plusieurs causes anémiantes, dont l'action néfaste est surabondamment démontrée par l'observation, par l'expérimentation, et souvent aussi par l'influence heureuse du traitement étiologique. Tantôt au contraire, le malade est lentement et progressivement amené jusqu'à la mort, sans que l'enquête étiologique, clinique et anatomo-pathologique la plus minutieuse permette de découvrir une explication satisfaisante de l'anémie. Nous devons ajouter d'ailleurs que, servant de transition entre ces deux groupes extrêmes, se montrent toute une série de cas dans lesquels on trouve quelque cause, mais bien légère et bien insignifiante au regard des troubles extrêmes qu'elle produit; leur existence vient compliquer le problème et créer des difficultés presque insurmontables quand on veut établir une démarcation absolue entre les deux groupes que nous allons maintenant étudier.

1° Les *anémies symptomatiques* se rattachent à toute une série de causes que nous énumérerons, non pas par ordre de fréquence, mais par la complexité croissante de leur mode d'action.

Les *intoxications chroniques* (saturnisme, oxyde de carbone, gaz d'éclairage) provoquent assez souvent une anémie d'intensité moyenne : elle n'arrive qu'exceptionnellement au degré extrême de l'anémie pernicieuse.

Plus fréquents sont les cas secondaires à une *infection chronique* : tuberculose, paludisme, syphilis. L'anémie tuberculeuse, récemment étudiée par M. Marcel Labbé, peut donner au complet le syndrome de l'anémie pernicieuse : MM. Pater et Rivet en ont publié un exemple. L'hématozoaire de Laveran peut provoquer l'anémie pernicieuse plus souvent qu'on ne l'avait cru jusqu'ici : chaque accès produit une diminution des hématies; quand ils persistent, l'anémie va progressant. Quant à la syphilis, on a publié déjà un certain nombre d'observations dans lesquelles elle peut être incriminée : MM. M. Labbé et Chaillous en ont fait le relevé, et porté eux-mêmes un nouvel exemple. Rarement précoce, dès la période secondaire, l'anémie pernicieuse syphilitique est d'ordinaire une manifestation de la période tertiaire; on l'explique alors par une sclérose de la moelle osseuse (Grawitz). Pour ce qui est de la syphilis héréditaire, elle donne lieu à une forme spéciale, avec splénomégalie et hyperleucocytose, que l'on décrit sous le nom d'anémie des nourrissons.

Les affections qui provoquent des *pertes sanguines* fréquentes, tenaces, pendant des semaines et des mois, qu'il s'agisse d'hémorroïdes, de fibrome utérin, de cancer ulcéré, d'hémophilie, peuvent amener au complet le syndrome de l'anémie pernicieuse. Nous devons dire d'ailleurs que les malades atteints d'anémie pernicieuse ayant eux-mêmes une tendance aux hémorragies, il est souvent très difficile de déterminer si les hémorragies que l'on constate sont la cause ou la conséquence de l'anémie.

La *néphrite chronique* peut être associée à l'anémie pernicieuse. Et l'on peut se demander, avec MM. Labbé et Lortat-Jacob, s'il ne s'agit pas dans ce cas d'une relation de cause à effet. La néphrite entraînant, par les troubles de la sécrétion urinaire, des altérations du plasma, présence de substances toxiques d'une part, et d'autre part augmentation de la quantité du sérum, l'anémie s'expliquerait par la destruction et la dilution des hématies.

Les *lésions étendues de la moelle des os*, tumeurs ou larges foyers de suppuration, ont été parfois rencontrées. Mais la moelle osseuse de l'adulte étant normalement inactive, faut-il chercher dans cette localisation particulière la cause de l'anémie? elle est due peut-être, comme dans le cas de néoplasme ou d'infection chronique, à la résorption des toxines élaborées.

Le *cancer de l'estomac* prend parfois, et *d'une façon précoce*, les allures de l'anémie pernicieuse. Les causes ici sont complexes. Ce n'est pas assez en effet pour l'expliquer d'invoquer les grandes hémorragies et le suintement sanguin qui, d'après les recherches récentes, serait continu (Giraud). Il faut tenir compte, en outre, des prédispositions individuelles, de l'anorexie et de la toxémie. M. Hayem a beaucoup insisté sur l'importance de cette dernière, il fait remarquer qu'elle joue parfois le rôle principal; il l'explique par l'ulcération rapide de la tumeur, et par son siège particulier qui la met, en l'absence d'un suc gastrique doué de propriétés bactéricides, dans les conditions les plus favorables pour s'infecter.

L'*anémie pernicieuse par parasites intestinaux,* ignorée de Biermer quand il publia ses premiers

travaux, signalée en 1886 par Runeberg qui ne fit pas accepter cette cause sans conteste, est aujourd'hui nettement établie. Ce sont le botriocéphale et l'ankylostome qui produisent les anémies les plus graves, du type pernicieux. Pour le botriocéphale, la rareté de cette complication et la possibilité d'apparition des symptômes alors que le parasite est mort ou expulsé, ont fait supposer qu'il s'agit d'une destruction globulaire par des toxines dues à la putréfaction du parasite entier ou de quelques anneaux. Cette explication, émise par M. Bard, est étudiée et acceptée par MM. Courmont et André en un article très documenté. Quant à l'ankylostome qui produit la *chlorose d'Egypte*, il joue, comme l'a démontré M. Blanchard, un rôle important dans l'anémie pernicieuse des mineurs. Il paraît avoir, Alessandrini et Sabrazès l'ont récemment prouvé, un mode d'action double, par les hémorragies qu'il provoque et les toxines qu'il produit.

Pour expliquer l'*anémie pernicieuse des mineurs*, il faut invoquer, en outre de l'ankylostomiase, l'influence de la syphilis, de l'alcoolisme, de l'excès de travail, de la respiration dans un air confiné et vicié.

A la *grossesse* enfin, se rattache une dernière forme d'anémie pernicieuse symptomatique, dont l'étiologie présente une particulière complexité. La fatigue de plusieurs grossesses successives et rapprochées, les soucis et la misère qu'une nouvelle grossesse peut entraîner, les troubles dyspeptiques et les vomissements du début, l'association parfois de néphrite et la rétention des toxines, les hémorragies de la délivrance, l'infection puerpérale, l'allaitement épuisant, sont autant de causes qui se succèdent ou s'associent.

2° Quant à l'*anémie pernicieuse protopathique*, *essentielle* ou *cryptogénétique*, nous avons dit que sa pathogénie soulève un problème étudié depuis longtemps, et qui n'est pas encore élucidé. D'un champ plus ou moins vaste, suivant qu'on en élimine ou qu'on y fait entrer ces formes intermédiaires, à étiologie pauvre, que nous avons déjà signalées, elle a fait naître trois groupes d'hypothèses, que nous indiquerons dans leurs grandes lignes, sans pouvoir en donner ici le détail.

Les uns croient que les faits sont simplement mal interprétés, et que des symptômes que l'on considère comme la conséquence, sont au contraire la cause de l'anémie. C'est ainsi que Stockmann pense qu'il faut incriminer les hémorragies, surtout de petites hémorragies cliniquement inappréciables, qui finiraient par épuiser l'organisme, en se répétant d'une façon incessante, pendant des semaines et des mois : mais on objecte que les recherches les plus minutieuses n'ont souvent pas pu les déceler. Hunter croit qu'il s'agit d'une résorption de toxines, due au mauvais fonctionnement du tube digestif : mais l'estomac et l'intestin sont parfois absolument sains, et le sérum des malades ne présente pas les propriétés destructives envers les hématies qu'il devrait avoir s'il renfermait en excès des poisons hémolysants venus du tube digestif.

D'autres auteurs, reconnaissants que la pathogénie dans certains cas nous échappe, mais s'appuyant sur l'analogie entre les anémies symptomatiques et protopathiques, pensent qu'il faut rechercher dans le même ordre de causes que celles déjà connues, et qu'il s'agit de parasites, de microbes, de toxines ou de poisons dont la voie d'entrée et la nature restent à déterminer. Ils rappellent que l'on a considéré comme des cas typiques d'anémie essentielle les observations d'anémie par ankylostomes, jusqu'au jour où le rôle nocif de ce parasite a été découvert.

Une troisième hypothèse enfin peut être soutenue, et c'est celle que nous avons défendue dans notre thèse. Nous pensons que l'hématopoïèse, quelle que soit sa nature intime, est une fonction comme les autres, qui est susceptible par conséquent de présenter à quelque moment un trouble, un ralentissement, un arrêt. Et de même que le myocarde peut se fatiguer, le rein s'altérer, la muqueuse gastrique s'atrophier, sans l'intervention d'une cause unique, immédiate et brutale : de même on peut concevoir qu'insidieusement s'installe chez un sujet l'anhématopoïèse et par suite l'anémie pernicieuse, conséquence d'une infinité de causes lointaines, qu'il faudrait aller chercher dans tout le passé du malade et dans toute son hérédité.

IV

Symptômes. — Qu'elle soit primitive ou secondaire, sans étiologie connue ou se rattachant au contraire manifestement à l'une des causes si diverses que nous avons étudiées, la déglobulisation extrême qui caractérise les anémies pernicieuses provoque un certain nombre de manifestations morbides. Elles appartiennent à toutes les formes, et se prêtent d'autant mieux à une description d'ensemble qu'elles dominent presque toujours la scène et rejettent la symptomatologie de l'affection initiale au second plan.

Le *début* est lent, insidieux, le plus souvent difficile à préciser. D'une part la faiblesse d'action des différentes causes de déperdition sanguine, d'autre part la résistance de l'organisme qui fait appel à ses réserves globulaires, sont les deux raisons pour lesquelles l'anémie n'est que lentement progressive, mettant plusieurs semaines, plusieurs mois parfois avant d'arriver à la phase ultime d'anémie pernicieuse nettement caractérisée. Le malade pâlit peu à peu, se plaint de palpitations, de troubles gastriques, se fatigue sans raison, s'essouffle au moindre effort, devient bientôt incapable de quitter le lit.

Son *aspect* est alors typique : nullement amaigri, avec un pannicule graisseux bien conservé, il présente une décoloration extrême de la peau et des muqueuses, ce n'est ni la teinte verdâtre de la chlorose, ni la teinte jaune paille du cancer, mais, suivant l'expression de M. Hayem, la *pâleur de la mort*. La face est souvent bouffie ; l'œdème fréquent au niveau des malléoles, a tendance à mesure que l'affection progresse à se généraliser. On constate parfois, mais plus rarement, des taches pigmentaires, des hémorragies cutanées, l'épaississement et la friabilité des ongles, la chute des cheveux.

C'est le fonctionnement de l'*appareil digestif* qui présente les troubles les plus marqués. Nous lais-

sons bien entendu, ici, de côté les cas dans lesquels la lésion gastrique ou intestinale est primitive, cancer de l'estomac, vomissements incoercibles, diarrhée rebelle; il est généralement facile alors d'établir la préexistence des manifestations gastro-intestinales aux symptômes anémiques. Mais chez les malades aussi qui sont atteints d'anémie pernicieuse sans troubles préalables du tube digestif, on voit bientôt ces troubles se montrer et s'accentuer au fur et à mesure que progresse l'anémie. Souvent, tout à fait au début, c'est de la polyphagie, plus rarement de l'anorexie et des vomissements, qui font penser à tort à l'éclosion d'un cancer de l'estomac. Puis, l'état du sang troublant la nutrition normale et le bon fonctionnement de l'estomac, la muqueuse s'altère, les glandes s'atrophient, l'appétit diminue, l'anorexie élective pour la viande se montre, l'analyse du suc gastrique montre qu'il est profondément modifié : il est apeptique ou hypopeptique et l'acide chlorhydrique fait défaut. Ces troubles gastriques, secondaires à l'anémie, influent à leur tour par l'insuffisance d'alimentation qui en résulte, sur l'anémie qui les avait produits, et la marche de l'affection en est rapidement aggravée. D'ailleurs, rarement, on peut trouver un appétit conservé, un suc gastrique normal, une muqueuse intacte, surtout dans les formes à marche subaiguë, où les lésions glandulaires n'ont pas eu le temps de s'organiser.

Moins constants sont les *troubles intestinaux*, diarrhée rebelle, incessante, incoercible. Souvent au contraire, constipation opiniâtre, tantôt seule, tantôt avec des alternatives de diarrhée.

Le *foie* est presque toujours touché. Il devient légèrement douloureux. La pâleur fait place à du subictère ; les urines se foncent et sont chargées de pigments (Chauffard et Lœderich, Courtois-Suffit et Ferrand). Hunter attache à ces symptômes une grande importance pour le diagnostic.

Les altérations du sang, d'une part abaissement de la densité, d'autre part diminution de la teneur en hémoglobine, entraînent du côté de l'*appareil circulatoire* les troubles suivants. Le pouls devient rapide et mou; on constate des souffles extra-cardiaques et des souffles vasculaires; les cavités droites se dilatent (Von Leube); le malade se plaint de palpitations.

Quant aux *hémorragies*, auxquelles on donne généralement, dans la description des anémies pernicieuses, une importance primordiale, nous croyons qu'une confusion s'est établie à leur sujet.

Il faut en effet avoir soin de distinguer deux groupes de faits : les uns dans lesquels l'anémie précède et domine manifestement le tableau clinique; les autres dans lesquels il s'agit évidemment d'anémie post-hémorragique. Parfois même, en face d'un malade présentant le syndrome de l'anémie pernicieuse et ayant des hémorragies muqueuses et cutanées, on peut éprouver une réelle difficulté à dire s'il s'agit d'anémie pernicieuse progressive ou de purpura hémorragique.

L'*appareil respiratoire* est peu touché. D'ordinaire la dyspnée d'effort existe seule; il arrive cependant parfois que le malade est dyspnéique, même quand il est au repos, par l'association de plusieurs causes, insuffisance des échanges respiratoires, engorgement pulmonaire, hydrothorax.

Les *urines* sont de quantité normale, diminuées cependant dans les cas de vomissements répétés ou de diarrhée rebelle. Elles ne renferment ni sucre, ni albumine, généralement une quantité notable d'urobiline et d'indican. Au lieu de traces indosables, comme à l'état normal, on peut trouver une proportion excessive de fer. Quant aux chlorures et à l'urée, leur élimination répond à la quantité de sels et d'azote ingérées.

Il existe quelques troubles du côté du *système nerveux*, manifestation de lésions bien déterminées que M. Lenoble a particulièrement étudiées. La faiblesse est extrême; le malade peut être atteint de parésie, de paralysies parfois; il se plaint de douleurs au niveau des membres inférieurs surtout; il peut avoir de l'exagération des réflexes, des contractions fibrillaires, de la trépidation épileptoïde, de l'hyperesthésie. Parfois les douleurs, les troubles de la marche, la suppression des réflexes créent un type de *pseudo-tabes* par anémie pernicieuse (Déjerine et Thomas, Aynaud).

Dans quelques cas le malade présente de l'insomnie, de l'agitation, du délire. D'ordinaire on constate seulement que son esprit se fatigue vite, que son intelligence devient paresseuse, qu'il tombe enfin dans un état de torpeur voisin du coma.

Les fonctions des *organes des sens* s'altèrent, sont exaltées ou affaiblies. On a particulièrement étudié les troubles oculaires. Ewald considère les hémorragies rétiniennes comme le signe le plus constant et le plus caractéristique : en réalité elles peuvent manquer dans les anémies extrêmes, se montrer par contre dans des anémies peu prononcées.

La *température* est d'ordinaire normale. Elle peut s'abaisser à la période ultime. Nous verrons qu'il existe une forme avec hyperthermie.

V

Evolution. Durée. Terminaisons. — Tel est l'ensemble des grands symptômes des anémies pernicieuses. On associe d'ordinaire à ce terme celui de *progressive*. Le plus souvent en effet l'affection abandonnée à elle-même s'aggrave de jour en jour. Nous avons réservé pour un chapitre spécial l'étude quantitative et qualitative du sang. Disons simplement ici que le nombre des globules tombe peu à peu au-dessous d'un million, de 500 000, de moins encore dans des cas exceptionnels ; diminution progressive qui s'accompagne d'autres modifications sanguines dont nous verrons le détail.

A mesure que l'anémie s'accentue, les symptômes s'aggravent : la faiblesse devient extrême, les œdèmes plus étendus, l'anorexie complète, les vomissements fréquents, la température anormale, dépassant ou n'atteignant pas 37 degrés; le malade de plus en plus somnolent est plongé dans une torpeur dont on ne le tire qu'avec peine, et peu à peu, comme une lumière privée d'oxygène, il s'éteint.

La *durée* de la maladie, dans cette forme progressive et fatale, est d'ordinaire de quelques mois,

parfois quelques semaines, rarement plus d'une année.

Mais l'affection n'évolue pas et ne se termine pas toujours ainsi. Même arrivée à un degré extrême, elle peut guérir et d'une façon définitive lorsque la cause, par exemple des parasites intestinaux ou un cancer de l'estomac, peut être découverte et supprimée.

VI

Formes cliniques. — En outre suivant les conditions étiologiques, la prédominance de tel ou tel symptôme, la marche irrégulière de la maladie, ses associations possibles à d'autres formes morbides, on a décrit quelques types cliniques assez nettement définis.

Nous parlerons plus loin des *formes associées* à la splénomégalie, à la leucémie, au purpura.

Les formes étiologiques, *anémies gravidique*, *cancéreuse*, *parasitaire*, *infectieuses* ou *toxiques*, ne nous paraissent pas mériter davantage ici une étude détaillée : malgré les recherches que l'on a faites pour découvrir à chacune d'elles quelque signe clinique ou hématique particulier, on peut dire que rien ne les distingue, en dehors bien entendu des conditions étiologiques spéciales que nous avons déjà mentionnées, de la présence des signes pathognomoniques de l'affection causale, et de l'évolution essentiellement différente suivant les cas.

Mais quelle que soit son étiologie, symptomatique ou protopathique, l'anémie pernicieuse peut présenter l'une des formes aberrantes que voici :

La *forme fébrile*, dans laquelle la température atteint et dépasse 40 dégrés, tantôt continue, tantôt intermittente, tantôt présentant les plus grandes irrégularités.

La *forme ictérique*, dont plusieurs exemples ont été rapportés par Syllaba, Chauffard et Lœderich, et tout récemment par MM. Courtois-Suffit et Ferrand : l'ictère se montre d'une façon continue ou par poussées successives; sa présence peut égarer le diagnostic; il serait dû à l'insuffisance du foie qui ne pourrait détruire le pigment sanguin en excès.

La *forme pseudo-cancéreuse* : à côté de la forme cancéreuse vraie, il est des cas dans lesquels la précocité et l'intensité des troubles gastriques, l'anorexie élective, les modifications profondes du suc gastrique, l'absence d'HCl libre, font naturellement penser à un cancer de l'estomac qui cependant n'existe pas.

La *forme à rémissions*, ou *anémie pernicieuse de Runeberg*, a une marche irrégulière, avec améliorations notables. Parfois spontanée, cette forme se montre surtout sous l'influence du traitement. Et depuis que l'on emploie contre l'anémie pernicieuse la thérapeutique active dont nous donnons plus loin le détail, on en voit les exemples se multiplier tous les jours. Ces rémissions sont de durée variable et peuvent dépasser une année (Ménétrier, Aubertin, Bloch; Chauffard et Lœderich; Enriquez, Clerc, Rathery).

VII

Pronostic. — Le *pronostic* de l'anémie pernicieuse est variable. Le plus souvent fatale, elle peut dans certains cas s'améliorer et même guérir. On se basera d'abord et surtout sur les conditions étiologiques, sur la possibilité de supprimer la cause ou d'atténuer ses effets. On tiendra compte ensuite de l'examen clinique du malade, du fonctionnement de son tube digestif, du degré de son anémie. Quant à la formule sanguine, des différents signes proposés pour poser un pronostic favorable, le plus sûr nous paraît être la constatation du grand nombre des hématoblastes et de la rétractilité du caillot.

Signalé depuis plusieurs années par M. Hayem, ce signe a reçu des interprétations différentes, il a gardé pratiquement toute sa valeur. En effet, tandis que nous voyons l'accord ne pas se faire sur la valeur pronostique de la présence dans le sang de globules rouges nucléés (les uns, tels que Engel et Dominici, donnant aux mégaloblastes une signification fâcheuse, les autres, MM. Vaquez et Aubertin par exemple, considérant leur présence comme d'un bon pronostic), l'augmentation du nombre des hématoblastes et sa conséquence, la rétractilité du caillot, est considérée par tous comme d'un pronostic heureux. Au contraire, quand on verra qu'il y a peu d'hématoblastes et que le caillot ne se rétracte pas, ou que sa rétraction est inconstante, on pourra dire que le malade est sans doute irrémédiablement perdu.

VIII

Sang. — L'examen du sang dans les anémies pernicieuses devait attirer particulièrement l'attention, et provoquer, comme il est naturel, les recherches les plus approfondies.

Cette étude a montré qu'il n'y a pas une formule fixe, pas un caractère constant, sauf, et par définition même, l'extrême diminution du nombre des hématies (1).

Les altérations du sang portent sur 3 groupes de faits que nous allons passer successivement en revue et qui concernent :

Le sang dans son ensemble;
Le plasma;
Les éléments figurés.

1° Examen physique du sang total. — Le sang est de *couleur* rosée, comme dans la leucémie. Mais il est d'autre part plus fluide, moins visqueux que dans cette dernière affection : la différence cependant, comme le font remarquer MM. Ménétrier et Aubertin, est moins nette qu'on pourrait à priori le penser. Une goutte de sang, recueillie sur une feuille de papier filtre, montre, par pénurie des éléments

(1) En présence de malades si profondément anémiés, on peut avoir, à faire des examens répétés du sang, une appréhension plus instinctive que raisonnée. Or si la simple piqûre du doigt ou de l'oreille peut à la rigueur suffire, nous préférons de beaucoup la ponction veineuse : elle permet l'étude du sérum, l'ensemencement du sang, la recherche de la rétractilité du caillot, et même des numérations plus exactes, puisqu'on est sûr d'avoir du sang non mêlé de sérosité. Et cette soustraction de quelques centimètres cubes de sang n'est en rien nuisible puisque l'organisme, nous le verrons, a des réserves considérables d'hémoglobine, et que l'on a vu même des anémies extrêmes s'améliorer à la suite de saignées répétées.

figurés, autour de la tache rouge centrale, un liséré clair, aqueux.

La diminution du nombre des globules rouges entraîne l'abaissement du chiffre de la *densité*, diminue le poids du *résidu sec* et le volume du *sédiment*.

La *masse totale* du sang n'a pu être déterminée : cette donnée aurait cependant une importance capitale pour savoir quel est le degré d'anémie du sang global. Le procédé récemment imaginé par M. Gréhant, par dosage de quantités infimes d'oxyde de carbone introduit dans la circulation, permettra peut-être de combler cette lacune à l'avenir.

L'étude de la *rétractilité du caillot*, notion introduite en hématologie par MM. Hayem et Bensaude, a montré que le caillot était souvent irrétractile, mais pas toujours. L'irrétractilité coïncide avec la diminution du nombre des hématoblastes : nous avons vu les données qu'on peut en tirer pour le pronostic (1).

2° Plasma. — On n'a pas trouvé, jusqu'ici, du côté du plasma, des modifications pouvant expliquer la destruction des hématies. Le sérum est isotonique; la teneur en substances minérales n'est pas abaissée; le point cryoscopique est normal. La quantité d'albumine est peu ou pas diminuée. Il peut y avoir un degré plus ou moins marqué de cholémie.

Le sérum n'est pas hémolytique, comme on pouvait le croire à priori, même dans les formes d'anémie pernicieuse protopathique.

Mais les gaz du sang sont modifiés : il y a des traces évidentes d'oxyde de carbone, alors que le sang d'un individu sain n'en renferme pas.

3° Éléments figurés du sang. — *Hématoblastes.* — Le *nombre* des hématoblastes est généralement très diminué. La numération d'une technique délicate a été rarement faite : elle a montré qu'ils pouvaient descendre de 300000 à 25000, et même au-dessous.

Globules rouges. — Du côté des globules rouges se montrent les modifications les plus intéressantes et les plus marquées. Leur *nombre* tombe progressivement à 1000000, à 500000, exceptionnellement au-dessous; la fragmentation des éléments, la présence de débris globulaires peut rendre une numération exacte impossible. Conservant parfois leur *diamètre* normal, ils sont le plus souvent de volume très inégal : on constate, à côté des éléments normaux de 7 à 8 μ, des globules nains de 3 et 2 μ, des globules géants qui peuvent atteindre 15 μ. La *valeur globulaire* ou richesse en hémoglobine, est inégale, inégalité qui se montre et pour les différentes parties d'un même globule, et pour des globules voisins; dans son ensemble la valeur globulaire est augmentée le plus souvent; elle peut atteindre le double de la valeur normale; ainsi donc, par une espèce de compensation, la diminution de l'hémoglobine est moins marquée que la diminution du nombre des hématies. La *qualité de l'hémoglobine* étudiée parfois, a montré des modifications de composition : sa richesse en fer est diminuée. La *forme* des globules est presque toujours très altérée; ils deviennent elliptiques, en raquette, en massue : cette *poïkilocytose* associée à l'inégalité de diamètre permet presque, sur une lame de sang sec, avant toute numération, de faire le diagnostic. La *résistance globulaire*, rarement étudiée, que l'on apprécie facilement par la méthode de Vaquez et Ribierre, a été trouvée tantôt augmentée, tantôt diminuée. Enfin leur affinité pour les matières colorantes est modifiée. Au lieu de se colorer exclusivement par les colorants acides, comme à l'état normal, certains globules rouges peuvent fixer aussi les colorants basiques : cette *polychromatophilie* est totale ou partielle, suivant qu'elle porte sur toute l'étendue d'un globule ou seulement sur quelques points de sa surface.

Globules rouges nucléés. — Presque toujours on voit apparaître dans le sang des malades atteints d'anémie pernicieuse des hématies nucléées. Leur moment d'apparition est variable, leur présence inconstante; leur proportion parfois considérable, le plus souvent moindre, en moyenne 1 à 2 pour 100 globules blancs. Quant à leur forme, ce sont, isolés ou associés, des *normoblastes*, des *microblastes*, des *mégaloblastes*, que l'on distingue les uns des autres non par leur diamètre total, mais par le volume et l'aspect de leur noyau. On trouve aussi des *métrocytes*, cellules à hémoglobine avec un petit noyau excentrique.

Globules blancs. — Le *nombre* des globules blancs est normal, augmenté ou diminué : exceptionnellement au-dessous de 2000, rarement au-dessus de 10000. La *formule leucocytaire* est modifiée : il y a souvent de la mononucléose, le nombre des polynucléaires pouvant tomber à 30 p. 100. Mais on constate en outre l'apparition d'éléments qui ne se trouvent pas normalement dans le sang. Ce sont d'abord des *myélocytes*, c'est-à-dire des mononucléaires granuleux, à granulations éosinophiles, basophiles ou neutrophiles, ces derniers prédominants : leur présence est inconstante, leur nombre variable, en moyenne 5 p. 100. Ce sont en outre des *cellules d'irritation de Türck*, gros leucocytes mononucléaires à protoplasma fortement basophile; de *grands lymphocytes* caractérisés par la forme ronde et régulière du protoplasma et du noyau; enfin des *leucocytes iodophiles*, cellules chargées de granulations qui se teignent par l'iode en brun acajou.

Parasites et microbes. — Le sang ne renferme pas de microorganismes, les ensemencements sont négatifs. Certains auteurs avaient cru constater souvent la présence de parasites mobiles et poussant des pseudopodes : M. Hayem a montré que ce sont de petits globules rouges devenus contractiles, et les désigne sous le nom de *pseudo-parasites*, gén-

(1) L'irrétractilité du caillot est un phénomène banal, qu'on observe dans les circonstances les plus variées, qui peut se montrer ou non suivant la technique employée. Il n'a de valeur que lorsqu'il coïncide avec l'absence d'hématoblastes (Bensaude). Or cette dernière constatation est facile à faire, *sans numération*, par un simple examen du point de la préparation où la goutte de sang a été déposée. M. Hayem, et plus récemment MM. Camus et Pagniez (Académie des Sciences, 1906) ont montré les relations intimes entre la diminution des hématoblastes et l'irrétractilité du caillot.

ralement adopté. Et le seul parasite que l'on ait rencontré jusqu'ici est l'hématozoaire du paludisme dans l'anémie pernicieuse secondaire à cette affection. Ajoutons cependant que M. Lefas a décrit récemment des parasites endoglobulaires, trouvés dans trois cas d'anémie grave, et dont l'inoculation a été positive chez le lapin. D'autre part, Arullani a trouvé le tétragène dans un cas.

Telles sont, énumérées sans systématisation aucune, les différentes modifications du sang dans les anémies pernicieuses. Nous devons maintenant montrer comment les auteurs, partant de telle ou telle idée sur l'origine des globules rouges, ont essayé de grouper ces altérations de différentes façons, en donnant à quelques-unes d'entre elles une importance primordiale, en laissant les autres au second plan.

Pour M. Hayem, ce qu'il importe avant tout de connaître, c'est le nombre des hématoblastes, le volume des globules rouges, l'état du caillot. On sait que pour lui la réparation normale du sang se fait par les hématoblastes, qui deviennent des globules nains, puis des globules normaux, et que la diminution du nombre des hématoblastes entraîne, comme d'ailleurs certaines infections et intoxications profondes, l'irrétractilité du caillot. Ce qu'il importe donc de constater, comme manifestations principales de l'altération sanguine, c'est la présence et l'association de ces trois faits : diminution des hématoblastes, d'où irrétractilité du caillot, d'où rareté des globules nains, qui sont des globules jeunes, d'où enfin prédominance de globules géants, qui sont des globules vieux et prouvent que le sang ne se renouvelle pas.

Mais tandis que M. Hayem laisse au second plan la constatation des globules nucléés, des myélocytes, des poïkilocytes, pour d'autres auteurs c'est là le fait primordial.

C'est que pour eux la présence et la nature de ces éléments nous indiquerait exactement l'état de la moelle osseuse : et c'est de cet état que dépendrait le pronostic.

Mais avant d'étudier ces théories, les modifications des organes hématopoiétiques dans l'anémie pernicieuse doivent être très exactement connues.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1907)

Fistules ano-rectales. — M. Tuffier fait un rapport sur deux observations adressées par M. Jeanne (de Rouen), et dans lesquelles il s'agit d'un traitement modifié des vieilles fistules ano-rectales. Ce traitement consiste à prendre le trajet fistuleux, à enlever, par grattage, toutes les callosités, à refermer par trois points de suture, sans sectionner le sphincter. M. Jeanne a eu recours à ce procédé chez deux malades. La première était une femme de cinquante-neuf ans qui portait une vieille fistule ischio-rectale avec perforation du rectum. Il fit l'extirpation du trajet, sutura la plaie et la traita antiseptiquement. La malade guérit. La seconde, une femme de quarante ans, portait une fistule anale ancienne. Elle fut opérée de la même façon.

C'est là un procédé qui peut être recommandé et qui a des avantages, à la condition que la plaie, ainsi fermée et suturée, soit traitée méthodiquement.

Cancer de l'appendice iléo-cæcal. — M. Hartmann fait un rapport sur deux observations de M. Lecène, relatives à deux cas de cancer primitif de l'appendice iléo-cæcal.

Ce ne serait pas une affection aussi rare qu'on l'a cru jusqu'ici et que semblaient le démontrer les statistiques étrangères reposant sur plus de 20 000 examens d'appendices, sur lesquels on n'aurait trouvé qu'un ou deux cas de cancer. Cette rareté apparente ne répond pas à la réalité. D'après les recherches auxquelles s'est livré M Hartmann, on rencontrerait plus fréquemment ces cancers primitifs de l'appendice.

Le premier cas de M. Lecène a trait à une femme de vingt-neuf ans qui fut prise de tous les signes d'une appendicite. Le traitement médical par la diète et la glace eut raison de la crise et la malade fut opérée à froid. M. Lecène enleva l'appendice. Celui-ci était recourbé en cor de chasse et présentait deux petites bosselures que l'examen histologique démontra être de l'épithélioma. Voilà quatre ans que la malade a été opérée et elle continue à se bien porter.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de trente-deux ans qui avait été opéré d'un abcès de la fosse iliaque droite. Ce malade fut pris des symptômes de l'appendicite et opéré. A la pointe de l'appendice se trouvèrent deux petites saillies qui étaient des nodules carcinomateux. Dans une quarantaine de cas analogues qu'a pu rassembler M. Hartmann, jamais les lésions n'étaient volumineuses. Ce sont des lésions d'apparence banale qui se développent assez souvent sur un point rétréci de l'appendice. Histologiquement, il s'agit toujours d'épithélioma cylindrique. L'âge des malades varie de vingt à trente ans. Le sexe paraît sans influence. On constate, dans presque tous les cas, l'existence d'inflammations antérieures de l'appendice. Le diagnostic clinique n'est presque jamais porté avant l'opération. Le traitement est exclusivement chirurgical et consiste dans l'ablation large de l'appendice et de son méso. Les résultats immédiats de l'opération sont bons généralement. Les résultats éloignés paraissent encourageants.

Ces lésions cancéreuses de l'appendice passant inaperçues, il serait utile de faire examiner histologiquement tous les appendices opérés.

Etant donnée l'importance de la question, M. Monod voudrait que l'examen histologique pratiqué par M. Lecène fût vérifié par MM. Cornil ou Letulle.

M. Nélaton doit prochainement faire une communication sur ce sujet. Il attend précisément le résultat d'examens faits par M. Letulle.

M. Routier qui a opéré un bien grand nombre d'appendicites depuis 1888 n'a jamais rencontré qu'un seul cas de myxome de l'appendice. Il n'a jamais constaté aucune récidive chez ses opérés d'appendicite, il persiste donc à croire que c'est là une grande rareté pathologique.

M. Hartmann prétend que le cancer de l'appendice ne récidive pas, c'est là une affirmation qui semble un peu risquée.

M. Quénu rappelle que le même fait s'est passé pour la

trompe. On ne croyait pas au cancer de la trompe. Quand on y a regardé de plus près, on en a trouvé.

Hernie inguino-propéritonéale. — M. Schwartz rapporte un cas intéressant de hernie inguino-propéritonéale, le premier qu'il lui a été donné d'observer. Une femme de soixante-deux ans souffrait depuis dix ans dans la région iliaque droite. Elle avait constaté la présence d'une tumeur qui apparaissait quand elle marchait et disparaissait au repos. Elle fut prise à plusieurs reprises de crises douloureuses ressemblant à des crises d'appendicite; d'autres fois, c'étaient des symptômes d'occlusion aiguë. Dans la fosse iliaque droite on constatait la présence d'une tumeur qui offrait l'aspect d'un volvulus. Mais un volvulus à droite? Cette tumeur était dure, élastique. Quand on la palpait, elle se réduisait d'elle-même et il restait alors, dans la fosse iliaque, un cordon gros comme le pouce. M. Schwartz pensa à un néoplasme ou à une hernie interne. Ce dernier diagnostic était aussi celui de M. Doyen qui fut appelé à voir cette malade.

M. Schwartz l'endormit pour l'opérer. Il constata alors, sous l'influence du sommeil chloroformique l'existence d'une petite hernie inguinale. Il pensa alors à une hernie pro-péritonéale. Il fit donc l'opération par le ventre; il ouvrit largement le péritoine et trouva un énorme lipome intrapéritonéal allant du ligament rond à l'anneau iliaque. Il le reséqua et se porta sur le cæcum; à 15 centimètres environ du cæcum se trouvait un point rétréci, un orifice cicatriciel qui conduisait à deux poches, l'une se portant vers la grande lèvre, l'autre se dirigeant vers la paroi abdominale, au-dessus de l'arcade crurale. Pour faire la cure radicale, M. Schwartz chercha la grande poche et la retourna comme un doigt de gant. La petite poche suivait la grande. Il lia et excisa. La malade guérit.

Fracture de cuisse. — M. Berger présente un malade qui était atteint d'ostéite extrêmement douloureuse de la rotule. M. Berger fit l'extraction de cet os. Le malade se remit et marcha bien. Six ans après, il se casse le fémur; fracture très oblique avec énorme déplacement. A l'aide de l'appareil d'Hennequin, M. Berger est arrivé à une restauration complète. Cet homme marche sans claudication; il n'a pas de raccourcissement; il monte et descend les escaliers comme tout le monde. C'est un très beau résultat.

M. Broca, auquel est arrivé récemment le même accident, montre à ses collègues qu'il se comporte exactement comme le malade de M. Berger.

M. Lucas-Championnière fait observer que l'appareil d'Hennequin bien appliqué donne habituellement ces beaux résultats. Cet appareil n'est pas connu à l'étranger. Il est nécessaire de le faire connaître, car seul il donne ces résultats remarquables, comme celui que vient de montrer M. Berger.

La Société a procédé à l'élection d'une commission chargée de reviser les statuts.

Cette commission est ainsi composée : MM. Ricard, Rochard, Guinard, Routier et Bazy.

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

LIVRES NOUVEAUX

Dangers des tirs à blanc (1), par le docteur Bonnette, médecin-major.

Dans les manœuvres à double action, les soldats font la petite guerre avec des cartouches à fausse balle en carton, dites *cartouches à blanc*.

Généralement les soldats croient que les tirs à blanc sont sans danger; aussi commettent-ils d'inqualifiables gamineries, qui tous les ans entraînent un certain nombre d'accidents graves, parfois mortels.

C'est donc pour montrer toute l'étendue et la gravité de ces blessures professionnelles que le médecin-major Bonnette a reproduit et photographié les dégâts obtenus par ces tirs à blanc sur des cibles en carton, bois, argile, sur des courges, des os, des chiens, des cadavres, etc.

Pour mieux apprécier la force vive de ces coups de feu à blanc, l'auteur a fait construire une plaque dynamométrique qui enregistre la pression subie par elle aux diverses distances.

Il a également reproduit toutes ces expériences avec des cartouches sans fausse balle, car quelques hommes se sont ainsi donné la mort, alors qu'ils espéraient ne se faire que des blessures insignifiantes.

Il a aussi étudié les dégâts vestimentaires produits par ces coups de feu à blanc. Avec la fausse balle on observe de vastes abrasions, avec la balle réelle des pertuis à l'emporte-pièce.

Un curieux chapitre est consacré aux blessures par explosion à l'air libre de ces cartouches à blanc.

Un chapitre non moins intéressant est consacré aux *projectiles secondaires* lancés à l'aide de ces cartouches à fausse balle. Et, à propos d'une balle Lebel ainsi lancée qui avait traversé le mollet d'un de ses soldats, le docteur Bonnette se livra à une série d'expériences pour étudier les modifications subies par les étuis dans les tirs normaux ou anormaux, afin de retrouver le coupable.

Les horribles mutilations produites par des coups de canon à blanc sont rapidement esquissées.

De tous ces faits cliniques et expérimentaux, l'auteur a pu tirer quelques conclusions nettes, pratiques, qu'il est bon de connaître, car ces blessures par coups de feu à blanc revêtent une physionomie très spéciale et sont souvent suivies de complications tétaniques, qui les rendent redoutables.

En résumé, il faut instruire les soldats sur les dangers des tirs à blanc et les engager à manier toujours prudemment leur arme, qu'elle soit chargée à balle ou à blanc. L. Gayard.

Précis des maladies des reins, par Jacques Carles, médecin des hôpitaux de Bordeaux. In-18 jésus cart. toile, de 700 p., avec 93 fig. dans le texte et 4 pl. chromolithographiques hors texte (collection Testut). — Prix : 8 francs. — Paris O. Doin.

---

(1) In-8°. — Paris, 1907, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 27. — MARDI 5 MARS 1907. 80e ANNÉE. MARDI 5 MARS 1907. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le congrès des praticiens s'organise activement, la date d'ouverture en est définitivement fixée au vendredi 12 avril à neuf heures du matin; sa clôture au 14 avril à midi, afin que l'après-midi du dimanche soit réservé à l'assemblée de l'Association générale. Les séances du vendredi matin et du samedi matin seront consacrées aux rapports sur le *libre choix* et questions annexes; celles de l'après-midi à la réforme des études médicales. La séance du dimanche matin sera remplie par le vote des résolutions et l'élection d'une commission permanente chargée de poursuivre la réalisation de celle-ci.

Le *Concours médical*, qui publie ces renseignements, ajoute que le groupe médical parlementaire vient de voter sur la proposition de notre sympathique confrère L. Reymond, sénateur, la motion suivante :

« Le groupe parlementaire des médecins prie M. le ministre de retarder la publication de la liste de la Commission extra-parlementaire, de la réorganisation des études médicales jusqu'à ce que les diverses associations, qu'il croira devoir consulter, aient donné leur liste de candidats, liste purement indicative, dans laquelle il aura toute faculté de choisir ceux qui lui paraîtront les plus qualifiés. »

Sur la proposition de MM. Aubry et Reymond, M. le président exposa ensuite l'urgence de faire rentrer la réforme de l'agrégation dans la réforme générale des études médicales.

Conformément aux décisions ci-dessus, une démarche a été faite aussitôt auprès du ministre qui accepta la motion à la condition que les syndicats ou associations fissent connaître sans retard leurs listes, la commission extra-parlementaire devant être constituée d'ici quelques jours.

Le conseil de direction du Concours médical a aussitôt désigné MM. les docteurs A. Gassot (de Chevilly, Loiret), Gouffier (24, rue de Chartres, à Neuilly) et P. Lacroix (41, rue de Berlin, à Paris) pour être proposés au choix du ministre pour la Commission extra-parlementaire des études médicales.

L'Association professionnelle des journalistes médicaux français a tenu vendredi soir sa deuxième réunion. Cette association n'est nullement une concurrence à l'Association de la presse médicale française composée uniquement de rédacteurs en chef ou propriétaires de journaux. Son but est d'établir un lien de confraternité entre les journalistes médicaux de profession. Elle se propose d'étudier et de sauvegarder leurs intérêts, de recueillir tous avantages pour le bien commun; de constituer entre les sociétaires toutes œuvres de mutualité, de secours immédiats et de retraite compatibles avec la forme syndicale de la Société; de régler les différends professionnels pouvant survenir entre eux en tant que journalistes médicaux.

Sont admis à faire partie de la Société les rédacteurs en chef et rédacteurs de journaux qui prouvent que, depuis moins de cinq ans, ils sont ou ont été attachés pendant deux ans à la rédaction médicale d'un journal comme docteur ou étudiant en médecine.

La cotisation est fixée au chiffre de 6 francs par an.

Le bureau est ainsi composé pour 1907 :

Président : M. Brochin; vice-présidents : MM. Janicot et Monprofit; secrétaire général : M. Cabanès; secrétaires : MM. Lombard et Louis Régis; trésorier : M. Rodet; conseil d'administration : MM. Butte, Foveau de Courmelles, Helme, Jeanne et Noir; conseil de famille : MM. Granjux, F. Le Sourd et Ozenne.

Facultés de médecine. — Concours d'agrégation. (Pathologie interne et médecine légale.) — Le concours vient de se terminer par les nominations suivantes :

Paris. — MM. Castaigne, Sicard, Nobécourt, Jousset et Lœper.

Montpellier. — MM. Lagriffoul, Leenhardt et Gaussel.

Lille. — MM. Raviart et Breton.

Lyon. — MM. Lépine, Lesieur et Martin.

Bordeaux. — M. Cruchet.
Toulouse. — M. Dalous.

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité de médecins des hopitaux. — *Anatomie pathologique.* — Séance du 1er mars 1907 : MM. Courcoux, 9; Boidin, Merklen et Ribadeau-Dumas, 8; Delamare et Paris, 6.

Symptomatologie. — Séance du 2 mars : MM. Guillemot et Léri, 10; Babonneix, 9; Géraudel, 8; L. Le Sourd, 7. — Absent : M. Lippmann.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Oral. — Séance du 1er mars 1907. — Question donnée : « Nerf sciatique, poplité externe. Symptômes et diagnostic du mal perforant et plantaire. »

MM. Stern, 15 1/2 + 24 = 39 1/2 ; Glénard, 16 + 23 = 39; Foy, 14 1/2 + 24 = 38 1/2; Guillaume (Maur.), 14 + 23 = 37; de Vaugiraud, 15 + 21 = 36; Labaude, 13 + 21 = 34; Ausset, 12 + 19 = 31; Bith, 11 + 19 = 30; Niel (V.), 11 + 19 = 30; Rouget, 7 + 18 = 25.

Séance du 3 mars. — Question donnée : « Artère utérine. De la délivrance normale. »

MM. Houdard, 19 + 22 = 41; Dehelly, 15 + 22 = 37 ; Lévy (Edmond), 14 + 22 = 36; Jolivet et Philbert, 14 + 20 = 34 ; Detré, 12 + 21 = 33 ; François (Paul) et Paris, 12 + 18 = 30; Wunschendorff, 8 + 17 = 25.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Orléans. — Un concours pour l'admission de deux médecins-adjoints sera ouvert aux hospices d'Orléans, le 27 mars 1907, à dix heures. Le registre d'inscription sera clos le 17 mars, s'adresser au secrétariat desdits hospices.

MÉDAILLES DE LA MUTUALITÉ. — La médaille d'argent est décernée à M. le docteur Pauthier (de Senlis).

La médaille de bronze à MM. les docteurs Bonnail (de Montmerle), Brunet (de Levroux), Horeau (de Fresnay-sur-Sarthe) et Sicard (de Castres).

GUERRE. — M. Lahaussois, médecin-major de deuxième classe, surveillant à l'École du service de santé militaire, est nommé répétiteur (médecine opératoire et accouchements) à ladite école.

LE POURVOI DU MÉDECIN-MAJOR THIVOL. — La chambre criminelle de la Cour de cassation a admis hier le pourvoi formé devant elle par le médecin aide-major Thivol contre le jugement du conseil de guerre d'Alger qui l'a condamné récemment à cinq ans de réclusion et à la dégradation militaire pour l'assassinat de la femme d'un intendant militaire. La cassation est motivée par la composition irrégulière du conseil de guerre.

CONTRE L'ABSINTHE. — Le comité de patronage des hôpitaux de Paris nous communique la note suivante :

« Nous, membres du comité de patronage des hôpitaux de Paris, y visitant les malades dans le but d'atténuer les souffrances des familles privées de leur chef, émus des ravages causés par l'alcool, spécialement par l'absinthe, demandons à tous les députés de s'associer à ceux de leurs collègues qui ont proposé de proscrire l'absinthe, cause de misère, de folie et de mort.

Signé : G. Mesureur, directeur général de l'Assistance publique ; F. Voisin, vice-président du Conseil de surveillance ; Mmes E. Dujardin-Beaumetz, Labruyer, Michel, Quintin, Rabel, Rivière, la générale Sée, dames du comité du patronage. »

LA VARIOLE A DUNKERQUE. — Un certain nombre de cas de variole ayant été constatés à Dunkerque, M. le professeur Chantemesse, inspecteur général des services sanitaires, vient de se rendre sur les lieux. Il paraît vraisemblable que la maladie a été importée par un bateau, comme le fait s'est produit récemment à Marseille et Saint-Nazaire. Dès maintenant les convocations des territoriaux à Dunkerque ont été ajournées.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur Mathias Duval, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, professeur à l'Ecole d'anthropologie, ancien professeur d'anatomie à l'Ecole des beaux-arts, membre de l'Académie de médecine, décédé à l'âge de soixante-trois ans.

Mathias Duval avait été reçu docteur en 1869, prosecteur à la Faculté de Strasbourg il fut nommé en 1873 agrégé à la Faculté de Paris. En 1885 il succéda à Charles Robin dans la chaire d'histologie de la Faculté. Il publia en 1873 un *Cours de physiologie*, d'après l'enseignement du professeur Kuss, qui fut l'objet de nombreuses rééditions; puis un *Manuel du microscope*, 1873 ; un *Précis de technique microscopique et histologique*, 1878 ; un *Précis de l'anatomie à l'usage des artistes*, 1881, qui fut traduit en allemand, des *Leçons sur la physiologie du système nerveux*, 1883, un *Traité d'histologie*, et de nombreux mémoires, parmi lesquels une étude sur le cerveau de Gambetta, restée célèbre.

L'enseignement de Mathias Duval fut toujours très suivi, car il ne fut pas seulement un professeur d'une grande autorité mais aussi un savant aimable et bienveillant que tout le monde regrettera.

— Nous avons encore le profond regret d'apprendre la mort de M. Georges Reymond, frère de notre excellent confrère Reymond, sénateur de la Loire. Nous adressons à notre confrère toujours si dévoué à la cause des praticiens l'assurance de notre profonde sympathie ; — et celle de M. le docteur Albin Figuier, professeur de pharmacie à la Faculté de médecine de Bordeaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Hygiène internationale. Frontières et prophylaxie, par MM. A. Chantemesse, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, inspecteur général des services sanitaires, membre de l'Académie de médecine, et F. Borel, médecin sanitaire maritime, directeur de la deuxième circonscription sanitaire maritime, lauréat de l'Institut. In-8 de 325 p. avec cartes et tableaux en noir et en couleurs hors texte. — Prix : 7 francs. — — Paris, O. Doin.

L'opothérapie pulmonaire, par le docteur F. Brunet, médecin de première classe de la marine. In-8 de 120 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Les récentes découvertes et leur influence sur l'électrothérapie, par le docteur P. Dignat, ancien chef de clinique à la Faculté de Bordeaux, chef-adjoint du laboratoire d'électrothérapie de la clinique des maladies nerveuses (Salpêtrière). In-8 de 108 p. avec 11 fig. dans le texte. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Doctrine de l'aphasie, conception nouvelle, par le docteur Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. In-8 de 20 p. avec fig. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

LA MALADIE DE FINSEN

Par MM. Antonin PONCET et René LERICHE.

Il est souvent hasardeux et presque toujours difficile de tenter un diagnostic rétrospectif sur les morts célèbres du passé. Fréquemment, tant de versions différentes ont circulé, qu'on a peine à dégager la vérité au travers des récits contradictoires et des faits parfois volontairement imprécisés.

Dans d'autres cas, le difficile n'est plus en l'enquête clinique : tout le détail nosologique est connu, mais les symptômes ne correspondent pas à un groupement habituel; la maladie reste obscure et le lien pathogénique manque pour éclaircir une observation complète. Le jour où pareil fait peut enfin être étiqueté, un haut parrainage est acquis à des cadres nouveaux, le rôle est inversé : l'histoire sert à la médecine.

On pourrait en citer de nombreux exemples. Pour ce qui nous est personnel nous rappellerons que Scarron et Couthon ont bien servi le rhumatisme tuberculeux.

C'est avec un état d'esprit analogue que nous voudrions attirer l'attention sur une vie plus sereine que celles de la plupart des morts illustres dont la critique médicale s'est jusqu'à aujourd'hui occupée. Après une existence simple et droite faite d'un labeur obstiné, Finsen est mort il y a deux ans. Constamment malade, toute sa vie, il dérouta les cliniciens les plus avisés. Son autopsie fut impuissante hier à fixer un diagnostic valable. Il semble aujourd'hui que sa douloureuse odyssée soit d'interprétation facile. A la simple lecture des faits, on verra que sa bizarre maladie peut être étiquetée. La tuberculose inflammatoire en donne la clé.

Voici un résumé circonstancié de sa longue observation, publiée il y a quelques mois par Flöystrup et Scheel [de Copenhague (1)]. Nous en avons élagué d'inutiles détails. Les minutieuses prescriptions d'une diététique sévère fréquemment modifiée et toujours inefficace, de fréquentes analyses d'urine, une constante symptomatologie objective en encombrent le récit, et en alourdissent, sans profit, les grandes lignes. Ainsi réduite, elle impose un diagnostic auquel on songea peut-être, sans le formuler jamais.

Observation. — Niels Reyberg Finsen naquit aux îles Feroé en 1860. Son hérédité était assez lourde : cancer et cardiopathie chez les ascendants. Sa mère mourut de suites de couches.

Son histoire personnelle commence de bonne heure. A deux ans, il eut une *méningite*, dont il guérit; à treize ans, une *fluxion de poitrine* dont il se remit également; à seize ans survint de l'*ictère*, et deux ans plus tard, une *néphrite aiguë*, occasionnellement survenue à la suite d'une partie de chasse. A vingt et un ans, nouvelle maladie : la *rougeole*.

Pendant cette jeunesse maladive, Finsen, perpétuellement frileux, était sujet à de fréquentes lipothymies : brusque fatigue avec pâleur du visage et sueurs froides. On parlait d'anémie cérébrale, sans préciser plus.

En 1883, à l'âge de vingt-trois ans, apparurent des *troubles digestifs* vagues : pesanteur après les repas, sensation de gêne, sans nausées ni vomissements; une diète rigoureuse resta inefficace. Bientôt ils se compliquèrent de *douleurs violentes dans le bas-ventre*, rapidement accrues par la marche, non influencées par l'alimentation ou l'état intestinal.

L'abdomen était dur et tendu. La rate volumineuse débordait les fausses côtes, ainsi que le foie. Le repos était suivi d'une prompte sédation, sans aucun phénomène critique, en particulier sans évacuation gazeuse. En 1887, tous ces symptômes paraissent s'amender, la rate et le foie reviennent à des dimensions normales; un bien-être réel persiste jusqu'en janvier 1888. A cette époque, à la suite d'un violent traumatisme épigastrique, la gêne dans la marche reparaît; les souffrances abdominales se manifestent à nouveau, ainsi que des douleurs précordiales et des irradiations scapulaires.

L'examen physique, à ce moment, ne révélait rien de bien précis : l'état général était satisfaisant; pourtant les *extrémités étaient légèrement cyaniques*. Objectivement, nulle constatation bien nette n'était faite en dehors d'un gros foie, atteignant le rebord costal à gauche, et affleurant l'ombilic. La rate dure et lisse, mobile dans les mouvements respiratoires, dépassait les côtes de trois travers de doigt.

En présence de cette hépatomégalie, Finsen qui avait habité l'Islande se crut porteur d'un kyste hydatique et se fit examiner par un chirurgien, en réclamant une intervention. Mais le professeur Studsgaar élimina cette hypothèse, crut à *une affection cardiaque* et se contenta de ponctionner le foie.

Le trocart ne ramena que du sang.

Les années suivantes se passèrent avec des hauts et des bas. En août 1890, un *léger mouvement fébrile*, de cause inexpliquée, inquiéta le malade; on prononça le mot d'hypocondrie, puis une nouvelle amélioration survint. Ce n'était qu'une trêve. En 1891, toutes les maladies antérieures reparurent : le *ventre était gros*, à cause du volume du foie, pensait-on. Finsen, toujours préoccupé par l'idée du kyste hydatique. fut ponctionné deux fois sans résultat. Bientôt apparut une *ascite* qui grossit rapidement; une ponction évacuatrice allait s'imposer, quand par une diète sèche rigoureuse il obtint un soulagement considérable et une diminution très appréciable du volume du ventre. L'été suivant se passa sans trop d'encombre grâce à une hygiène et une diététique sévères, puis l'ascite réapparut. Pendant des années, par un traitement médical constant, il put vivre dans un état relativement passable, lui permettant de travailler encore activement, mais en 1893, se montrèrent des signes d'*infarctus* à droite : de la fièvre, de la toux, de l'expectoration rosée, de la matité interscapulaire avec respiration diminuée et gros râles surajoutés. A peine ces symptômes étaient-ils disparus d'un côté, qu'ils se montrèrent de l'autre où persistèrent longtemps de *gros frottements*. L'ascite d'ailleurs était toujours perceptible.

Cette situation pénible se prolongea, s'aggrava même pendant des années, si bien qu'en mars 1896, une paracentèse devint nécessaire. A partir de ce moment, il en fut fréquemment ainsi et jusqu'à sa mort Finsen fut ponctionné 18 fois.

De temps à autre, apparaissaient de petits infarctus, suivis de phénomènes pleuraux, dans les quatre dernières années. L'épanchement fut assez abondant pour être ponctionné à deux reprises différentes. Le foie et la rate étaient perceptibles. Le cœur ne présentait rien de bien précis.

(1) A. Flöystrup et V. Scheel. La maladie de N. R. Finsen (cas de péritonite, chronique, hyperplastique, exsudative) avec les propres documents de Finsen sur le traitement de sa maladie, *Die Therapie der Gegenwart*, juillet 1905.

Puis le liquide péritonéal parut devenir moins abondant; le malade souffrait beaucoup, tout effort était pénible et lui causait de vives douleurs. Il avait l'impression que ses viscères étaient étreints par des *adhérences :* la rate et le foie semblaient diminuer de volume et devenir durs. De temps à autre, les extrémités s'œdématiaient.

En décembre 1900, en février 1901, de minutieux examens n'apprennent rien de nouveau. Pourtant le foie paraissait toujours très volumineux, la rate débordait les côtes de 4 centimètres. Finsen, très amaigri, se soumit de nouveau à une diététique sévère. Malgré cela, il souffrait beaucoup et toussait constamment. En l'été 1906, un séjour à la campagne ne l'améliora pas, les douleurs devenaient intolérables, lui faisant souhaiter la mort. Pourtant, de temps à autre, il se reprenait à espérer, et songeait encore à son hypothèse si souvent écartée de kyste hydatique.

En août, se montrèrent de la bronchite, de la diarrhée et des phénomènes fébriles. Une ponction retira 3 litres de liquide péritonéal. Les crises douloureuses se rapprochaient, calmées par la morphine. Le 24 septembre, brusquement, après avoir causé avec ses amis et ses assistants, il s'affaissa et mourut.

Il semble à lire cette longue histoire clinique qu'un diagnostic s'imposait : celui de tuberculose chronique des séreuses. Mais l'augmentation du volume du foie, de la rate, paraissait avoir donné le change. L'autopsie faite le 25 réservait des surprises. Le protocole en est long et détaillé. En voici l'essentiel :

Examen du thorax : la plèvre droite contient 300 grammes de sérosité, la gauche 500. En dehors de l'épanchement, *les plèvres très épaissies adhèrent à la paroi et au diaphragme.* Les poumons atélectasiés dans le bas, sont congestionnés et œdémateux. Il n'y a pas trace d'infarctus, ni de tuberculose, mais les *ganglions trachéo-bronchiques sont tuméfiés et hyperhémiés.*

Symphyse péricardique, avec plaques calcaires. Le cœur est petit sans la moindre lésion valvulaire.

Examen de l'abdomen : ascite légère, 500 grammes de liquide. Le *foie est petit*; sa surface lisse est porcelainée, semée de petites masses dures, blanchâtres. Il adhère fortement au diaphragme. En d'autres points, même *symphyse péritonéale*, notamment au niveau de la rate : la *séreuse est épaisse et adhérente.*

A la coupe, le foie est granuleux, avec une épaisse capsule jetant dans le parenchyme de fortes travées fibreuses. La rate est volumineuse. Les autres organes sont sains. A noter cependant en quelques autres points, des adhérences multiples des viscères à la paroi. Les *ganglions mésentériques sont gros, hyperhémiés.*

Rien aux organes génitaux.

Il est aisé de résumer brièvement les détails de cette complète observation.

Après une enfance maladive, coupée de nombreux épisodes dont les plus marquants furent une méningite en bas âge et une fluxion de poitrine un peu plus tard, Finsen commença à vingt-trois ans la maladie dont il devait mourir. Ce sont des troubles digestifs vagues, puis des douleurs abdominales qui ouvrirent la scène. On dirait un début de péritonite tuberculeuse. Pendant des années, sa santé se maintint plus ou moins chancelante avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Se trouvant un gros foie, Finsen est de bonne heure hanté par l'idée de l'échinococcose, endémique en certaines régions, où il séjourna. Autour de lui on songe à une maladie cardiaque. Vers l'âge de trente ans, après des poussées fébriles légères, le malade fait une ascite volumineuse, des poussées pleurales que l'on interprète comme des infarctus. Puis son état s'aggrave, il souffre beaucoup, maigrit, tousse, et finit par mourir presque subitement.

L'autopsie montre une symphyse générale des séreuses, une polysérosite avec réaction atrophique, sur le foie notamment. Le cœur et les reins étaient sains. Il n'y avait pas de lésion tuberculeuse des poumons, mais de gros ganglions trachéo-bronchiques et mésentériques.

Il s'agit là, à n'en pas douter, d'une de ces périviscérites très étudiées, dans ces dernières années, par Bard, par Huchard notamment. Il n'est pas dans nos intentions de nous expliquer sur cette question purement médicale. Seule nous intéresse la pathogénie de telles lésions. D'une seule nous parlerons donc.

« Le cœur, le rein et les vaisseaux, suivant les époques et suivant les auteurs, se disputent l'honneur de créer ou d'expliquer les scléroses polyviscérales » a dit Bard. Si dans la maladie de Finsen, un de ces facteurs entrait en jeu, nous ne nous en occuperions pas. Ce ne serait point notre fait, mais Finsen ne fut ni un cardiaque, ni un rénal, ni un artério-scléreux. On doit donc chercher ailleurs.

Quand les causes précédentes ne peuvent entrer en ligne de compte, il faut, dit-on, invoquer des causes multiples. Dans un récent travail, Horeau (1) énumère les facteurs auxquels on pouvait songer : parmi eux, les intoxications, l'alcool n'ont rien à faire dans le cas particulier. Restent les grandes infections générales chroniques : la syphilis, la tuberculose et les infections aiguës.

Parmi elles, dit Horeau, une a vraiment un rôle prépondérant : la tuberculose.

Finsen était-il donc tuberculeux? Dans son histoire clinique, à tout instant on est tenté de dire oui. Cette vie continuellement maladive, qui débute par une méningite, semble avoir été imprégnée précocement et pour toujours, par le bacille de Koch. Mais cela ne suffit pas. On ne se contente pas aujourd'hui d'une impression clinique pour affirmer la tuberculose. On exige un critérium plus scientifique. Dans le cas particulier, il n'en a malheureusement pas été cherché : on ne possède ni séro-diagnostic, ni épreuve de la tuberculine. Des abondants liquides de si nombreuses ponctions, aucun ne fut inoculé. Bref on ne sait rien de ce chef. Et d'autre part, le protocole d'autopsie note qu'il n'y avait pas de manifestations tuberculeuses dans les poumons. On a bien trouvé de volumineuses adénopathies. Il est vrai que l'examen histologique en est absent!

Faut-il donc abandonner l'idée de tuberculose? Nous ne le pensons pas et voici pourquoi. Lorsque la tuberculose intervient avec élection sur tout un système organique, comme le système séreux, lorsqu'elle n'est pas seulement maladie d'appareil ou

(1) Horeau. *Les périviscérites de la tuberculose fibreuse généralisée aux séreuses*, Th. de Paris, 1906

maladie d'organe, elle ne le fait pas suivant son mode habituel et n'engendre pas toujours ses réactions ordinaires.

Tantôt très infectante et très virulente, elle y prend l'aspect granulique, ou bien, atténuée, moins sévère, elle ne se traduit que par des manifestations fluxionnaires à tendance scléreuse ultime, sans grand caractère anatomique. Dans ce dernier ordre de lésions, les stigmates histologiques de l'infection causale sont rares et même absents. Rien n'y révèle, macroscopiquement surtout, son action. Pas mal de symphyses péritonéales ou pleurales sont dans ce cas. Un très grand nombre d'hydarthroses, de rhumatismes tuberculeux en sont d'autres exemples. Pour telle séreuse, en particulier, pareille notion est classique.

Ce que l'on admet d'une séreuse, on doit l'admettre de toutes. Ce n'est pas en vain qu'on a parlé de « maladies des séreuses ». Leur mode de réaction est uniforme et le raisonnement par catégorie et par région, doit être banni en pathologie. Comme Bichat l'avait dit, il y a « unicité physiologique et pathologique du tissu conjonctif ».

Si donc une séreuse peut s'enflammer banalement, hors des formules habituelles de la tuberculose, toutes le peuvent isolément, et toutes le peuvent simultanément. Puisqu'il y a une pleurésie sèche sans tubercule, on doit admettre des périviscérites tuberculeuses purement inflammatoires.

Jusqu'ici les choses sont fort simples. Mais, dira-t-on, en acceptant tout cela, du moins faut-il un foyer tuberculeux primitif d'où régulièrement s'échappent les toxines diffuses, engendrant, à distance, les manifestations multiples de la tuberculose inflammatoire? Effectivement, ainsi en est-il dans un grand nombre de cas. C'est sur ces faits que nous avons surtout insisté jusqu'à présent. Mais il peut en être autrement.

Dès le début de nos recherches dans cet ordre d'idées, nous avons parfaitement indiqué l'existence d'un rhumatisme tuberculeux primitif. En pareil cas, des fluxions polyarticulaires subaiguës peuvent apparaître comme premières manifestations de l'infection tuberculeuse. Soit race de bacille, soit pour toute autre raison, les lésions, en pareil cas, sont purement inflammatoires d'emblée, sans même qu'il existe un foyer latent de tuberculose virulente.

Le fait clinique a généralement été admis, et de nombreuses observations ont, de tous côtés, entièrement vérifié ce que nous avancions. L'explication, par contre, en a semblé risquée. Et pourtant, avec la notion des bacilles atténués, de telles choses devaient paraître simples. On sait qu'Arloing, par divers artifices de laboratoire, a obtenu des races bacillaires de moins en moins virulentes, et qu'aux termes de la série, ces bacilles de Koch, *n'ayant plus le pouvoir infectant habituel, produisent seulement des lésions inflammatoires congestives, puis scléreuses, chez les animaux inoculés.*

Récemment, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, il revenait sur ces notions capitales de bactériologie expérimentale, auxquelles on n'avait peut-être pas accordé l'attention qu'elles méritaient.

Bref, à une gamme de virulence correspond une gamme de spécificité anatomique. Or donc, puisque, expérimentalement, il en est ainsi, étant donné que la clinique reproduit les premiers éléments de la série, elle doit en reproduire les autres.

Schématiquement, si l'on veut, il y aurait, de par la bactériologie, trois races de bacilles de Koch : des bacilles très virulents à réaction étroitement spécifique ; des bacilles atténués à réaction peu caractéristique mais encore spécifique ; des bacilles de pouvoir très amoindri, à réaction banale.

Cliniquement, aux trois types de bacilles, aux trois ordres de lésions, doivent correspondre trois groupes nosologiques. Les deux premiers sont connus : ce sont la tuberculose granulique ou caverneuse et la scrofule. Le troisième n'est pas encore décrit. Troublé par la surprenante banalité d'un agent habituellement spécifique, on n'a pas voulu voir ce qui théoriquement devait exister et ce qu'on rencontrait à tout instant. Faut-il donc, par un traditionnalisme scrupuleux, s'en tenir à l'étroite conception d'antan? Nous ne le croyons pas, et depuis quelques années, nous répétons que le cadre clinique de la tuberculose doit être élargi, qu'à côté des processus bien connus de tous, elle peut engendrer, primitivement ou secondairement des lésions, purement inflammatoires, et strictement banales.

D'aucun nous accusent, en parlant ainsi, de trop étendre son champ d'action, de voir la tuberculose partout, là surtout où elle n'est pas, et d'arriver ainsi à la négation même de la tuberculose scientifiquement établie.

Est-ce donc la nier que de donner pratiquement l'extension intégrale que lui assigne la bactériologie pure? Et si l'on veut porter la question sur le terrain doctrinal exclusif, est-il donc plus scientifique de ne voir par pur classicisme, dans la tuberculose clinique, qu'une partie de la tuberculose expérimentale?

Nous ne voulons pas rappeler les vieilles querelles dualistes et unicistes. Là aussi, les uns qui se réclamaient contre les autres de la seule anatomie pathologique, furent un jour convaincus d'avoir été trop théoriciens. Plus près de nous, combien de temps n'a-t-on pas nié la nature tuberculeuse de la carie sèche parce que semblait se dérober le seul critérium exigible?

Dans tout ceci, nous verrions donc un motif de plus, s'il en était besoin, de croire que nous avons raison, en donnant, de par la clinique seule, à certaines lésions, une étiquette que le laboratoire leur refuse.

Aussi de ce long plaidoyer, nous conclurons, ainsi que nous l'avons déjà écrit bien des fois, qu'il existe des tuberculoses inflammatoires pures sans tubercule. Le foyer le plus minime peut en être la cause. Elles peuvent même exister d'emblée. De telles lésions ne coïncident pas avec des processus destructifs parce que leur mode de production immunise lentement le porteur contre une tuberculose plus virulente. Nous dirions volontiers qu'en pareil cas, la nature a spontanément réalisé la vaccination antituberculeuse depuis si longtemps cherchée par les

expérimentateurs et tant attendue par les foules. N'est-ce point d'ailleurs avec cette race de bacilles peu virulents et aspécifiques, « agents du rhumatisme tuberculeux, » qu'Arloing est amené à immuniser des animaux de laboratoire contre la tuberculose maligne?

Et maintenant pour revenir à notre point de départ, qu'en fut-il de Finsen? Il nous paraît après tout ce que nous venons de dire, *un bel exemple de tuberculose inflammatoire*. Ses périviscérites, sa maladie des séreuses étaient-elles primitives, nous ne savons, l'examen bactériologique et anatomique de ses adénopathies trachéo-bronchiques et mésentériques, vraisemblablement tuberculeuses, étant absent.

Peu importe au fond. Nous voulions à son sujet simplement soulever une question de doctrine.

Elle nous semble résolue. Il est curieux qu'il en ait été la démonstration idéale.

Suprême ironie des choses, Finsen est mort de l'agent même dont il avait si souvent fait triompher les autres!

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DES CONVULSIONS DE L'ENFANCE

Par le professeur Weill (de Lyon).

Quand vous aurez à soigner un petit éclamptique, dit M. le professeur Weill (de Lyon), dans une récente clinique (1), vous lui éviterez toute excitation cérébrale, les émotions, les frayeurs; vous préviendrez les écarts de régime, vous lutterez contre la constipation, l'helminthiase, les végétations adénoïdes dans le cas de laryngospasme.

Si vous avez affaire à une affection fébrile, vous userez des affusions froides, du drap mouillé, des bains froids et tièdes, de la glace sur la tête. Si cet enfant est un paludéen, vous donnerez du sulfate de quinine.

En cas de spasme de la glotte compliqué de convulsions, vous serez amenés parfois à pratiquer l'intubation.

Si les urines renferment de l'albumine, vous prescrirez une diète lactée sévère, vous pourrez faire une saignée, appliquer des sangsues dans la région lombaire.

Chez les rachitiques vous aurez recours à l'huile phosphorée.

Le *traitement de l'accès* proprement dit consistera en inhalations de chloroforme, si toutefois il n'y a pas d'indigestion; vous prescrirez du chloroforme pour anesthésie chirurgicale, et vous l'emploierez *larga manu*. La tolérance de l'enfant au chloroforme est remarquable; je l'ai employé chez un enfant de deux mois; on a signalé son emploi chez des enfants de quinze jours. On doit le préférer à l'éther dont les doses à absorber doivent être beaucoup plus considérables pour obtenir le même effet.

La plupart des pédiatres sont partisans de l'inhalation chloroformique. Vous ferez respirer v à vi gouttes sur un mouchoir: les convulsions cesseront, vous arrêterez l'anesthésie; elles reprendront moins violentes, vous continuerez l'administration au moment des crises en la suspendant pendant leurs intervalles; vous les ferez ainsi venir de moins en moins intenses et fréquentes, jusqu'à disparaître complètement.

Vous pourrez également avoir recours aux bains tièdes prolongés une heure ou deux, ils n'ont aucune contre-indication.

(1) *Rev. int. de méd. et de chir.*, 25 février 1907.

Trousseau préconisait la compression carotidienne, alternativement à droite et à gauche si les convulsions sont généralisées, et, dans le cas d'hémiconvulsion, du côté opposé. On maintiendra la compression une quinzaine de minutes; les convulsions céderont pour reprendre quand on l'aura lâchée, mais toujours de moins en moins fréquentes et de moins en moins intenses après chaque compression. Ce traitement a parfois une réelle valeur, indépendamment de toute considération théorique sur le rôle de la congestion cérébrale dans la pathogénie de l'éclampsie.

On peut employer aussi la saignée générale, les sangsues au niveau des mastoïdes ou dans les régions malléolaires.

Les injections de sérum artificiel à la dose de 25 à 50 centimètres cubes deux ou trois fois par jour ont donné parfois de bons résultats. Je vous les recommande plus spécialement dans les éclampsies avec température élevée, sécheresse des muqueuses, dysurie et ralentissement de la circulation périphérique.

Dans les convulsions asphyxiques on se trouvera bien des inhalations d'oxygène. Dans le laryngospasme, Marfan conseille les tractions rythmées de la langue, et Vogel les titillations de la luette.

Mais votre rôle ne se bornera pas là : il vous faudra aussi éviter le retour des accès, et pour cela, vous administrerez du chloral, du bromure ou de l'antipyrine. Le chloral a une action très rapide; chez le nouveau-né on donnera des doses de 0,03 à 0,05 centigrammes; chez le nourrisson, de 0,05 à 0,15 centigrammes; ces doses pourront être renouvelées trois, quatre, cinq fois par jour; en lavement vous emploierez des doses doubles.

Le bromure peut être donné à des doses fortes, n'hésitez pas à aller, même chez le nourrisson, à des doses de 1, 2 et même 3 grammes par jour. Je suis en général très timoré en thérapeutique; malgré cela je prescris le bromure à très haute dose et je n'ai jamais eu d'accidents.

L'antipyrine a été aussi administrée, mais je lui préfère de beaucoup le bromure et le chloral; l'antipyrine agit cependant même dans la chorée, et l'incontinence d'urine.

Après la cessation des convulsions, il convient de placer l'enfant dans des conditions de repos cérébral aussi complet que possible. Pendant quelques mois on cherchera à le soustraire à toute excitation, qu'elle provienne d'une alimentation trop copieuse ou mal appropriée à son âge, d'une émotion ou d'une fatigue physique, d'un entourage trop bruyant, même de jeux et de distractions trop multipliés. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 25 février 1907)

De la nocivité des huîtres. — M. J. Baylac a fait des expériences sur les huîtres de la Méditerranée (huîtres *fraîches* des parcs de Cette et de l'étang de Thau) et sur des huîtres de l'Océan (Marennes, la Tremblade). Contrairement à l'opinion des auteurs qui déclarent que la nocivité des huîtres est directement proportionnelle à leur récente extraction des parcs d'origine, il pense que, comme pour les poissons, leur fraîcheur et leur parfait état de conservation sont les con-

ditions indispensables à leur parfaite innocuité. Les huîtres se contamineraient donc surtout pendant le transport en chemin de fer et pendant le « rafraîchissement », fort en usage chez les marchands au détail.

Les éléphants ont-ils une cavité pleurale? — Mme Phisalix. Le genre éléphant ne comprend qu'une espèce : l'*Elephas indicus*; l'éléphant d'Afrique constitue à lui tout seul un autre genre, le genre *Loxodon*. Les caractères différentiels tirés de la dentition, de la forme du front sont suffisants pour qu'on ne puisse étendre qu'avec prudence au *Loxodon* les constatations faites sur l'*Elephas* par Boas et les autres auteurs (voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 22, p. 258).

Mme Phisalix apporte d'aillleurs le résultat de 2 autopsies d'éléphants d'*Asie*, qui présentaient tous deux des plèvres nettement différenciées comme l'éléphant d'*Afrique*, Sahib.

L'absence de cavité pleurale chez les éléphants ne saurait donc être considérée comme un phénomène normal et constant.

MM. Lancereaux et Paulesco font une communication sur **un cas remarquable d'anévrisme de l'artère ophtalmique guéri par la gélatine.**

MM. Charrin et Goupil exposent un travail sur la **séparation des sécrétions microbiennes** (dans une culture) entre le liquide de cette culture et les microbes (toxines libres et toxines adhérentes; corps extra-cellulaires et corps intra-cellulaires).

MM. Marinesco et Minea communiquent leurs nouvelles recherches sur la **transplantation des ganglions nerveux** (transplantation chez une grenouille).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 1er mars 1907)

Auto-inoculation de chancre syphilitique. — M. Queyrat présente un nouveau cas d'auto-inoculation de chancre syphilitique. C'est le 17e résultat positif qu'il a pu réussir sur 20 tentatives faites dans les onze premiers jours de l'apparition du chancre.

Un cas d'alexie ou de cécité verbale pure avec autopsie. — M. Souques montre le cerveau d'un homme qui présentait durant sa vie une alexie très nette avec hémiopie latérale droite. A l'autopsie on rencontra sur l'hémisphère gauche une seule lésion : un foyer de ramollissement ancien siégeant à la face interne du lobe occipital. Le foyer s'avançait jusqu'à la partie la plus profonde du pli courbe et coupait en ce point les fibres qui en partent ou qui s'y rendent. La zone de Wernicke était donc atteinte dans sa partie postérieure et profonde, ce qui expliquait le reliquat d'aphasie constaté chez le malade.

Volumineux corps étranger de la plèvre gauche. Diagnostic par la radiographie. Extraction. Guérison. — MM. Galliard et Chaput. Un garçon de dix-neuf ans ayant subi en 1906 la pleurotomie dans le neuvième espace par un empyème consécutif à un coup de couteau continue à tousser et à cracher. Une radiographie démontra l'existence d'un gros drain étendu obliquement de la troisième côte à la dixième et contenu dans la plèvre. Ce drain fut extrait et le malade guérit complètement.

Radiothérapie dans les paralysies spasmodiques spinales. — M. Babinski montre à la Société un enfant qu'il avait déjà présenté il y a trois mois et qui a presque complètement guéri à la suite d'un traitement radiothérapique d'une contracture généralisée au cou, au tronc et aux quatre membres, consécutive à un accident d'automobile. Il présente en outre une femme de vingt-huit ans qui a commencé à éprouver des fourmillements et de la faiblesse dans les membres en 1906, et qui bientôt a été atteinte de paralysie spasmodique complète. Cette malade fut soumise à un traitement par les rayons X, environ un mois après le début de la radiothérapie on a noté une amélioration extrêmement sensible. Les progrès ont été sans cesse en s'accentuant et aujourd'hui cette femme peut marcher sur une distance de 20 à 30 mètres en se plaçant entre deux chaises.

Tolérance comparée des divers hydrates de carbone par l'organisme des diabétiques. — M. Marcel Labbé. Le régime alimentaire des diabétiques est dominé par une question de quantité : il faut réduire l'ingestion des hydrates de carbone au-dessous de la dose que le sujet est capable de tolérer. Il y a aussi une question de qualité, car les diabétiques ne tolèrent pas au même degré les diverses espèces d'hydrates de carbone.

Par de nombreuses expériences, M. Labbé est parvenu à établir une échelle de comparaison pour la tolérance des divers hydrocarbonés par l'organisme des diabétiques ; cette échelle est la suivante : 1° pomme de terre; 2° farine d'avoine; 3° macaroni; 4° châtaignes; 5° riz; 6° haricots secs; 7° lentilles; 8° pois secs ; 9° lait; 10° pain; 11° sucres.

L'amidon de la pomme de terre est toléré sans produire de glycosurie à dose beaucoup plus élevée que l'amidon du pain. D'après cela la pomme de terre représente bien, ainsi que M. Massé l'avait montré, l'aliment hydrocarboné le plus avantageux pour un diabétique. La farine d'avoine est aussi un bon aliment, mais ne peut être supportée à haute dose. Les pâtes alimentaires, le riz, et surtout les légumes secs qui contiennent une forte proportion d'albumine, seront utilisés avec beaucoup d'avantages dans le régime des diabétiques. Le lait est au contraire parmi les plus mal tolérés, et le pain est, à tous les points de vue, le plus mauvais aliment pour les diabétiques.

La différence de tolérance pour les divers hydrates de carbone ne tient pas à une différence d'absorption intestinale, mais sans doute à une différence dans la constitution chimique et l'évolution intra-organique des divers amidons et sucres.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(séance du 21 février 1907)

Luxation des ménisques inter-articulaires du genou. — M. Billot (de Paris) montre que les cas de méniscite ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le penser, il croit que beaucoup de cas d'hydarthrose chronique sont dus à cette affection. — Ces luxations seraient assez fréquentes dans l'armée anglaise, fait remarquer M. Billet (de Châlons), elles seraient dues pour la plupart à la pratique du foot-ball. Le chirurgien Porter les traite systématiquement par l'ablation du ménisque.

La dysenterie. — La discussion continue sur la prophylaxie de la dysenterie; M. Manon (de Montargis) montre que d'autres insectes que les mouches sont agents vecteurs des germes dysentériques, ce sont les *lamellicornes*, tribu des scarabéides. Ces insectes sont des stercoraires, ils fouillent

les matières fécales et vont même déterrer les matières enfouies. D'où nécessité absolue de stériliser les matières fécales, et à ce propos le procédé d'incinération du docteur Bréchot, que rappelle M. G.-H. Lemoine (de Paris), semble donner toute satisfaction,

Prophylaxie de la scarlatine. — M. Renard (de Besançon) expose que toutes les mesures prises par les médecins militaires ne serviront à rien tant que la loi de février 1902 sur la protection de la santé publique restera lettre morte dans la population civile.

M. Simonin fait remarquer qu'il en sera ainsi tant que la désinfection ne pourra suivre la déclaration. Or le matériel et le personnel manquent partout et l'on se souvient qu'en 1905 c'est au matériel et au personnel militaires que le ministère de l'Intérieur dut avoir recours pour assurer les postes quarantenaires destinés à protéger notre frontière du Nord-Est contre le choléra de Hambourg.

Sur la fréquence des ostéomes consécutifs aux lésions traumatiques du coude. — Alors que de 1881 à 1905, sur 375 blessés envoyés à Bourbonne pour des traumatismes du coude on ne notait que 30 cas d'ostéome soit 8 p. 100, en 1906 sur 26 malades de cette catégorie, la radiographie décelait 11 cas d'ostéome du brachial antérieur (42 p. 100), accompagné 4 fois d'ostéome du triceps. C'est là, dit M. Salle (de Nancy) un méfait du massage. Il faut dans les traumatismes du coude n'employer que les mouvements passifs, précoces, mais exécutés suivant une progression lente et soigneusement mesurée. Lorsque l'ostéome est constitué, la mécanothérapie permet d'augmenter l'amplitude des mouvements de flexion et d'extension ; mais au point de vue curatif, les passages électrolytiques de chlore constituent, comme l'affirme le professeur agrégé Guilloz (de Nancy), le *seul* procédé thérapeutique ayant quelques chances de donner d'heureux résultats.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 2 mars 1907)

Evaluation des aliments ternaires ingérés pendant la grossesse par le cobaye, et utilisation de ses aliments. — Dans cette note, M. Maurel évalue les aliments ternaires pris par la mère en excédent de ceux nécessaires à son entretien pendant la grossesse; et transformant ensuite tout cet excédent en corps gras, il montre le rapport entre cet excédent et la quantité de ces corps contenus dans les fœtus et mis en réserve par la mère. Voici ses conclusions :

1° De même que les albuminoïdes, les ternaires sont pris en excès au début de la grossesse ;

2° Mais leur excédent diminue en suite, si bien que ces aliments peuvent même devenir inférieurs aux besoins de la mère ;

3° Enfin il existe un rapport approximatif entre l'excédent de ces aliments ingérés et ceux qui suivent à la constitution du fœtus, et aussi qui parfois sont mis en réserve par la mère pour être pris pendant le nourrissage.

Les divers segments du tube urinaire. — M. A. Policard (de Lyon). Le tube urinaire doit être considéré comme formé de trois parties : *glomérule*, partie *urinipare* ou sécrétrice, partie *urinifère* ou vectrice de l'urine formée en amont. La partie urinipare doit être divisée en trois segments cytologiquement et physiologiquement distincts : 1° un premier segment à cellules à bâtonnets protoplasmiques et à bordure en brosse; 2° un deuxième segment grêle, à cellules endothéliformes, sans bâtonnets, ni brosse; 3° un troisième segment à cellules, à bâtonnets mais sans brosse.

Ce schéma nouveau, basé sur des caractères cytologiques et histophysiologiques doit prévaloir sur le schéma classique, qui est trop ancien et non adapté aux nouvelles données de l'histologie.

Le traitement pastorien peut-il favoriser l'éclosion de la rage chez une personne en incubation? — M. Remlinger. Comparant la chronologie de 140 cas de mort chez des personnes ayant subi le traitement antirabique à Paris, à Varsovie et à Cracovie, et celle de 100 décès par rage chez des personnes non soumises au traitement pastorien, Nitsch est arrivé à cette conclusion que la mort se produit plus tôt chez les personnes traitées et que les longues incubations sont plus fréquentes chez celles qui ne se soumettent pas au traitement. Pour M. Remlinger, il y a là une cause d'erreur, car l'incubation de la rage est d'autant plus courte que les morsures sont plus graves. Or ce sont les morsures bénignes qui échappent au traitement et les morsures graves qui lui sont soumises. Du reste, la statistique de l'Institut antirabique de Constantinople donne un résultat diamétralement opposé à celui des instituts visés par Nitsch. Un grand nombre de faits cliniques prouvent que la méthode pastorienne n'est nullement capable de favoriser l'éclosion de la rage chez les personnes en incubation. Le seul argument, bien indirect et bien détourné qu'on puisse faire valoir en faveur de cette opinion, c'est l'analogie qui existe entre le vaccin antirabique et les autres virus-vaccins. La vaccination contre le charbon et le rouget, par exemple, réveille les micro-organismes de ces affections qui sommeillaient, parfois même d'autres microrganismes encore, et la mort peut s'ensuivre. Le traitement antirabique réveille assez souvent le paludisme, mais là se borne tout son pouvoir favorisant.

Action du globule rouge comme régulateur de la diapédèse leucocytaire. — Pour M. G. Froin, la diapédèse leucocytaire dans les hématomes est influencée d'abord par le degré de souffrance vitale qui frappe les hématies et ensuite par l'état de la pression dans la cavité où les hématies stagnantes attirent les leucocytes. Ainsi dans le liquide céphalorachidien les globules rouges s'altèrent vite et acquièrent rapidement une forte action chimiotactique que refrène l'hyperpression de la poche arachnoïdo-pie-mérienne. Dans la plèvre, les conditions sont inverses.

Les mêmes facteurs se constatent dans toutes les inflammations, quelle que soit leur nature. Dans les pleurésies et les méningites, il y a toujours extravasation de globules rouges qui règlent la diapédèse selon le degré de l'action globulicide de l'agent pathogène. Si le globule rouge est peu altéré par ses microbes ou ses toxines, il provoque une diapédèse modérée qui se maintient à peu près dans les mêmes proportions que celle qui résulte d'un hématome simple et présente une évolution comparable.

Dans certains processus à réaction macrophagique locale, il peut y avoir leucocytose et en particulier lymphocytose sans extravasation préalable de globules rouges.

En somme, dans les cavités de l'organisme, le globule rouge et le macrophage sont par-dessus tout les éléments dont la chimiotaxie positive sollicite les leucocytes de la circulation à la manifestation essentiellement vitale que constitue la diapédèse.

Hypochloruration brusque chez les tuberculeux. — M. Claret apporte un certain nombre de courbes d'excrétion chlorurée à la suite de la déchloruration brusque chez des tuberculeux. Les unes confirment entièrement les faits rapportés par MM. Enriquez et Ambard le 25 janvier 1907 (établissement brutal de l'équilibre en un ou deux jours au plus). Les autres s'en écartent en montrent l'hyperchlorurie tenace et l'impossibilité d'égaler l'excrétion et l'ingestion chlorurée.

L'auteur pense que l'on peut réunir ces deux types d'excrétion chlorurée : la deuxième saisirait sur le vif les débâcles chlorurées intermittentes, prolongées, survenant après tout épisode aigu de la maladie et déminéralisant le terrain tuberculeux en chlorures comme il l'est en phosphates, en chaux, etc.; la première, au contraire, mettrait en lumière les résultats de cette déminéralisation chlorurée, la mise en équilibre brusque étant la résultante de l'épuisement des réserves chlorurées mobilisables de l'organisme.

Autre communication :

Deuxième note sur la greffe des ganglions rachidiens. — M. Nageotte.

Pouvoir antiseptique du zimphène (acide méta-oxycyanocinnamique). — MM. Cambier et Girauld.

Recherches sur le mécanisme des oxydations dans les tissus animaux isolés. — MM. Battelli et Stern.

Action de l'acide et de l'aldéhyde formiques sur les phénomènes digestifs et la circulation. — M. Fleig.

Vision entoptique de certains éléments du corps vitré. — M. Fortin.

Sur l'action des longues étincelles de haute fréquence et de haute tension sur les tissus normaux et pathologiques. — M. de Keating-Hort.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

AU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

Comme on le sait, le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine a donné sa démission collective, en raison de la divergence d'opinions syndicalistes, qui le divisaient en deux groupes. Chacun de ces groupes se représente devant les électeurs avec son programme et ses projets de statuts.

Le samedi 2 février les docteurs Granjux et Noël ont été convoqués par l'Association amicale des médecins d'Asnières, Bois-Colombes, la Garenne, etc., pour y développer l'un et l'autre le programme du groupe auquel ils appartiennent.

Chacun de nos confrères a exposé son opinion sur les principaux points qui ont divisé le Conseil, à savoir le libre choix du médecin, la translation du siège social à la Bourse du travail et les candidatures politiques.

La place nous manque aujourd'hui pour développer complètement les idées émises, nous aurons l'occasion d'y revenir.

A la suite de cet exposé le président de l'Association amicale des médecins d'Asnières a déclaré que ses confrères désiraient que leur délégué fût porté sur les deux listes, ce qui permettrait à chacun d'eux de voter pour telle ou telle liste suivant ses préférences. Nous croyons savoir qu'à la suite de ce désir il a été décidé par chaque parti que sur la liste de ses candidats au Conseil d'administration figurerait simplement la mention : « délégué des médecins d'Asnières, » et que le nom de ce délégué serait communiqué à l'assemblée générale par ses mandataires.

En somme réunion bien confraternelle dans laquelle les orateurs, cordialement accueillis par les confrères d'Asnières, ne se sont pas écartés, malgré la divergence de leurs opinions, de la plus correcte courtoisie, et se sont bien gardés de ces attaques personnelles, qui enveniment les questions les plus simples en apparence. Il est à désirer que la tenue de cette réunion contradictoire, qui a montré une fois de plus que tout peut se dire, serve de modèle et d'exemple à l'assemblée générale du 17 mars.

LIVRES NOUVEAUX

Les aliments usuels (1), par M. Alfred Martinet, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le succès obtenu par les deux éditions de son excellent ouvrage sur les *Médicaments usuels* dont nous avons parlé ici-même voici quelques mois, ce succès, disons-nous, a incité M. Alfred Martinet a publier un traité des *Aliments usuels*. Cette suite était logique, la thérapeutique étant de nos jours aussi diététique que pharmacologique.

On retrouvera dans ce nouveau livre toutes les qualités qui font de son frère aîné un guide à la fois sûr et pratique pour le médecin. L'auteur a étudié d'abord les aliments en général, minéraux et organiques, et nous recommanderons en passant la lecture du chapitre relatif à l'établissement de ce régime déchloruré si indispensable à connaître, si difficile à faire accepter en clientèle.

Dans la seconde partie M. Martinet étudie chaque classe d'aliments en particulier, et après avoir exposé clairement mais sans détails superflus leur composition, leurs propriétés générales, leur digestibilité et leur rôle dans la nutrition, il entre en plein dans la pratique quotidienne et décrit leurs diverses préparations culinaires. Là réside l'originalité du livre et il en tirera un succès certain; comme le dit l'auteur lui-même : « il n'a pas craint souvent d'entrer dans des détails de cuisine pure, et de mettre la main à la pâte. » C'est là ce qui manque le plus souvent aux ouvrages relatifs à l'alimentation et en fait des traités de chimie physiologique, et non des aides pour le praticien aux prises avec les exigences sans cesse croissantes d'un public de plus en plus averti des choses de la diététique.

Pour notre part l'ouvrage de M. Martinet nous a déjà rendu de grands services et nous ne doutons pas qu'il en soit de même pour tous ceux qui auront recours à lui.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Les aliments de l'homme (2), par J. Alquier, ingénieur agronome.

A l'occasion du premier congrès international d'hygiène alimentaire, M. J. Alquier a publié récemment, condensés en quelques pages pour l'usage courant, les chiffres et documents qui constituent les données fondamentales nécessaires à l'établissement raisonné du régime alimentaire de l'homme.

La valeur nutritive de nos divers aliments solides ou liqui-

(1) In-8° de 328 p. — Paris, Masson.

(2) *Revue de la Société scientifique d'hygiène alimentaire et de l'alimentation rationnelle de l'homme.* N° spécial, prix 10 francs. — Paris, 1906. Masson.

des s'y trouve indiquée dans les *tables alimentaires* qui forment en quelque sorte la base de ce travail de vulgarisation.

Dans une seconde partie l'auteur dresse des *tables de substitutions* permettant de remplacer les principaux aliments les uns par les autres à valeur nutritive égale. Quelques graphiques comparent enfin les mêmes aliments en tenant compte simultanément de leur valeur économique et de leur valeur vénale sur le marché, ce qui est le seul moyen de les classer au point de vue réellement économique. Les aliments cotés au plus bas prix ne sont pas nécessairement les plus avantageux.

L'œuvre de M. Alquier est de celles qui font comprendre au plus grand nombre que la science de l'alimentation peut contribuer à améliorer considérablement la santé publique et à accroître le bien-être général. On verra en outre qu'il est aisé de découvrir des conséquenses économiques intéressantes derrière les chiffres arides réunis dans le tableau.

L. GAYARD.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 11 AU 16 MARS 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 11 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Rieffel et Pierre Duval.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

3e (2e partie, oral) : MM. Gaucher, Roger et Balthazard; — M. André Broca, suppléant.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Mauclaire et Proust; — (2e partie) : MM. Déjerine, Teissier et Marcel Labbé; — M. Claude, suppléant.

Mardi 12 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Albarran, Retterer et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Bezançon et Maillard.

1er (oral) : MM. Poirier, Hartmann et Launois; — M. Dupré, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Marion et Morestin; — (2e série) : MM. Berger, de Lapersonne et Auvray; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Rénon et Gouget; — — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 13 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Delens, Sébileau et Rieffel.

4e (oral) : MM. Poirier, Cunéo et Pierre Duval.

2e : MM. Gautier, Ch. Richet et Retterer; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Laënnec* : MM. Landouzy, Teissier et Marcel Labbé; — M. Claude, suppléant.

Jeudi 14 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Marion et Rieffel.

4e : MM. Chantemesse, Dupré et Richaud; — M. Langlois, suppléant.

Vendredi 15 mars, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Mauclaire et Cunéo.

1er (oral) : MM. Kirmisson, Sébileau et Rieffel.

2e : MM. Gariel, Ch. Richet et Branca.

3e (2e partie, oral) : MM. Blanchard, Brissaud et Legry; — M. Balthazard, suppléant.

5e (1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Desgrez, suppléant.

Samedi 16 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Retterer et Thiéry.

4e : MM. Chantemesse, Vaquez et Richaud; — M. Thiroloix, suppléant.

THÈSES

Mercredi 13 mars 1907, à une heure. — M. ARIFEFF. Etude des rhinotomies osseuses antérieures. (MM. Terrier, président; Blanchard, Gosset et Branca.) — M. SASSANI. Les précurseurs français de Schleiden et de Schwann. (MM. Blanchard, président; Terrier, Gosset et Branca.)

Jeudi 14 mars 1907, à une heure. — M. FUMOUX. Les injections d'eau de mer en thérapeutique. (MM. Cornil, président; Gilbert, Vaquez et Demelin.) — M. HERBINET. Des hémorragies dans l'insertion vicieuse du placenta. De leur traitement à la maternité; statistique de trois années. (MM. Gilbert, président; Cornil, Vaquez et Demelin.) — M. DUCLOS. Des indications et de la valeur de l'anus contre nature dans les cancers du gros intestin (rectum excepté). (MM. Le Dentu, président; Pozzi, de Lapersonne et Brindeau.) — M. PFLIEGER. Grossesse et accouchement dans le cas de fœtus volumineux. (MM. Pozzi, président; Le Dentu, de Lapersonne et Brindeau.) — M. OUDOT. De la convergence chez les myopes corrigés. (MM. de Lapersonne, président; Le Dentu, Pozzi et Brindeau.) — M. MAILLE. La mort rapide dans l'eczéma chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Thoinot, Méry et Jeanselme.) — M. DESHAYES. Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale otitique. (MM. Thoinot, président; Hutinel, Méry et Jeanselme.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Policlinico. — (Fév. 1907.) *Partie médicale.* — Prof. G. ZAGARI : Xérostomie et fonctions des glandes salivaires. Un type morbide dû à l'absence de fonctionnement des glandes salivaires. — Publio CIUFFINI : Contribution à l'étude de la motilité et de la sécrétion gastriques. — P. CASCIANI : Nouvelles recherches cryoscopiques sur les eaux minérales. — Alessio NAZARI : Artério-sclérose et occlusion des artères mésentériques.

Riforma medica. — (N° 6, 9 fév. 1907.) A. BONOME : L'emploi de précipitines pour le diagnostic de la tuberculose et pour la différenciation des tuberculoses humaine et bovine. — Filiberto IACOBELLI : Résection du nerf médian pour névrite traumatique. — C. PARENTI : Un cas de syphilo-sclérose initiale phagédénique de la lèvre inférieure. — (N° 7, 16 fév.) Gaetano GAGLIO : Quelques théories de chimie physique, appliquées à la pharmacologie. — R. CARACCIOLO : Contribution à l'étude de la cystinurie. — Aldo MASSAGLIA : L'action du collargol et du cacodylate de soude dans les trypanosomiases expérimentales. — C. PARENTI : Un cas de syphilo-sclérose initiale phagédénique de la lèvre inférieure.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 7, 14 fév. 1907.) FRISCH : Technique des sutures tendineuses. — MARKL : Un cas de peste sur le vapeur du Lloyd « Calypso ». — GRÜNBERGER : Sur un anévrisme du tronc brachiocéphalique amélioré par les injections de gélatine. — LIEBMANN : Sur la novaspirine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 28. — JEUDI 7 MARS 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 7 MARS 1907. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, le 6 mars 1907.

Il y a quelques semaines (1), dans la séance du Sénat du 22 janvier, M. le ministre de l'Instruction publique, répondant à notre confrère, le sénateur Reymond, lui disait, à propos de la « réorganisation complète des études médicales » : « Dès à présent, nous nous occupons de constituer une commission chargée d'*éluder* [sic] (2) la question, et je puis vous assurer qu'elle sera composée de manière que toutes les compétences puissent s'y faire entendre. »

Le ministre a tenu parole.

Le *Journal officiel* du 5 mars publie les décrets et arrêtés transformant le certificat d'études médicales supérieures en une simple admissibilité à l'agrégation.

Le même *Journal officiel* publie en outre un interminable arrêté apportant au programme du P. C. N. des modifications qui n'ont sans doute rien de bien définitif, car un autre arrêté institue, au ministère de l'Instruction publique, « un comité de perfectionnement de l'enseignement des sciences physiques, chimiques et naturelles préparatoires aux études médicales. » Cette commission est composée de cinq professeurs de Faculté. — Mais les praticiens promis? direz-vous. — Patience, nous y arrivons.

La réforme de l'agrégation, que le groupe médical parlementaire, avec tous les praticiens, demandait à faire rentrer dans la réforme des études médicales (3), étant bien et dûment réglée, ainsi que le P. C. N., il n'y a plus d'inconvénients à les faire intervenir.

Le *Journal officiel* publie donc **ENFIN** la composition de la « commission chargée de rechercher quelles modifications il y y lieu d'apporter dans l'organisation des études médicales ». On en verra plus loin la liste.

Cette commission n'aura même plus à *étudier* la question, le ministre a tenu à justifier l'amusante coquille typographique du *Journal officiel* : grâce à lui, la question est en partie *éludée !*

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 13, p. 145.
(2) *Journal officiel*, 1907, p. 220, 2e col.
(3) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 27, p. 313.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECINS DES HOPITAUX. — *Anatomie pathologique.* — Séance du 4 mars 1907 : MM. Coyon et Grenet, 9; Herscher et Émile Weill, 8; Lejonne et Vitry, 7.

Absents : MM. Legroux et Louste.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — ORAL. — Séance du 4 mars 1907. — Question donnée : « Sinus veineux de la base du crâne. Anatomie pathologique. Symptômes et diagnostic de la paralysie infantile. »

MM. Cruet, 18 + 24 = 42; Jacoulet, 14 + 23 = 37; Woimant, 14 + 23 = 37; Cesbron, 12 + 24 = 36; Levant, 14 + 22 = 36; Verdoux, 14 + 22 = 36; Prelat, 13 + 22 = 35; Genil-Perrin, 10 + 17 = 27.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — GRENOBLE. — M. le docteur Corneloup vient d'être, après concours, institué professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine.

GUERRE. — M. le médecin-major de deuxième classe Matignon passe dans l'armée coloniale par permutation avec M. le docteur Gaimard.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Sibut (de Paris) est nommé chevalier du Mérite agricole.

L'ADMISSION DANS LES HOPITAUX DE PARIS. — La direction de l'Assistance publique vient de faire afficher l'avis suivant;

« Les consultations dans les hôpitaux et les dispensaires sont exclusivement réservées aux malades privés de ressources, nécessiteux ou indigents.

Toute personne se présentant à l'hôpital doit justifier de son indentité, de son domicile à Paris et de son indigence par une carte du bureau de bienfaisance, quittance de loyer, etc.

Hors les cas d'urgence, les médecins et les agents de l'administration doivent écarter de la consultation les personnes que leur profession, le chiffre de leur loyer, etc., n'indiquent pas comme ayant droit à la gratuité des soins.

L'administration de l'Assistance publique fera des enquêtes à domicile pour vérifier les déclarations des consultants et exercer, au besoin, des poursuites pour le recouvrement d'office des frais de séjour ou de consultation et pour la répression des abus.

Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique,

G. MESUREUR. »

L'AFFAIRE DE LARIBOISIÈRE. — Une double question était posée aux juges de la première chambre du tribunal civil : un interne des hôpitaux peut-il pratiquer une opération chirurgicale en l'absence de son chef de service? Cette opération peut-elle être pratiquée sur une femme sans le consentement du mari?

La demanderesse était une dame D... qui, entrée en novembre 1904 à l'hôpital Lariboisière, pour y subir une opération du rein droit, fut opérée d'une « hystérectomie supra-vaginale ».

Elle prétendit que cette opération, qui aurait eu pour elle des conséquences graves et qui n'était, à son avis, nullement justifiée, fut faite sans son consentement, sans celui de son mari, et non point par M. Hartmann, chef du service, dans lequel elle avait été placée, mais par l'interne de celui-ci, M. Lecène.

Et elle demandait que MM. Hartmann et Lecène fussent condamnés à lui verser 10 000 francs à titre de dommages-intérêts.

La première chambre vient de débouter Mme D... de son action.

ERREUR DE PHARMACIEN. — On se souvient de l'erreur grave que commit, en décembre dernier, un pharmacien de Paris. A une vieille dame souffrant d'une maladie de cœur, son médecin avait ordonné des pilules de sulfate de spartéine. Or, le pharmacien se trompa et délivra des pilules de sulfate de strychnine. La malade en prit une et mourut.

Poursuivi pour homicide par imprudence devant la onzième chambre correctionnelle, le pharmacien coupable vient d'être condamné à six mois de prison avec sursis, 600 francs d'amende et au paiement des frais funéraires évalués à 2 000 francs et d'une rente viagère de 800 francs.

CONGRÈS ITALIEN DE PÉDIATRIE. — La Société italienne de pédiatrie tiendra cette année son congrès à Padoue, au mois de septembre. Les inscriptions devront être adressées au professeur V. Tedeschi, de l'Université de Padoue.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de quatre-vingt-douze ans, de M. F.-J. Hergott, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Nancy, membre associé de l'Académie de médecine et correspondant de l'Institut; et de MM. les docteurs Bachelet (de Vernon), Boissier (de Lamalou-les-Bains), Masson (de Fère-Champenoise) et Ruck (de Saint-Raphaël).

L'ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL PROFESSIONNEL organise, du 25 mars au 6 avril 1907, une série de cours à l'usage des praticiens.

LISTE DES COURS. — I. *A l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente.* — Neuf heures et demie. Chirurgie dentaire, M. Roy. — Onze heures. Maladies nerveuses, M. Lamy; — Quatre heures. Orthopédie et chirurgie infantile, M. Barbarin; — Cinq heures. Accouchements, M. Dubrisay; — Cinq heures. Hygiène et thérapeutique infantiles, M. Nobécourt; — Six heures. Electrothérapie, M. Zimmern.

II. *Dans différents hôpitaux.* — Huit heures. Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, M. Leredde (établissement dermatologique); — Neuf heures et demie. Auscultation, M. Audistère (Hôtel-Dieu); — Neuf heures et demie. Maladies des voies urinaires, M. Pasteau (Necker); — Onze heures. Ophtalmologie, M. Morax (Lariboisière); — Onze heures. Maladies de l'estomac, M. Enriquez (Hôtel-Dieu); — Onze heures et demie. Oto-rhino-laryngologie, M. Laurens (Clinique de la Trinité); — Gynécologie, M. N.

Le droit d'inscription de chaque cours (qui comprendra en moyenne 9 leçons) est fixé à 25 francs, payables en s'inscrivant. On peut s'inscrire par correspondance.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au docteur Barbarin, 186, faubourg Saint-Honoré, Paris.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes de Pâques.* — A l'occasion des fêtes de Pâques, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 23 mars, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 11 avril 1907.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVI, n° 5, 31 janv. 1907.) W. P. GRAVES : Rapport sur le traitement du cancer par la trypsine. — Helen C. PUTNAM : L'instruction de la physiologie et de l'hygiène sexuelle. La possibilité de sa démonstration dans de nombreuses écoles publiques. — J. M. FRENCH : Une maladie spécifique peut-elle avorter? — Henry Farnum STOLL : Les idées modernes et anciennes concernant les adénites tuberculeuses. — H. W. MITCHELL : Un cas de delirium tremens par absorption de chloral. — (N° 6, 7 fév.) E. W. TAYLOR : Tumeur de la moelle épinière allant jusqu'à la destruction de la colonne lombaire, hydrocéphalie, névrite optique double et accouchement indolore (6 fig.). — Prince A. MORROW : La prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes. — H. P. TOWLE : Dermatite exfoliative et dermatite herpétiforme.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 7, 16 fév. 1907.) PINCUSSOHN : Contribution à la question du cacao.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 7, 14 fév. 1907.) FÜRBRINGER : Traitement de l'impotence. — KOLACZEK et MÜLLER : Sur un procédé simple pour distinguer les suppurations tuberculeuses des autres. — SIEBERT : Sur la stomatite mercurielle et sa prophylaxie par la pâte d'isoforme. — WOLF-EISSNER : Recherches sur la fièvre des foins pendant l'année 1906. — THÉOPOLD : L'antisepsie en obstétrique. — KLEIN : Sur la dilatation artificielle de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement. — GOLDMANN : La posologie du protargol. — EIJKMANN : Sur la cause de l'arrêt de croissance des bactéries.

Medizinische Blatter. — (N° 7, 16 fév. 1907.) WEINBERG : La tuberculose à Stuttgart, 1873-1902. — LUSTIG : L'artériosclérose et son traitement.

LA TRANSFORMATION

DU

CERTIFICAT D'ÉTUDES MÉDICALES SUPÉRIEURES

DOCUMENTS OFFICIELS

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE, DES BEAUX-ARTS ET DES CULTES

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu le décret en date du 25 juillet 1906;

Vu la loi du 27 février 1880;

Vu l'avis du Conseil supérieur de l'instruction publique en date du 28 décembre 1906, ainsi conçu :

« Le Conseil supérieur de l'instruction publique, estimant qu'il convient à la fois de couper court aux interprétations erronées auxquelles a donné lieu la création du certificat d'études médicales supérieures et d'assurer les avantages d'ordre scientifique qu'il attendait de cette création pour le recrutement de diverses fonctions dans les facultés et écoles de médecine, est d'avis qu'il y a lieu :

1° De rapporter le décret du 25 juillet 1906;

2° De maintenir en leur nature et forme, avec toutes leurs sanctions universitaires, les épreuves qu'il établissait comme épreuves communes d'admissibilité aux épreuves spéciales des diverses sections de l'agrégation des facultés de médecine, telles qu'elles sont fixées par l'arrêté du 25 juillet 1906;

3° De fondre en un seul statut les dispositions relatives à ces épreuves communes et à ces épreuves spéciales et de modifier les règlements en vigueur en maintenant aux candidats dont les noms figureront sur la liste de l'admissibilité à l'agrégation les avantages qui avaient été attribués aux docteurs en médecine pourvus du certificat d'études médicales supérieures en vue du recrutement de diverses fonctions dans les facultés et écoles de médecine. »

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Est et demeure rapporté le décret du 25 juillet 1906, par lequel était institué un certificat d'études médicales supérieures.

ART. 2. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 20 février 1907.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :
Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,
ARISTIDE BRIAND.

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu le décret du 22 août 1854;

Vu les statuts des 20 décembre 1855, 16 novembre 1874 et 27 décembre 1880;

Vu le décret du 12 juillet 1878 et l'arrêté du 17 juillet 1885;

Vu l'arrêté du 30 juillet 1887;

Vu la loi du 27 février 1880;

Vu l'avis du Conseil supérieur de l'instruction publique en date du 28 décembre 1906,

Arrête :

TITRE PREMIER

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE PREMIER. — Les épreuves des concours qui déterminent la nomination des agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont réparties en deux séries indépendantes, épreuves d'admissibilité et épreuves d'admission.

Les épreuves d'admissibilité sont communes à tous les candidats; les épreuves d'admission sont spéciales, suivant les sections déterminées ci-après.

TITRE II

DES ÉPREUVES D'ADMISSIBILITÉ

ART. 2. — Nul n'est admis à s'inscrire pour les épreuves d'admissibilité s'il ne justifie du grade de docteur en médecine.

ART. 3. — Le ministre détermine, d'après les besoins des établissements d'enseignement supérieur médical de l'Etat, le nombre maximum des candidats qui peuvent être déclarés admissibles à la suite de chaque concours.

Suivant la valeur des épreuves, le jury peut rester en deçà de ce nombre.

ART. 4. — La date et le siège des épreuves sont fixés par le ministre.

Les registres d'inscription sont ouverts dans les secrétariats des académies six mois avant la date fixée pour les épreuves. Ils restent ouverts pendant quatre mois.

ART. 5. — Les épreuves sont subies devant un jury de neuf membres choisis par le ministre parmi les professeurs titulaires ou honoraires et les agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes.

Aucune faculté ne peut avoir plus de quatre membres dans le jury.

Le jugement peut être rendu valablement par cinq juges.

ART 6. — Les épreuves d'admissibilité sont :

1° Une composition écrite d'anatomie, d'histologie et de physiologie;

2° Un exposé oral de trois quarts d'heure au maximum sur une question de pathologie générale;

3° Une épreuve pratique d'anatomie pathologique y compris les divers procédés d'exploration des tissus et des humeurs morbides.

ART. 7. — Le président du jury assure la surveillance des épreuves et la régularité des opérations.

ART. 8. — Les sujets de la composition écrite sont choisis par le jury.

L'enveloppe qui les contient ne doit être ouverte qu'au début de la composition, en présence des candidats.

La durée de la composition écrite est de quatre heures.

Elle a lieu dans une salle fermée.

Les candidats ne peuvent s'aider d'aucune note, d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit.

Chaque candidat, après avoir signé sa composition, la remet au membre du jury chargé de la surveillance, lequel y appose son visa.

Les compositions sont lues en séance publique sous le contrôle d'un des juges.

ART. 9. — Trois heures sont accordées à chaque candidat pour la préparation, en salle fermée, sans notes et sans ouvrages imprimés ou manuscrits, de l'exposé oral sur une question de pathologie générale.

Tous les sujets proposés pour cette épreuve sont choisis par le jury avant le commencement de la série des exposés oraux.

Il doit y avoir autant de fois trois sujets que de candidats. Ces sujets sont placés trois par trois sous enveloppes fermées. Chaque candidat tire une de ces enveloppes suivant l'ordre déterminé par le sort, et choisit pour son exposé oral un des trois sujets qu'elle contient,

ART. 10. — Le jury détermine le temps accordé aux candidats pour la préparation de l'épreuve pratique et pour l'exposé des résultats de leur travail.

ART. 11. — L'admissibilité est prononcée par le jury, après délibération.

La liste des candidats déclarés admissibles est dressée par ordre alphabétique.

Elle est publiée au *Journal officiel*.

Après la clôture des opérations, le président du jury adresse au ministre un rapport sur les résultats des épreuves.

ART. 12. — Le bénéfice de l'admissibilité reste acquis indéfiniment.

ART. 13. — Le premier concours pour les épreuves d'admissibilité s'ouvrira en 1908.

A partir du 1er janvier 1909, un concours sera ouvert chaque année pour ces épreuves.

TITRE III

DES ÉPREUVES D'ADMISSION

Art. 14. — Les épreuves d'admission correspondent aux sections suivantes :

1. *Médecine.* — Anatomie humaine et comparée ; — histologie et embryologie ; — physiologie ; — physique biologique et médicale ; — chimie biologique et médicale ; — sciences naturelles appliquées à la médecine ; — pathologie générale et médecine interne ; — anatomie pathologique ; — médecine expérimentale et comparée ; — thérapeutique et pharmacologie ; — hygiène ; — médecine légale ; — maladies nerveuses et psychiatrie ; — maladies cutanées et syphilitiques ; — chirurgie générale ; — obstétrique ; — chirurgie infantile et orthopédie ; — ophtalmologie ; — maladies du larynx, du nez et des oreilles ; — gynécologie ; — maladies des voies urinaires.

2. *Pharmacie.* — Pharmacie et matière médicale.

Art. 15. — Nul n'est admis à se présenter aux épreuves spéciales pour les sections de médecine s'il n'a subi avec succès les épreuves d'admissibilité.

Art. 16. — Les candidats aux fonctions d'agrégé (section de pharmacie) dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie doivent justifier :

Soit 1° du doctorat en médecine et de l'admissibilité après les épreuves communes, soit 2° du titre de pharmacien de première classe et du doctorat ès sciences physiques et naturelles, soit 3° du diplôme supérieur de pharmacien.

Art. 17. — Les épreuves sont :

1° Une épreuve de titres.

Elle consiste en un exposé public de ses travaux personnels fait par le candidat.

En vue de cette épreuve, le candidat est tenu de fournir une notice imprimée de ses titres et travaux scientifiques.

Le format de la notice est le format prévu par l'arrêté du 1er mai 1896 pour les thèses de doctorat en médecine.

Les candidats doivent déposer en outre un exemplaire de chacune de leurs publications.

2° Une épreuve théorique.

Elle consiste en une leçon orale de trois quarts d'heure faite, après quatre heures de préparation dans une salle fermée, sur une question se rattachant à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat est inscrit. Le candidat choisit entre trois sujets contenus dans une enveloppe tirée au sort.

La surveillance est organisée par le président du jury.

Les ouvrages qui se trouvent à la bibliothèque universitaire sont mis à la disposition du candidat, sur sa demande.

3° Une épreuve pratique sur un sujet se rattachant à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat est inscrit.

Pour chaque ordre d'agrégation, le jury détermine la nature de l'épreuve pratique, sa durée et la durée de l'exposé oral public où le candidat rend compte de cette épreuve.

Art. 18. — Les jurys des diverses sections sont nommés par le ministre.

Ils sont constitués ainsi qu'il suit :

Section d'anatomie humaine et comparée et section d'histologie et embryologie. — Un seul jury composé de cinq juges titulaires : deux professeurs d'anatomie ; — un professeur d'anatomie comparée ou d'embryologie ; — deux professeurs d'histologie.

Deux juges suppléants.

Section de physiologie. — Trois juges titulaires : deux professeurs de physiologie ; — un professeur d'histologie, de physique médicale, de chimie médicale ou de médecine expérimentale.

Deux juges suppléants.

Section de pysique biologique et médicale. — Trois juges titulaires : deux professeurs de physique ; — un professeur de physiologie ou de médecine expérimentale.

Deux juges suppléants.

Section de chimie biologique et médicale, — Trois jugrs titulaires : deux professeurs de chimie ; — un professeur de physiologie ou de médecine expérimentale.

Deux juges suppléants.

Section des sciences naturelles appliquées à la médecine. — Trois juges titulaires : deux professeurs d'histoire naturelle ; — un professeur de pharmacologie ou de médecine expérimentale.

Deux juges suppléants.

Section de pathologie générale et médecine interne. — Sept juges titulaires : un professeur d'anatomie pathologique ou de médecine expérimentale. — Les autres juges seront choisis parmi les professeurs de pathologie générale, de pathologie interne, de thérapeutique, de clinique médicale, et des cliniques médicales spéciales.

Trois juges suppléants.

Section d'anatomie pathologique. — Cinq juges titulaires : deux professeurs d'anatomie pathologique ; — un professeur d'histologie ; — un professeur de pathologie générale ou de pathologie expérimentale ; — un professeur de médecine interne.

Deux juges suppléants.

Section de médecine expérimentale et comparée. — Trois juges titulaires : un professeur de médecine expérimentale ; — un professeur de pathologie générale, de médecine interne, de thérapeutique, d'hygiène ou d'anatomie pathologique ; — un professeur d'histologie ou de physiologie.

Deux juges suppléants.

Section de thérapeutique et pharmacologie. — Cinq juges titulaires : un professeur de thérapeutique ; — un professeur de pharmacologie ; — un professeur de médecine interne ; — un professeur de physique médicale ; — un professeur de physiologie.

Deux juges suppléants.

Section d'hygiène. — Cinq juges titulaires : deux professeurs d'hygiène ; — un professeur de physiologie ; — un professeur de physique médicale ou de chimie médicale ; — un professeur de médecine interne ou de médecine expérimentale.

Deux juges suppléants.

Section de médecine légale. — Cinq juges titulaires : deux professeurs de médecine légale ; — un professeur de médecine mentale ; — un professeur de chimie ou de pharmacologie ; — un professeur de pathologie médicale, de pathologie chirurgicale ou de clinique obstétricale.

Deux juges suppléants.

Section des maladies nerveuses et psychiâtrie. — Cinq juges titulaires : deux professeurs de pathologie nerveuse ; — deux professeurs de pathologie mentale ; — un professeur de médecine interne ou d'anatomie pathologique.

Deux juges suppléants.

Section des maladies cutanées et syphilitiques. — Trois juges titulaires : deux professeurs de clinique des maladies cutanées et syphilitiques ; — un professeur de pathologie générale ou de médecine interne.

Deux juges suppléants.

Section de chirurgie générale. — Sept juges titulaires : les juges seront choisis parmi les professeurs de pathologie externe de clinique chirurgicale, de médecine opératoire et des cliniques chirurgicales spéciales.

Trois juges suppléants.

Section de chirurgie infantile et orthopédie. — Trois juges titulaires : deux professeurs de chirurgie infantile et orthopédie ; — un professeur de clinique chirurgicale.

Deux juges suppléants.

Section d'ophtalmologie. — Cinq juges titulaires : deux professeurs de clinique ophtalmologique ; — un professeur de physique médicale ; — un professeur de pathologie nerveuse ou de médecine interne ; — un professeur de chirurgie ou d'anatomie pathologique.

Deux juges suppléants.

Section des maladies du larynx, du nez et des oreilles. — Trois juges titulaires : deux professeurs des maladies du larynx, du nez et des oreilles ; — un professeur de chirurgie ou de médecine.

Deux juges suppléants.

Section de gynécologie. — Trois juges titulaires : deux professeurs de gynécologie ; — un professeur de chirurgie.

Deux juges suppléants.

Section des maladies des voies urinaires. — Trois juges titulaires : deux professeurs de clinique des maladies des voies urinaires ; — un professeur de chirurgie.

Deux juges suppléants.

Section d'obstétrique. — Trois juges titulaires : deux professeurs d'obstétrique ; — un professeur de chirurgie.

Deux juges suppléants.

Section de pharmacie et matière médicale. — Trois juges titulaires : deux professeurs de pharmacie ; — un professeur de botanique ou de matière médicale.

Deux juges suppléants.

Art. 19. — Peuvent être appelés, au même titre que les professeurs de facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine

et de pharmacie, à faire partie des jurys les membres de l'Institut et de l'Académie de médecine, les professeurs du Collège de France, du Muséum d'histoire naturelle et des facultés des sciences, les professeurs honoraires, les agrégés et les chargés de cours des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Art. 20. — Aucune faculté ne peut être représentée dans le jury par plus du tiers des juges.

Art. 21. — Lorsque le jury est composé de sept juges titulaires le jugement peut être valablement rendu par cinq juges.

Lorsque le jury est composé de cinq juges titulaires, le jugement peut être valablement rendu par trois juges.

Pour les sections de l'agrégation dont le jury se compose seulement de trois juges titulaires, après la constitution du jury, un des juges suppléants est désigné par le sort pour assister à toutes les opérations du concours. Au cas où l'un des juges titulaires ne serait pas présent à l'une des séances, il serait remplacé définitivement par ce juge suppléant qui, à partir de ce moment, aura voix consultative et délibérative.

Les juges suppléants ne peuvent pas appartenir à la même faculté. Ils sont choisis dans les facultés qui ne sont pas représentées dans le jury, ou, s'il s'agit de jurys composés de sept juges titulaires, dans les facultés qui n'y comptent pas plus d'un juge titulaire.

Art. 22. — Les agrégés sont nommés d'après une liste dressée par le jury par ordre de mérite.

Suivant leur rang de classement, ils sont appelés à désigner la faculté à laquelle ils désirent être attachés.

Si, dans l'intervalle de deux concours, une place d'agrégé de leur spécialité devient vacante dans une autre faculté, ils peuvent y être transférés sur leur demande.

TITRE IV

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 23. — Les docteurs en médecine candidats à l'agrégation et déclarés admissibles dans les concours antérieurs au 1er novembre 1907 sont dispensés des épreuves d'admissibilité prévues aux articles premier et 6 du présent arrêté.

Art. 24. — Les dispositions du présent arrêté, relatives aux épreuves d'admission seront appliquées aux concours qui seront ouverts à partir de l'année scolaire 1909-1910.

Art. 25. — Seront abrogées, à partir de l'entrée en vigueur du régime établi par le présent arrêté, les dispositions contraires des statuts du 16 novembre 1874 et du 27 décembre 1880 et de l'arrêté du 30 juillet 1887.

Art. 26. — L'arrêté du 25 juillet 1906 relatif à l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine st de pharmacie est rapporté.

Fait à Paris, le 20 février 1907.

ARISTIDE BRIAND.

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu l'arrêté en date du 20 février 1907 relatif à l'agrégation des facultés de médecine ;

Vu les décrets des 9 mars 1852, 28 décembre 1885 et 30 juillet 1886 ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de l'instruction publique en date du 28 décembre 1906,

Arrête :

Article premier. — L'admissibilité à l'agrégation des facultés de médecine est exigée des candidats :

1° Aux fonctions de chargé de cours complémentaires dans les facultés de médecine et dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie (section de médecine) ;

2° Aux fonctions de chef de travaux dans les facultés de médecine et dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie (section de médecine).

Art. 2. — Les docteurs en médecine, admissibles à l'agrégation, peuvent être nommés sans concours aux fonctions de chef de clinique dans les facultés de médecine et dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Ils sont nommés par le recteur sur présentation du doyen, après avis du conseil de la faculté.

Art. 3. — Les dispositions prévues à l'article premier ne sont pas applicables aux chargés de cours complémentaires et aux chefs de travaux en fonctions à la date de la promulgation du présent arrêté.

Art. 4. — Est rapporté l'arrêté du 25 juillet 1906.

Fait à Paris, le 20 février 1907.

ARISTIDE BRIAND.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu le décret du 14 juillet 1875 ;

Vu les décrets des 1er août 1883 et 25 juillet 1885 ;

Vu la loi du 30 novembre 1892 et les décrets des 31 juillet 1893 et 24 juillet 1899 ;

Vu le décret du 22 janvier 1896 sur la licence ès sciences ;

Vu le décret du 24 juillet 1889 ;

Vu l'arrêté en date du 20 février 1907 relatif à l'agrégation des Facultés de médecine ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de l'instruction publique en date du 28 décembre 1906,

Décrète :

Article premier. — Les conditions exigibles des professeurs titulaires et des chargés de cours dans les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie sont :

Pour les chaires d'anatomie, d'histologie et de physiologie, et pour les chaires de médecine, de chirurgie et de clinique obstétricaie, le doctorat en médecine et l'admissibilité à l'agrégation des facultés de médecine ;

Pour les chaires de pharmacie et de matière médicale, le diplôme supérieur de pharmacien ;

Pour les chaires de physique, de chimie et d'histoire naturelle, le doctorat en médecine et l'admissibilité à l'agrégation de facultés de médecine, ou le titre de pharmacien de 1re classe et le doctorat ès sciences physiques ou naturelles, ou le diplôme supérieur de pharmacien.

Art. 2. — Peuvent être nommés sans concours dans les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie :

Suppléants des chaires d'anatomie et de physiologie, des chaires de pathologie et de clinique internes, des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, les docteurs en médecine admissibles à l'agrégation des facultés de médecine.

Suppléants des chaires de chimie et de physique, les docteurs en médecine pourvus du diplôme de licencié ès sciences portant le groupe suivant de mentions : physique générale ; chimie générale ; minéralogie ou une autre matière de l'ordre des sciences physiques ou des sciences naturelles.

Suppléants de la chaire d'histoire naturelle, les docteurs en médecine pourvus du diplôme de licencié ès sciences portant le groupe suivant de mentions : zoologie ou physiologie générale ; botanique ; géologie.

Peuvent également être nommés sans concours suppléants des chaires de chimie, de physique et d'histoire naturelle, les pharmacians pourvus du doctorat ès sciences physiques ou du doctorat ès sciences naturelles.

Art. 3. — Les docteurs en médecine admissibles à l'agrégation des facultés de médecine peuvent être nommés sans concours aux fonctions de chef des travaux anatomiques.

Les pharmaciens pourvus du doctorat ès sciences physiques peuvent être nommés sans concours aux fonctions de chef des travaux chimiques.

Art. 4. — Les présentes dispositions entreront en vigueur à partir du 1er janvier 1909.

Toutefois les suppléants et les chargés de cours en exercice à la date de la promulgation du présent décret peuvent être nommés professeurs titulaires sans justifier de l'admissibilité à l'agrégation des facultés de médecine.

ART. 5. — Seront abrogées, à partir du 1er janvier 1909, les dispositions contraires du décret du 1er août 1883.

ART. 6. — Est rapporté le décret du 25 juillet 1906.

ART. 7. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 20 février 1907.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :
Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,
ARISTIDE BRIAND.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu l'ordonnance du 12 mars 1841 ;

Vu les décrets des 10 août 1877, 1er août 1883, 25 juillet 1885 ;

Vu la loi du 30 novembre 1892 et les décrets du 31 juillet 1893 et du 24 juillet 1899 ;

Vu le décret du 22 janvier 1896 sur la licence ès sciences;

Vu le décret du 24 juillet 1889 ;

Vu l'arrêté en date du 20 février 1907 relatif à l'agrégation des facultés de médecine ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de l'instruction publique,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Les articles 4, 5 et 7 du décret du 1er août 1883 portant réorganisation des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie sont modifiés ainsi qu'il suit :

« *Art. 4.* — Les suppléants sont nommés au concours pour une durée de neuf ans.

Le concours est ouvert devant une faculté de médecine, une faculté mixte de médecine et de pharmacie ou une école supérieure de pharmacie.

Le siège du concours est déterminé par le ministre.

Peuvent être nommés sans concours :

Suppléants des chaires d'anatomie et de physiologie, des chaires de pathologie et de clinique internes, des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, les docteurs en médecine admissibles à l'agrégation des facultés de médecine.

Suppléants des chaires de chimie et de physique, les docteurs en médecine pourvus d'un diplôme de licencié ès sciences portant le groupe suivant de mentions : physique générale ; chimie générale ; minéralogie ou une autre matière de l'ordre des sciences physiques ou des sciences naturelles ;

Suppléants de la chaire d'histoire naturelle, les docteurs en médecine pourvus d'un diplôme de licencié ès sciences portant le groupe suivant de mentions : zoologie ou physiologie générale ; botanique ; géologie.

Peuvent également être nommés sans concours, suppléants des chaires de chimie, de physique et d'histoire naturelle, les pharmaciens pourvus du doctorat ès sciences physiques ou du doctorat ès sciences naturelles.

Après l'expiration du temps légal d'exercice, le ministre peut maintenir un suppléant en fonctions et même le rappeler temporairement à l'activité, si les besoins du service l'exigent.

Art. 5. — Les chefs de travaux sont nommés au concours pour une période de neuf ans. Le concours est ouvert devant l'école où les emplois sont vacants.

Peuvent être nommés sans concours chefs des travaux d'anatomie et d'histologie, chefs des travaux de physiologie, chefs des travaux de médecine opératoire, les docteurs en médecine admissibles à l'agrégation des facultés de médecine.

Peuvent être nommés sans concours chefs des travaux de physique et de chimie, chefs des travaux d'histoire naturelle, les pharmaciens pourvus du doctorat ès sciences physiques ou du doctorat ès sciences naturelles.

Art. 7. — Les conditions exigibles des professeurs titulaites et des chargés de cours sont :

Pour les chaires d'anatomie, d'histologie et de physiologie et pour les chaires de médecine, de chirurgie et de clinique obstétricale, le doctorat en médecine et l'admissibilité à l'agrégation des facultés de médecine ;

Pour les chaires de physique, de chimie et d'histoire naturelle, le doctorat en médecine et l'admissibilité à l'agrégation des facultés de médecine ou le titre de pharmacien de 1re classe et le doctorat ès sciences physiques ou naturelles, ou le diplôme supérieur de pharmacien ;

Pour la chaire de pharmacie et matière médicale, le diplôme supérieur de pharmacien. »

ART. 2. — Les dispositions du présent décret entreront en vigueur à partir du 1er janvier 1909.

Toutefois, les suppléants et les chargés de cours en exercice à la date de la promulgation du présent décret peuvent être nommés professeurs titulaires sans justifier de l'admissibilité à l'agrégation des facultés de médecine.

ART. 3. — Le décret du 25 juillet 1906 est rapporté.

ART. 4. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 20 février 1907.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :
Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,
ARISTIDE BRIAND.

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu le décret du 14 juillet 1875 ;

Vu l'ordonnance du 12 mars 1841 ;

Vu les décrets des 10 août 1877, 1er août 1883, 25 juillet 1885 et 31 juillet 1893 ;

Vu le décret du 22 janvier 1896 sur la licence ès sciences ;

Vu l'arrêté en date du 20 février 1907, relatif à l'agrégation des facultés de médecine ;

Vu les décrets du 20 février 1907, relatifs aux écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de l'instruction publique,

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Lorsqu'un emploi de suppléant vient à vaquer dans une école de plein exercice ou dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie, avis de la vacance est publié au *Journal officiel.*

ART. 2. — Les candidats qui remplissent les conditions fixées par les décrets du 20 février 1907 pour être nommés sans concours, doivent, dans un délai de vingt jours à partir de la publication au *Journal officiel*, adresser leur demande au ministre et joindre à cette demande :

1° Trois exemplaires de chacune de leurs publications scientifiques ;

2° Un état de leurs services.

ART. 3. — La commission de médecine et de pharmacie du Comité consultatif de l'enseignement public donne son avis au ministre sur la valeur des travaux des candidats.

ART. 4. — Passé le délai de vingt jours, et s'il y a lieu, l'emploi est mis au concours conformément aux dispositions générales du décret du 25 juillet 1885, déterminant les conditions des concours pour les fonctions de suppléant dans les écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie.

ART. 5. — Les dispositions qui précèdent sont applicables aux fonctions de chef des travaux ci-après désignées :

Écoles de plein exercice. — Chef des travaux anatomiques. — Chef des travaux chimiques.

Écoles préparatoires. — Chef des travaux d'anatomie et d'histologie. — Chef des travaux de physiologie. — Chef des travaux

de médecine operatoire. — Chef des travaux de physique et de chimie. — Chef des travaux d'histoire naturelle.

Art. 6. — L'arrêté du 25 juillet 1906 est rapporté.

Fait à Paris, le 20 février 1907.

ARISTIDE BRIAND.

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu les décrets du 31 juillet 1893;

Vu le décret du 20 avril 1888;

Vu l'avis du Conseil supérieur de l'instruction publique en date du 28 décembre 1906,

Arrête:

Article premier. — Il est institué au ministère de l'Instruction publique un comité de perfectionnement de l'enseignement des sciences physiques, chimiques et naturelles préparatoires aux études médicales.

Art. 2. — Sont nommés membres de ce comité :

Le directeur de l'enseignement supérieur, président, et les cinq membres du comité consultatif de l'enseignement public (1re section), dont les noms suivent :

MM.

Bouchard, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, membre de l'Académie des sciences.

Lannelongue, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, membre de l'Académie des sciences.

Dastre, professeur à la Faculté des sciences de l'Université de Paris, membre de l'Académie des sciences.

Lippmann, professeur à la Faculté des sciences de l'Université de Paris, membre de l'Académie des sciences.

Guignard, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, membre de l'Académie des sciences.

Le chef du 1er bureau de la direction de l'enseignement supérieur est nommé secrétaire.

Fait à Paris, le 20 février 1907.

ARISTIDE BRIAND.

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Arrête :

Article premier. — Il est institué au ministère de l'Instruction publique une commission chargée de rechercher quelles modifications il y a lieu d'apporter dans l'organisation des études médicales.

Art. 2. — Cette commission est composée ainsi qu'il suit :

MM.

Louis Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris, membre de l'Institut, président.

Lannelongue, sénateur, membre de l'Académie des sciences, vice-président.

Dubuisson, député, vice-président.

Bayet, directeur de l'Enseignement supérieur, secrétaire général.

Abelous, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, membre du Conseil supérieur de l'instruction publique.

Arloing, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

D'Arsonval, professeur au Collège de France, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Barth, médecin des hôpitaux, secrétaire général de l'Association des médecins de la Seine.

Bazy, chirurgien des hôpitaux.

Bergonié, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

Bertrand, inspecteur général du service de santé de la marine à Paris.

Bouchard, membre de la Commission de médecine du Comité consultatif de l'enseignement public, membre de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine.

Brocq, médecin des hôpitaux.

Calmette, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, directeur de l'Institut Pasteur à Lille.

Cazeneuve, député.

Chapuis, député.

Charpy, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

Charrin, professeur au Collège de France.

Chautard, président du Conseil municipal de Paris, député.

Cornil, membre de la Commission de médecine du Comité consultatif de l'Enseignement public, membre de l'Académie de médecine.

Dastre, professeur à la Faculté des sciences de l'Université de Paris, membre de l'Académie des sciences.

Debove, membre de la Commission de médecine du Comité consultatif de l'Enseignement public, membre de l'Académie de médecine.

Delaunay, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Delbet, chirurgien des hôpitaux.

Delorme, directeur de l'Ecole d'application du service de santé militaire du Val-de-Grâce, membre de l'Académie de médecine.

Descoust, président de l'Association médicale mutuelle du département de la Seine.

Dieulafoy, membre du Conseil de l'Université de Paris, membre de l'Académie de médecine.

Dignat, membre du Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement de Paris et de la Seine, membre du Comité permanent de médecine professionnelle de déontologie médicale.

Dubar, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

Ducor, président de la Société de médecine et de chirurgie pratiques, secrétaire de la Société centrale des médecins de la Seine, secrétaire général du Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement de Paris et de la Seine.

Dutard, président du Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement de Paris et de la Seine.

Faisans, médecin des hôpitaux.

Foveau de Courmelles, membre de la Société médicale des praticiens.

Gairal, président de l'Union des syndicats médicaux de France.

Gassot, président de l'Association du concours médical.

Gley, agrégé des Facultés de médecine, chef des travaux de physiologie à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, membre de l'Académie de médecine.

Glover, secrétaire général du Comité permanent de médecine professionnelle et de déontologie médicale.

Grasset, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier.

Guignard, membre de la Commission de médecine du Comité consultatif de l'enseignement public, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

Jeanne, membre du Conseil d'administration de l'Union des syndicaux médicaux.

Jungfleisch, membre de la Commission de médecine du Comité consultatif de l'enseignement public, membre de l'Académie de médecine.

Labbé, sénateur, membre de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine.
Lachaud, député.
Landouzy, membre du Conseil de l'Université de Paris, membre de l'Académie de médecine.
Le Gendre, médecin des hôpitaux.
Le Noir, médecin des hôpitaux.
Le Page, secrétaire général de l'Association générale des médecins de France.
Lereboullet, membre de l'Académie de médecine, président de l'Association générale des médecins de France.
Lucas-Championnière, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.
Magnan, membre de l'Académie de médecine.
Malherbe, directeur de l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.
Mesureur, directeur général de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.
Millon, secrétaire général adjoint de l'Union des syndicats médicaux de France.
Mirman, directeur de l'hygiène et de l'assistance publiques au ministère de l'Intérieur.
Navarre, président de la cinquième commission du Conseil municipal de Paris.
Passerat, membre de la Fédération des médecins du Sud-Est.
Péchadre, député.
Pédebidou, sénateur.
Peyrot, sénateur, membre de l'Académie de médecine.
Pinard, membre de la Commission de médecine du comité consultatif de l'enseignement public, membre de l'Académie de médecine.
Prenant, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy.
Quénu, président de la Société de chirurgie.
Reclus, membre de la Commission de médecine du comité consultatif de l'enseignement public, membre de l'Académie de médecine.
Rénon, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, médecin des hôpitaux.
Reymond, sénateur.
Richard-Lesay, ancien président de la Fédération des médecins du Nord et du Pas-de-Calais.
Rotillon, ancien président du Syndicat des médecins de la Seine, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.
Roux, directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine.
Paul Strauss, sénateur.
Teissier, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, médecin des hôpitaux.
Vaillard, directeur de l'École de santé militaire de Lyon, membre de l'Académie de médecine.
Vaquez, président de la Société de l'internat.
Viger, sénateur.
Widal, médecin des hôpitaux.

Sont nommés secrétaires :

MM.

Générès, chef du 1er bureau de la Direction de l'enseignement supérieur.
Verwaest, chef du 3e bureau de la Direction de l'enseignement supérienr.
Déborde, sous-chef du 1er bureau de la Direction de l'enseignement supérieur, est nommé secrétaire adjoint.

Fait à Paris, le 4 mars 1907.

ARISTIDE BRIAND.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 MARS 1907)

Opération de Delorme. — Nous n'avons à signaler qu'une seule communication, un rapport important de M. Delorme sur un sujet qu'il a particulièrement étudié et sur une opération qui porte son nom.

M. DELORME communique d'abord la très intéressante observation de M. le docteur Lucien Picqué, chirurgien des hôpitaux, chirurgien en chef des asiles d'aliénés du département de la Seine.

Il s'agit d'un homme de vingt et un ans, qui, après avoir reçu dans la poitrine un coup de couteau, fut atteint d'une pleurésie purulente. Trois opérations successives, dont l'opération d'Estlander, n'ayant pu assurer sa guérison, M. Picqué pratiqua l'opération de Delorme, c'est-à-dire la *décortication pulmonaire*. Il ouvrit largement la poitrine, mit à jour le poumon rétracté au fond de la cavité du thorax et encapsulé par une membrane épaisse et inextensible qui ne lui permettait pas de reprendre son volume. Le poumon se dilata sur-le-champ et le blessé guérit rapidement.

M. Delorme discute certaines questions relatives à cette opération ; il en précise surtout les indications :

La décortication pulmonaire doit être réservée aux cas de pleurésies purulentes chroniques dont les cavités, étendues à toute la plèvre, sont profondes de plus de 6 centimètres dans le sens transversal.

La radioscopie et la radiographie renseignent sur la profondeur de la cavité, sa forme, la présence de la membrane, son épaisseur, parfois sur la dilatabilité du poumon.

Traitées par la décortication les pleurésies purulentes liées à une infection pleurale pure (traumatismes, etc.) semblent devoir donner des résultats plus favorables que les pleurésies consécutives à des inflammations pleuro-pulmonaires.

Les pyo-pneumothorax nécessitent une technique spéciale.

En principe, l'ouverture du volet qui donne accès sur le poumon doit être antéro-latérale, placée à mi-hauteur de la poitrine, et être large. Dans ces conditions il permet de découvrir avec facilité les parties antérieure, postérieure, hautes et basses de la poitrine, de ménager le péricarde et le poumon pendant l'excision de la membrane.

La décortication pulmonaire ne doit être tentée que quand, malgré une gymnastique respiratoire commencée peu de jours après l'opération de l'empyème, le poumon reste immobile. Ce sont les résultats fournis par ce traitement consécutif et non la durée de la pleurésie (invoquée autrefois) qui doivent déterminer le moment où l'opération doit être tentée ; c'est la profondeur de cette cavité qui en arrête le choix.

Ces éclaircissements engageront les chirurgiens français à suivre une voie dans laquelle, bien à tort, ils se sont laissé devancer par les chirurgiens étrangers, suivant une habitude commune.

La décortication pulmonaire a été pratiquée jusqu'ici plus de 80 fois avec de beaux succès. Le cas de M. le docteur Picqué montre ce qu'on peut attendre de l'*opération de Delorme*.

LIVRES NOUVEAUX

Nutrition et élimination urinaire dans les dermatoses diathésiques (1), par M. François-Dainville.

Pour beaucoup de personnes la dermatologie semble être la mieux spécialisée de toutes les branches de la médecine, et certains veulent même en faire une science complètement à part. Cette conception est juste si l'on considère que le diagnostic des dermatoses est le fruit d'une longue expérience clinique; mais, néanmoins, un très grand nombre d'affections cutanées sont liées étroitement à l'état de la nutrition : ce sont les dermatoses diathésiques que vient d'étudier à ce point de vue M. François-Dainville. L'intérêt de cette question Bazin l'a expliqué, et Trousseau nous le dit lui-même ainsi : « *dartres*, rhumatisme, goutte, hémorroïdes, gravelle, migraine, asthme, sont des expressions différentes d'une même diathèse. » La nutrition et les fonctions rénales chez les malades de cette famille regardent à la fois le clinicien, le chimiste et le physiologiste qui trouveront dans le travail de M. François-Dainville de nombreux documents établis avec le plus grand soin et à l'aide des méthodes les plus récentes.

Cinquante malades, atteints d'eczéma et de psoriasis ont été suivis pas à pas, jour par jour, dans toutes les étapes de leur maladie; ils étaient soumis à un régime bien défini et surveillé, et leurs urines soigneusement recueillies. Tous les éléments de l'urine, y compris les alcaloïdes, ont été dosés rigoureusement et figurent dans de nombreux travaux publiés *in extenso*. A l'étude chimique sont venus s'adjoindre des moyens de contrôle par les méthodes suivantes : la *cryoscopie*, faite journellement et figurée en tableaux graphiques; la *toxicité urinaire* avec correction du défaut d'isotonie des urines; l'*élimination* du bleu de méthylène et de la phloridzine.

Ces méthodes ont conduit aux résultats suivants : 1° la *nutrition est ralentie et viciée*, à un degré plus ou moins accentué, chez tous les malades porteurs de ces dermatoses; 2° il y a *insuffisance rénale*, et cette dernière, généralement conséquence de la première, retentit sur elle à son tour.

L'auteur se trouve ainsi conduit à établir le *traitement interne* et le régime qui conviennent à toute cette catégorie de malades; ces déductions montrent tout le côté pratique de son travail.

L. GAYARD.

Gastronomie pratique (2), par Ali-Bab.

Cet ouvrage, très intéressant, a été écrit pour un cercle d'amis. C'est sur leurs instances que l'auteur, dissimulant sous un pseudonyme son nom très connu dans le monde des ingénieurs et des médecins, s'est décidé à le faire publier.

Il comprend toute une série de recettes culinaires rédigées avec une rare précision. Depuis la simple omelette au naturel et le modeste ragout de mouton jusqu'aux plats nouveaux et raffinés de l'auteur, tout y est décrit avec des détails tellement complets qu'il suffit réellement pour reproduire une quelconque des préparations indiquées dans le volume d'y mettre un peu de soin.

L'ouvrage se termine par l'exposé d'une méthode de traitement de l'obésité des gourmands qui a permis à l'auteur de faire perdre à son meilleur ami, un gros obèse, 45 kilogrammes de poids, en améliorant sa santé générale et le rajeunissant de dix ans, sans employer aucun médicament, en lui faisant simplement suivre un régime alimentaire approprié.

La *Gastronomie pratique* d'Ali-Bab sera le livre de chevet des maîtresses de maison, des gourmets et des gourmands obèses.

L. GAYARD.

(1) François-Dainville. *Des troubles de la nutrition et de l'élimination urinaire dans les dermatoses diathésiques*, avec préface de M. le professeur E. Gaucher. 1 vol. de 203 p. avec tableaux et graphiques. — Prix : 4 francs. — Paris, Maloine.

(2) Un vol. in-16 pittoresque, cart. souple. — Prix 5 francs. — Paris, Ernest Flammarion.

CONGRÈS

Congrès périodique de gynécologie, obstétrique et pédiatrie (V[e] session, Alger, 1-6 avril 1907). — M. le secrétaire général du Congrès a l'honneur d'informer les adhérents que les chemins de fer du Nord, de l'Est, de l'Ouest, de l'Etat et du P.-L.-M. ont accordé la réduction de demi-tarif à ceux de nos membres empruntant leurs lignes pour se rendre de leur résidence au port d'embarquement, Marseille, Port-Vendres, etc., et prie ceux qui voudraient bénéficier de cette réduction d'adresser *d'urgence* leur demande en indiquant leur point de départ et le port d'embarquement choisi au docteur Guinon, 32, rue de Madrid, à Paris, qui leur fera parvenir les bons de remise pour l'aller et le retour.

Voyages en Algérie et Tunisie organisés a l'occasion du Congrès. — 1° Départ en groupe de Marseille le 18 mars : Tunis, Kairouan, Sousse, Tunis, Constantine, Biskra, Hammam-Salaï, Sidi-Okba, Batna, Lambessa, Timgad, Sétif, Alger, arrivée le 31 mars, à sept heures du soir. — Retour individuel et facultatif d'Alger à Marseille. — Prix à forfait : 1[re] classe, 530 francs.

2° Passage de Marseille à Alger à volonté. Départ en groupe d'Alger, le 6 avril, Bougie, Le Chabet, Sétif, Biskra, Hammam-Salaï, Sidi-Okba, Batna, Lambessa, Timgad, Constantine, Hammam-Meskoutine, Tunis, Kairouan, Sousse, Tunis, Marseille, arrivée le 21 avril. — Prix à forfait : 1[re] classe, 600 francs.

Sont seules admises à ces voyages les personnes inscrites au Congrès et munies de leur carte de congressiste. Secrétaire général du Congrès : professeur J. Rouvier, 52, rue Daguerre, à Alger.

Pour les renseignements concernant ces voyages, s'adresser à M. Heuzé, 16, rue Cartault, à Puteaux (Seine).

Envoyer son adhésion au docteur Guinon, président de la section de pédiatrie, 22, rue de Madrid, à Paris (VIII[e]).

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 10 mars, terme de rigueur.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

STÉNOSES PYLORIQUES

ÉTIOLOGIE. — Il est classique de distinguer trois causes de sténoses pyloriques, selon qu'elles sont extrinsèques, intrinsèques ou pariétales.

EXTRINSÈQUES, elles consistent en hypertrophie, tumeurs, déplacements des organes voisins. Les affections du *foie* (néoplasmes, hypertrophies simples, ptose) et de la *vésicule biliaire* (lithiase, dilatation, cancer), avec (Bard et Paviot) ou sans péricystite, constituent une cause fréquente de sténose pylorique (1). Les affections du *rein droit* (ptose, cancer) du *pancréas* (cancer de la tête), de l'*intestin*, qu'il s'agisse de ptose, de dilatation intestinale, de cancer, d'ulcère sous-pyloriques, peuvent souvent être incriminées. Ces affections viscérales le plus souvent, *n'agissent d'ailleurs que par l'intermédiaire d'une péritonite localisée*, fibro-adhésive, de telle sorte que les périgastrites, les péricystites et les péripylorites jouent, dans le développement de la sténose, un rôle capital.

Les causes INTRINSÈQUES peuvent être : des corps étrangers, des *calculs biliaires* enclavés dans le pylore. On a parfois invoqué, aussi, la surcharge alimentaire.

De toutes les causes de sténoses pyloriques, les plus importantes sont les CAUSES PARIÉTALES.

Chez l'*adulte*, elles peuvent être *organiques* ou *fonctionnelles*. Celles-ci consistent en un spasme, proto ou deutéropathique, et qui doit être partiellement confondu avec la maladie de Reichmann (v. plus loin). Celles-là sont multiples, mais en pratique, elles se résument à *trois principales* :

a. Les *tumeurs* dont le type est fourni par le *cancer du pylore*. Celui-ci n'est pas toujours sténosant, la sténose dépendant du siège et de la forme (cancer annulaire) de la tumeur ; de l'existence d'adénopathies, de végétations, de péritonite, de propagation aux organes voisins, etc. ;

b. Les *ulcérations*, dont le type est fourni par l'*ulcère simple du pylore*, qu'il s'agisse d'un ulcère en activité, d'un ulcère ancien et non cicatrisé, d'un ulcère ancien et cicatrisé, ou d'un ulcère transformé en cancer ;

c. Les *rétrécissements cicatriciels*, post-ulcéreux ou post-toxiques. Comme causes plus rares, on peut citer la *syphilis*, la *tuberculose*, le traumatisme, etc.

Chez le *nourrisson*, on a décrit des *sténoses congénitales*, souvent attribuées à l'hypertrophie de la musculeuse.

SYMPTOMATOLOGIE (2). — **Signes physiques.** — A l'*inspection*, le malade étant convenablement placé, on perçoit : *de face*, une *saillie médiane*, allant de l'appendice xyphoïde à un point quelconque de l'abdomen. au-dessous de l'ombilic, effaçant le creux épigastrique. Suivant qu'elle se développe : 1° en avant; 2° en bas, on peut dire qu'il y a : 1° dilatation simple ; 2° dilatation avec ptose ; *de profil*, une *saillie épigastrique* sans limites précises, maxima deux à trois heures après le repas de midi. De plus, spontanément ou sous l'influence d'une légère excitation, l'estomac peut se contracter. On voit alors une sorte d'*onde musculaire* (agitation péristaltique, ondulation épigastrique de Kussmaul), qui se propage de gauche à droite et de haut en bas, s'accompagne de légères coliques, et se répète par accès que termine souvent un vomissement. Cette ondulation, qui traduit la lutte de l'estomac contre l'obstacle pylorique, est *presque toujours symptomatique d'une lésion organique* (Hayem).

Plus rarement : 1° cette onde se propage en sens inverse de celui qui vient d'être décrit (*onde antipéristaltique*) ; 2° l'estomac peut se *contracter en masse*, signe pathognomonique pour Cruveilhier; 3° il y a *tension intermittente de l'épigastre* (Bouveret), qui se tend, puis se détend comme un ballon qu'on gonflerait et dégonflerait comme une pompe foulante et aspirante, signe précoce pour cet auteur. — L'*insufflation*, pratiquée prudemment, met en valeur la dilatation.

A la *palpation*, on perçoit le *bruit de clapotage* (succussion digitale de Chomel). Pour la manière de la rechercher, voir Hayem et Lion, *Traité Brouardel-Gilbert*. On sait que normalement, l'estomac est vide de cinq à sept heures après un repas ordinaire, et deux heures après l'ingestion de liquide. Lorsqu'il se vide en dix heures, il y a atonie simple; s'il met plus de douze heures pour se vider, c'est qu'il y a stase. Par conséquent, en pratique, la constatation du clapotage faite sur le malade à jeun, le matin, indique qu'il reste du liquide dans l'estomac et constitue l'un des meilleurs signes de sténose. La valeur séméiologique de ce signe est en effet considérable, bien que l'on ait signalé de nombreuses causes d'erreur.

La *palpation du pylore*, après vomissement ou cathétérisme, pratiquée à la fin d'une grande inspiration, permet parfois de sentir les tumeurs ou les spasmes du pylore (Bouveret).

Pour la *percussion*, on se rappellera que, normalement, 1° la limite inférieure de l'estomac ne dépasse pas l'ombilic ; 2° que sa limite inférieure répond au bord inférieur de la cinquième côte sur la ligne parasternale, entre les sixième et huitième côtes, sur la ligne mamillaire. En cas de sténose, 1° le *bord inférieur est très abaissé*; 2° chez les grands dilatés, il existe un *bruit de claquement* après les repas, dû à l'existence d'une petite chambre gazeuse intrastomacale située au niveau de l'ombilic.

L'*exploration de l'estomac par la sonde* fournit des renseignements décisifs. Il existe des *liquides résiduels*, c'est-à-dire que le matin, après le jeûne de la nuit, il existe encore dans l'estomac des liquides contenant des résidus alimentaires. Ces liquides, de quantité et de consistance variables, constituent une *bouillie formée de débris alimentaires délayés dans un liquide acide*. Mise à reposer dans un verre, cette bouillie se dépose en trois couches : une supérieure, aérée, spumeuse, une moyenne, liquide, une inférieure, composée de fragments alimentaires. Ces débris *proviennent d'aliments ingérés quelques repas ou quelques jours auparavant* : ils offrent des aspects divers selon leur nature. Le liquide résiduel peut encore contenir du sang, des lambeaux de muqueuse sphacélés, des corps étrangers, etc. Il présente une couleur grisâtre et exhale une odeur de *fermentations caractéristique*. Histologiquement, il est constitué par des débris alimentaires, des fibres musculaires, des cellules épithéliales, des globules blancs et rouges, des masses pigmentaires, des cellules épithéliales, des germes divers. Quant à ses caractères chimiques, M. Hayem distingue deux types : un d'*hyperchlorurie*, un d'*hyperpepsie*, et insiste sur l'*élévation du coefficient* α. Fait-on le *repas d'épreuve*, on constate que le liquide résiduel est hyperpeptique, tandis que le liquide digestif fourni par le repas d'Ewald est nettement hypopeptique. L'examen en série continue montre enfin que la *courbe évolutive est polycyclique* ; le processus digestif s'effectue en plusieurs temps, et, la digestion se prolongeant indéfiniment, l'estomac n'est jamais vide. Enfin, il existe des *fermentations très accentuées*.

Les *autres signes physiques* : auscultation, gastrodiaphanie, radioscopie, gastrographie ont beaucoup moins d'intérêt.

Signes fonctionnels. — Les *douleurs*, constantes, sont continues ou intermittentes, et alors elles surviennent trois à quatre heures après l'ingestion des aliments; elles sont calmées par les vomissements, et disparaissent aux dernières phases de la maladie.

Les *vomissements*, d'abord rares, irréguliers, deviennent rapidement fréquents et réguliers. Ils indiquent la stase alimentaire et offrent tous les caractères du liquide résiduel. Leur valeur séméiologique est extrême.

Signes généraux. — A. Les uns sont *liés à la maladie causale*; B. les autres à la *sténose*. Ces derniers peuvent être *digestifs* : inanition, troubles intestinaux; *nerveux* : insomnie, neurasthénie, vertiges, et surtout tétanie et coma. La *tétanie*, soit typique, soit fruste, est très fréquente. Elle a été attribuée : α. à la déperdition considérable de chlorures et d'eau par suite des vomissements; β. à une auto-intoxication (Bouchard); γ. à des lésions nerveuses mal définies. Le coma est un coma toxique, analogue au coma diabétique. Les troubles *respiratoires* (tuberculisation pulmonaire), *cardiaques* (palpitation, accès d'asystolie aiguë), *urinaires* (oligurie) sont moins importants. (*A suivre*).

(1) On connaît les rapports intimes du pylore avec le foie et la vésicule.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.* : COYON. Les sténoses du pylore, Rev. gén., 1898, nos 100 et 103 (*épuisé*); — THAON. Même sujet, 1902, no 132 (*épuisé*); — VOUTERS. *Symptomatologie du cancer du pylore* (étude complète de la question), Rev. gén., 1906, no 131; — Cancer du pylore, Quest. d'int., 1905, nos 54 et 57.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECINS DES HOPITAUX. — *Anatomie pathologique.* — Séance du 6 mars 1907 : MM. Bigart, 10; Deguy, 9; Crouzon et Armand-Delille, 8; Audistère et Lévi (Léopold), 7.

Symptomatologie. — Séance du 6 mars : MM. Decloux, 10; Comte et Lemierre, 8; Jomier et Laubry, 7.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — ORAL. — Séance du 6 mars 1907. — Question donnée : « Cordon spermatique. — Symptômes, complications et diagnostic des oreillons. »

MM. Basset, 16 + 25 = 41; Stévenin, 15 + 23 = 38; Barré, 14 + 23 = 37; Martine, 14 + 23 = 37; Mock, 14 + 23 = 37; Périer, 16 + 21 = 37; Douay, 15 + 21 = 36; Léger, 13 + 22 = 35; Sloog, 14 + 19 = 33; Nicaud, 14 + 18 = 32.

Séance du 8 mars. — Question donnée : « Orifice mitral. Rétrécissement mitral pur. »

MM. Duval, 18 + 24 = 42; Cadenat, 15 + 26 = 41; Guggenheim, 16 + 24 = 40; Paillard, 16 + 23 = 39; Schreiber, 13 1/2 + 23 = 36 1/2; Clarac, 16 + 20 = 36; Fouquiau, 13 + 23 = 36; Dequidt, 14 + 18 = 32; Fontorbe, 11 + 20 = 31.

La prochaine séance aura lieu le dimanche 10 mars, à huit heures trois quarts du matin, 49, rue des Saints-Pères.

VIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE (New-York, 9-14 septembre 1907). — Le VIe Congrès international de dermatologie se tiendra du 9 au 14 septembre 1907, à New-York, à l'Académie de médecine, 17 West, 43e rue.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la neuvième semaine, 1297 décès, au lieu de 1461 pendant la semaine précédente et au lieu de 1031, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc meilleur que pendant les trois semaines précédentes.

L'excès des décès sur la moyenne n'est que de 266 (au lieu de 430 pendant la dernière semaine et de 601 pendant la semaine antérieure). Comme précédemment, ces décès sont imputables à la grippe sous ses différentes formes.

Les maladies épidémiques, excepté la scarlatine, sont rares.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès (moyenne 8). Le nombre des cas nouveaux est de 29, au lieu de la moyenne 52.

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 6, au lieu de 5 la semaine précédente (moyenne 22).

La rougeole a causé 10 décès (moyenne 13); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 157, au lieu de 111 précédemment.

La scarlatine a causé 10 décès (moyenne 2); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 205, il s'élevait à 235 pendant la semaine précédente (moyenne 65).

La coqueluche a causé 6 décès (moyenne 7).

La diphtérie a causé 4 décès (moyenne 9); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 89, au lieu de 87 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 103.

La diarrhée infantile a causé 24 décès de 0 à 1 an, au lieu de 26 pendant la semaine précédente (moyenne 21).

En outre, 29 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 271 décès, au lieu de 361 pendant la semaine précédente (moyenne 197). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (moyenne 15); bronchite chronique, 23 (moyenne 23); pneumonie, 77 (moyenne 41); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 165 (moyenne 118), dont 64 sont dus à la congestion pulmonaire et 79 à la broncho-pneumonie.

En outre, 72 décès ont été attribués à la grippe (la moyenne est 10).

La phtisie pulmonaire a causé 249 décès; la méningite tuberculeuse, 19; la méningite simple, 18; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 19 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 63 décès; les maladies organiques du cœur, 96; le cancer, 71; la hernie et l'obstruction intestinale, 11; la cirrhose du foie, 17; la néphrite, 34; enfin, 57 vieillards sont morts de débilité sénile.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — A partir du lundi 6 mai 1907, avec l'autorisation de M. Pierre SÉBILEAU, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, et sous sa direction,

MM. P. Gibert et F. Lemaître, assistants, feront une série de vingt conférences cliniques avec examen et présentation de malades.

Ces conférences auront lieu le matin à huit heures un quart, à la consultation du larynx.

Le prix d'inscription est de 50 francs.

Se faire inscrire auprès du docteur Paul Gibert, assistant du service, salle Davaine.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES. — *Première conférence*. — Généralités. Moyens d'éclairage. Rhinoscopie antérieure et postérieure. Rhinométrie.

Deuxième conférence. — Epistaxis. Hématome de la cloison. Abcès de la cloison. Déviations de la cloison.

Troisième conférence. — Corps étrangers des fosses nasales. Rhinite hypertrophique. Queues de cornet. Rhinite spasmodique. Rhinite atrophique.

Quatrième conférence. — Adénoïdite aiguë. Adénoïdite chronique. Catarrhe du cavum. Végétations adénoïdes.

Cinquième conférence. — Sinusites maxillaires aiguës et chroniques.

Sixième conférence. — Sinusites frontales. Sphéno-ethmoïdites.

Septième conférence. — Tuberculose nasale. Syphilis du nez.

Huitième conférence. — Tumeurs des fosses nasales. Polypes muqueux. Tumeurs malignes. Tumeurs du cavum.

Neuvième conférence. — Hypertrophie des amygdales. Amygdalites chroniques. Ulcérations de la langue et du voile.

Dixième conférence. — Pharyngites aiguës et chroniques. Ulcérations du pharynx. Abcès rétro-pharyngiens.

Onzième conférence. — Examen du conduit auditif externe. Hématome du pavillon. Corps étrangers du conduit. Furoncle du conduit.

Douzième conférence. — Epreuves auditives. Examen du tympan. Variations de couleur, de tension. Cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Treizième conférence. — Otites moyennes aiguës. Paracentèse mastoïdite aiguë.

Quatorzième conférence. — Otites moyennes chroniques suppurées. Extraction des osselets. Evidement pétro-mastoïdien.

Quinzième conférence. — Maladies de la trompe d'Eustache. Otites moyennes chroniques sèches. Sclérose de la caisse. Labyrinthisme.

Seizième conférence. — Examen de l'oro-pharynx. Examen du larynx.

Dix-septième conférence. — Troubles de la motilité des cordes. Laryngites aiguës et chroniques.

Dix-huitième conférence. — Tuberculose laryngée primitive secondaire. Syphilis du larynx. Sténoses.

Dix-neuvième conférence. — Nodules vocaux. Polypes du larynx. Cancer du larynx.

Vingtième conférence. — Trachéotomie temporaire définitive. Corps étrangers du larynx et des bronches. Bronchoscopie supérieure, inférieure.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Écho médical du Nord. — (N° 5, 3 fév. 1907.) VERDUN : Les conceptions modernes sur le paludisme (*fin*). — (N° 6, 10 fév.) LAMBRET : Le drainage du canal hépatique. — (N° 7, 17 fév.) DUBAR et LEROY : La gastro-entérostomie contre les crises gastriques du tabes. — JARTEL : Sur un cas d'entérite consécutive à l'ouverture probable d'un kyste hydatique du foie dans l'intestin. — DEHON et BRASSEUR : Un cas de bronchite pseudo-membraneuse épisodique.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 18, 10 fév. 1907.) Ferruccio RAVENNA : La genèse de l'anthracose pulmonaire. — Mario FASANO : Quelques craniectomies pour traumatisme et leurs suites éloignées. — Aldo MASSAGLIA : Le traitement du mal de mer par la paragangline. — Antonio TERRIBILE : A propos d'une épidémie de diphtérie. Action curative et préventive du sérum antidiphtérique. — (N° 21, 17 fév.) Prof. E. MARAGLIANO et Gino MASSINI : L'état actuel de la thérapeutique spécifique de la tuberculose. — G. GHEDINI : Recherche du bacille de Pfeiffer dans le sang et la rate des malades atteints d'influenza. — Augusto GALLUZZI : Les problèmes étiologiques de l'infection typhoïde ; considérations relatives à une épidémie de maisons. — Gian Maria FRATINI : Recherches hématologiques chez les aliénés. — Emilio BOSURGI : Un nouveau moyen pour détruire les moustiques propagateurs de la malaria.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 4, 27 janv.) PETGES : La pathogénie et la prophylaxie de la syphilis d'après les découvertes expérimentales récentes (*suite*). — VERDELET et GRIEWANK : Etranglement herniaire et cancer du rectum. — (N° 5, 3 fév.) PICOT : Sur un cas de rétrécissement mitral pur. — PETGES : La pathogénie et la prophylaxie de la syphilis d'après les découvertes expérimentales récentes (*suite*). — SALM : Le traitement de quelques affections de peau. — (N° 6, 10 fév.) DELAUNAY : Le mécanisme interne de la sécrétion urinaire d'après de récents travaux. — E. PETIT : A propos de l'intervention chirurgicale. — (N° 7, 17 fév.) LAMACQ : Le souffle dit présystolique du rétrécissement mitral pur.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 5, 3 fév. 1907.) BÉGOUIN : Fibrome pur de l'ovaire à pédicule tordu. — JACQUIN et ROBERT : Hémiplégie ancienne. Atrophie monoliforme du corps calleux. — CAVALIÉ : La carie dentaire (*suite*). — N° 6, 10 fév.) RABÈRE : La veine des serpents. Sérothérapie antivenimeuse. — VERGELY : L'alcoolisme existe-t-il? — F. CAYLA : Traitement abortif du phlegmon par les bains locaux glacés et par l'application de glace. — (N° 7, 10 fév.) CHAVANNAZ : Laparotomie pour occlusion intestinale au cours de la grossesse. — J. RABÈRE : Le venin des serpents. Sérothérapie antivenimeuse (*suite*). — F. CAYLA : Suppression de la furonculose cantharidienne par l'asepsie de la région soumise à la vésication.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 5, 2 fév. 1907.) LEPOUTRE : L'actinomycose intestinale. — J. SABLÉ : Luxation ovalaire spontanée au début d'une coxalgie. Réduction sous chloroforme. Guérison. — (N° 6, 9 fév.) C. LEPOUTRE : L'actinomycose intestinale (*fin*). — PIET : De l'origine des vergetures. — (N° 7, 16 fév.) PIET : Une méthode d'évaluation des incapacités permanentes de travail peu importantes ou complexes. — LEPOUTRE : Pleurésie tuberculeuse double chez un malade atteint de cancer du pylore. Guérison des lésions pleurales. Mort par cachexie tuberculeuse et cancéreuse.

REVUE GÉNÉRALE

LES ANÉMIES PERNICIEUSES [1]

Par M. E. AGASSE-LAFONT,
Chef de clinique adjoint à l'hôpital Saint-Antoine.

IX

Organes hématopoiétiques (2). — L'aspect macroscopique et microscopique de la *moelle osseuse* est très varié.

Tantôt c'est l'état normal. Dans les diaphyses on trouve une moelle jaune, graisseuse; elle présente à la coupe de grandes vacuoles d'où se sont échappées les cellules adipeuses; de place en place on voit un vaisseau, et dans les espaces intervacuolaires de petits amas de rares cellules. Mais dans les os du crâne, dans les côtes, le sternum et le rachis, on voit les derniers vestiges de la moelle fœtale, c'est-à-dire une moelle rouge, riche en hématies, en globules rouges nucléés, en myélocytes éosinophiles, neutrophiles et basophiles.

Tantôt la régression de la moelle fœtale est plus marquée : la moelle est jaune, inactive, non seulement dans les os longs, mais même dans les os courts et les os plats. L'organisme anémié a fait appel à ses ultimes réserves et les a totalement épuisées.

Plus rarement elle présente un type aberrant. Au lieu de renfermer les éléments qui lui sont propres, myélocytes et hématies nucléées, elle est plus ou moins riche en cellules lymphoïdes, lymphocytes, mononucléaires non granuleux, avec cependant quelques myélocytes à protoplasma basophile de Dominici.

Mais, et contre toute attente chez des sujets dont le sang est si pauvre en hémoglobine et en éléments figurés, ce qu'on rencontre le plus souvent *dans tout le squelette* c'est une moelle rouge, active, fœtale. L'examen macroscopique n'est pas suffisant, car la moelle simplement congestionnée présente le même aspect : mais on n'y trouve, à l'analyse, que les éléments de la moelle jaune avec un afflux d'hématies. Au contraire lorsqu'il y a une reviviscence réelle, on constate, en outre des hématies, une surcharge de normoblastes, de mégaloblastes et de myélocytes granuleux. D'ailleurs cette reviviscence est tantôt totale, tantôt partielle, par îlots.

La *rate* s'éloigne peu de l'aspect normal. Son poids, en moyenne de 200 grammes, peut descendre à 70 grammes, monter à 300. Sa couleur lie-de-vin et sa consistance molle peuvent être conservées; d'autres fois elle est pâle et dure. Mais l'examen histologique montre des modifications profondes. Tantôt c'est une transformation scléreuse, un épaississement de la capsule et des tractus fibreux, une diminution partielle des corpuscules et de la pulpe, une réduction des sinus, la diminution des éléments normaux, une surcharge de pigment ferrique. Tantôt au contraire, comme dans les anémies expérimentales, elle présente une réaction myéloïde marquée par la présence d'hématies nucléées et de leucocytes granuleux.

Enfin les *ganglions lymphatiques*, l'*amygdale*, le *thymus*, l'*appareil lymphoïde intestinal* sont moins touchés. Tantôt on les trouve indemnes de sclérose, avec des macrophages chargés de pigments; tantôt sclérosés, sans pigment. Il est exceptionnel d'y trouver des myélocytes et des globules nucléés.

Relations entre l'état du sang et des organes hématopoiétiques. — Quelles sont les relations entre l'état du sang et celui des organes hématopoiétiques ? En d'autres termes, jusqu'à quel point peut-on, par l'examen du sang pendant la vie, prévoir les modifications de la moelle osseuse que l'on constatera à l'autopsie? En dehors de l'intérêt théorique qu'elle présente, cette question mérite une étude attentive, car on pourrait peut-être y trouver une règle pour le pronostic, un guide pour le traitement.

Sans doute il est séduisant de considérer, avec MM. Vaquez et Aubertin, le sang comme donnant le reflet exact de l'état de la moelle. Pour eux le parallélisme est étroit : il y a trois types de formule sanguine et trois types d'état de la moelle osseuse, et ces types se répondent très exactement deux par deux. Aussi décrivent-ils les trois formes suivantes d'anémie pernicieuse : la forme *plastique* dont le sang présente de la poïkilocytose, des myélocytes, des hématies nucléées et la moelle osseuse un hyperfonctionnement qui la ramène à l'état fœtal; la forme *aplastique* sans poïkilocytose, sans myélocytes, sans hématies nucléées avec une moelle osseuse inactive et graisseuse; enfin, la forme *métaplastique* dans laquelle la moelle d'activité restreinte, sans myélocytes ni globules rouges nucléés, ne pourrait lancer dans le sang que des leucocytes basophiles non granuleux.

Malheureusement, suivant la remarque de M. Chauffard, « les réalités cliniques n'entrent pas toujours dans le cadre un peu conventionnel que nous voulons leur imposer. » Et malgré la rareté de documents, malgré l'absence regrettable d'autopsie dans beaucoup de cas, il est déjà quelques observations — MM. Marcel Labbé et Sabrazès en ont rapporté deux exemples — où la moelle osseuse a été trouvée toute différente de ce que l'examen du sang faisait prévoir. D'ailleurs si les faits étaient aussi simples, si le sang de l'anémie pernicieuse était l'image fidèle de l'état de la moelle, comment expliquer ces dissociations que l'on rencontre, hématies nucléées sans myéolocytes, myélocytes sans hématies nucléées, alors que la moelle osseuse est riche des uns et des autres? Comment expliquer d'autre part que dans un même cas on puisse trouver, à quelques jours de distance, même en dehors de toute intervention thérapeutique, alternativement la présence et l'absence des éléments de la moelle osseuse dans le sang? Enfin on peut se

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 26, p. 303.

(2) Il faut d'abord examiner dans toute son étendue la moelle diaphysaire d'un os long, du fémur de préférence, et parfois (nous verrons dans quelles circonstances) constater ensuite l'état de la moelle dans les os courts et les os plats. D'autre part on étudiera l'état de la rate et des ganglions, sans négliger enfin l'amygdale, le thymus, l'appareil lymphoïde intestinal.

demander jusqu'à quel point est suffisante une classification qui place dans un premier groupe presque tous les cas d'anémies pernicieuses : car les formes métaplastiques et aplastiques, au sens précis et restreint que M. Vaquez donne à ces termes, sont d'une extrême rareté. Il n'est donc pas suffisant qu'une anémie pernicieuse soit du type plastique pour qu'on puisse faire un pronostic favorable et compter sur une amélioration notable; et peut-être n'a-t-on jamais constaté de rémissions dans les anémies métaplastiques ou aplastiques, simplement parce que ces formes sont exceptionnellement rencontrées.

On avait d'ailleurs essayé déjà de pousser plus loin l'analyse. Engel, Ehrlich, Ewing attachent une importance extrême au volume des globules rouges et des hématies nucléées: leur volume est-il normal, c'est que la réaction de la moelle est normale, la réparation facile, le pronostic bon; trouve-t-on au contraire des mégalocytes et des mégaloblastes dans le sang, c'est que la réaction médullaire est d'un type aberrant, inefficace et le pronostic fatal. Les mêmes critiques peuvent être faites, et nous croyons inutile d'y revenir.

D'autre part, M. Chauffard se préoccupe moins de la présence d'une réaction myéloïde que de ses variations sous l'influence du traitement : plus elle augmente, c'est-à-dire plus on voit s'élever le nombre des myélocytes et des hématies nucléées, meilleur est le pronostic; à côté de la forme *plastique* pure, il faudrait décrire une forme *hypoplastique*, à réaction myéloïde normale mais très atténuée.

X

Anatomie pathologique des autres organes. — Quant aux lésions des autres organes, nous devons insister quelque peu sur elles, puisqu'elles peuvent être d'interprétation difficile : certains auteurs, nous l'avons vu, les considèrent parfois non comme la conséquence, mais comme la cause de l'anémie. D'ailleurs nous laisserons bien entendu de côté les lésions initiales des anémies pernicieuses symptomatiques.

Appareil digestif. — C'est du côté de l'appareil digestif qu'ont porté les recherches les plus minutieuses. Les lésions sont fréquentes, mais non constantes, variables d'ailleurs de nature et d'intensité.

Dans certains cas l'*estomac* est extrêmement atrophié; il est aminci au point de présenter l'aspect d'une séreuse; la muqueuse qui n'a pas 1 millimètre d'épaisseur, est dépourvue de plis. Elle est formée par une trame de tissu conjonctif, plus ou moins riche en éléments infiltrés, avec quelques tubes glandulaires courts offrant le type pylorique ou muqueux. Elle est infiltrée souvent, dans sa partie superficielle surtout, de corps hyalins disséminés en grande abondance.

Mais souvent aussi les lésions sont banales, gastrite de moyenne intensité, prédominant tantôt sur les glandes, tantôt sur le tissu conjonctif, tantôt d'une façon à peu près égale sur les deux.

Enfin, l'estomac peut être trouvé sain; Osler, Nothnagel ont cité des cas dans lesquels l'examen histologique de la muqueuse n'a pas permis de découvrir la moindre lésion.

Du côté de l'*intestin*, si les lésions sont fréquentes dans le cas d'anémies symptomatiques, et peuvent expliquer parfois, comme dans les diarrhées chroniques et la diarrhée de Cochinchine en particulier, le développement de l'anémie pernicieuse, on ne trouve au contraire dans l'anémie pernicieuse protopathique que des lésions rares et peu marquées : on a signalé de la dégénérescence graisseuse des épithéliums, de l'atrophie glandulaire, de l'atrophie des plexus nerveux. Le plus souvent il est normal.

Le *foie* peut présenter, nous l'avons vu, des lésions en rapport avec la destruction sanguine, infiltration de pigment ferrique et macrophagie.

Il est, d'ordinaire, augmenté de volume. Cette *hyperhépatie* signalée par MM. Gilbert et Garnier est modérée. Elle peut être rapportée à l'exagération de la fonction antitoxique de l'organe, au réveil de son rôle hématopoiétique à l'accumulation de débris d'hématies.

L'infiltration leucocytaire existe dans la majorité des cas : les leucocytes envahissent les espaces portes, les espaces intertrabéculaires; ils sont isolés le plus souvent; parfois, comme dans un cas de Barjon et Cade, réunis en amas.

On trouve généralement de la stase sanguine, avec ectasie des capillaires intralobulaires, prédominant au centre des lobules, comme dans le foie cardiaque.

Quant aux cellules hépatiques, elles sont parfois légèrement stéatosées.

Appareil circulatoire. — Le cœur est généralement petit, parfois dilaté. Il présente une surcharge graisseuse assez marquée. Ses fibres musculaires sont partiellement dégénérées.

Ces lésions que l'on trouve dans les anémies expérimentales, par intoxication chronique ou par hémorragies répétées, peuvent donc se rattacher à l'une de ces deux causes, altérations du sang ou irritation par une toxine, cause première de l'anémie.

Les vaisseaux sont exsangues, le tissu cellulaire œdématié, les parenchymes farcis de petites hémorragies.

Comme l'ont fait remarquer MM. Ménétrier et Aubertin, Camus et Pagniez, l'inspection des muscles montre, dans les anémies graves et dans les cachexies, des différences intéressantes à noter.

Dans les anémies pernicieuses, en effet, aussi bien protopathiques que symptomatiques, on constate une pâleur très marquée des viscères et du myocarde, une vive rougeur des muscles striés. Il y a donc conservation ou augmentation de l'hémoglobine musculaire. Au contraire, dans la plupart des cachexies sans anémie intense, les muscles sont pâles et décolorés.

Appareil respiratoire. — Les poumons sont indemnes.

Les plèvres, comme d'ailleurs les autres séreuses, péricarde, péritoine, renferment d'ordinaire un exsudat plus ou moins abondant.

Appareil urinaire. — Les reins sont pâles.

Ils peuvent présenter tous les degrés, depuis les lésions les plus banales, dégénérescence de l'épithélium des tubes contournés, atrophie légère des glomérules, sclérose diffuse. Parfois les lésions sont plus intenses, nous avons vu qu'elles ont été dans certains cas considérées comme la cause indirecte de l'anémie.

Système nerveux. — Nous avons signalé les lésions des organes des sens, de la rétine en particulier, hémorragies, rétinite, œdème papillaire.

Les nerfs périphériques ne sont généralement pas touchés. Et c'est par les lésions du système nerveux central que l'on peut expliquer les troubles moteurs et sensitifs que l'on a souvent constatés.

La fréquence des lésions médullaires dans l'anémie pernicieuse, signalée par Lichtheim, a fait l'objet de nombreux travaux. Ces lésions seraient constantes pour Moxter; Ewald croit cette opinion erronée. Elles ne sont malheureusement pas recherchées dans tous les cas. Leur nature est nettement définie: les cellules ganglionnaires des cornes antérieures ne sont pas touchées, mais on trouve des foyers hémorragiques dans les substances grise et blanche, surtout dans les cordons postérieurs. Dans son Mémoire, M. Lenoble a montré que ces lésions peuvent varier depuis l'hémorragie capillaire, jusqu'aux foyers de sclérose très étendus; qu'elles peuvent rester latentes ou provoquer des troubles nerveux graves qui permettent d'en préciser la topographie; quant à la cause, elle n'en est pas connue.

XI

Le diagnostic de l'anémie pernicieuse doit se faire en deux étapes : l'une rapide, dans laquelle on élimine les affections qui présentent avec elle quelques analogies ; l'autre, plus longue et plus pénible, pour déterminer de quelle forme particulière il s'agit.

Il existe quelques affections qui ressemblent au premier abord à l'anémie pernicieuse, à la fois par l'aspect clinique du malade et l'état du sang.

Dans la *chlorose*, la décoloration de la peau et des muqueuses, la bouffissure de la face, les troubles gastriques, l'affaiblissement général peuvent faire songer au début d'une anémie pernicieuse. Mais l'âge et le sexe, les antécédents suspects, la tare organique prédisposante, les troubles de la menstruation qui précèdent parfois, la teinte à la fois pâle et verdâtre, le sang dont la valeur globulaire est très diminuée, le nombre des hématies souvent presque normal, au besoin l'efficacité rapide du traitement par le repos et le fer permettent aisément de faire le diagnostic. Il existe d'ailleurs des formes anormales, *chlorose tardive* se montrant vers la trentième année, *chlorose de la ménopause*, *chlorose des jeunes garçons* (Hayem), *chlorose à forme d'anémie pernicieuse*, dans laquelle la déglobulisation elle-même peut devenir excessive. Dans ces cas il faut un examen attentif, la connaissance précise de l'état antérieur, les examens répétés du sang qui permettent de constater des signes qui n'appartiennent pas d'ordinaire à l'anémie pernicieuse : les hématoblastes sont en grand nombre et souvent de dimensions excessives ; les globules nains dominent et le diamètre moyen est diminué; le caillot se rétracte bien ; la valeur globulaire est très faible et, lorsque le sang se répare, le nombre des globules s'élève beaucoup plus rapidement que la quantité d'hémoglobine ne s'accroît.

Le diagnostic avec les formes habituelles de la *leucémie* ne se pose guère. Tout au plus, trompé par l'aspect du malade et son affaiblissement progressif, pourrait-on hésiter jusqu'au moment où l'examen du sang est pratiqué. Il est des cas dans lesquels les deux affections se succèdent. Il en est d'autres où les deux formules sanguines sont associées, où l'on trouve, suivant la remarque de MM. Chauffard et Lœderich, une maladie de tout le sang, dans laquelle, si le nombre des globules blancs impose le diagnostic de leucémie, c'est surtout à la diminution des hématies qu'est due la gravité du pronostic.

Le *purpura hémorragique* peut présenter, avec l'anémie pernicieuse, de grandes analogies. La diminution du nombre des globules peut être extrême, et les éléments figurés pourront montrer les mêmes modifications de forme, de coloration. On peut constater la présence ou l'absence d'éléments anormaux. Les hématoblastes sont rares, le caillot ne se rétracte pas ou se rétracte mal. D'autre part, nous l'avons vu, les différentes hémorragies, les taches purpuriques, les hémorragies rétiniennes ne sont pas étrangères à l'histoire de l'anémie pernicieuse. Mais c'est l'évolution de la maladie qui permet de les différencier. Dans l'anémie pernicieuse, certaines hémorragies sont exceptionnelles, telles les hémorragies gingivales, l'hématémèse, l'hématurie, et quand elles se montrent ce n'est qu'à une période tardive de la maladie.

L'*anémie des nourrissons* a été décrite par M. Hayem en 1889. Elle a fait deux ans plus tard le sujet de la thèse de son interne, M. Luzet. Von Jacksch a décrit la même affection sous le nom d'*anémie pseudo-leucémique infantile*, qu'on lui donne généralement aujourd'hui. Due le plus souvent à la syphilis héréditaire, aux troubles digestifs, à la diarrhée, elle est caractérisée cliniquement par une anémie intense, des hémorragies multiples, le volume et la dureté de la rate, l'hypertrophie du foie. Déjà son étiologie et ses symptômes permettent de la distinguer de l'anémie pernicieuse. Mais l'examen du sang montre en outre que la déglobulisation est généralement moins intense, que l'apparition des globules géants et des globules nucléés est plus précoce, que le nombre des leucocytes est augmenté.

Dans la *splénomégalie avec anémie et myélémie de l'adulte* (von Jaksch, Weil et Clerc), l'anémie est intense, la splénomégalie considérable; le foie peut être gros, mais il n'y a ni ictère, ni ascite; l'évolution est assez rapide et le plus souvent fatale. En dehors du volume considérable de la rate, on pourra se baser pour le diagnostic sur le nombre généralement très *considérable* de myélocytes et surtout d'hématies nucléées.

Quant aux *infections aiguës*, elles ne donnent lieu

d'ordinaire qu'à des anémies d'intensité moyenne. Et, si l'on a rapporté quelques cas exceptionnels où la fièvre typhoïde fut accompagnée ou suivie du développement d'une anémie grave (Vaquez et Esmein), l'évolution est toute différente, et d'ailleurs les commémoratifs permettent de remonter aisément à la cause qui l'a produite.

Mais ce n'est pas assez d'avoir reconnu qu'il s'agit d'une anémie pernicieuse; il faut maintenant savoir à quelle cause la rattacher. En général nous devons dire que c'est plus l'enquête étiologique que les manifestations cliniques ou hématiques qui permettent ce diagnostic.

Il sera d'ordinaire aisé de dépister et de rapporter à sa vraie cause les *anémies parasitaire*, *gravidique*, *tuberculeuse*, *syphilitique* ou *paludéenne*. L'*intoxication* lente par le gaz d'éclairage ou l'oxyde de carbone pourra être difficile à déceler. L'*anémie saturnine* est caractérisée par une prédominance toute spéciale d'hématies à granulations basophiles (Malassez).

Lorsque ces différentes formes d'anémies pernicieuses symptomatiques auront été rapidement éliminées, on ne saura mettre trop de soin à découvrir si derrière le syndrome de Biermer ne se cache pas le début d'un *cancer de l'estomac*. Or, généralement ce diagnostic est aisé. Une sténose, même légère, sans symptômes cliniques appréciables, sans vomissements, sans clapotage, mais prouvée par les tubages répétés, le matin, à jeun, qui ramènent toujours quelques centimètres cubes de liquide coloré, avec *débris alimentaires*, teinté de sang; la présence constante du sang dans les selles, non pas ces grosses hémorragies avec mélæna, mais des traces de sang que seule la recherche chimique peut déceler (Boas-Weber); l'examen du suc gastrique qui peut montrer une digestion indéfiniment prolongée; la présence d'acide lactique et l'élévation considérable du coefficient α : ces constatations permettent d'affirmer le diagnostic, et, si l'affection paraît être au début, d'imposer l'intervention.

Le sang présente aussi quelques caractères particuliers : l'hyperleucocytose, qui monte aisément à 15 000 ou 20 000, la polynucléose, l'abondance des hématoblastes, la rétractilité du caillot, la diminution de la valeur globulaire, le grand nombre de globules nains, contractiles et mobiles, sont autant de signes qui, bien qu'inconstants et n'ayant d'ailleurs rien de pathognomonique, doivent cependant orienter le diagnostic. Mais c'est à l'exploration attentive du tube digestif qu'il faut s'adresser pour le confirmer.

Et dans les cas rares où toutes les recherches auront été infructueuses, on sera autorisé à faire le diagnostic d'*anémie pernicieuse protopathique* ou essentielle, mais avec des réserves jusqu'au moment de la vérification anatomique. Car, étant donnée l'absence de tout signe pathognomonique, c'est là un diagnostic d'exclusion.

XII

Traitement. — Traiter la cause, quand elle est accessible, et la supprimer, si c'est possible, est évidemment la première condition du traitement de l'anémie pernicieuse. Nous n'insisterons pas sur la nécessité de faire appel immédiatement, lorsque le diagnostic causal est posé, aux tænifuges contre les parasites intestinaux, aux hémostatiques contre les hémorragies, au mercure ou à la quinine contre l'infection syphilitique ou paludéenne. Mais il est une autre cause, accessible elle aussi, et que trop souvent on hésite à attaquer : on doit avoir constamment à l'esprit, en présence d'un cas d'anémie pernicieuse d'étiologie incertaine, que le cancer de l'estomac *dès son début* peut la provoquer, que par un examen minutieux le diagnostic est possible, que par une intervention précoce la guérison peut être définitive, sans récidives. Récemment MM. Hayem et Bensaude ont publié un cas de survie de huit ans, après l'ablation d'un cancer de l'estomac qui s'était accompagné dès le début du syndrome pur de l'anémie pernicieuse.

Le traitement rationnel d'un cas d'anémie pernicieuse, basé sur son étiologie, est loin d'être le seul. Simultanément avec lui s'il s'agit d'une anémie secondaire, isolément s'il s'agit d'une anémie primitive, on doit faire appel à des méthodes thérapeutiques qui peuvent être d'une grande efficacité. Les observations commencent à être nombreuses dans lesquelles on a obtenu des améliorations inespérées, des rémissions de plusieurs mois, peut-être des guérisons définitives. Mais il faut aller vite, ne pas s'attarder trop longtemps au diagnostic étiologique, agir avec persévérance et énergie.

Le malade sera mis au repos absolu, au grand air, si c'est possible, avec une alimentation très surveillée. Suivant ses préférences et la tolérance de son estomac, on lui donnera du lait, du képhir, des œufs peu cuits, de la viande grillée ou de la viande crue pulpée, des légumes en purée, des fruits cuits. Les inhalations d'oxygène, courtes et répétées, suppléent à l'insuffisance respiratoire et peuvent avoir une efficacité momentanée. Les diurétiques, lorsque l'anémie s'accompagne d'œdèmes considérables, les antiseptiques intestinaux, lorsqu'on soupçonne des fermentations intenses et la résorption des toxines, sont particulièrement indiqués (Hunter, Bourget).

On n'essaiera ni le fer, ni l'hémoglobine. L'organisme est suffisamment pourvu de ces éléments : on perdrait un temps précieux. Aussi d'emblée faut-il avoir recours, simultanément ou successivement, à l'un des agents qui ont donné jusqu'ici le plus de succès dans les anémies pernicieuses, arsenic, moelle osseuse, sérum et radiothérapie.

Mais d'une façon générale, avant de les étudier en détail, nous devons dire que, malheureusement, il reste encore beaucoup de points obscurs à leur sujet. Sur leur mode d'action on ne peut que faire des hypothèses; le résultat, en présence d'un cas donné, est impossible à prévoir; et nous ne pouvons guère donner d'indication qui permette, suivant les circonstances, de choisir de préférence tel ou tel. Cependant, en l'absence d'une médication spécifique, le nombre d'observations qui viennent démontrer, même dans les cas extrêmes, la possibilité

d'améliorations, de guérison peut-être, justifie d'une façon suffisante leur emploi.

L'*arsenic* a été longtemps considéré comme l'agent le plus énergique contre les anémies pernicieuses, primitives ou secondaires, sans que l'on soit arrivé d'ailleurs à se mettre d'accord sur la façon dont il agit. On le donne, sous forme de liqueur de Fowler, par voie stomacale ou rectale, ou de cacodylate de soude en injections sous-cutanées. On doit songer aux accidents possibles d'une névrite périphérique, par une médication trop intense ou trop longtemps continuée.

L'emploi du *sérum sanguin* est une pratique ancienne, mais qui a été dans ces dernières années profondément modifiée. On avait cru d'abord nécessaire d'injecter le sang total, ou dans une veine sous forme de transfusion sanguine, ou dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mais si quelques auteurs ont pu penser que les améliorations sont dues à l'apport de globules qui viendraient remplacer les globules disparus, cette théorie a été bientôt abandonnée et l'on a constaté que l'élément actif est représenté par le sérum, dont l'injection vient exciter l'activité de l'hématopoïèse ralentie. Après bien des tâtonnements, à la suite de recherches expérimentales faites par différents auteurs, en particulier par MM. Roger et Josué, Bezançon et Labbé, on a reconnu que, des différents sérums normaux et thérapeutiques, le sérum antidiphtérique a la plus grande efficacité; MM. Rénon et Tixier en ont publié un exemple soigneusement étudié. Ajoutons d'ailleurs que récemment M. Carnot a signalé que le sérum d'animaux préalablement saignés, sérum prélevé en pleine crise hématique de régénération, provoque chez les animaux neufs une augmentation globulaire rapide et considérable.

De date plus récente est le premier essai de la radiothérapie dans les anémies graves. En 1905, M. Vaquez en a montré les bons effets; MM. Rénon et Tixier l'ont essayée chez deux malades; ils ont constaté, à la suite de séances d'irradiation de quinze à vingt minutes sur la moelle osseuse du fémur, l'augmentation notable de la réaction myéloïde du sang et du nombre des hématies.

Quant à l'opothérapie médullaire, on peut la réaliser avec les extraits glycérinés ou les extraits injectables. Mais il est bien préférable, quand on peut le faire, de donner de la moelle osseuse fraîche, moelle de veau plutôt que moelle de bœuf, que la malade prend crue, coupée ou écrasée dans un peu de bouillon tiède, à la dose de 50 à 100 grammes par jour. Agit-elle en stimulant l'hématopoïèse, en remplaçant une fonction disparue, en agissant comme antitoxique? Ces trois hypothèses ont été faites. Mais la question de son mode d'action n'est pas tranchée, pas plus d'ailleurs qu'on ne connaît le moyen de prévoir, en présence d'un cas donné, quelle sera son efficacité. MM. Ménétrier, Aubertin et Bloch estiment qu'elle est d'autant plus efficace que la réaction myéloïde spontanée du sang est elle-même plus marquée, mais on a publié des observations qui cadrent mal avec cette théorie. En tout cas on peut du moins affirmer cette notion pratique, qu'elle agit parfois dans des cas où toute autre thérapeutique avait échoué.

En résumé cette notion générale se dégage des recherches et des faits publiés jusqu'ici, qu'en présence d'un cas d'anémie pernicieuse, on doit supprimer la cause quand on peut le faire, placer le malade dans les meilleures conditions hygiéniques, puis immédiatement le soumettre au traitement par l'arsenic, la moelle osseuse, le sérum ou la radiothérapie; et c'est moins dans des notions théoriques que dans la constatation des résultats obtenus que l'on cherchera les raisons d'abandonner ou de poursuivre l'emploi de l'un d'eux.

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie des anémies pernicieuses est trop vaste pour que nous puissions la donner ici. Nous indiquerons simplement les principaux travaux, surtout les plus récents, que nous avons analysés dans ce travail : en se reportant aux originaux on trouvera les renseignements historiques concernant les points particuliers qu'ils étudient.

AGNOLI. Observations d'anémie pernicieuse par ankylostomes, *Cron. med. de Lima*, janv. 1893. — AGASSE-LAFONT. *L'anémie pernicieuse protopathique*, Th. de Paris, 1906. — ALESSANDRINI. Pathogénie de l'anémie par ankylostome, *Policlinico*, 1905. — ARULLANI. Anémie pernicieuse et tétragène, *Gaz. degli Osped.*, 16 juillet 1905. — AUBERTIN. *Les réactions sanguines dans les anémies graves*, Th. de Paris, 1905, et *Semaine méd.*, 15 août 1906. — AYNAUD. Le pseudo-tabes de l'anémie pernicieuse, *Tribune méd.*, 5 janv. 1907.

BARD. L'anémie pernicieuse botriocéphalique, *Semaine méd.*, 1902. — BENSAUDE. Traitement des anémies, *Traité de thérapeutique* de Debove et Achard, t. I. — BEZANÇON et LABBÉ (Marcel). *Traité d'hématologie*, Paris 1904. — BIERMER. *C. r. de l'Assemblée des méd. all. à Dresde*, 1868, et *Correspondenz f. schw. Ærtze*, 1872. — BILLINGS. Anémie pernicieuse protopathique, *New York med. Journ.*, 20 mai 1899, etc. — BLANCHARD. Anémie des mineurs, Soc. de biol., 28 nov. 1885. — BLANC. *Forme anémique du cancer de l'estomac*, Th. de Paris, 1901. — BOURGET. Antisepsie intestinale dans l'anémie, Congr. de méd. de Rome, mars 1894.

CABOT. Anémie pernicieuse protopathique : étude de 110 cas, *Amer. Journ. of the med. Sc.*, août 1900. — CARNOT et Mlle DEFLANDRE. Hyperglobulie provoquée par le sérum d'animaux en rénovation sanguine, Acad. des sc., 27 août et 17 sept. 1906, et Soc. de biol., 3 nov. 1906. — CHAUFFARD. Rechutes dans deux cas d'anémie pernicieuse, Soc. méd., 29 juin 1906. — CHAUFFARD et LŒDERICH. Formes curable, secondaire, ictérique de l'anémie pernicieuse, *Revue de méd.*, 10 sept. 1905. — CLIVIO. Formes graves d'anémie puerpérale, *Gaz. med. italiana*, 20 avril 1905; — Anémies parasitaires, Congr. de méd. de Gênes, oct. 1905. — COURMONT et ANDRÉ. Anémie pernicieuse à botriocéphales, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars 1903. — COURTOIS-SUFFIT et M. FERRAND. Anémie pernicieuse à forme ictérique, *Gaz. des hôpit.*, 15 janv. 1907. — CRÉBASSOL. *Anémie pernicieuse et paludisme*, Th. de Montpellier, 1904.

D'ESPINE et PICOT. L'anémie pernicieuse chez les enfants, *Revue de méd.*, 1890.

EHRLICH et LAZARUS. *L'anémie*, Vienne 1898. — ENGEL. Sang et organes hématopoiétiques dans l'anémie pernicieuse, *Munch. med. Wochens.*, 22 janv. 1901. — ENRIQUEZ, CLERC et RATHERY. Anémie pernicieuse à rémission, Soc. méd., 20 juillet 1906. — EWALD. Moelle épinière, estomac, foie, dans l'anémie pernicieuse, Soc. de méd. de Berlin, juil. 1898.

GILBERT et GARNIER. Foie et anémie pernicieuse, Congr. de Paris, 1900, et Soc. de biol., 29 juillet 1899, 28 juin 1902. — GRAVES. *Le sang dans l'anémie pernicieuse*, Soc. de méd. de

Londres, avril 1889. — GRAWITZ. Anémie pernicieuse protopathique, *Berl. klin. Wochens.*, août 1898, et *Deuts. med. Wochens.*, juillet 1904.

HANOT et LEGRY. Contribution à l'étude de l'anémie pernicieuse protopathique, *Arch. gén. de méd.*, janv. 1889. — HAYEM. Du sang dans les anémies, Soc. de biol., 4 nov. 1876; — *Le sang et ses altérations anatomiques*, Paris 1889; — *Leçons sur les maladies du sang*, Paris 1900. — HAYEM et BENSAUDE. Deux cas de longue survie chez des malades opérés de cancer de l'estomac, *Gaz. des hôpit.*, 29 mai 1906. — HUNTER. *L'anémie pernicieuse*, Londres 1901.

VON JAKSCH. L'anémie pseudo-leucémique infantile, *Wien. klin. Wochens.*, 1889.

KLEIN. Anémie pernicieuse syphilitique, Soc. de méd. de Vienne, 1890 et 1891.

LABBÉ (M.). Les anémies des tuberculeux, *Revue de méd.*, 10 mars 1906. — LABBÉ (M.) et CHAILLOUS (M.). Anémie pernicieuse d'origine syphilitique, Soc. méd., 20 juillet 1906. — LABBÉ (M.), LORTAT-JACOB et SALOMON. Anémie pernicieuse et néphrite chronique, Soc. anat., juillet 1903, et Soc. méd., 1904. — LAUNOIS et WEIL. Anémie pernicieuse métaplastique, *Revue de méd.*, août 1904. — LAZARUS. *L'anémie*, Vienne 1899. — LEFAS. Anémie corpusculaire, *Arch. gén. de méd.*, mars 1905. — LENOBLE. Lésions médullaires dans l'anémie, *Revue de méd.*, juin 1897. — LÉPINE. Anémie essentielle, Soc. méd., 14 juillet 1876. — LESNÉ et CLERC. Lymphomatose aleucémique ou anémie pernicieuse, *Journ. de physiol. et de pathol.*, janv. 1906. — LESNÉ, CLERC et LŒDERICH. Anémie pernicieuse avec réaction spéciale du sang et de la moelle, Soc. méd., 28 juillet 1905. — LUZET. *Anémies de la première enfance*, Th. de Paris, 1891.

MÉNÉTRIER et AUBERTIN. Hémoglobine musculaire dans les états anémiques, Soc. de biol., 28 mai 1904. — MÉNÉTRIER, AUBERTIN et BLOCH. Opothérapie médullaire dans l'anémie pernicieuse, Soc. méd., 13 avril 1905.

PATER et RIVET. Anémie pernicieuse au cours de la tuberculose, *Tribune méd.*, 22 avril 1905. — PÉTRONE. Sur l'anémie des enfants, *Pediatra*, mai-oct. 1905.

RAYMOND. De l'anémie pernicieuse, *Revue de méd.*, août 1887. — RÉNON et TIXIER. Anémies pernicieuses traitées par la radiothérapie et le sérum antitoxique, Soc. de biol., 4 nov. 1905, et Soc. méd., 9 mars 1906. — ROGER et JOSUÉ. Influence des injections sous-cutanées de sérum normal et thérapeutique sur la moelle osseuse, Soc. de biol., 9 janv. et 10 avril 1897. — ROSE, MAHAR et NAU. Anémie infantile pseudo-leucémique, *Bull. de la Soc. de pédiat.*, fév. 1903. — RUNEBERG. Botriocéphale et anémie pernicieuse, Assemblée des méd. allem., Berlin, sept. 1886.

SABRAZÈS. Ankylostomiase maligne, *Arch. de méd. expérim.*, janv. 1907. — SYLLABA. Pathogénie de l'anémie pernicieuse, *Revue de méd.*, 10 sept. 1904.

VAQUEZ. La radiothérapie dans l'anémie grave, *Arch. gén. de méd.*, 18 avril 1905. — VAQUEZ et AUBERTIN. Anémie pernicieuse d'après les conceptions actuelles, Soc. méd., 18 mars 1904. — VAQUEZ et LAUBRY. Evolution de l'anémie pernicieuse, Soc. méd., 13 juillet 1906. — VAQUEZ et ESMEIN. Anémie grave au cours de la fièvre typhoïde, *Tribune méd.*, 29 déc. 1906.

E. WEIL et A. CLERC. Splénomégalie avec anémie et myélémie, *Arch. gén. de méd.*, 1902; *Semaine méd.*, nov. 1902, et *Presse méd.*, fév. 1904.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 6 MARS 1907)

Cancer de l'appendice iléo-cæcal. — Il y a des maladies dont on n'avait, pour ainsi dire, jamais entendu parler et qui poussent tout à coup dans le cadre nosologique. Tel est le cancer de l'appendice sur lequel M. Hartmann vient d'appeler l'attention de la Société de chirurgie et dont plusieurs membres viennent apporter des exemples, si bien que cette affection, hier presque inconnue ou méconnue, va devenir relativement fréquente, mais encore faut-il s'entendre, car le rapport de M. Hartmann a soulevé une discussion entre cliniciens et histologistes, d'où il résulte que ce qui serait du cancer pour les uns n'en serait pas pour les autres; mais voyons d'abord les faits.

M. NÉLATON nous apporte l'observation d'un jeune homme de vingt-quatre ans, fils d'un confrère mort d'un cancer de l'intestin. Ce jeune homme fut pris d'une crise d'appendicite aiguë absolument classique, refroidissement, opération à froid sept semaines après; gros appendice avec extrémité libre présentant une petite tumeur grosse comme un noyau de cerise; l'examen histologique par Letulle montrait qu'il s'agissait d'un cancer aussi caractéristique que possible. Pas de récidive.

L'observation suivante de M. MIGNON cadre mieux avec l'évolution habituelle du cancer : un homme de soixante ans, de teint un peu jaune, est pris d'une crise d'appendicite, en apparence, banale. Un mois et demi après, il a de la fièvre et fait un abcès de la fosse iliaque que M. Mignon ouvre et draine. La fièvre tombe, le malade va mieux, mais il reste jaune et maigrit. M. Mignon pense alors à l'existence d'une tumeur maligne. En effet, survient de l'œdème des membres inférieurs, le malade présente un état cachectique cancéreux. M. Mignon fait une laparotomie droite, trouve de l'ascite, le cæcum fixé par des adhérences et entouré de tumeurs cancéreuses. Il referme le ventre. Le malade succombe quelque temps après. Il a présenté deux phases distinctes, une phase appendiculaire et une phase cancéreuse. M. Mignon croit pouvoir diagnostiquer rétrospectivement un cancer primitif de l'appendice.

Bien qu'il n'y ait eu ni examen histologique ni autopsie, le cas semble plus net et plus classique.

M. JALAGUIER nous rapporte l'histoire d'un garçon de neuf ans et demi ayant eu plusieurs crises d'entérite et une crise d'appendicite, en ayant une nouvelle plus violente, en janvier 1898, puis une autre en mars. Traitement médical, guérison. Opération à froid le 25 mars. On trouve l'appendice entouré d'adhérences, gros, dur, épais. Il mesure 4 centimètres de longueur; il contient un calcul stercoral. L'examen histologique y révèle des lésions d'appendicite ancienne et des lésions cancéreuses très nettes. M. Jalaguier donne lecture de la note de M. Letulle sur cet examen histologique. Il a pu suivre cet enfant qui est aujourd'hui un vigoureux jeune homme de dix-neuf ans. Aucune récidive depuis neuf ans. La guérison définitive semble donc bien assurée.

M. QUÉNU rappelle que Landau a réuni 58 cas de cancer de l'appendice. L'examen histologique de tous les appendices enlevés s'impose.

M. Monod fait observer que le cas de M. Mignon est bien net. On aurait même pu diagnostiquer le cancer primitif de l'appendice. Les autres faits qui ont été rapportés sont beaucoup moins nets cliniquement. Reste l'examen histologique dont M. Monod ne veut pas mettre en doute l'importance. Toutefois il rappelle que Malassez a déclaré que les kystes de l'ovaire étaient histologiquement d'origine épithéliale. Les chirurgiens se sont effrayés, pour leurs malades, de cette révélation qui leur enlevait cette douce sécurité qu'on éprouve quand on se trouve en présence d'un kyste de l'ovaire. Cependant, depuis cette révélation, les kystes de l'ovaire n'ont pas davantage récidivé. Peut-être en sera-t-il de même pour le cancer de l'appendice.

M. Lejars communique une observation qui est à rapprocher de celle de M. Mignon : homme de quarante ans; plusieurs crises d'appendicite; présence d'un gros cordon dans la fosse iliaque, pâleur de la face, amaigrissement; M. Lejars opère, enlève un appendice gros comme le pouce. L'examen histologiqne montre que c'est du cancer. Trois mois après, état déplorable, cachexie, grosse tumeur dans la fosse iliaque. Une incision exploratrice permet de constater l'existence d'une grosse masse cancéreuse inopérable. Deux mois après, le malade meurt en pleine cachexie.

M. Lejars ajoute qu'il n'y a pas lieu de douter de l'existence d'un cancer vrai, primitif de l'appendice.

M. Lucas-Championnière rappelle le temps où Robin, Follin, Broca faisaient des diagnostics de cancers à propos de tumeurs qui n'en étaient pas. Il craint bien qu'on ne fasse aujourd'hui la même erreur pour le cancer de l'appendice. Nous savons tous, en effet, avec quelle rapidité le cancer évolue chez les jeunes. Or, voici du cancer chez des enfants, qu'on opère, qui guérissent et qui n'ont pas de récidive. M. Lucas-Championnière ne connaît pas de cancers qui ne récidivent pas. Le diagnostic histologique de certaines tumeurs, de l'utérus en particulier, est resté bien difficile et bien incertain.

M. Quénu répond à cela que l'épithélioma de l'intestin ne se comporte pas comme l'épithélioma de l'utérus. Il a vu des malades, opérés de cancer de l'intestin, rester quatorze ans sans récidive. Il y a ce que les Allemands ont appelé l'adéno-carcinome. Quant aux kystes de l'ovaire, il y en a qui récidivent; Malassez, de Sinety ont bien fait d'appeler l'attention sur ces faits. On n'est donc pas en droit de nier qu'il s'agisse de cancer dans les faits qui viennent d'être rapportés, en se basant sur le fait de l'absence de récidive.

M. Tuffier rappelle, à son tour, que les cancers du tube digestif sont généralement d'une remarquable bénignité. Ce sont les opérations relatives à ces cancers qui nous fournissent les survies les plus longues. Il doit en être de même pour l'appendice que pour le reste du tube digestif.

M. Delbet estime que l'examen histologique a une grande valeur, tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue du pronostic. Il y a des cas où l'adéno-carcinome se transforme rapidement en carcinome très malin. Pour les tumeurs à épithéliome cylindrique, l'examen histologique lève toutes les difficultés. Pour l'intestin, l'adéno-carcinome répond à la transition entre les lésions d'ordre inflammatoire et les lésions malignes. M. Delbet croit donc qu'il y a des tumeurs inflammatoires avec forme carcinomateuse, de telle sorte que, dans l'état actuel de la science, certaines formes d'adéno-carcinomes sont très difficiles à distinguer d'adénomes simples.

M. Lucas-Championnière remercie M. Delbet de ses explications qui montrent les grandes difficultés pouvant mener à des confusions et à des erreurs.

M. Quénu rappelle, avec raison, qu'il y a des causes d'erreur dans toutes les investigations. Il croit toutefois que, dans la grande majorité des cas, il est possible de distinguer les adénomes des adéno-carcinomes.

M. Hartmann qui a soulevé cette discussion prend, à son tour, la parole pour la clore. En ce qui concerne le cas qu'il a cité, selon le désir exprimé par M. Monod, la pièce a été soumise à l'examen de M. Cornil qui a pleinement confirmé l'opinion de M. Lecène. M. Letulle possède actuellement 9 exemples de cancer primitif de l'appendice. Tous les appendices enlevés doivent donc être examinés histologiquement.

Comme MM. Quénu et Delbet, M. Hartmann défend l'importance de l'examen histologique en matière de cancer, et lui donne même la préférence sur la marche et l'évolution de l'affection. Il discute tour à tour les différentes observations présentées et termine en faisant remarquer qu'épithélioma ne veut pas toujours dire tumeur maligne et il prend pour exemple le cancer atrophique du sein, le cancer de l'intestin si lents dans leur évolution.

De l'hémostase chez les hémophiles. — M. Broca fait un rapport sur une communication récente de M. Weil, communication qui, quoique faite par un médecin, présente un côté chirurgical intéressant. Nous regrettons que le manque de place ne nous permette pas d'analyser plus longuement l'intéressant rapport de M. Broca. La conclusion de M. Weil est que les injections sous-cutanées préalables de sérum sont très utiles chez les hémophiles qui doivent subir une opération.

Une discussion s'engage, à laquelle prennent part MM. Chaput, Tuffier, Monod, Quénu, Broca, sur les divers moyens hémostatiques, en particulier l'emploi du chlorure de calcium. Les injections sous-cutanées de sérum artificiel seraient, au dire de M. Weil, supérieures à tous ces moyens.

Tumeur paranéphrétique. — Très intéressante l'observation suivante communiquée par M. Lejars : Une femme de quarante-deux ans se présenta, le 14 janvier 1907, maigre et pâle, avec une tumeur siégeant dans la partie gauche et supérieure de l'abdomen, au niveau de l'angle du côlon, tumeur volumineuse, bosselée, profonde. Il n'y a rien dans les urines. On pense à un néoplasme péricolique, M. Lejars fait la laparotomie, trouve le côlon sain et, derrière, une grosse tumeur paraissant d'origine rénale. M. Lejars incise le mésocôlon, arrive sur la tumeur kystique par endroits, solide en d'autres, parvient, avec peine, à décortiquer cette tumeur et arrive à l'enlever. Il y avait un pédicule vasculaire. En somme, c'était exactement une néphrectomie que venait de pratiquer M. Lejars, et il était bien convaincu d'avoir enlevé un rein polykystique. Ces lésions étant généralement bilatérales, il porta un pronostic très sombre, et s'attendit à voir sa malade mourir d'urémie. Il n'en fut rien ; la malade continua à bien uriner. Mais dix jours après, elle fut prise d'anurie, d'urémie et succomba dans le coma.

A l'autopsie, on trouva deux reins polykystiques. Ce n'était donc pas un rein qu'avait enlevé M. Lejars, mais bien une tumeur pararénale embryonnaire développée dans les restes du corps de Wolf, ainsi que le montra l'examen histologique.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

AU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

Les conseillers démissionnaires du Syndicat des médecins de la Seine, MM. Billon, Foveau de Courmelles, Gourichon, Granjux, Hamon, Ravanier et Rénon, adressent à leurs collègues un nouveau manifeste à l'occasion des élections du 17 mars.

Dans ce manifeste, se trouve un programme d'union et de bon sens qui devrait réunir tous les praticiens au moment où la solidarité professionnelle devient de plus en plus nécessaire. En voici les passages essentiels :

« Nous demandons, disent nos confrères,

1° *L'intégrité des droits conférés par le diplôme de docteur en médecine.*

Nous sommes opposés à la délivrance de tous les nouveaux diplômes taillés dans le nôtre : certificat d'études médicales supérieures, diplôme d'hygiéniste, etc.;

2° *La réforme des études médicales.*

Nous les désirons plus pratiques; nous sommes opposés à l'idée qui règne en haut lieu d'en faciliter l'accès par l'abaissement du niveau des études préparatoires exigées à l'entrée. Nous sommes opposés aux facilités données aux étrangers naturalisés pour la transformation de leur diplôme d'Université en diplôme d'Etat.

Nous lutterons contre :

3° *L'hospitalisation des gens aisés*, contre les injections médicamenteuses à 1 franc, contre les pansements à 0 fr. 75!

4° *La fonctionnarisation des médecins...*

... Le médecin vérificateur, contrôleur, est et doit rester un expert. En devenant fonctionnaire, il subit une hiérarchie, une subordination qui lui enlèvent l'indépendance absolument indispensable pour son rôle.

5° Nous lutterons contre les *tendances des mutualités*, soit qu'elles veuillent faire bénéficier leurs membres honoraires, c'est-à-dire des clients aisés, de tarifs consentis à des humbles, soit qu'elles persistent à ne vouloir nous concéder que des honoraires insuffisants.

6° A propos du *libre choix du médecin par le malade*, nous avons déjà fait la déclaration suivante :

Nous voulons le *libre choix du médecin par le malade*, mais en reconnaissant très franchement, très loyalement, que la solution du problème est question d'espèces, délicate par excellence, et en déclarant que nous sommes irréductiblement opposés à la guerre de classes qui, contraire à la devise et à la charte de notre Syndicat, serait la ruine de notre corporation...

... Il n'y a que deux façons d'appliquer un principe : soit par une formule générale, globale, qui s'applique à tous les cas, soit par une solution spéciale pour chaque cas particulier. Or, personne n'a trouvé, pour l'application du libre choix du médecin, la formule unique...

... La question est donc réellement délicate en raison tant de situations honorablement acquises que de l'état d'esprit d'administrations qu'il faudra convaincre par la persuasion.

Pour ce qui est des accidents du travail, la question est réglée par une loi très sage. Théoriquement, le blessé est rendu à son médecin. Dans la pratique il n'en est rien. Des agences à ramifications médicales drainent et accaparent les accidentés, tandis que dans certains syndicats ouvriers les blessés sont obligés, sous peine d'être abandonnés, de ne s'adresser qu'aux médecins de leur syndicat. Il y a donc encore des luttes à entreprendre pour rendre au praticien son client...

... Si nous avons déclaré que nous étions opposés à la guerre des classes, c'est que nous pressentions qu'elle allait bientôt éclater...

... En tout cas, nous voulons être le syndicat de tous. »

LIVRES NOUVEAUX

Doctrine de l'aphasie. Conception nouvelle (1), par le docteur Bernheim.

L'auteur discute la nature et l'origine des quatre modes de l'aphasie corticale. Dans la fonction du langage articulé, il faut distinguer trois opérations : 1° la perception brute (audition, vision, etc.) qui correspond certainement à des localisations cérébrales; 2° la perception avec réveil de la même perception déjà produite (déjà vu, déjà entendu, etc.), phénomène susceptible de localisation; 3° la perception avec souvenir de la même impression déjà produite, et avec association aux autres images sensorielles qui font l'interprétation. Cette opération, produit de dynamisme complexe, n'est pas localisable. Les souvenirs résulteraient, non d'images localisées en un point du cerveau, mais de modalités spéciales, déterminées par chaque impression et susceptibles de se reproduire.

Le trouble apporté à l'évocation des images auditives visuelles est due à la lésion non des centres corticaux, mais des fibres qui en partent. De même il n'y a pas de centre phonétique ou graphique; l'aphasie motrice ou graphique est due, non à une lésion d'un centre, mais à une lésion de transmission de la parole, aux centres spino-bulbaires.

L. ALQUIER.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Semaine sainte à Rome.* — Train spécial à prix réduits de *Paris à Rome.* — Prix du voyage, aller et retour : 103 fr. en 2e classe, 67 fr. en 3e classe.

Aller : départ de Paris, le 25 mars 1907, à 2 h. 50 soir; arrivée à Rome, le 27 mars, à 5 h. 18 matin.

Retour : au gré des voyageurs, dans un délai de trois semaines, c'est-à-dire jusqu'au 16 avril inclus au départ de Rome et 17 avril au départ de Modane, par tous les trains ordinaires comportant des voitures de la classe du billet, à l'exception toutefois des trains 26, 30 et 32 partant respectivement de Rome à 8 h., 20 h. 40 et 21 h. 15 (heure italienne) et du train 8 partant de Turin à 23 h. 35.

Pour plus amples renseignements, voir les affiches publiées par la Compagnie.

(1) In-8 de 28 p. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 30. — MARDI 12 MARS 1907. 80e ANNÉE. MARDI 12 MARS 1907. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité de médecins des hopitaux. — *Anatomie pathologique.* — Séance du 8 mars 1907 : M. Hallé, Laignel-Lavastine et Leven, 9; Bensaude et Froin, 8; Salomon, 7.

Symptomatologie. — Séance du 9 mars : MM. Nattan-Larrier et Weill (Benjamin), 9; Ribierre et Voisin, 8; Dreyfus-Rose, 7.

— Concours de chirurgien des hopitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Peyrot, Poirier, Campenon, Launay, Chaput, Villemin et Launois.

Noms des candidats inscrits. — MM. Alexandre, Alglave, Baumgartner, Chevassu, Chevrier, Chifoliau, Desjardins, Fredet, Gasne, Grégoire, Guibé, Hallopeau, Iselin, Kendirdjy, Lecène, Marcille, Mouchet, Picquand et Schwartz.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Oral. — Séance du 10 mars 1907. — Question donnée : « Hile du poumon. Symptômes et diagnostic des vomiques. »

MM. Barbet, 16 + 25 = 41; Levêque, 17 + 22 = 39; Lagane, 16 + 22 = 38; Charrier, 16 1/2 + 20 = 36 1/2; Chamard-Bois et Richet, 16 + 20 = 36; Morellet, 13 + 20 = 33; Chataing, 14 + 18 = 32; Samson, 14 + 13 = 27.

La prochaine séance aura lieu le mercredi 13 mars, à huit heures et demie du soir, 49, rue des Saints-Pères.

— Concours de la médaille d'or. — Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique vient de prendre l'arrêté suivant modifiant la composition du jury du concours de la médaille d'or :

« Art. 257. — Le jury de chacun des deux concours ouverts pour les prix à décerner aux internes en médecine comprend cinq membres, savoir :

Le jury du concours de médecine, cinq médecins;

Le jury du concours de chirurgie et d'accouchements, quatre chirurgiens et un accoucheur. »

— Internat en pharmacie. — Le jury du prochain concours de l'internat en pharmacie est définitivement composé de MM. Tiffeneau, Bougault, Meillère, Lafont, Lefèvre, Thibault et Dufau.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours de l'internat s'ouvrira le lundi 10 juin 1907.

Le concours de l'externat aura lieu le lundi 24 juin 1907.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Dijon. — M. Deroyer, professeur de clinique médicale, est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine de Dijon pour une période de trois ans.

LA FALSIFICATION DU LAIT. — Le *Journal officiel* du 9 mars publie une liste des méthodes que devront employer les laboratoires chargés de l'analyse des laits, laits concentrés et laits desséchés.

L'HYGIÈNE DANS LES MINES. — MM. les docteurs Vagnat et Reymond, sénateurs, d'Arsonval, Laveran et Calmette (de Lille) sont nommés membres de la commission spéciale instituée au ministère des Travaux publics pour l'étude des questions concernant l'hygiène dans les mines.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort, à l'âge de quatre-vingt-deux ans, du docteur Corlieu, bibliothécaire honoraire de la Faculté de médecine de Paris, ancien médecin du Dispensaire municipal, chevalier de la Légion d'honneur. Notre regretté confrère avait publié, outre de nombreuses études relatives à l'hygiène et à la police sanitaire, un grand nombre de travaux sur l'histoire de la médecine. Il laisse notamment une importante *Histoire de la Faculté de médecine de Paris.* Nos lecteurs n'ont pas oublié les intéressants articles historiques publiés dans la *Gazette des hôpitaux*, par M. Corlieu, depuis le 2 octobre 1852. M. Corlieu était en effet le plus ancien de nos collaborateurs, et c'est avec un sentiment de profond regret que nous voyons partir cet homme aimable dont l'esprit égalait l'érudition; — celle de l'hon. Alan Percy Herbert, docteur en médecine de la Faculté de médecine de Paris, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital anglais Hertford, fondé par sir Richard Walace. Notre confrère était officier de la Légion d'honneur; — et celles de MM. les docteurs Imbert, médecin sanitaire maritime, et Talent (de Fayence).

THYROIDITE PSEUDONÉOPLASIQUE

Par M. JABOULAY,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Messieurs, le malade dont je vais vous entretenir aujourd'hui, et que vous me verrez opérer dans un instant, vous parlera de deux complications des vieux goitres, l'inflammation et la dégénérescence maligne, chacune d'observation assez courante dans notre région lyonnaise, si voisine des centres goitrigènes des Alpes. Ici, le diagnostic différentiel de ces deux complications ne laisse pas d'être assez épineux; nous allons, avant l'opération, le serrer d'aussi près que possible.

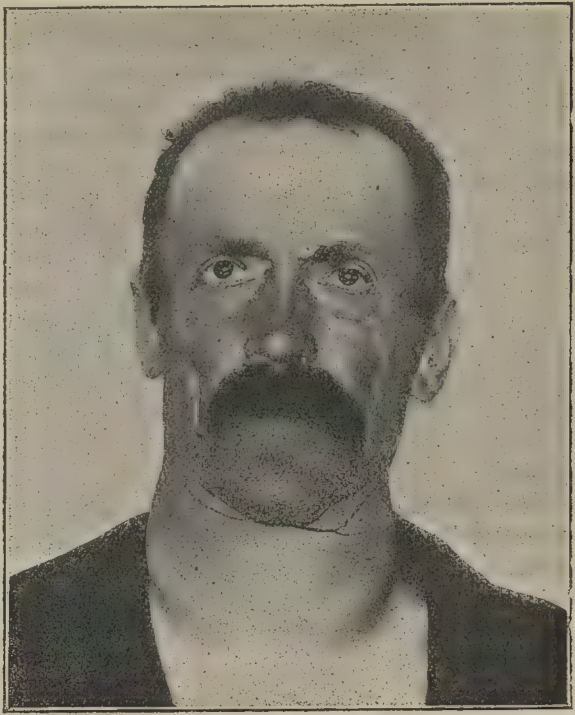
Notre sujet, cultivateur de cinquante-six ans, habite une petite vallée de la Drôme où les cas de goitre ne sont pas rares, sans être pourtant aussi nombreux que dans sa famille. Sa mère eut un petit goitre qui disparut par le traitement médical; sa sœur porte un goitre énorme; deux de ses cousins germains sont goitreux. Son père vit encore, âgé de quatre-vingt-un ans. Quant aux antécédents personnels, ils se réduisent à l'histoire même de ce goitre. Il apparaît à l'âge de trente-cinq ans, atteint en un an ou deux le volume d'un œuf, sans s'accompagner d'ailleurs de troubles fonctionnels, puis rétrocède rapidement aux dimensions d'une noix sous l'influence d'une potion et d'une pommade, prescrites par un pharmacien. Depuis, il reste stationnaire pendant plus de quinze ans, oublié presque du malade, et nous voici arrivés jusqu'à ces deux derniers mois, où nous assistons à un nouveau réveil de la tumeur endormie. Elle se met à grossir assez rapidement, surtout dans ces dernières semaines; elle s'accompagne d'un « rhume », compliqué pendant les accès de toux de douleurs dans la région cervicale, dans la nuque, et parfois même d'irradiations sourdes dans le domaine du cubital. Enfin, la dyspnée s'installe progressive, condamnant le malade, au moment de ses paroxysmes, au décubitus latéral droit, et l'amenant enfin à l'hôpital.

Ce fut un solide gaillard que notre malade, sa charpente et son embonpoint encore bien conservés vous en témoignent assez; mais, voyez, sur ce fond de santé, les traces profondes de l'infection actuelle, dans ce masque pâle jaunâtre, dans ces traits tirés, dans cette température qui est ce matin de 39°5 et malheureusement ne fut pas prise à domicile.

Un examen viscéral complet doit précéder l'exploration de la région malade.

Les poumons ne nous révèlent rien d'anormal à l'auscultation. Ainsi du cœur, dont les battements sont normaux et lents, sans trace d'une excitation basedowienne. Notre malade, qui n'est pas variqueux, présente un peu d'œdème cachectique bilatéral. Par ailleurs, ni sucre, ni albumine, les urines étant émises en quantité normale. Pas d'athérome net, pas de stigmate de syphilis. L'appétit a disparu depuis quelque temps, mais rien dans l'examen physique ne nous décèle là de signe d'une affection organique; l'abdomen n'est pas ballonné ni ascitique; le foie et la rate ont conservé leur volume normal. Enfin, rien non plus à l'examen du système nerveux, du côté de la moelle ni du cerveau, en réservant ici les douleurs de la nuque. Bref, l'état général et les viscères de notre malade ne nous offrent, en dehors des signes d'une infection grave de nature indéterminée, aucune localisation morbide appréciable. Revenons donc à l'examen local qui doit désormais retenir exclusivement notre attention.

Vous voyez de loin cette énorme tumeur du volume de deux poings que porte, au-devant du cou et plus particulièrement à droite, notre malade. La peau est, à sa surface, lisse et tendue, rouge comme au-devant d'un abcès, et enfin œdémateuse à la partie inférieure, à côté d'une grosse veine transversale visible par transparence. Je dois pourtant vous indiquer que ces caractères, très nets encore aujourd'hui, ont néanmoins rétrocédé quelque peu, depuis hier.



Palpons maintenant la tumeur proprement dite. Nous en précisons les contours arrondis et les limites très étendues, puisqu'elle dépasse en haut le niveau de l'os hyoïde et plonge en bas en arrière du sternum, sans qu'il existe toutefois de matité rétro-sternale. C'est donc bien un goitre plongeant mais non adhérent, car, si l'on ne peut insinuer les doigts entre le manubrium et lui, du moins le voit-on osciller verticalement dans des limites assez étendues sous l'influence de la déglutition ou de l'exploration. Latéralement enfin, la tumeur, asymétriquement développée, s'étend beaucoup plus loin à droite qu'à gauche. Sa consistance, égale en tous sens, sauf peut-être au centre, un peu plus élastique sinon fluctuante, est dure et régulière; elle est mate à la percussion, sans battements ni souffles. Il nous reste à préciser les rapports et connexions de cette tumeur avec la périphérie, question de première importance pour la discussion du diagnostic et de l'intervention.

Les voies respiratoires d'abord sont refoulées à

gauche, plutôt que comprimées ou ramollies, et l'on peut suivre cette déviation par la palpation en haut et en bas de la tumeur. A fortiori, l'œsophage est-il relativement respecté; vu le siège et la mobilité de la tumeur goitreuse, le malade ne souffre pas de dysphagie. Refoulé aussi et non comprimé, le paquet vasculo-nerveux du côté droit, on le voit et on le sent superficiel, soulevé contre le bord antérieur du sternomastoïdien, tandis que le gauche, dissimulé derrière la trachée déviée, n'est pas perceptible. D'ailleurs, les pouls temporaux sont égaux; le malade n'a pas d'œdème, ni de bouffissure de la face ou des doigts. Quant aux nerfs, il faut signaler, du côté des plexus cervical et brachial, les douleurs irradiées dont il a été parlé et que la palpation de la tumeur réveille dans la nuque et jusque dans le domaine du cubital, — du côté du récurrent, la voix rauque sinon bitonale, — enfin, dans le territoire du sympathique, la mydriase discontinue de l'œil droit sans exophtalmie. On perçoit deux ou trois petits ganglions mous indépendants de la tumeur.

Pour nous résumer, nous nous trouvons en présence d'un fébricitant sans rien de viscéral, souffrant d'une tuméfaction de la région thyroïdienne, augmentant rapidement de volume, d'une fluctuation obscure, avec quelques troubles de compression et quelques modifications de la peau à sa surface. Nous ne nous arrêterons pas longtemps à en discuter le siège; la nature en est par contre plus énigmatique.

Il s'agit en effet d'abord, avec certitude, d'une affection du corps thyroïde lui-même; la tumeur en occupe le siège exact, adhère à l'arbre respiratoire, montant et descendant avec lui pendant la déglutition; elle s'est enfin développée sur un vieux goitre. Nous ne nous arrêterons donc pas à l'hypothèse de ganglions enflammés ou mieux dégénérés. Ce n'est ni un lymphosarcome primitif, affection rare et des jeunes sujets surtout, ni un cancer secondaire dont nous ne trouvons pas la porte d'entrée, et qui n'aurait pas manqué d'entraîner des troubles de compression plus intenses; pour la même raison, ce n'est pas non plus un branchiome malin. Mais quelle est la nature de cette maladie du corps thyroïde et sa parenté avec le vieux goitre préexistant?

Messieurs, vous m'avez entendu vous dire déjà que, lorsqu'un goitre apparaît ou grossit chez un sujet âgé, trois hypothèses sont à discuter. Ce goitre peut *saigner*, *suppurer* ou *dégénérer*. Or, tel n'est point là le tableau de l'hémorragie thyroïdienne. C'est un accident des gros goitres kystiques, offrant au sang une cavité préformée, plutôt que des vieux petits goitres fibreux ou calcaires comme l'était celui-ci. On assiste, en quelques heures ou en une journée, à un développement brusque du goitre qui devient un début très douloureux et d'une dureté pierreuse pendant les premiers jours; peu à peu seulement la tumeur diminue en se ramollissant, et cet hématome suppure bien souvent. S'agit-il donc ici de thyroïdite ou de cancer? Voici bien le problème délicat qui se pose en face de ce malade.

Nous retrouvons des signes de cancer dans l'évolution relativement lente et progressive du goitre, dans sa dureté, enfin et surtout dans les douleurs irradiées par compressions nerveuses. Nous ne ferons pas état des ganglions peu nombreux, et mous, sans caractère néoplasique, que je vous ai signalés : ils sont en effet tardifs et souvent simplement inflammatoires dans le cancer thyroïdien au début, encore intracapsulaire, comme le serait celui-ci. Nous ne nous étonnerons pas, et pour la même raison, de l'absence de métastases, particulièrement fréquentes dans les néoplasmes de cet organe (1). Enfin la température elle-même ne nous sera pas un contre argument suffisant, car elle est parfois même plus élevée dans certains néoplasmes. Mais, nous notons chez notre malade des signes non douteux de suppuration, dans ses frissons, dans le ramollissement subfluctuant du centre de la tumeur, dans la température et surtout la douleur locale à la pression, avec œdème transitoire. La dernière question possible est donc la suivante : Ne s'agirait-il pas d'un cancer suppuré? car ce goitre était petit, atrophique; il n'a pas reçu de traumatisme, n'a pas été le siège d'un hématome; le malade n'a pas eu auparavant de signes d'une infection générale, telle que la grippe ou la typhoïde, le plus souvent en cause en pareil cas. Bref, la cause de cette thyroïdite nous échappe, et l'hypothèse d'un néoplasme sous roche nous rendrait compte à la fois de la pathogénie et des caractères spéciaux de la suppuration; mais je vous le répète, ce n'est là qu'une hypothèse.

Il faut opérer en tous cas pour la suppuration certaine (car vous savez les accidents brusques auxquels exposent les thyroïdites); pour le cancer possible, puisqu'il serait encore extirpable. Nous inciserons donc largement sur la ligne médiane, car vous pensez bien qu'une ponction serait insuffisante et ne pourrait servir qu'à diffuser l'infection dans le tissu cellulaire du cou. Nous pourrons alors nous contenter d'un drainage; mais, même en cas de suppuration simple, nous donnerons la préférence à l'énucléation du noyau goitreux qui amènerait une guérison beaucoup plus rapide et plus radicale. C'est ainsi que j'ai pu pratiquer plusieurs fois, sans ouvrir, l'énucléation en masse d'un goitre suppuré, comme s'il se fût agi d'un goitre ordinaire, à froid. Si, d'aventure, nous trouvions au centre des masses néoplasiques, c'est bien entendu une thyroïdectomie totale que nous pratiquerions, car cette intervention serait encore possible. Le peu de survie que donnent dans le cancer thyroïdien les opérations palliatives (lorsqu'elles deviennent nécessaires), doit nous engager à pratiquer le plus d'interventions curatives sur les quelques cas que nous trouvons encore encapsulés.

P.-S. — Il s'agissait bien d'une simple thyroïdite suppurée, et notre malade est parti rapidement guéri après une énucléation.

---

(1) Je veux simplement ici vous en rappeler les sièges d'élection osseux et cutané, évoquer en vous le souvenir de notre homme opéré d'une métastase orbitaire considérée d'abord comme tumeur primitive, puis de celui que nous renvoyâmes chez lui avec de la quinine, porteur d'une énorme masse sternale de même nature, enfin de la pauvre femme de la salle Saint-Pierre qui mourut asphyxiée et dont les poumons étaient farcis de noyaux. Tous ces cas récents de notre service vous sont encore présents à l'esprit.

FORMULAIRE

MODES D'ADMINISTRATION DE LA SPARTÉINE

On peut employer les formes de potion, de pilule ou d'injection hypodermique.

Potion.

Sulfate de spartéine........	trente centigrammes.
Sirop (simple ou composé)...	20 grammes.
Eau distillée de laurier-cerise.	15 —
Eau distillée...............	60 —

(Cinq centigrammes de spartéine par cuiller à soupe.)

Pilules.

Sulfate de spartéine...............	un gramme.
Extrait de muguet.................	2 grammes.

F. s. a. 20 pilules.

Injections hypodermiques.

Sulfate de spartéine.........	vingt centigrammes.
Eau distillée de laurier-cerise.	10 grammes.

(Deux centigrammes par seringue ou c. c.) [Pouchet.]

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 MARS 1907)

Rôle de l'intestin dans la fibrinogénèse. — MM. Doyon, Cl. Gautier et A. Morel. Mathews, Corin et Ansiaux ont localisé l'action du fibrinogène dans l'intestin. M. Doyon et ses collaborateurs apportent des faits qui sont contraires à cette opinion. Ces faits sont les suivants :

1° L'ablation totale de l'intestin ne modifie pas la teneur du sang en fibrine. On constate cependant, en général, une augmentation de la teneur de cette substance dans le sang ;

2° Chez un animal dont le sang a été défibriné, il se reforme de la fibrine malgré l'ablation de l'intestin.

Les expériences ont porté sur le chien et sur la grenouille. Chez cette dernière tout le tractus était réséqué de l'œsophage au cloaque, sauf cependant une très minime portion privée de toute connexion vasculaire, où s'abouche le cholédoque. Les sujets ont été sacrifiés à des intervalles divers, un au bout de vingt-trois jours. Dans tous les cas le sang a coagulé totalement.

Physiologie de l'hypophyse du cerveau. — M. Paulesco. L'hypophyse est un organe indispensable à la vie, son absence étant rapidement mortelle. Des diverses parties qui la constituent, la plus importante, au point de vue fonctionnel, est la couche corticale du lobe épithélial.

Relations entre l'oxyhémoglobine et les gaz du sang. — MM. Piettre et Vila.

Influence de la nature physique des parois sur l'activation du sucre pancréatique par les sels de calcium. — M. C. Delezenne.

La plèvre des éléphants. — MM. Giard et Perrier sont maintenant d'accord sur l'existence de la plèvre chez les éléphants. Son oblitération est particulièrement fréquente chez les éléphants indiens. Il reste à établir si elle est physiologique ou pathologique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 MARS 1907)

Deux cas de maladie de Paget. — MM. Apert et Bornet-Legueule présentent deux malades, un homme et une femme, atteints de maladie osseuse de Paget. La femme, âgée de soixante-deux ans, présente presque au complet les caractères de la maladie : crâne énorme, incurvation du tronc, hypertrophie massive des os, des membres, incurvation des clavicules, membres inférieurs déviés de telle façon qu'ils circonscrivent un O, attitude d'anthropoïde.

L'homme, trente-sept ans, est moins atteint. Son attitude est normale ; il faut palper ses os pour sentir une hypertrophie énorme des clavicules et de la plupart des os longs ; la tête est uniformément hypertrophiée.

L'hérédo-syphilis ne peut qu'être soupçonnée. L'homme travaillait dans une atmosphère de vapeurs acides, ce qui justifie pour lui l'étiologie invoquée par Œttinger ; mais pour la femme, il n'existait rien de semblable.

L'homme présente une éosinophilie marquée, 12 à 13 p. 100 d'éosinophiles ; la femme n'en a que 1 p. 100.

Dans la formule urinaire des deux malades, il y a diminution des phosphates et diminution de l'urée.

Aphasie.—M. A. Marie (de Villejuif) présente deux cerveaux, avec, pour l'un, lésion du noyau lenticulaire seul (apraxie et aphasie incomplète), l'autre correspond à un traumatisme du cerveau par coup de feu. La balle traverse en séton le lobe temporal gauche après avoir tranché le nerf optique droit et s'aplatit dans la zone de Wernicke en ricochant et labourant la surface corticale correspondante (pas d'aphasie de Wernicke, le malade continua six mois sa profession de dactylographe).

M. Souques fait observer que des deux malades dont il est question précédemment, l'un n'a pas eu d'aphasie, et l'autre était un dément, que dans le second cas il n'a pu s'agir d'aphasie vraie mais tout au plus d'anarthrie.

MM. Toulouse et Piéron font une communication sur **l'action de l'hypochloruration dans le traitement de l'épilepsie par le bromure de potassium.**

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 7 MARS 1907)

Un cas de polioencéphalite subtotale. — La malade que présente M. Lamy, offre les signes d'une polioencéphalite atteignant les noyaux moteurs de l'œil, le noyau moteur du trijumeau, et à un léger degré, le facial. Des frictions mercurielles, instituées depuis une dizaine de jours, après qu'on eut constaté le signe d'Argyll, sans autre signe de spécificité, semblent donner une amélioration légère. — M. Souques a vu un cas analogue, mais sans signe d'Argyll.

Traitement thyroïdien de trois enfants arriérés. — M. Lévi. L'amélioration a été rapide, intéressant la santé générale et l'arriération mentale.

Fatigabilité rapide de la sensibilité dans la maladie de Friedreich. — M. Egger. Les malades ne présentent d'autre trouble de la sensibilité cutanée que celui-ci, au sujet duquel MM. Marie et Déjerine formulent quelques observations. — Ces troubles ne sauraient, ajoute M. Babinski, expliquer l'incoordination et l'asynergie de la sclérose en plaques et de la maladie de Friedreich.

Paralysie faciale a frigore récidivante. — MM. Lejonne et Huet. La récidive s'est faite in situ; malgré le début brusque, a frigore, les auteurs ont pu mettre en évidence l'origine infectieuse de la paralysie. L'infection doit toujours être recherchée très soigneusement dans des cas de ce genre.

Névralgies du trijumeau et injections profondes d'alcool. — MM. Brissaud, Sicard et Tanon. Dix-huit cas de névralgie du trijumeau ont été améliorés par des injections d'alcool faites en suivant la technique de Lévy et Baudouin, mais en remplaçant leur trocart par une simple aiguille d'un diamètre capillaire. Les récidives — qui sont la règle — s'améliorent par le même traitement. Ce traitement ne doit pas être employé dans la sciatique, où il peut être suivi d'atrophies musculaires. Sur une question posée par M. Thomas, M. Sicard répond que les contractures organiques ne sont que peu ou pas améliorées par les injections d'alcool, qu'il faut réserver à la névralgie du trijumeau.

Un cas de maladie de Dercum. — La malade présentée par MM. Crouzon et Nathan a été atteinte, à la suite de la ménopause, d'une adipose localisée comme celle de la maladie de Dercum, précédée de douleurs. L'impotence fonctionnelle est peu marquée, les troubles psychiques nuls. Le traitement thyroïdien n'a produit aucun effet.

Hérédo-ataxie cérébelleuse précoce avec troubles auditifs. — MM. Variot et Bonniot. La fillette présentée a le signe de Romberg, les réflexes sont conservés, il existe des attitudes cataleptoïdes, et une certaine rigidité musculaire, sans incoordination. Surdité bilatérale très marquée avec intégrité de l'appareil vestibulaire (vertige voltaïque, centrifugation). Début de la maladie à l'âge de douze ans.

Polynévrite ou poliomyélite. — MM. Claude et Chartier. Après une période fébrile de huit jours, une jeune fille de dix-sept ans a été prise subitement de paralysie des quatre membres, du tronc et du cou. Actuellement, la paralysie du tronc et du cou a rétrocédé; mais il reste une paralysie avec atrophie des quatre membres, accompagnée de douleurs vives sur le trajet des nerfs. Il semble donc qu'il s'agit de coexistence d'une névrite et d'une poliomyélite, celle-ci laissant un reliquat. M. Claude remarque que ce tableau symptomatique ressemble à celui qu'on observe chez les animaux, par injections de toxines. A côté de troubles névritiques, il se fait des petites hémorragies dans la moelle. — Pour M. Déjerine, la distinction de ce qui revient à la myélite ou à la névrite, aurait une importance pronostique considérable. — Malheureusement, dit M. Babinski, cette distinction est en pratique impossible; il existe entre la polynévrite et les poliomyélites, toutes les formes de transition.

Hydrocéphalie congénitale avec atrophie optique. — M. Rochon-Duvigneaud. Sur le cerveau présenté, la distension par l'hydrocéphalie du plancher du troisième ventricule a amené l'atrophie du chiasma; dans l'hydrocéphalie tardive, c'est plutôt la stase papillaire qui est observée.

Accès de faim insatiable et mélancolie. — M. Ballet. Une femme de quarante-huit ans ayant commencé une mélancolie intermittente (depuis la ménopause), présente des accès de faim insatiable que l'orateur regarde comme appartenant à la psychose périodique. — M. Dupré dit qu'il s'agit d'un phénomène d'excitation et rappelle que suivant la conception de Krœpelin, les phénomènes d'excitation et de dépression peuvent coexister. — Cette coexistence, répond M. Ballet, est discutée : l'important est de savoir que les crises de faim, la citiomanie, peuvent appartenir à la mélancolie intermittente.

Fracture spontanée chez un tabétique fruste. — M. Oulmont. Un malade présentait un œdème des jambes, sans cause apparente; au cours de l'observation, il eut une hématurie. L'œdème rétrocéda sauf au bas d'une jambe, où la radiographie montra une fracture spontanée absolument latente jusque-là. Douze ans auparavant, le malade avait eu la syphilis; on a constaté la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. La pupille est paresseuse à la lumière, le réflexe rotulien est diminué.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX

(Séance du 28 février 1907)

Torsion du pédicule dans le kyste ovarien et refroidissement. — M. Monnier. Il s'agit de trois cas dans lesquels M. Monnier a été obligé d'intervenir pour torsion. Ces cas montrent que l'on peut laisser refroidir les kystes à pédicule tordu, mais qu'il vaut mieux les opérer immédiatement, à moins d'état par trop grave de la malade.

Quatre cas de gastro-entérostomie postérieure. — M. Péraire présente quatre malades opérés de gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Deux avaient une sténose pylorique, un autre une linite plastique et le quatrième une gastrite alcoolique ulcéreuse. Les malades ont été très rapidement guéris et jouissent actuellement d'une bonne santé.

Goutte aiguë généralisée. — M. Monsseaux a observé un homme de quarante-huit ans, atteint immédiatement après un refroidissement d'une angine aiguë et surtout d'une fluxion pleuro-pulmonaire intense à forme congestive. Au bout de trois jours, survint une colique néphrétique avec hématurie et expulsion d'un gravier uratique. Au cinquième jour, les phénomènes thoraciques disparurent subitement, en même temps qu'apparaissait un accès très aigu de goutte articulaire, envahissant les deux pieds et les genoux, et rétrocédant rapidement par l'usage du colchique. Au bout d'une douzaine de jours, le malade entrait en convalescence, ne conservant plus d'autre symptôme qu'un peu d'anémie.

Le début anormal de l'attaque de goutte laissa d'abord croire à une banale fluxion de poitrine *a frigore;* cependant, il s'agissait bien de manifestations goutteuses. Le malade était d'ailleurs goutteux et graveleux depuis plusieurs années, mais il venait de traverser une période de répit plus longue que d'habitude, d'où la violence d'explosion de l'accès actuel. Il importe de noter la localisation initiale sous l'influence du froid, et la disparition de tous les phénomènes au moment de la métastase articulaire.

La conférence habituelle a été faite par M. Durante sur la **pathologie générale des conducteurs nerveux.**

— La Société décide de donner en avril prochain une soirée artistique suivie d'un bal.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 9 MARS 1907)

Réactions provoquées par le cancer dans les cavités de l'organisme : cause de la diapédèse leucocytaire. — Pour M. Froin, lorsqu'un cancer détermine des modifications pathologiques dans une cavité de l'organisme, on voit trois réactions fondamentales : une transsudation habituellement très abondante de plasma sanguin; une extravasation souvent considérable d'hématies, et enfin une diapédèse leucocytaire plus ou moins prononcée s'accompagnant de macrophagie généralement marquée.

L'action globulicide du cancer n'étant pas trop rapide, il est possible de compter assez rigoureusement, pendant toute l'évolution de la maladie, en même temps que le nombre des globules blancs, celui des globules rouges contenus dans la cavité pathologique et d'apprécier les modifications qu'ils subissent. On voit alors que le chiffre des globules blancs, par rapport à celui des globules rouges, se présente à un taux que l'on rencontre dans des hématomes purs.

En somme, si le cancer peut attirer dans une cavité de l'organisme, du plasma sanguin et des globules rouges, il semble que ces derniers règlent la diapédèse leucocytaire : leur destruction suffit amplement pour provoquer cette réaction.

Emploi thérapeutique des sels de calcium dans diverses affections nerveuses. — M. Netter a obtenu des résultats extrêmement satisfaisants de l'emploi des sels de calcium dans la tétanie, le spasme de la glotte, la laryngite striduleuse, les convulsions de l'enfance.

Dans un cas de tétanie où il administra 2 grammes de $CaCl^2$ par jour, la guérison fut complète en moins de vingt-quatre heures, et l'amélioration très marquée au bout de quatre heures. Dans un autre cas avec la dose quotidienne de $0^{g}15$ les résultats ont été plus lents mais non moins évidents.

Ces effets s'expliquent par l'action modératrice antitoxique de l'ion calcique, influence établie expérimentalement par les recherches de Sabbatani, Roncoroni et Regoli vis-à-vis des hémisphères cérébraux.

L'administration des sels de calcium dans la tétanie est d'autant plus justifiée que celle-ci apparaît souvent dans des cas où le déficit en chaux est évident (coexistence de rachitisme, épuisement par l'allaitement, diarrhées profuses). Quest a montré une teneur insuffisante de calcium dans le cerveau d'enfants morts de tétanie.

Tabagisme expérimental et dénicotinisation. — Pour M. Ch. Lesieur, le tabagisme expérimental est caractérisé, à l'état aigu, par des convulsions épileptiformes, suivies de paralysie ou de somnolence passagères ou mortelles (suivant la dose) ; et à l'état chronique par des lésions athéromateuses de l'aorte.

La dénicotinisation [procédé du docteur Parant (de Genève)] rend le tabac incapable de produire des convulsions, des paralysies et de l'athérome, tout en lui laissant ses propriétés antiseptiques qui paraissent dues à la formaldéhyde.

Balance entre les albuminoïdes ingérés et ceux dépensés pendant sa grossesse par la lapine. — M. Maurel, poursuivant ses recherches sur les dépenses de l'organisme pendant la grossesse, étudie, dans cette note, le rapport, chez la lapine, entre les albuminoïdes ingérés et ceux dépensés. Les conclusions sont les suivantes : 1° que les albuminoïdes ingérés sont plus considérables au début de la grossesse qu'à la fin; 2° que, pris dans leur ensemble, les albuminoïdes ingérés sont sensiblement supérieurs à ceux seulement nécessaires à l'entretien; 3° qu'il y a une concordance très suffisante entre les albuminoïdes pris en excédent par la mère à ceux nécessaires à son entretien, et ceux contenus dans les fœtus et qu'elle met en réserve.

A propos des hypernéphromes. — MM. G. Delamare et P. Lecène signalent la présence de lécithines dans le protoplasme des cellules de certaines tumeurs malignes du rein connues sous le nom d'hypernéphromes. Cette constatation apporte un nouvel et sérieux argument en faveur de l'origine surrénale de ces néoplasmes.

Mensuration de l'anaérobiose et aérolisation du bacille du tétanos. — M. Rosenthal a pu cultiver le bacille du tétanos en présence de l'air dans les tubes étroits ou profonds et a déterminé le vide nécessaire à la culture. Des pressions de 35 à 40 centimètres de mercure permettent encore le développement de ce germe, qui pousse dans des tubes ordinaires ayant une colonne de liquide de 12 à 15 centimètres de hauteur.

Autres communications :

Influence de la température sur la toxicité des liquides d'huîtres. — M. Baylac.

Part respective de l'infection et de l'intoxication dans les accidents provoqués par les huîtres. Existence indiscutable des fièvres typhoïdes dues à cette ingestion. — M. Netter.

Glande interstitielle de l'ovaire et rayons X. — MM. Bouin, Ancel et Villemin.

Sur des causes d'erreurs dans l'emploi des réactifs de Tanret et de Millon. — M. Repiton.

Description anatomique d'un hémimâle. — M. Salmon.

A propos du passage dans le thorax des poussières introduites dans le péritoine et de leur localisation. — MM. Basset et Carré.

Anaphyllaxie par la mytilo-congestine. — M. Richet.

ANALYSES

MEDECINE

Sur l'étiologie des érythèmes noueux. (W. Hildebrandt. *Munch. med. Woch.*, 12 fév. 1907, n° 7, p. 310.) — Une femme de vingt-quatre ans, ayant présenté déjà pendant l'enfance des phénomènes pulmonaires et des adénopathies suspectes, fut prise d'angine, de stomatite et dix à douze jours plus tard présenta une éruption typique d'érythème noueux, d'abord seulement aux membres inférieurs, puis aux avant-bras, et des douleurs articulaires; la fièvre irrégulière n'a jamais atteint 39 degrés. Trois semaines après la guérison survint une pleurésie du côté droit, sèche d'abord, puis avec épanchement qui guérit spontanément. Deux mois plus tard, nouvelle pleurésie avec épanchement du côté gauche et péricardite sèche. Pendant tout ce temps la température se maintient autour de 38 degrés. La malade sortit de l'hôpital après neuf mois de traitement, amaigrie et en assez mauvais état.

Pendant l'évolution de l'érythème noueux alors que la température était à 38°4, 10 centimètres cubes de sang furent prélevés par ponction d'une veine du pli du coude.

Deux cobayes reçurent chacun un centimètre cube de ce

sang dans le péritoine; le sang restant fut mélangé à de l'agar et coulé dans trois boîtes de Pétri.

Les boîtes de Pétri restèrent stériles; par contre les deux cobayes succombèrent au bout de six mois, tous deux présentaient des lésions typiques de tuberculose généralisée.

Il y avait donc la circulation dans le sang de la malade au moment de la poussée d'érythème noueux, des bacilles tuberculeux virulents, et il est logique de penser que le bacille tuberculeux a été l'agent de l'éruption cutanée.

Il est seulement regrettable que l'examen cytologique et bactériologique des épanchements pleuraux n'ait pas été pratiqué.

Ce fait n'en conserve pas moins toute sa valeur, et il vient confirmer les observations antérieures d'Uffelmann, Ohme, Kuhn, Schlesinger, Abel et Hoffmann qui ont proclamé les relations existant entre la tuberculose et certains érythèmes noueux.

L'érythème noueux serait donc dans certains cas la résultante d'une bacillémie tuberculeuse, comme il peut être d'autres fois la résultante d'une infection généralisée par d'autres agents pathogènes, tels que le gonocoque par exemple.

A. LEMIERRE.

Un cas de tremblement intentionnel simulant en partie la sclérose en plaques. (Bergamasco. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, fasc. I, p. 4, 1907.) — Un homme de cinquante ans fut pris d'un tremblement intentionnel analogue à celui de la sclérose en plaques. Comme il s'y ajoutait du nystagmus et des troubles de la parole, le diagnostic présentait certaines difficultés. L'autopsie démontra l'absence de sclérose en plaques.

L. ALQUIER.

Une maladie non encore décrite. (Henry P. De Forest. *Med. Soc. of the State of New York,* 30 janv. 1907.) — C'est de l'inflammation localisée du canal thoracique qu'il s'agit. A l'autopsie d'un homme mort de septicémie à point de départ intestinal, tous les organes semblaient normaux, sauf le foie et le rein. Le long de la colonne vertébrale, on découvrit une masse de la grosseur d'un saucisson. Au centre de cette masse, se trouvait une cavité d'abcès admettant facilement le doigt. Les ganglions mésentériques étaient fortement hypertrophiés. Cette masse correspondait au *receptaculum chyli* et de là un gros cordon induré remontait jusqu'au cou, présentant de distance en distance des masses plus grosses, atteignant le volume d'un doigt et indurées. Par la pression, on pouvait faire passer du pus jusque dans la jugulaire.

L'histoire clinique du malade montrait qu'il y avait d'abord eu empoisonnement par les ptomaïnes de coquillages ingérés. La consommation de canards conservés dans des chambres froides aggrava les symptômes et réduisit à ce point la vitalité des intestins que ceux-ci laissèrent les ptomaïnes et les bactéries envahir l'économie. Quand une nouvelle valvule était forcée, il y avait un nouveau frisson, et finalement quand le pus se déversa dans la jugulaire, septicémie mortelle.

F. GARDNER.

CHIRURGIE

Deux appendices au lieu d'un. (L. Schooler. *Iowa med. Journ.*, janv. 1907.) — A l'ouverture de l'abdomen, dans une opération d'appendicite à chaud, il s'échappa une quantité de pus et les intestins se présentèrent dans le champ opératoire avec un appendice normal au-devant d'eux. On posa un clamp sur la base de celui-ci et l'on constata qu'il s'implantait sur l'extrémité libre du cæcum. En introduisant le doigt, on trouva, à environ deux centimètres et demi au-dessous du premier, un autre appendice, très tuméfié et perforé en son milieu. L'extrémité périphérique était gangrenée. Cet appendice malade fut lié et réséqué. Puis après avoir évacué le pus qui souillait l'intestin, on réséqua l'appendice normal. On l'examina soigneusement. Il mesurait 10 centimètres de long et était normal en tous points, sauf que son calibre était peut-être un peu inférieur à celui de son congénère, mais naturellement l'état de ce dernier ne permettait pas de faire des mensurations exactes.

F. GARDNER.

RHINOLOGIE

Sarcome du nez. (R. F. Miller. *Laryngoscope*, vol. XVI, n° 10, oct. 1906, p. 810-811.) — **Même sujet.** (J. A. Watson. *Ibid.* p. 812-814.) — **Même sujet.** (Richard H. Johnston. *Med. Record*, vol. LXX, n° 23, 8 déc. 1906, p. 909-910.) — Il y a 8 cas cités dans ces trois articles. Celui de Miller se rapporte à un sarcome globo-cellulaire sessile, qui se nécrosa spontanément de manière à ne laisser qu'une cicatrice nette, repoussa, puis se sphacéla une seconde fois, toujours spontanément, la santé générale restant toujours bonne. L'auteur se demande si plusieurs des cas de sarcome de ce genre rapportés comme guéris n'ont pas simplement été des cas améliorés par un processus spontané analogue.

Watson, se basant sur un cas de chondrosarcome pédiculé, enlevé aisément, sans hémmorragie, du premier coup, par les voies naturelles et sur 4 cas personnels antérieurs, croit que l'opération intranasale est presque toujours suffisante, même si la tumeur a poussé un prolongement dans l'antre d'Highmore et que, quand il est trop tard pour opérer par la voie intranasale, il est trop tard pour opérer par toute autre voie.

C'est ce qui semble ressortir aussi du cas de Johnston, tout opposé à ces cas relativement bénins que les deux autres auteurs ont cités. Un sarcome étendu de la fosse nasale droite ne put être extirpé en totalité par une opération à travers le massif maxillaire. Après l'opération, les douleurs névralgiques intenses dont la malade se plaignait disparurent, mais la tumeur repullula avec une rapidité extrême. La conclusion est pessimiste et contraire à celle de Miller et Watson : il faut diagnostiquer tôt, et opérer vite et largement, si l'on veut avoir quelque chance de bons résultats.

F. GARDNER.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De l'administration du chloroforme dans les opérations sur la tête. (*Pratique médicale*, n° 2, fév. 1907.) — A l'exemple de Killian, M. Baratoux a recours à un procédé d'administration du chloroforme qui permet d'opérer sans être gêné par la présence de l'aide. Ce dernier se tient à côté du malade. Le chloroforme est versé dans un flacon gradué à double tubulure, dont l'une est reliée à une poire de Richardson et l'autre à un tube en caoutchouc adapté à une sonde recourbée que l'on place dans la bouche du malade.

En pressant la poire de Richardson, on chasse les vapeurs à travers le tube en caoutchouc et le tube métallique.

Avec un peu d'habitude, on arrive facilement à régler la dose de chloroforme. Avec ce procédé on dépense très peu de chloroforme, ce qui est compréhensible, puisqu'il arrive en vapeur dans la bouche du malade, que l'on peut maintenir ouverte avec un ouvre-bouche.

L. GAYARD.

De l'inutilité et des dangers de la recherche du réflexe cornéen au cours de la chloroformisation. (Van Lint. *Policlinique*, 15 janv. 1907.) — L'auteur rapporte l'observation suivante :

Une malade, après avoir subi, deux jours auparavant, une intervention chirurgicale, sous le chloroforme, se plaignit d'une photophobie intense et de fortes douleurs à l'œil droit. Cet œil présentait une ulcération cornéenne s'étendant aux deux tiers de la surface de la cornée. Cette ulcération n'était pas due à une goutte de chloroforme tombée dans l'œil, mais elle résultait de ce que le chloroformisateur avait recherché le réflexe oculo-palpébral avec trop d'insistance et au point d'endommager l'épithélium de la cornée.

A propos de cette observation, l'auteur met en garde contre la recherche du réflexe cornéen en général, qu'il croit non seulement dangereuse, mais inutile.

Inutile, parce que le réflexe oculo-palpébral est loin de constituer un criterium absolu d'anesthésie générale : il peut persister avec une insensibilité et une résolution musculaire complètes, de même que sa disparition n'empêche pas parfois le malade de réagir sous le premier coup de bistouri.

Dangereuse, parce que les attouchements répétés de la cornée peuvent produire une érosion de l'épithélium, ouvrir une large porte d'entrée aux infections multiples, déterminer des ulcères cornéens et amener des sphacèles de la cornée entière, ainsi que M. Coppez en a observé un cas.

L'épithélium de la cornée, dit M. Van Lint, cède d'autant plus facilement aux pressions qu'on lui fait subir, et l'infection, qu'elle vienne des culs-de-sac conjonctivaux ou des doigts du chloroformisateur, s'installe d'autant plus vite que les opérés sont affaiblis par une maladie de longue durée, une anesthésie prolongée ou une hémorragie abondante.

L. GAYARD.

Catgut argentique. Etude de la méthode de Crédé pour stériliser le catgut sans le secours de la chaleur. (James Eddy BLAKE. *Annals of Surgery*, vol. XLV, n° 1, janv. 1907, p. 110-120.) — Crédé imprègne son catgut à l'aide d'une solution de collargol, le garde à sec et l'immerge dans l'alcool quelques jours avant de s'en servir. Blake a pu se convaincre chez Crédé que ce catgut était parfaitement aseptique, et, de retour en Amérique, a fait des expériences. Il a d'abord trouvé que l'immersion préalable dans l'éther n'était pas nécessaire ni même utile pour une bonne imprégnation argentique. Puis, la solution argentique est non seulement capable de rendre le catgut stérile, mais elle exerce aussi une influence inhibitrice très marquée sur la croissance des bactéries devenues adhérentes à la surface du catgut par infection subséquente. La stérilisation est quelquefois parfaite après deux ou trois jours d'immersion dans la solution de collargol. Le catgut ainsi préparé se montre très résistant à l'infection ultérieure et possède une influence inhibitrice très marquée sur la croissance des bactéries introduites en même temps que lui dans les tubes de bouillon. Cette influence d'arrêt est moins marquée dans les tubes d'agar. Pour l'obtenir, une dissolution partielle de l'argent semble nécessaire et c'est exactement ce qui se produit dans les tubes de bouillon et dans l'organisme. Une solution de collargol ne peut pas servir deux fois à stériliser du catgut, car il y a précipitation partielle. Donc, placer le plus de catgut dans le moins possible de solution. Quand le catgut sort de la solution de collargol, il est aussi mou que s'il avait été immergé dans l'eau. Il faut le laisser sécher avant de le placer dans l'alcool. Le catgut argentique est un peu inférieur comme résistance au catgut chromique, mais très supérieur au catgut stérilisé ordinaire. La solution de collargol employée est à 2 p. 100. On y laisse le catgut préalablement roulé sur des bobines une semaine environ, pendant laquelle on agite le récipient deux ou trois fois. Puis on lave à l'eau stérilisée pour enlever l'excès de collargol et on immerge dans l'alcool à 95 degrés où l'on conserve. Le docteur Pilcher ne se sert plus que de ce catgut pour ses opérations. Sur une série de plus de 500 cas, il n'a pas eu un seul ennui.

F. GARDNER.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

L'IBOGAÏNE EST-ELLE APHRODISIAQUE ?

D'après les travaux de Pouchet, Chevalier et Landrin, l'ibogaïne n'est pas véritablement un aphrodisiaque, au sens propre du mot. Elle n'agit pas directement sur les testicules ; mais son action éminemment stimulante du système nerveux central explique les succès de cet alcaloïde dans certains cas d'impuissance.

La dose de chlorhydrate employé était de 3 à 6 dragées Nyrdahl par jour.

LIVRES NOUVEAUX

L'obésité et son traitement (1), par P. LE NOIR.

L'obésité est une des maladies qui, dans le cours de ces dernières années, ont donné lieu au plus grand nombre de travaux. M. Bouchard s'est efforcé d'établir des mesures qui permettent de calculer la corpulence et l'adiposité, MM. Maurel et Le Gendre ont élucidé en partie la pathogénie de l'obésité, M. Leven a insisté sur le rôle de la dyspepsie. M. Le Noir, dans l'*Actualité médicale* qu'il publie aujourd'hui, après avoir rappelé combien il est difficile de définir l'obésité, en décrit les lésions et les symptômes, et consacre quelques pages aux formes cliniques, obésité des enfants, obésité suivant les sexes obèses pléthoriques, obèses anémiques, obésités associées à d'autres états morbides. Au chapitre de l'étiologie, il signale les rapports de l'obésité avec l'arthritisme et étudie ensuite la question de savoir comment on devient obèse : à ce sujet, quatre hypothèses possibles, selon que l'obésité est liée à l'insuffisance du ferments saponifiant des graisses, à une insuffisance du ferment oxydant qui brûle les produits de dédoublement de la graisse, à l'insuffisance du ferment glycolytique ou à la surabondance du ferment hydratant de l'albumine. Dans le chapitre de thérapeutique très soigné, l'auteur décrit successivement le traitement préventif et le traitement curatif. Celui-ci peut faire appel au régime alimentaire, aux cures de terrain ou aux traitements médicamenteux. De ces données, l'on peut déduire la cure de l'obésité, en tenant compte des antécédents, de l'état actuel des malades, de leur genre de vie, etc. Quelques pages sur les éléments nécessaires à l'établissement du régime d'un obèse terminent cet intéressant opuscule.

L. BABONNEIX.

Physique médicale (2), par le docteur André BROCA. (Bibliothèque Gilbert et Fournier.)

La physique ne vaut que par les applications médicales qu'on en tire. Un bon livre de physique médicale devra donc exposer, d'une part, les méthodes fondamentales de la théorie, d'autre part, les conséquences pratiques qui en découlent ; il

(1) Paris, 1907, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

devra surtout équilibrer exactement ces deux parties de l'œuvre, réduisant la première au minimum pour développer surtout la seconde. C'est ce qu'a bien compris M. André Broca. Débarrassant son livre de toutes les notions théoriques qui ne sont pas indispensables, il insiste longuement sur les applications physiologiques ou médicales qui en sont le corollaire. Signalons particulièrement les chapitres relatifs à la mécanique animale, à la chaleur, au travail musculaire. Pour la première fois, trouvent place, dans un précis de physique médicale, les notions relatives à la pression osmotique, aux colloïdes, aux courants de haute fréquence, à la radiothérapie et à la radioactivité. Ces pages, dit modestement l'auteur, vieilliront peut-être très vite : il n'en était pas moins nécessaire qu'elles fussent écrites par un physicien, qui est aussi un biologiste et un médecin. L. BABONNEIX.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 18 AU 23 MARS 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 18 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Rieffel et Proust.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

2e : MM. Ch. Richet, André Broca et Branca.

3e (2e partie, oral) : MM. Roger, Balthazard et Marcel Labbé ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Delens, Legueu et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Teissier et Claude ; — M. Gosset, suppléant.

Mardi 19 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Hartmann et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Bezançon et Maillard.

4e (1re série) : MM. Chantemesse, Gilbert et Dupré ; — (2e série) : MM. Thoinot, Vaquez et Langlois ; — M. Gouget, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, de Lapersonne et Auvray ; — (2e série) : MM. Albarran, Marion et Morestin ; — (2e partie) : MM. Raymond, Thiroloix et Carnot ; — M. Méry, suppléant.

Mercredi 20 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Delens, Cunéo et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

2e : MM. Gariel, Ch. Richet et Branca.

3e (1re partie, oral) : MM. Sébileau, Mauclaire et Lepage ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Déjerine et Teissier ; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 21 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Marion et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Bezançon et Maillard.

4e : MM. Poirier, Thoinot et Méry : — M. Dupré, suppléant.

3e (2e partie, oral) : MM. Robin, Thiroloix et Gouget.

Vendredi 22 mars, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Cunéo et Proust.

3e (2e partie, oral, 1re série) : MM. Blanchard, Balthazard et Claude ; — (2e partie) : MM. Roger, Tessier et Legry.

4e : MM. Landouzy, Thoinot et Wurtz ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Delens, Mauclaire et Gosset ; — (2e série) : MM. Auguste Broca, Legueu et Pierre Duval ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki ; — M. Branca, suppléant.

Samedi 23 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Retterer et Thiéry.

2e : MM. Gley, Launois et Maillard.

4e : MM. Chantemesse, Vaquez et Richaud ; — M. Gouget, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond. Thiroloix et Méry ; — (2e série) : MM. Gilbert, Rénon et Jeanselme ; — (3e série) : MM. Robin, Achard et Bezançon ; — M. Auvray, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Demelin et Brindeau ; — M. Carnot, suppléant.

THÈSES

Mercredi 20 mars 1907, à une heure. — M. SCHMITT. De la valeur diagnostique et thérapeutique de la tuberculine en dermatologie. (MM. Landouzy, président ; Roger, Claude et Marcel Labbé.) — M. PATER. Sur la syphilis de l'estomac. (MM. Roger, président ; Landouzy, Claude et Marcel Labbé.) — M. HOREAU. Traitement de l'otite adhésive par la thiosénamine. (MM. Roger, président ; Landouzy, Claude et Marcel Labbé.) — M. BERTHOUMEAU. De la glycémie dans les états asphyxiques chez l'homme. (MM. Roger, président ; Landouzy, Claude et Marcel Labbé.)

Jeudi 21 mars 1907, à une heure. — M. AHOND. Les paresthésies pharyngées. (MM. Debove, président ; Raymond, Jeanselme et Carnot.) — M. LERICHE. Contribution à l'étude de l'ulcère hémorragique de l'estomac et de son traitement. (MM. Debove, président ; Raymond, Jeanselme et Carnot.) — M. DEUMIE. Les hémiœdèmes chez les hémiplégiques. (MM. Raymond, président ; Debove, Jeanselme et Carnot.) — M. PASCAL. Luxation traumatique isolée de la tête du radius en avant. (MM. Le Dentu, président ; Berger, de Lapersonne et Morestin.) — M. QUERTANT. Du traitement des emphysèmes chroniques par la décortication du poumon (opération de Delorme). (MM. Berger, président ; Le Dentu, de Lapersonne et Morestin.) — M. BARILLET. Contribution à l'étude de quelques erreurs de diagnostic dans l'appendicite chez l'enfant. (MM. Berger, président ; Le Dentu, de Lapersonne et Morestin.) — M. RAOULX. Du décollement de la rétine. (MM. de Lapersonne, président ; Le Dentu, Berger et Morestin.)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 2, fév. 1907.) J. Garel : Comment on diagnostique un anévrisme de l'aorte. — E. Escat : Diagnostic par le rhinologiste d'une forme insidieuse et ambulatoire de maladie de Werlhoff. — Guérin : Hématome de la caisse du tympan. — Baldenweck : Recherches anatomiques sur la pointe du rocher.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 208, 25 fév.) Bergonié : De l'indication permanente du degré radiochromométrique du faisceau émanant d'un tube de Crookes par le voltmètre électrique. — Lewis Jones et Flavelle : Traitement des verrues par l'ion magnésium. — Th. Nogier : Un cas de radiodermite grave remontant à plus de deux ans et non encore guéri. — Mondain : Cancer du sein, opération, récidive, guérison par la radiothérapie.

Archives de médecine des enfants. — (N° 3, mars 1907.) Weill et Lesieur : Lymphadénie tuberculeuse chez l'enfant. — Klose : Ration alimentaire de l'enfant.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 5, 23 fév. 1907.) A. Robin : Traitement de la lithiase biliaire et de ses accidents.

Bulletin médical. — (N° 14, 23 fév. 1907.) Bérard et Cavaillon : Coliques hépatiques, ictère et cholerragie dans les kystes hydatiques du foie. — (N° 15, 27 fév.) De Vaucresson : Appendicite compliquée d'étranglement intestinal. Infection péritonéale généralisée d'emblée. Opération. Mort. — (N° 16, 2 mars.) Bernheim : Comment je comprends le mot hystérie. — (N° 17, 6 mars.) Molin et Thévenet : De la prostatectomie sus-pubienne en deux temps. Cystostomie préalable. Prostatectomie secondaire.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 8, 23 fév. 1907.) Rubinstein : Sur une leucocytose très élevée, accompagnée de métaplasie myéloïde de la rate.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 8, 21 fév. 1907.) Neumann : La nourriture naturelle du nourrisson dans la pratique médicale. — Kruse : Nouvelles recherches sur la dysenterie. — Knauth : La méningite cérébro-spinale dans l'armée bavaroise. — Breinl et Klinghorn : Sur l'action de l'atoxyl dans la fièvre récurrente africaine. — Tollens : Sur le traitement de la fièvre des phtisiques par les antipyrétiques. — Meisenburg : Un cas de diverticule de l'œsophage. — Hoffmann : Sur les métastases d'hypernéphrome. — Frank : Traitement des hémorroïdes par les injections de carbol alcool. — Heermann : Sur un nouveau corset actif.

Journal d'obstétrique, de gynécologie et de pédiâtrie. — (N° 1, 20 janv. 1907.) M. Péhu : Allaitement et fièvre typhoïde.

Medizinische Blatter. — (N° 8, 23 fév. 1907.) Lustig : L'artério-sclérose et son traitement. — Kraus : Nouvelle contribution à la médication martiale.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 8, 19 fév. 1907.) Basch : Diagnostic différentiel entre la contraction pupillaire réflexe et absolue. — Müller et Kolaczek : Nouvelle contribution à la connaissance du ferment protéolytique des leucocytes et de son antiferment. — Dehne : La solubilité spécifique et son application à l'examen du sang. — Salecker : Examen du sang chez les asthmatiques. — Neumann : Sur le défaut de netteté des bruits du cœur pendant l'enfance. — Wendel : Sur le traitement opératoire des sténoses du larynx. — Garhammer : Sur la question de l'appendicite. — Durlacher : La cause principale de la rétention placentaire et le moyen de la prévenir. — Kolb : Travaux du comité bavarois pour l'étude du cancer en 1905. — Liebers : Un cas de dystrophie progressive des muscles, combinée à la maladie de Basedow. — Urban : Contribution à l'étude du traitement du tétanos par l'antitoxine. — Hammer : Radioactivité des sources ferrugineuses de Steben. — (N° 9, 26 fév.) Hochhaus : Sur les contractions avortées du cœur. — Volhard : Sur l'examen du suc pancréatique chez l'homme ; méthode pour doser la quantité de trypsine. — Levinski : L'épreuve dermoïde de Sahli et l'épreuve du tissu conjonctif de Ad. Schmidt. — Mulzer : Présence de coagulations et de thromboses dans les vaisseaux des organes internes après les narcoses par l'éther et le chloroforme. — Vohsen : Contribution au traitement par la stase et l'aspiration dans l'oreille et les voies aériennes supérieures. — Munck : Sur l'influence de l'hyperémie de stase du conduit auditif sur les suppurations de la caisse du tympan. — Kreuter : Expériences sur la narcose avec le chloroforme-scapolamine-morphine. — Peters : Sur la méthode de sédimentation de l'expectoration avec le superoxyde d'hydrogène d'après Sachs-Müke. — Lengfellner : Appareils pour pied plat en métal et celluloïd. — Hoffmann : Deuxième procédé de transformation de l'extension en longueur, en traction transversale. — Heine : Le pansement au fil de fer celluloïd. — Boas : Sur le choc nerveux. — Kolb : Travaux d'ensemble du comité bavarois pour l'étude du cancer en 1905.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 8, 24 fév. 1907.) Jacobi : Etiologie de la tétanie, ses relations avec le corps thyroïde.

Presse médicale. — (N° 17, 27 fév. 1907.) St. Leduc : Le sommeil électrique. — (N° 18, 2 mars.) J.-L. Faure : La cure chirurgicale du cancer du col de l'utérus. — Romme : L'alcoolisme et la question du vin. — (N° 19, 6 mars.) E. Barié : La rate dans les cardiopathies organiques. — V. Bué : Hygiène sociale. L'œuvre de Budin en puériculture.

Province médicale. — (N° 8, 23 fév. 1907.) Thédenat et L. Fuster : Angiomes primitifs des muscles. — L. Thévenot : Anévrismes artérioso-veineux de l'aorte. — (N° 9, 2 mars.) Grasset : Appendicite et hystérie. — R. Cruchet et G. Richaud : Hypertrophie congénitale.

Semaine gynécologique. — (N° 9, 26 fév. 1907.) Pichevin : A propos des parotidites post-laparotomiques. Fluxion parotidienne.

Semaine médicale. — (N° 9, 27 fév. 1907.) Cheinisse : Existe-t-il une dilatation aiguë du cœur ? — (N° 10, 6 mars.) R. de Bovis : De la décapsulation du rein dans le traitement de l'éclampsie.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 4, 28 fév. 1907.) Fortin : La vision chez les peintres. Etude physio-pathologique. — Holger Trautner : Etude sur l'étiologie et la pathologie générale de la goutte (*suite*).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 8, 21 fév. 1907.) Riedl : Expériences, observations et recherches dans la pratique de la stase et de l'aspiration. — Polland : Sur l'histologie pathologique des viscères dans la mort par brûlure. — Khautz : Sur un cas de métastases pneumococciques. — Schmiedl : Sur une source d'erreurs dans la recherche de l'albumine par le ferrocyanure de potassium. — Szaboky : Sur les eaux minérales de Gleichenberg.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 31. — JEUDI 14 MARS 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 14 MARS 1907. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité de médecins des hopitaux. — *Anatomie pathologique.* — Séance du 12 mars 1907 : MM. Camus, Gaultier (René), Lortat-Jacob et Terrien, 9; Ferrand et Sainton, 8.

— Concours de la médaille d'or (médecine). — *Jugement des mémoires.* — Séance du 9 mars. — Ont obtenu : MM. Israëls de Jong, Malloizel, Moutier, Philibert, Tanon et Tixier, 30; Rivet, 29; Claret et Renaud, 27; Bloch, 25; Ribot, 24.

Oral. — Séance du 11 mars. — Question donnée : « Crise pneumonique. »

Ont obtenu : MM. Moutier, 20; Philibert, 19; Israëls de Jong, 18; Malloizel et Tixier, 16; Tanon, 15. — Absents : MM. Claret, Ribot, Renaud, Rivet, Bloch.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation (chirurgie et accouchements.) — Leçon de trois quarts d'heure. *Ordre de passage* : 1. MM. Debeyre, Leriche, Schwartz, Delore, Tavernier, Laroyenne, Chevassu, Lecène, Drucbert, Piquant,

11. Gauthier, Latarget, Muller, Mercadé, Dujarrier, Violet, Pinatelle, Savariaud, Guyot, Lenormant,

21. Petit, Sencert, Cavaillon, David, Molin, Delage, Duvergier, Chevrier, Dambrin, Guibé,

31. Vanverts, Rocher, Lapointe, Martin, Potel, Baudet, Thévenot, Riche, Hallopeau, Caubet,

41. Alglave, Duroux, Ombrédanne, Colle.

Séance du 12 mars. — M. Debeyre (Lille) : « De l'entorse. » — M. Leriche (Lyon) : « Tarsalgie des adolescents. » — M. Schwartz (Paris) : « Grenouillettes. »

— Lille. — M. le docteur R. Le Fort, agrégé, est chargé du cours de clinique chirurgicale du 1er mars au 31 octobre 1907 pendant la durée du congé de M. le professeur Folet.

— Toulouse. — M. Jeannel, professeur de clinique chirurgicale, est nommé assesseur du doyen de la Faculté.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 11 mars 1907 :

MM. les médecins-majors de première classe Couillaut, passe à l'hosp. mixte de Lunéville; Trédos, à l'hosp. mixte de Chartres; Messerer, à l'hosp. mixte d'Epinal.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Cavalier-Bénézet, passe au 26e d'art.; Lœuillet, au 109e d'inf.; Michaud, maintenu à l'Ecole milit. prépar. de l'art. et du génie; Grémillon, passe aux hôp. d'Oran; Roqueplo, au 4e tir. algér.; Crussard, au 3e bat. d'art. à pied; Lefebvre, au 6e du train des équip.; Lascoutx, au 2e cuir.; Levêque, aux hôp. de Tunisie; Fayollat, aux batter. alp. de la 14e rég., 2e d'art.; Fadeuilhe, maintenu au 71e d'inf.; Jodry, passe au 5e bat. d'inf. légère d'Afrique; Magnoux, au 89e d'inf.

MM. les médecins aides-majors de première classe Poirée, passe au 61e d'inf.; Casaux, au 130e d'inf.; de Gauléjac, au 27e d'inf.; Monéry, à l'Ecole Saint-Cyr; Péchiné, au 2e chass. d'Afrique.

— Le *Journal officiel* publie la liste des médecins de la réserve et de la territoriale qui se sont fait remarquer par leur assiduité aux écoles d'instruction : MM. les docteurs Colonna, Bourdel, Leroy, Baumann, Haret, Laurent, Boudeau, Ceccaldi, Dubost, Jacques, Josué et Thiry.

JUBILÉ DE HÆCKEL. — Un télégramme d'Iéna annonce qu'à l'occasion du cinquantième anniversaire de son doctorat, le professeur Ernest Hæckel a été nommé conseiller intime avec le titre d'Excellence.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — M. Tannery, sous-directeur de l'Ecole normale supérieure, vient d'être élu en remplacement de M. Brouardel.

L'ÉPIDÉMIE DE VARIOLE. — Outre les cas signalés à Dunkerque, on a noté l'apparition de la variole à Guingamp, à Metz, à Grenoble et à Paris (cas isolés).

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le Syndicat des médecins de la Seine se réunira en assemblée générale

extraordinaire le dimanche 17 mars 1907, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Ordre du jour : 1° Adoption du procès-verbal de l'assemblée générale du 25 novembre 1906;

2° Admission de nouveaux membres;

3° Election du Conseil d'administration du Syndicat, en remplacement du Conseil actuel, démissionnaire.

Tous les membres du Syndicat sont instamment priés d'assister à cette réunion.

N.-B. — 1° Le Conseil d'administration a décidé à l'unanimité, dans sa réunion du 5 février, de proposer à l'assemblée générale du 17 mars, et dès l'ouverture de la séance, l'adoption de l'ordre du jour suivant :

L'assemblée générale, considérant que la séance de ce jour doit être consacrée aux élections du Conseil d'administration, opération qui peut être de longue durée, décide que les demandes de rectification au procès-verbal de la séance de l'assemblée générale du 25 novembre 1006 seront renvoyées à l'examen du Conseil d'administration qui va être nommé, et adopte, sous le bénéfice de ces réserves, ledit procès-verbal;

2° Le Conseil d'administration a également décidé que les nouveaux membres du Syndicat, admis depuis la dernière assemblée générale, devraient, pour pouvoir prendre part au vote de l'élection du Conseil d'administration, avoir payé leur cotisation pour l'année en cours (15 francs) et leur droit d'entrée (3 francs).

En conséquence, ceux qui ne l'ont pas fait, sont priés de se mettre, dès maintenant, en règle avee le trésorier, en envoyant au Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente, la somme de 18 francs par mandat-carte.

SUBVENTIONS DE LA VILLE DE PARIS A DES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT. — M. Chautard vient de faire distribuer au Conseil municipal son rapport sur les subventions de la Ville de Paris à l'enseignement supérieur et sur la création de nouvelles chaires.

Le rapport propose la création par voie de fondation municipale notamment à l'Ecole de pharmacie, d'une chaire de chimie biologique.

M. Chautard propose d'arrêter aux chiffres suivants les subventions actuelles à l'enseignement supérieur :

1° *Chaires municipales* : d'histoire de l'évolution des êtres organisés (faculté des sciences), 14000 francs; de clinique gynécologique, 15400 francs; de clinique chirurgicale des enfants, 15400 francs; de chimie biologique (école de pharmacie), 12000 francs;

2° *Bourses d'enseignement supérieur* : Faculté de médecine, 5000 francs; école de pharmacie, 2500 francs;

3° *Subventions diverses à l'Université et au Collège de France* : bibliothèque de l'école de médecine, 2000 francs; faculté de droit, 2000 francs; bureau de renseignements scientifiques pour les étrangers, à la Sorbonne, 4000 francs; laboratoire de médecine expérimentale de M. Charrin, 2500 francs; station physiologique du parc des Princes, 7000 francs;

4° *Subventions à des établissements libres* : école d'anthropologie, 9000 francs; Institut Pasteur, 12000 francs; caisse nationale des recherches scientifiques, 5000 francs.

M. Chautard enfin propose au Conseil de décider « qu'il y a lieu d'étudier la reconstruction des services d'enseignement, amphithéâtres et laboratoires des cliniques, par l'Etat et la Ville, à frais communs, sur les bases de la reconstitution de la Faculté de médecine ».

LA FONDATION DUTTON. — L'école de médecine tropicale de Liverpool va fonder, à la mémoire de Dutton, une chaire de recherches de médecine tropicale.

Everett Dutton dont on connaît les travaux importants sur la maladie du sommeil, effectués au cours de quatre expéditions successives au Niger et au Congo, est mort à l'âge de vingt-neuf ans au centre de l'Afrique au cours d'une dernière expédition. On ne pouvait mieux honorer sa mémoire qu'en donnant son nom à la chaire qui va se fonder grâce à une souscription publique.

L'IVROGNERIE FÉMININE EN ANGLETERRE. — Les magistrats chargés de délivrer des licences de débits de boissons, à Liverpool, ont décidé, annonce le *Temps*, de refuser les licences aux établissements où la police trouverait que la vente des boissons aux femmes est exagérée.

La police a cependant signalé une grande amélioration, bien qu'il se produise toujours des faits regrettables. Les agents ont cité des cas où des femmes qui portaient des enfants, se voyant refuser à boire, les déposaient à la porte pour retourner au comptoir. Un grand nombre de débits ont affiché des avis comme ceux-ci : « On n'admet pas d'enfants portés sur les bras. — Les dames ne peuvent se faire servir qu'une consommation. — Les dames ne peuvent se faire servir qu'en chapeau. — Les dames sont priées de ne pas amener d'enfants. »

Les magistrats n'ont délivré des licences que contre de nouvelles garanties et en exprimant l'espoir que les débitants continueront leurs efforts pour combattre l'abus de la boisson par les femmes.

LE POIDS DE L'AME HUMAINE! — Cinq médecins de Boston viennent, après six années d'expériences, d'arriver à la conclusion que l'âme humaine est une substance matérielle et d'en déterniner le poids.

En pesant les corps de leurs clients immédiatement avant et après la mort, ils ont constaté une diminution de poids variant de 14g175 à 28g350. Cette différence représenterait le poids de l'âme! (*Le Temps.*)

ASILES D'ALIÉNÉS. — Le lundi 8 avril 1907, à deux heures précises, il sera ouvert, à la préfecture de la Seine, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Évrard, Villejuif, Maison-Blanche, Moisselles, et l'infirmerie spéciale des aliénés à la préfecture de police).

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi, et de deux à cinq heures, jusqu'au samedi 23 mars 1907 inclusivement.

SOCIÉTÉ VÉGÉTARIENNE DE FRANCE. — Une conférence sera donnée le 16 mars 1907, à huit heures et demie précises du soir, à la Société des agriculteurs de France, 8, rue d'Athènes (1er étage) sur « L'empoisonnement alimentaire par l'acide urique. Son influence sur l'organisme : maladies. Comment on s'en défend, d'après le docteur Haig », par M. G. Morel, chimiste, licencié ès sciences.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Kuhn (d'Elbeuf).

SUR L'ORIGINE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par Louis BORY,
Interne des hôpitaux de Paris.

Jusqu'à ces quelques dernières années, rien ne paraissait moins douteux que l'origine de la tuberculose pulmonaire. Les crachats desséchés, réduits en fine poussière portant les bacilles, étaient unanimement considérés comme la cause essentielle de la transmission. On inspirait les poussières, qui, suivant la voie aérienne jusqu'aux alvéoles, portaient là le germe du mal.

De récentes expériences ont tenté de substituer à cette théorie de l'origine aérienne, celle de l'origine intestinale; si leurs résultats s'appliquaient à la tuberculose humaine, elles pourraient faire regretter les efforts tentés jusqu'à ce jour par l'hygiène pour rendre inoffensif le crachat virulent.

Un fait bien établi et dont l'explication manque a peu préoccupé les expérimentateurs : c'est la *localisation primitive de la tuberculose au sommet du poumon*, qui paraît résulter d'un mode d'infection spécial à l'homme adulte. De toutes les explications qui ont été données, les unes sont très compliquées, les autres paraissent vagues ou insuffisantes. La plus simple à notre avis a été oubliée; elle sera la conclusion de nos critiques des théories jusqu'à ce jour admises. Nous ne lui accordons d'autre valeur que celle d'une hypothèse, basée sur des vues anatomiques et susceptible d'être confirmée par l'expérience.

I

Deux portes sont largement ouvertes au bacille tuberculeux : les voies aériennes, les voies digestives. Comme l'air, avec ses poussières et ses microbes, n'est pas dégluti, mais inspiré, la voie aérienne paraît logiquement la plus importante et sur la foi d'anciennes et mémorables expériences on a considéré et beaucoup considèrent la tuberculose pulmonaire banale comme une tuberculose d'inhalation. Aussi la localisation du mal au sommet n'a-t-elle généralement reçu d'autres explications que celles conformes à cette hypothèse.

Théories de l'insuffisance fonctionnelle ou vitale des sommets (1). — 1° Certaines théories paraissent puériles ou peu claires; c'est sévèrement par exemple que G. Sée apprécie la théorie de Rindfleisch incriminant la *surcharge du thorax à sa partie supérieure*. La station debout et le poids des membres supérieurs agissant à leur point d'attache empêchent l'expansion de la poitrine, surtout lorsque, par une conformation vicieuse, les épaules tombent en avant. « De pareilles interprétations, dit G. Sée, ne méritent pas d'être réfutées. »

(1) V. Peter. *Leçons de clinique médicale*, 31e leçon. — G. Sée. *Médecine clinique*, 1884. — Damaschino. *Leçons sur la tuberculose.*

2° Pour Waldenburg et Freund, l'insuffisance fonctionnelle des pointes est liée à la conformation de la poitrine. En raison de la forme des côtes et de leur mode d'articulation, la région claviculaire reste toujours un peu paresseuse; les côtes supérieures sont en effet les moins mobiles. Une distension incomplète des sommets en est la conséquence.

D'après Peter il n'y a pas seulement *insuffisance de l'inspiration thoracique*, mais les sommets échappent encore aux effets de cette inspiration, en raison de la *conformation des bronches* : dans la bronche-souche, l'air inspiré descend en ligne droite vers la base; au contraire dans la bronche du lobe supérieur, bronche à direction ascendante, il semble que la voie suivie par l'air soit inverse de l'axe de la trachée.

Cette conception déjà est discutable, car il s'agit non de liquides mais de gaz qui, du point de bifurcation, diffusent aussi bien vers le sommet que vers la base.

Mais Peter va plus loin; une chose est pour lui bien plus marquée encore que la faiblesse de l'inspiration; c'est l'*imperfection de l'acte expiratoire.* Celui-ci est physiologiquement dû au retrait de la portion élastique des côtes, et les côtes supérieures sont encore plus impuissantes à revenir sur elles-mêmes qu'elles ne le sont pour s'étendre. Il en résulte une expulsion incomplète de l'air : il y a stagnation d'air, de mucosités, de microbes.

La germination de ces derniers cependant ne pourrait se faire, sans une troisième imperfection du sommet : sa *faible vitalité*. L'hématose étant moins active dans ses réseaux vasculaires, ceux-ci sont plus riches en acide carbonique; la nutrition des vésicules est donc moins parfaite que dans les autres parties du poumon; « c'est ce qui fait leur moindre résistance à la tuberculisation comme leur inflammation plus facile au cas de caducité, par le fait des ans, des excès, des passions. »

Cette moindre résistance, pour Aufrecht, dépendrait plutôt des lésions épithéliales que favorise la stagnation; les irritations inflammatoires auraient tendance à se développer au sommet; celui-ci deviendrait, par leur intermédiaire, le point d'appel du bacille tuberculeux. Damaschino fait justement remarquer que cette opinion est en complet désaccord avec la clinique : on sait que la bronchite simple apparaît partout sauf au sommet et que sa localisation à ce niveau, toujours suspecte, permet presque, lorsqu'elle persiste, d'affirmer la tuberculose.

Les théories précédentes peuvent se résumer en une seule, celle de l'insuffisance fonctionnelle et vitale des sommets. Nous avons vu quelles critiques lui pouvaient être faites dans le détail. Dans son ensemble elle va nous apparaître peu fondée.

Elle est tout d'abord en contradiction avec les anciennes idées de Cruveilhier qui considérait au contraire l'activité fonctionnelle du poumon, comme plus intense au sommet qu'à la base. Il suffit de regarder respirer une femme pour s'en convaincre.

D'ailleurs, admettons un instant que la partie supérieure du thorax se dilate incomplètement. En résultera-t-il forcément une ampliation incomplète

du sommet pulmonaire? Lorsque le vide se produit dans une cavité close, en l'absence de résistance locale particulière, il porte également sur tous les points de cette cavité. Si un petit diaphragme isolait complètement le lobe supérieur du reste du poumon, les théories précédentes pourraient avoir quelque apparence de raison; il n'en est pas ainsi. Tout au plus pourrait-on se demander si l'expansion des sommets n'est pas gênée par le cercle des côtes supérieures; il nous paraîtrait plus logique de nous demander justement le contraire.

Enfin n'abuse-t-on pas des expressions « faiblesse du terrain, lieux de moindre résistance »? Nous croyons en tous cas que parfois on les conçoit mal. Est-il possible d'accuser d'insuffisance un organe qui normalement travaille moins qu'un autre et dont la texture est plus fragile? Au risque de tourner dans un cercle vicieux, on peut aussi facilement admettre que, si sa texture est peu importante, c'est qu'il travaille peu et qu'elle est proportionnée au travail à produire. D'ailleurs en matière de pathogénie une chose est assez incompréhensible, c'est que, suivant les besoins de la cause, on considère comme des lieux de moindre résistance tantôt des organes à suractivité vitale nette (bulbe de l'os dans l'ostéomyélite), tantôt au contraire, comme dans le sujet qui nous occupe, des régions de faible vitalité.

Théories de la rétention des poussières et des microbes. — Nos critiques des théories précédentes ne sont pas les premières et, dans un long mémoire (1), Hanau formulait les siennes de la façon suivante :

« Les premiers doutes qui me vinrent sur l'exactitude de la vieille assertion de la respiration insuffisante du sommet, furent provoqués par l'examen d'un certain nombre de poumons atteins d'anthracose et de chalicose. » La répartition physiologique se fait avec son maximum d'intensité au niveau des pointes, à l'endroit préféré de la phtisie. « Si la poussière inhalée se trouve là de préférence, c'est qu'il est impossible que ces parties inspirent insuffisamment, bien au contraire... C'est dans les pointes que les poussières arrivent le plus rapidement; c'est à ce niveau que commencent aussi les phénomènes d'irritation que traduisent les nodules indurés des poumons à poussière » (Merkel). Ces nodules, en effet, vont en diminuant de grosseur et de nombre de haut en bas, de sorte que les lobes inférieurs en sont finalement dépourvus. C'est dans cette analogie de la tuberculose avec les diverses pneumokonioses qu'il faut chercher l'explication de l'affection primaire des pointes dans la tuberculose d'inhalation.

La cause commune est une disposition favorable à l'arrêt mécanique, à la rétention des poussières et des microbes :

1° Non seulement l'inspiration n'est pas insuffisante au sommet, mais encore elle est exagérée; cette région est pour ainsi dire placée en dehors de la cage thoracique et l'orifice supérieur du thorax n'oppose à sa dilatation que des parties molles. Il résulte de cette *force inspiratoire* une dilatation énorme des pointes qui reçoivent une grande quantité d'air et de poussières;

2° Mais cet air, dont la pénétration est si facile dans les alvéoles, ne pourra plus aussi aisément en sortir, en raison de la *faiblesse de l'expiration* qui tient à l'absence de muscles expirateurs dans cette région (Mendelsohn et Ziemsen). L'air est obligé de stagner dans les alvéoles; « il peut même se faire, comme Mendelsohn l'a avancé pour l'explication de l'emphysème, qu'un *courant d'air rétrograde*, venu des parties inférieures qui expirent bien, soit poussé dans les pointes et refoule les poussières qui auraient tendance à s'échapper. »

(1) Hanau, *Zeits. f. klin. Med.*, 12 Band, Berlin 1887.

En terminant, Hanau apprécie la théorie de Birsch Hirchfeld (1) un peu analogue à la sienne, mais qui attribue la rétention à une disposition particulière des bronches, qui seraient coudées au sommet et gêneraient le courant d'air respiratoire. Il fait justement remarquer que cette disposition favorise la rétention des produits de sécrétion, mais qu'elle ne peut être invoquée en ce qui concerne l'entrée et le départ des microbes, vu qu'elle doit offrir autant de résistance à la pénétration qu'à la sortie.

Nous avons insisté sur l'exposé de cette théorie qui a le mérite de se baser sur une comparaison juste; mais il est facile de se convaincre que :

1° Rien n'est moins prouvé que la faiblesse de l'expiration aux sommets;

2° Le serait-elle, on ne comprendrait pas que le sommet fasse un choix parmi les microbes et que le bacille de Koch aille s'y fixer et s'y développer plutôt que les bacilles de la bronchite vulgaire.

Théories diverses. — Il est d'autres théories accessoires. Est-il nécessaire de citer celles de l'anémie (Rindfleisch) et de l'hyperémie des sommets (Gessner) qui se contredisent?

Dans une thèse déjà ancienne (Th. de Voinot, Paris 1873) presque la seule faite sur ce sujet, nous trouvons une idée au moins originalement déduite. L'auteur, se demandant quelles différences, capables d'expliquer le siège différent des tubercules, existent entre l'homme et les animaux, en trouve trois :

1° La station debout, avec l'anémie des sommets qui en résulterait;

2° Le revêtement pileux uniforme chez les animaux; au contraire l'insuffisance du revêtement chez l'homme à la partie supérieure du thorax;

3° Enfin l'usage du lit.

On se demande si la chose est sérieuse; mais l'auteur ne veut point rire. C'est au lit et pendant la nuit où le froid a d'autant plus de prise sur nous que nous restons immobiles, c'est au lit donc surtout que le revêtement supérieur du thorax est insuffisant : alors même que les couvertures vont jusqu'au menton, il existe toujours de chaque côté du cou une ouverture qui fait communiquer la cavité du lit avec l'air extérieur.

La conclusion c'est que le sommet du poumon est

(1) Birsch Hirchfeld, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, t. XIV, 5 et 12 décembre 1899.

prédisposé à la tuberculose parce qu'il est plus froid que le reste de l'organe ; et s'il est plus froid c'est non seulement parce qu'il est plus exposé, mais encore parce que les vaisseaux se resserrent sous cette influence et que l'hématose est moins active ; parce que le sommet n'a pas pour se réchauffer, comme la base, le voisinage des organes les plus chauds de l'économie, qu'il voisine au contraire avec la trachée et de grosses bronches où passe continuellement l'air froid venu du dehors ; enfin parce que les canaux bronchiques destinés au sommet sont moins longs que ceux de la base et qu'ainsi l'air qui les parcourt a moins le temps de se réchauffer.

La meilleure critique de ces raisons est la conclusion de l'auteur lui-même : « Ces causes, cependant, ne sont pas suffisantes, puisque chez l'enfant en bas âge et chez les animaux les conditions dernières sont les mêmes que chez l'homme adulte. » Il est nécessaire de faire intervenir une autre prédisposition, la faible vitalité du lobe supérieur ; nous avons vu combien cette expression signifiait en réalité peu de choses.

II

La localisation primitive de la tuberculose au sommet reste donc inexpliquée.

Une deuxième question se pose, celle de savoir si cette tuberculose est d'origine alvéolaire, comme on l'a cru très longtemps, ou d'origine sanguine, comme on tend actuellement à le démontrer.

La tuberculose pulmonaire est-elle d'origine alvéolaire ? — On admettait que les bacilles inhalés avec les poussières arrivaient aux alvéoles, pénétraient dans les lymphatiques péri-alvéolaires et allaient se fixer autour de la bronche acineuse, lieu de rendez-vous de ces lymphatiques, donnant ainsi lieu à la formation de la lésion primitive, le nodule tuberculeux péribronchique.

Il est malheureusement douteux que les bacilles puissent arriver aux alvéoles. Tyndall, Lister ont depuis longtemps démontré que l'air inspiré n'arrivait aux petites bronches que privé des poussières et des germes de l'atmosphère. De même les physiologistes admettent que l'air inspiré ne se mélange guère à l'air résiduel des alvéoles ; il ne se met pas en contact avec leur surface, et son oxygène seul diffuse.

Les expériences toutes récentes de MM. Calmette et Guérin confirment celles de Tyndall et de Lister. Le auteurs se sont convaincus qu'il est très difficile de faire pénétrer, par les voies respiratoires, jusqu'au poumon, soit des poussières inertes, soit des microbes. Les poussières inertes réussissent à peine à atteindre les ramifications des grosses bronches : les cellules épithéliales les arrêtent au passage et les rejettent vers le pharynx. MM. Calmette, Guérin et Vansteenberghe ont démontré la même chose pour les bacilles tuberculeux réduits en poussière sèche ; « On ne peut, disent-ils, réaliser avec certitude l'infection parenchymateuse primitive du poumon qu'en inondant cet organe avec une grande quantité de liquide tenant en suspension des bacilles finement émulsionnés. » Cette condition n'est guère réalisée en dehors des expériences.

Au sommet plus que partout ailleurs, l'air doit arriver stérile aux petites bronches, si l'on admet avec Birsch Hirchfeld la disposition coudée de celles-ci.

C'est en se basant en partie sur la démonstration de l'impossibilité de l'infection alvéolaire qu'on a presque substituée à la théorie de la tuberculose d'inhalation celle de la tuberculose d'origine sanguine.

La tuberculose pulmonaire est-elle d'origine sanguine ? — Cette origine, pour E. Aufrecht (1), serait évidente, car la lésion primitive serait non pas dans les bronches terminales, mais dans la paroi même des vaisseaux sanguins.

Toutes les portes d'entrée sont possibles ; deux surtout ont retenu l'attention :

Le pharynx et les amygdales ;
L'intestin.

Le *pharynx et les amygdales* sont incriminés depuis que des recherches systématiques ont montré l'existence fréquente du bacille tuberculeux dans les amygdales, saines en apparence, d'individus non tuberculeux (tuberculose primitive larvée des trois amygdales). Dans les cas où l'infection primitivement localisée là se propage, ou plutôt se dissémine, elle gagne par voie descendante les ganglions du cou ; elle peut même atteindre le poumon en suivant le courant lymphatique jusqu'au canal thoracique qui la déverse dans le sang et par lui dans tous les organes.

L'*intestin* retient actuellement l'imagination des expérimentateurs.

Au dernier congrès de la tuberculose, à côté de ceux qui conservaient l'ancienne tradition de l'infection alvéolaire, on vit s'élever les partisans de l'opinion nouvelle, de l'origine intestinale.

A vrai dire, ce n'était qu'une opinion ressuscitée et généralisée ; déjà Chauveau avait écrit, en 1868, que le tube digestif, chez l'homme comme dans l'espèce bovine, constitue une voie de contagion des mieux disposées pour la propagation de la tuberculose et qui peut être bien plus souvent en jeu que la voie pulmonaire.

Mais Behring le premier, au congrès de Cassel de 1903, soutint nettement que la tuberculose, quelle qu'en soit la localisation, était, neuf fois sur dix, d'origine intestinale. L'infection se ferait chez le nourrisson par le lait ingéré, irait s'établir, à travers les parois intestinales, dans les ganglions mésentériques, où elle pourrait rester à l'état latent des mois et des années. Plus tard, à la suite de circonstances débilitantes, elle quitterait ces ganglions pour se disséminer. Telle serait l'origine de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.

Cette théorie, vivement combattue, parut confirmée en 1905 par les recherches de Bartel (2), de Weleminsky, enfin par celles de MM. Calmette et

(1) *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, t. XXV, 3-5 ; — *Sem. médic.*, nº 37, 1903.

(2) *Klin. Jahrbuch*, 1905 ; — *Wiener klin. Woch.*, 1906, nos 2, 7 et 8.

Guérin (1). De ces dernières se dégageait la conclusion, contraire à l'idée de Behring, que l'adulte peut s'infecter directement par l'intestin, sans qu'il soit besoin d'admettre une pénétration en deux étapes : soumis à l'infection intestinale, les adultes prennent en effet la tuberculose plus facilement que les jeunes dans les mêmes conditions.

Ces expériences étaient, d'autre part, confirmées par celles de M. Vallée (2), qui essayait en vain de réaliser l'infection par la voie trachéale.

Depuis on a généralisé(3), ou plutôt (car nous sommes en pleine actualité) on généralise : en raison de l'analogie de la tuberculose pulmonaire avec l'anthracose, on n'hésite pas à donner à celle-ci une origine intestinale. M. Georges Petit (4) a même montré que chez l'enfant tuberculeux l'absorption de particules anthracogènes est particulièrement facile; malheureusement des expériences encore plus récentes de Remlinger, de Basset (5) contredisent les précédentes: elles démontrent l'impossibilité de provoquer l'anthracose chez le lapin par la voie intestinale.

Tel est l'état actuel de la question ; nous ne croyons pas que les expériences dont nous venons de parler suffisent à la résoudre.

Théoriquement d'abord, ne s'étonnera-t-on pas du trajet compliqué, parsemé d'obstacles, que le bacille de Koch doit parcourir avant d'arriver à son point d'élection. Pourquoi choisit-il justement le poumon, un des organes les plus éloignés sur son chemin; pourquoi ne se localise-t-il pas à tel ou tel autre viscère; pourquoi ne se généralise-t-il pas? La réponse paraît peu embarrassante, car d'un seul bloc tous affirment que le poumon est le terrain de prédilection du bacille — sans doute parce que la tuberculose pulmonaire est la plus fréquente des tuberculoses. L'argument n'est peut-être pas suffisant.

Pratiquement (car notre objection théorique ne nous empêcherait pas de nous rendre à l'évidence des faits), nous croyons que les expériences ne sont pas probantes :

Elles sont faites sur les animaux où l'atteinte primitive des sommets est une exception.

Les animaux de MM. Calmette et Guérin sont des chevreaux infectés les uns naturellement, par leurs mères atteintes de mammite, les autres par ingestion de cultures tuberculeuses. Dans le premier groupe, le plus important, puisqu'il s'agit d'une infection plus naturelle, voici ce que nous trouvons :

Premier chevreau. Tuberculose miliaire aiguë du poumon.

Deuxième chevreau. Rien au poumon.

Troisième et quatrième chevreaux. Tumeurs blanches. Rien au poumon.

Il n'y a là rien qui ressemble à la tuberculose pulmonaire chronique de l'homme adulte; c'est une simple démonstration de l'origine sanguine des tuberculoses aiguës et ce n'est pas une notion nouvelle.

Dans les expériences de M. Vallée, nous trouvons encore le poumon presque toujours indemne; une seule chose paraît constante, c'est l'atteinte des ganglions bronchiques et médiastinaux.

Ces expériences prouvent seulement l'origine intestinale *possible* de l'adénopathie trachéo-bronchique; mais chacun sait que celle-ci succède plus facilement encore (et nous l'avons vérifié sur le cobaye) à l'infection directe d'un simple ganglion cervical.

Il n'est pas démontré que les ganglions trachéo-bronchiques soient les intermédiaires obligés dans l'infection du poumon par la tuberculose.

MM. Calmette, Guérin et Deléarde, après avoir fait ingérer des bacilles tuberculeux à des animaux, virent ces derniers présenter au bout d'un certain temps de la tuméfaction des ganglions trachéo-bronchiques ou rétropharyngiens, avec ou sans lésions pulmonaires : « L'origine intestinale de ces lésions, disent-ils, apparaît avec évidence, quand on prend soin d'inoculer au cobaye les ganglions mésentériques des animaux qui en sont trouvés porteurs, alors même que ces ganglions paraissent absolument sains. » Le même argument a été fourni par ceux qui considèrent les amygdales et le pharynx comme la porte d'entrée de la tuberculose pulmonaire et qui affirment la nature tuberculeuse de la vieille « angine glanduleuse » de Guéneau de Mussy.

Quoi qu'il en soit, admettons un instant que la tuberculose pulmonaire soit d'origine sanguine; une chose reste à expliquer : la localisation primitive au sommet de l'organe. L'objection fut tout récemment faite à M. Calmette (1) qui répondit par l'expérience suivante : Des lapins sont injectés dans la veine marginale de l'oreille, l'un avec une émulsion de bacilles colorés au Ziehl, l'autre avec du noir de fumée; on constate, après la mort, que les bacilles colorés en rouge et les particules de noir de fumée projetés au poumon par l'artère pulmonaire se sont arrêtés surtout dans les capillaires des lobes antérieur et moyen. La cause de la localisation au sommet serait donc purement mécanique.

Nous ne pouvons discuter l'expérience; mais nous comprenons alors difficilement que chez l'animal la localisation primitive au sommet soit précisément exceptionnelle; de même que, chez l'enfant, où l'infection sanguine paraît logiquement la plus fréquente, la localisation primitive se fasse non pas au sommet, mais surtout aux lobes moyen et inférieur.

III

Pour toutes les raisons qui précèdent et pour d'autres qui vont suivre, nous croyons que la tuberculose pulmonaire chronique de l'homme adulte n'est pas d'origine intestinale.

Les origines broncho-alvéolaires et intestinales ainsi éliminées, une porte d'entrée nous reste encore sous forme d'une surface muqueuse constamment au contact des poussières et des microbes.

Au cours d'une autopsie, jetons un regard sur le sommet de la cage thoracique dont on vient d'extraire les organes; l'œsophage et la trachée sont

(1 et 2) *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1905.
(3) Vansteenberghe et Grysez. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1905.
(4) *Presse médicale*, 13 oct. 1906.
(5) *C. r. de la Soc. de biologie*, nov. et déc. 1906.

(1) Calmette. Soc. d'études scient. sur la tuberculose, fév. 1907.

flottants au-devant de la colonne vertébrale. Il est impossible de ne pas être frappé, beaucoup plus que sur une dissection, par l'extrême voisinage, l'adhérence même chez les tuberculeux, du sommet pulmonaire avec le double conduit trachéo-œsophagien. Il nous a paru très simple (trop peut-être, qu'on nous excuse) de supposer que l'infection si caractéristique des sommets, dans la tuberculose pulmonaire, se faisait directement, en raison de ce simple contact, au travers des parois de la trachée et de l'œsophage.

Les poussières et les microbes inhalés n'arrivent pas aux alvéoles et sont incessamment rejetés vers l'extérieur; on peut admettre par suite, en raison des deux courants inverses, celui d'apport et celui de rejet, que la plus grande partie de ces poussières sont accumulées vers le milieu de la trachée ou en tous cas dans sa portion thoracique.

Il y a donc toujours sur les parois de la trachée un courant de poussières remontant vers l'extérieur. En raison de la verticalité on peut concevoir la difficulté de cette marche ascendante. Elle s'effectue cependant : le mucus trachéal, chargé de ses corps étrangers et septiques, remonte vers le pharynx. Arrivé là, il est bien rare normalement qu'il soit rejeté avec la salive; la pesanteur le dirige vers un orifice béant, l'orifice œsophagien, où il s'écoule incessamment avec lenteur. Ainsi les microbes qui n'ont pas eu le temps de pénétrer les parois de la trachée ont encore la ressource de pénétrer celles de l'œsophage; les lymphatiques les portent facilement dans le tissu cellulaire entourant les deux conduits : de là, ils gagnent la plèvre et le poumon qui sont à peine séparés de cette couche microbienne par une simple cloison musculo-membraneuse remarquable par sa richesse lymphoïde.

Le sommet s'infecte le premier, parce que l'infection est à sa porte et qu'elle peut pénétrer à tout instant, si la contagion y fait arriver une poussée nouvelle ou si les défenses de l'organisme à ce niveau faiblissent.

Tous les bacilles sans doute pourraient suivre la même voie; mais on n'ignore pas que le bacille tuberculeux a une résistance particulière qui rend souvent inefficace l'action des moyens défensifs : dans le cas même où ils sont tués par les cellules migratrices qui les emportent dans la profondeur, ils peuvent encore provoquer là la formation de tubercules, ou constituer en tous cas le point d'appel, le lieu de rendez-vous de forces nouvelles.

Nous pourrions répéter les mêmes choses à propos de l'anthracose pulmonaire; dans les conditions physiologiques, chez un mineur par exemple, il est difficile d'admettre l'arrivée d'une grande quantité de charbon dans le tube intestinal; il est au contraire très simple de supposer que les poussières, impuissantes à pénétrer dans les petites bronches, s'accumulent dans la trachée qui tend à les rejeter, recouvrant ses parois où elles peuvent pénétrer, prises ou non par les cellules migratrices ou les lymphatiques; le trop plein pour ainsi dire s'écoulerait vers le pharynx et l'œsophage avec une lenteur permettant l'absorption.

Une disposition semblable n'existe pas chez les animaux où le conduit trachéo-œsophagien avant de se mettre en rapport avec le poumon, décrit dans le cou un long trajet, d'ailleurs rarement vertical. De plus chez l'animal les conditions naturelles de l'infection paraissent être surtout en faveur de l'origine alimentaire, et l'alimentation des jeunes est sans doute la cause principale d'une tuberculose qui se développe en même temps que l'individu, et arrive à son apogée en même temps que celui-ci à l'état adulte.

Chez le nourrisson comme chez l'animal, les conditions sont renversées; de plus, les organes lymphoïdes des voies digestives supérieures sont d'excellents moyens de défense auxquels ne résiste peut-être pas le bacille de Koch; aussi l'infection n'est-elle possible que plus bas, au niveau du médiastin ou de l'intestin, en retard pour ainsi dire sur le développement du reste de l'organisme et dont la fragilité explique le peu de résistance.

Mais revenons à nos rapports anatomiques : la trachée ne va pas loin dans le thorax; ses rapports avec le sommet sont étendus à toute cette partie du poumon et exclusifs à elle; l'infection trachéale ne pourra donc atteindre les portions moyenne et inférieure de l'organe. Quant à l'œsophage, il s'éloigne de plus en plus du poumon à mesure qu'il descend; il ne contracte plus de rapports qu'avec les culs-de-sac pleuraux, et ces rapports sont intimes, étendus. Il est naturel de penser que dans ce conduit où n'existe qu'un seul courant dirigé vers le bas, plus nous nous rapprocherons de l'estomac, moins nous trouverons de microbes; le maximum des chances d'infection sera donc encore pour le sommet du poumon; mais plus encore que dans la trachée, les microbes pourront gagner les parties basses. Dans la portion inférieure de l'œsophage ils sont presque au contact de la plèvre où ils pourront facilement diffuser surtout si une circonstance occasionnelle, le froid par exemple, l'a rendue plus fragile. Là pourrait être l'origine des pleurésies banales tuberculeuses.

Telle est notre hypothèse. Nous aurions voulu l'appuyer sur des expériences où nous aurions suivi les données de la clinique qui, depuis longtemps, a observé la *fréquence de la tuberculose pulmonaire dans les rétrécissements de la trachée et de l'œsophage.* Mais un matériel suffisant nous faisant défaut, nous avons recherché si, parmi les expérimentateurs, certains ne s'étaient pas rapprochés de la marche que nous aurions suivie. Les expériences de Bartel nous ont paru les plus intéressantes, car leurs conditions étaient conformes à celles de la réalité. Elles nous ont convaincu que notre hypothèse était susceptible de confirmation. Contrairement à M. Calmette et ses collaborateurs qui considèrent l'intestin comme la porte d'entrée principale de la tuberculose, Bartel démontre que, dans les conditions de la contagion naturelle, les bacilles peuvent pénétrer tout le long du tractus respiratoire et digestif et que l'infection se caractérise dans un premier stade, occulte pour ainsi dire, par des lésions simultanées banales, hyperplasiques, d'un grand nombre de ganglions cervicaux, bronchiques, mésentériques. La zone

d'origine de la tuberculose serait donc extrêmement étendue. Nous retenons de ces expériences que la diffusion de la tuberculose est possible à tous les niveaux, qu'elle est possible par conséquent au niveau de la trachée et de la partie moyenne de l'œsophage, et cela nous suffit pour que nous nous croyions autorisé à conclure tout autrement que l'auteur. Pour Bartel le niveau importe peu, et le développement des lésions viscérales spécifiques dépend bien plutôt de l'aptitude des tissus, en particulier des poumons, à la tuberculisation que de l'endroit où les germes ont pénétré dans l'organisme; nous retrouvons là le terme vague de prédisposition dont nous avons plus haut signalé l'insuffisance. Aussi croyons-nous que le niveau importe beaucoup au contraire : le poumon (et plus spécialement le sommet) n'est prédisposé à l'éclosion des tubercules qu'en raison de son contact avec des portions contagionnées en premier lieu dans les conditions naturelles; ainsi notre conception se conforme à la loi de Cohnheim que démontrent la plupart des expériences et il nous semble très naturel qu'en présence d'une lésion primitive d'un organe, on cherche près plutôt que loin la zone d'inoculation (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 MARS 1907)

Ouverte à trois heures dix, la séance a été levée à trois heures vingt. Après la lecture du procès-verbal, M. le président a prononcé l'éloge de M. Hergott (de Nancy), membre correspondant, qui vient de mourir. Puis il n'y avait plus rien à l'ordre du jour. Parmi les quelques membres, rares d'ailleurs, qui se trouvaient dans la salle, aucun ne demanda la parole et ce ne fut pas sans étonnement que la plupart des membres apprirent, en arrivant, que la séance était terminée.

Il est, en effet, quelque peu surprenant qu'un corps savant, comme l'Académie de médecine, ne puisse arriver à remplir une séance hebdomadaire. Il n'y a qu'à voir ce qui se passe dans toutes les autres sociétés médicales pour se rendre compte que les sujets de discussion ne manquent pas. Comment se fait-il que, seule, l'Académie de médecine n'ait plus rien à nous dire, ni à nous apprendre? Car cela devient chez elle une regrettable habitude que de ne plus avoir d'ordre du jour.

Nous avons entendu dire, dans des conversations de couloirs, que certain membre du Bureau, et non des moins importants, était devenu si difficile sur le choix des communications qu'il arrivait à décourager les mieux intentionnés. Cela rappelle un peu le héros du *Testament de César Girodot* qui voulait donner de grandes soirées exprès pour n'y inviter personne. Le souci de l'importance et de la dignité de l'Académie poussé à ce point qu'on n'ose plus y rien laisser dire nous semble vraiment exagéré. Le règlement porte que tout membre peut tout dire sous sa propre responsabilité. Comment donc se fait-il que parmi les cent savants qui la composent, il y en ait si peu qui demandent la parole?

(1) Dans un rapport très documenté présenté à la Société d'études scientifiques sur la tuberculose (8 nov. 1906), M. Kuss a réuni tous les travaux récents concernant la contagion tuberculeuse. La localisation au sommet y occupe une place très effacée, mais on y trouve, par contre, analysées et discutées les idées nouvelles; nous ne pouvons qu'y renvoyer le lecteur. (*Bull. méd.*, 28 nov. 1er et 5 déc. 1906.)

ANALYSES

MEDECINE

Sur les maladies par induction [maladies d'imitation]. (J. Schoedel. *Jahrbuch für Kinderhelkunde*, 10 oct. 1906, p. 521.) — Schoedel rapporte l'histoire d'une singulière épidémie scolaire observée par lui à Chemnitz. Le 7 février 1906, on amenait à la visite médicale deux fillettes dont l'écriture tremblée et griffonnée avait attiré l'attention de l'instituteur. Comme elles ne présentaient aucun signe de chorée, ni d'affection organique, elles furent renvoyées à l'école, mais, quelques jours après, dans la même classe, 8 nouvelles élèves furent atteintes de la même affection. Le 17 février, il y avait 13 malades, le 19, 17, et, dans les huit jours qui suivirent, on nota encore quatre nouveaux cas. Finalement, sur 35 écolières, 21 furent donc frappées par la maladie. Leur âge variait entre neuf et dix ans; elles se recrutaient pour la plupart dans les classes inférieures de la société.

Dans les premiers jours, les petites malades écrivaient encore convenablement, mais, au fur et à mesure que l'affection progressait, l'écriture devenait de plus en plus tremblée, pour aboutir, finalement, à une sorte de gribouillage grotesque. Fait curieux : c'étaient surtout les chiffres qui étaient mal formés de telle sorte que les devoirs de calcul devenaient tout à fait illisibles. L'ataxie du bras et de la main ne se manifestait, d'ailleurs, que pour l'écriture; les enfants pouvaient se livrer aux travaux d'aiguille, faire de la gymnastique etc., comme auparavant. Elles ne manifestèrent, à aucun moment, d'excitabilité anormale ni de nervosité.

Des faits analogues ont été publiés par Wichmann, Palmer, Rambold, Hirt, Aemmer, Szego, Bokai : doivent-ils, comme le veulent les auteurs, être rattachés à l'hystérie, ou, au contraire, en être distraits?

Pour Schoedel, c'est la seconde de ces deux hypothèses qui doit être admise. Il ne s'agit pas d'hystérie puisque ses malades n'offraient aucune tare névropathique, héréditaire ou acquise, puisqu'elles ont guéri sans être isolées, puisque enfin leur mal n'a pas récidivé. Comment faut-il donc comprendre la genèse des accidents?

Schoedel rappelle que l'intelligence de l'enfant possède trois caractéristiques principales : l'insuffisance du jugement, l'extraordinaire propension à emmagasiner les impressions nouvelles, l'extrême suggestibilité. Ceci étant posé, voici comment s'est développée l'épidémie. Quelque temps avant qu'elle ne commençât, les journaux de Chemnitz avaient rapporté, avec force détails, l'histoire d'une épidémie analogue de tremblement qui avait sévi à Meissner. Le maître d'école en avait lui-même parlé à ses élèves, et, vraisemblablement, il avait formulé l'espérance qu'une aussi étrange maladie ne les atteindrait pas.

Involontairement suggestionnée par ces récits, une fillette a commencé à trembler; sa sœur ayant, l'année précédente, souffert de chorée vraie, son tremblement a pris le caractère choréique; pour une raison mal élucidée, il ne s'est manifesté que lorsqu'il s'agissait d'écrire, et, particulièrement, d'écrire des chiffres. Les enfants placées derrière elle l'ont vu griffon-

ner sur son cahier de calcul : ils l'ont inconsciemment imitée, propageant ainsi l'affection et contagionnant, à leur tour, de nouvelles camarades.

L'épidémie scolaire de Chemnitz n'est donc pas de nature hystérique ; elle ne peut non plus être rattachée à la simulation, puisqu'elle a frappé des fillettes toutes jeunes, n'épargnant pas plus les bonnes élèves que les mauvaises, les intelligentes que les sottes. C'est une *maladie par imitation* (Szego), une *maladie par induction*. Et pour la faire disparaître, il a suffi à Schoedel d'instituer un traitement assez désagréable pour que les enfauts éprouvâssent spontanément un vif désir de guérir. Il les a soumises à l'application répétée de courants faradiques aussi forts que possible, et, surtout, il leur a fait faire d'interminables exercices oraux de calcul, que précédait constamment cette phrase : « Puisque vous ne voulez pas écrire, vous allez calculer de tête. » Au bout de huit jours, tout était rentré dans l'ordre. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

La résection totale des saphènes dans le traitement des varices superficielles des membres inférieurs. (MM. Terrier et Alglave. *Revue de chir.*, nos 6 et 7, juin-juillet 1906.) — Après avoir constaté à diverses reprises les résultats insuffisants ou presque nuls donnés dans beaucoup de cas par les ligatures étayées ou les résections partielles des saphènes (méthode de Trendelenburg, 1881-95 ; Schwartz, 1892) ; MM. Terrier et Alglave, comme Rémy, Gosset, Ricard, ont été amenés à pratiquer systématiquement la résection totale simple ou double des troncs variqueux et de leurs branches originelles.

Cette intervention, peu sensiblement plus grave que les précédentes bien que beaucoup plus étendue, est essentiellement logique et leur a paru devoir donner des résultats plus efficaces et vraiment « curatifs ». C'est le résultat très encourageant de leur pratique qu'ils apportent dans leur mémoire avec 21 observations accompagnées de photographies.

Parmi les causes mécaniques qui agissent sur les veines prédisposées, deux sont surtout à retenir :

1° La poussée sanguine profonde ; « coup de bélier musculaire de Delon » qui agit chez tous les variqueux ;

2° Le « reflux superficiel saphénien », « coup de bélier abdominal » qui s'ajoute secondairement dans les cas d'insuffisance valvulaire.

La méthode Trendelenburg-Schwartz et les résections même étendues suppriment la seconde, mais laissent subsister la plus importante, la poussée sanguine profonde.

Cette dernière se fait en effet par l'intermédiaire des veines dites perforantes, anastomoses entre les réseaux superficiel et profond, dont les auteurs font une étude anatomique et physiologique complète en montrant le rôle important qu'elles jouent dans le développement des varices localisées des paquets variqueux et de leurs complications, hémorragies, ulcères variqueux.

L'ablation totale des troncs superficiels et de leurs grosses collatérales réalise une opération complète car elle supprime les varices, c'est-à-dire les lésions, et fermant les perforantes par ligature et coupant la colonne sanguine par l'ablation supprime en même temps la poussée profonde et le reflux superficiel quand il existe.

La résection totale peut et doit porter sur les deux territoires saphéniens s'ils sont tous les deux malades et cela, ainsi que leurs observations et l'étude anatomique d'un cas l'ont montré, sans entraîner aucune gêne circulatoire ultérieure. Dans certains cas, des interventions plus localisées peuvent suffire.

Les ulcères variqueux sont justiciables, avec quelques modications inhérentes à leur ancienneté, du même traitement.

Les indications opératoires se trouvent dans tous les cas de varices essentielles superficielles gênantes, douloureuses ou compliquées, néanmoins il y a, dans les inconvénients qu'elles déterminent une question de degré que le chirurgien et le malade ont à apprécier pour décider de l'opportunité d'une intervention. Il n'y a de contre-indications que dans l'état général des malades, la technique opératoire est simple.

Pour la saphène interne, incision en deux temps partant de la crosse, descendant curviligne en arrière, pour aboutir au-devant de la malléole interne. On peut faire deux incisions séparées. Pour la saphène externe, incision partant du milieu et un peu en dessous du creux poplité pour aboutir un peu au-dessus de la malléole externe vers son fond postérieur.

Dissection de haut en bas en détruisant la gaine celluloaponévrotique, sectionnant le plus loin possible les branches collatérales, ligaturant chemin faisant les perforantes à la soie fine.

Les sutures superficielles se font au crin de Florence.

L'opération est un peu longue en raison du grand nombre de sutures, sa durée moyenne pour la résection double varie d'une heure à une heure dix. P. DIONIS DU SÉJOUR.

LIVRES NOUVEAUX

La régénération des familles et races tarées (1),
par le docteur E. Contet.

Dans cet intéressant ouvrage, M. Contet démontre que les tares transmises par l'hérédité peuvent, jusqu'à un certain point, être atténuées par l'éducation et qu'il est possible, en appliquant certaines mesures, d'arriver à la régénération de l'espèce. Ces mesures, essentiellement d'ordre prophylactique, peuvent s'adresser au milieu, aux générateurs ou au produit de la génération. Les premières viseront à diminuer, autant que possible, l'écart qui sépare actuellement les conditions matérielles de la vie moderne de celles de la vie rurale primitive ; les secondes concernent surtout l'hygiène sexuelle ; les troisièmes enfin se divisent en deux groupes, selon qu'elles s'adressent indistinctement à tous les sujets, quelle que soit leur hérédité, ou qu'elles concernent plus spécialement certaines catégories de sujets : hérédo-syphilitiques, tuberculeux, névropathes. Il importe que ces diverses mesures, si simples, soient vulgarisées au plus tôt, pour que le public, insuffisamment instruit jusqu'à présent des lois de l'hérédité, cesse d'en craindre le caractère inexorable, et se convainque qu'il ne tient qu'à lui d'en atténuer les funestes effets.

L. BABONNEIX.

(1) In-8. — Paris, Vigot frères.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

STÉNOSES PYLORIQUES (1)

FORMES CLINIQUES. — I. Selon l'ÉVOLUTION, il faut distinguer des cas à *marche aiguë* et des cas à *marche chronique*. Le type des premiers est fourni par les calculs biliaires enclavés dans l'orifice pylorique : très rapidement, apparaissent des signes de sténose progressive et des phénomènes généraux d'inanition conduisant les malades à la cachexie. Les sténoses à évolution chronique s'observent surtout dans l'ulcère cicatrisé et dans le cancer du pylore, ce sont elles que nous avons prises comme type de description.

II. Suivant le SIÈGE des lésions, on a décrit : α. des *sténoses pyloriques*; β. des *sténoses sous-pyloriques* où les signes fonctionnels sont *beaucoup plus tardifs* que dans les formes précédentes, et où le cathétérisme révèle l'existence, dans le liquide de stase, de *grandes quantités de bile*, par régurgitation duodénale. Ces sténoses sous-pyloriques, dans leurs formes légères, méritent d'être confondues avec la *maladie de Reichmann* ou *gastro-succorrhée*.

Reichmann a décrit sous le nom de gastro-succorrhée une maladie caractérisée par « une sécrétion de suc gastrique actif, se faisant à jeun, en l'absence de toute excitation alimentaire » (Hayem). Chez les malades atteints de cette affection, la muqueuse gastrique sécrète sans cesse, et, lorsqu'on les a sondés le soir, on peut, le lendemain matin, retirer de leur estomac une certaine quantité de liquide acide, ayant tous les caractères du suc gastrique. Reichmann en distingue deux formes : une *périodique*, attribuable à une excitation nervo-sécrétoire; une *continue*, qui est en rapport avec des lésions profondes de la muqueuse stomacale. Cette division a été acceptée par Bouveret et Devic. Pour Hayem, il faut distinguer deux ordres de faits : α. dans les uns, les vomissements sont particulièrement fréquents et abondants; ils contiennent de nombreux débris alimentaires; la dilatation est très marquée, l'on perçoit fréquemment de l'agitation péristaltique de l'estomac, et l'on sent parfois dans la région pylorique, des indurations diffuses dues à des cicatrices d'ulcères. La sonde, introduite dans l'estomac le matin à jeun, ramène une quantité considérable de bouillie stomacale. Dans ces cas, il existerait constamment un obstacle mécanique à l'évacuation de l'estomac, mais la sténose ainsi produite serait le plus souvent incomplète. *Nombre de maladies de Reichmann ne seraient donc que des sténoses incomplètes du pylore*; β. d'autres fois, il s'agit de malades chez lesquels on trouve constamment, le matin à jeun, une certaine quantité de liquides résiduels, mais ce liquide est sensiblement moins abondant que chez les sujets atteints de sténose du pylore; il ne contient pas de débris alimentaires, mais de la bile; la dilatation reste faible ou moyenne, les malades vomissent peu; il n'y a pas d'ondes péristaltiques. *Dans ces cas, il s'agirait presque toujours de sténoses sous-pyloriques, de sténoses duodénales.*

Ainsi, pour M. Hayem, la maladie de Reichmann relèverait toujours de lésions organiques oblitérant soit le pylore, soit les régions sous-pyloriques, et l'hypersécrétion chlorhydrique ne serait que la conséquence de la sténose. Pour MM. Debove et Robin au contraire, cette hypersécrétion est primitive et détermine une contracture des fibres musculaires péripyloriques. D'après cette seconde théorie, confirmée par certains examens de M. Doyen, les phénomènes de sténose seraient dus, non à une lésion, mais à un simple spasme.

III. Suivant l'AGE. La *sténose du pylore chez les nourrissons* est due le plus souvent à une hypertrophie musculaire (ou à un spasme) pylorique. Les enfants, à la naissance, paraissent bien constitués, et ce n'est qu'au bout de quelques semaines qu'ils se mettent à vomir après chaque tétée. L'abdomen est rétracté, la constipation opiniâtre; parfois la palpation de l'épigastre permet de sentir une tumeur dure, facile à déplacer, et constituée par le pylore hypertrophié. Les urines diminuent, le corps s'amaigrit, les enfants se cachectisent et ne tardent pas à succomber vers le deuxième ou le troisième mois.

DIAGNOSTIC. — 1. Y A-T-IL STÉNOSE? — Dans la *dilatation par troubles évolutifs*, il n'y a ni contractions intermittentes, ni courbe évolutive polycyclique, ni liquides résiduels. L'évolution est moins fatalement progressive que dans les sténoses. Le traitement médical suffit, le plus souvent, à faire disparaître la dilatation.

Dans la *dilatation atonique*, l'estomac est forcé : il ne peut plus se contracter. Par le sondage, on ne peut obtenir de liquide si l'on ne pratique pas l'aspiration : il y a hyposécrétion gastrique.

Le diagnostic est encore à faire avec la *ptose gastrique*, la *dislocation verticale de l'estomac*, les *crises gastriques* que l'on observe dans certaines maladies nerveuses : tabes, sclérose en plaques, etc. (v. classiques).

2. IL Y A STÉNOSE. QUELLE EN EST LA CAUSE? — Dans les *formes aiguës*, on pensera à un corps étranger, à un calcul oblitérant presque complètement l'orifice pylorique.

Dans les *formes chroniques*, on songera, avant tout, au *cancer* et à l'*ulcère*. Le cancer constitue le type des sténoses progressives, s'accompagne de cachexie précoce; parfois, l'on voit disparaître rapidement les phénomènes de stase. L'ulcère, par une des modalités diverses que nous avons précédemment signalées, est une cause aussi fréquente de sténose. Ce n'est que lorsqu'on aura pu éliminer ces deux affections que l'on pensera à une sténose cicatricielle, à une péritonite localisée, etc.

Enfin les *formes légères* méritent, comme nous l'avons vu, d'être confondues avec la maladie de Reichmann.

TRAITEMENT. — MÉDICAL, il suffit dans les sténoses légères et consiste, essentiellement, en un *régime* approprié. Les *lavages de l'estomac* peuvent donner de bons résultats, à condition d'être suffisamment espacés. Donnés trop fréquemment, ils pourraient, a-t-on dit, provoquer la tétanie. CHIRURGICAL, il met en œuvre, avec des succès divers, la *pylorectomie*, la *gastro-entérostomie*, la *pyloroplastie*, la *divulsion digitale* (opération de Loreta). Dans la maladie de Reichmann, selon qu'on adopte la théorie du spasme ou des lésions sous-pyloriques, on se contentera d'un traitement médical ou on recourra à la chirurgie.

(1) Suite et fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 20, p. 334.

Précis d'anatomie topographique avec applications médico-chirurgicales. Aide-mémoire à l'usage des candidats au troisième examen de doctorat, par L. TESTUT, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de l'Université de Lyon, et O. JACOB, médecin-major de l'armée, professeur agrégé au Val-de-Grâce. In-18 colombier, cart. toile, de 550 p. (collection Testut). — Prix : 7 fr. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 32. — SAMEDI 16 MARS 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 16 MARS 1907. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité de médecins des hopitaux. — *Symptomatologie.* — Séance du 13 mars 1907 : MM. Boidin, Lereboullet et Rathery, 10; Pagniez, 9; Ribadeau-Dumas, 7.

Séance du 14 mars : MM. Coyon, Grenet et Herscher, 9; Weil (Emile), 8; Vitry, 7.

Anatomie pathologique. — Séance du 14 mars : MM. Aubertin, 10; Balthazard, Clerc et Léri, 9; Babonneix et Hauser, 8.

— Concours de la médaille d'or. (Médecine.) — *Epreuve écrite.* — Question donnée : « Tubes du rein. Œdème aigu du poumon. » Questions restées dans l'urne : « Capsules surrénales. Athérome. — Canal cholédoque. Obstruction du cholédoque. »

MM. Philibert, 27; Israëls de Jong, 26; Moutier, 25; Tixier, 22.

Le concours se termine donc ainsi : *médaille d'or*, M. Philibert; *médaille d'argent*, M. Moutier; *accessit*, M. Israëls de Jong.

(Chirurgie.) — *Notes des mémoires.* — MM. Mathieu, 30; Cauchois et Papin, 29; Sauvé et Siegel, 28; Morel, 27; Picot, 26.

Epreuve orale. — MM. Sauvé, 19; Cauchois, 18; Mathieu et Papin, 17; Siegel, 16.

L'épreuve écrite aura lieu le samedi 16 mars, à midi, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Oral. — Séance du 13 mars 1907. — Question donnée : « Muqueuse de la langue. Signes et diagnostic du cancer de la langue. »

MM. Houraine, 16 + 27 = 43; Berger, 18 + 21 = 39; Burnier, 15 + 23 = 38 ; Robert, 14 + 23 = 37 ; Binet de Jassonneix, 15 + 21 = 36 ; Chaudron, Duranton et Morant, 14 + 20 = 34; Ménard, 14 + 19 = 33; Martingay, 14 1/2 + 15 = 29 1/2.

Séance du 14 mars. — Question donnée : « Appendice iléo-cæcal. Diagnostic de la fièvre typhoïde à la période d'état. »

MM. Gendron (Georges), 15 + 23 = 38; Weil (Pierre), 14 + 24 = 38; Cléret, 16 + 21 = 37 ; Mallet, 15 + 22 = 37; Railliet, 14 + 23 = 37 ; d'Halluin, 16 + 20 = 36 ; Mesnager, 13 + 23 = 36; Guénot, 13 + 23 = 35; Mornard, 16 + 17 = 33 ; Mlle Neveux, 14 + 18 = 32.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. (Chirurgie et accouchements.) — *Epreuve de trois quarts d'heure.* — Séance du 13 mars : MM. Delore (Lyon) : « Plaies des artères; » Tavernier (Lyon) : « Cancroïde des lèvres; » Laroyenne (Lyon) : « Corps étrangers du larynx et de la trachée. »

Séance du 14 mars 1907 : MM. Chevassu (Paris) : « Tumeurs des grandes lèvres ; » — Lecène (Paris) : « Hernie inguinale congénitale; » — Drucbert (Lille) : « Phlegmon diffus. »

— Nancy. — M. Vautrin, agrégé des Facultés de médecine, chargé d'un cours complémentaire de pathologie externe à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — Un concours s'ouvrira le 25 novembre 1907, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — Le ministre de la guerre vient de prescrire une revaccination générale de toute l'armée.

— MM. les médecins-majors de deuxième classe Ponsot, du 20e escadron du train des équipages militaires, et Sallet, surveillant à l'École d'application du service de santé militaire, ont été autorisés à permuter entre eux.

LE PERSONNEL NON GRADÉ DES HOPITAUX NOMME UN COMITÉ DE GRÈVE. — Les infirmiers des hôpitaux de Paris ne pouvant obtenir du Conseil municipal le repos hebdomadaire, le salaire intégral, le droit syndical et l'assimilation au personnel municipal, réformes que l'administration est dans

l'impossibilité de réaliser immédiatement, songent à se mettre en grève.

Dans une réunion tenue mercredi soir à la Bourse du travail, les délégués du Conseil syndical ont voté l'ordre du jour qui suit :

« Le conseil syndical du personnel non gradé de l'Assistance publique, après avoir entendu les camarades Huyvetter, Abadie, Elie, Duval, Mme Best, sur les conséquences du vote du Conseil municipal ajournant pour un temps indéfini les améliorations figurant dans le rapport de la cinquième commission ;

Considérant que M. le préfet de la Seine et M. le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique sont les auteurs responsables de ce vote,

Nomment un comité de grève chargé d'élaborer des propositions tendant à amener l'administration à entrer en composition et à donner satisfaction au personnel non gradé des hôpitaux et hospices de l'Assistance publique. »

La fréquence des décès par variole a Paris depuis 1817. — M. Jacques Bertillon vient de publier dans l'*Annuaire statistique de la Ville de Paris* d'intéressants renseignements sur la mortalité par variole.

La variole est en effet une des causes de décès dont on a pu le plus facilement suivre le mouvement à Paris depuis 1817.

Cette maladie est essentiellement irrégulière et pour ainsi dire indisciplinée, tantôt très meurtrière et tantôt très rare, sans que le motif de ces variations puisse toujours être soupçonné.

Jusqu'en 1830 elle causait un chiffre moyen d'environ 77 décès pour 100 000 habitants; de 1831 à 1840 le taux moyen s'abaisse déjà à 54 pour 100 000; en 1869, on constate 39 décès pour 100 000; en 1871 où l'épidémie de variole fut extrêmement meurtrière, il y eu 10 331 décès, soit 560 pour 100 000.

En 1873, le chiffre tombe à 17 décès de mortalité totale, soit 0,9 pour 100 000.

Enfin depuis 1884 il n'y a plus que 3 décès pour 100 000 habitants.

M. Bertillon montre en particulier que dans la période qui s'est écoulée de 1901 à 1905, la fréquence de la variole à Paris a été de 6 décès par an pour 100 000 vivants. Elle était un peu moindre pendant les deux périodes quinquennales précédentes.

Le tableau suivant montre que Paris, à cet égard, est assez comparable aux autres grandes capitales.

Sur 100 000 habitants, de 1901 à 1905 :

Paris a compté	6 décès par variole.
Londres	8 —
Saint-Pétersbourg	6 —
Berlin	0 —
Vienne	0 —
New-York	5 —

La variole est donc à peu près inconnue à Berlin comme dans le reste de l'Empire allemand depuis la vaccination et la revaccination obligatoires.

Si nous comparons la mortalité par variole de Paris et celle des principales villes françaises pendant une même période, nous constatons que :

Sur 100 000 habitants, de 1891 à 1900 :

Paris a compté	3 décès par variole.
Bordeaux	16 —
Le Havre	7 —
Lille	11 —
Lyon	2 —
Marseille	69 décès par variole.
Nantes	5 —
Nice	4 —
Reims	3 —
Roubaix	18 —
Rouen	8 —
Saint-Etienne	8 —
Toulouse	5 —

On remarquera que Marseille, par sa situation géographique et l'importance de son port, est particulièrement exposé aux cas d'importation étrangère, d'où le chiffre élevé de sa mortalité.

Statistique. — Le service de la statistique a compté, pendant la dixième semaine, 1250 décès, au lieu de 1 297 pendant la semaine précédente et au lieu de 1 055, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire continue donc à être en voie d'amélioration. Les 195 décès que l'on compte encore en sus de la moyenne sont pour la plus grande part attribuables à la grippe sous ses différentes formes.

Les maladies contagieuses restent rares, sauf la scarlatine (6 décès, moyenne 2) et la coqueluche (11 décès, moyenne 8).

En ce qui concerne la variole, on n'a constaté depuis le 1er janvier 1907 que 3 décès, alors que l'année dernière on en avait constaté une dizaine du 1er janvier à la mi-mars.

Voici d'ailleurs le relevé des cas de variole à Paris pour les dernières semaines, comparé à la moyenne :

6e semaine de 1907, ou 1re semaine de février, pas de décès, alors que la moyenne est de 1 décès pour la première semaine de février; 7 cas, alors que la moyenne est de 22 cas.

7e semaine : 0 décès, moyenne 1 ; 13 cas, moyenne 22 cas.

8e semaine : 0 décès, moyenne 1 ; 5 cas, moyenne 22.

9e semaine : 0 décès, moyenne 1 ; 6 cas, moyenne 22.

10e semaine : 0 decès, moyenne 2 ; 8 cas, moyenne 20.

Le décès de dimanche dernier (11e semaine), un autre, survenu en janvier pendant la 3e semaine, et celui d'hier sont les seuls cas mortels constatés en 1907.

L'interdiction de l'absinthe en Suisse. — On sait que les groupements antialcooliques du canton de Vaud et du canton de Genève ont obtenu l'interdiction de l'absinthe dans ces cantons. Devant le recours formé par les absinthistes vaudois, et devant celui que se proposent les absinthistes genevois, recours qui peuvent retarder dans une large mesure l'application de la loi, on se demande s'il n'y aurait pas lieu de proposer à la fédération une revision constitutionnelle.

Le comité d'initiative fédérale contre l'absinthe propose l'addition de l'article suivant à la Constitution :

Art. 32. — La fabrication, l'importation, le transport, la vente, la détention pour la vente de la liqueur dite absinthe sont interdits dans toute l'étendue de la Confédération. Cette interdiction s'étend à toutes les boissons qui, sous une dénomination quelconque, constituent une imitation de l'absinthe. Le transport en transit et l'emploi de l'absinthe à des usages pharmaceutiques restent réservés. L'interdiction ci-dessus entrera en vigueur deux ans après son adoption. La Confédération a le droit d'interdire toutes les boissons contenant de l'absinthe qui constitueraient un danger public. La législation fédérale statuera sur les dispositions concernant cette prohibition.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Roustan, médecin de l'*Iéna*, victime de l'horrible catastrophe qui met en deuil notre pays.

REVUE GÉNÉRALE

LE TESTICULE TUBERCULEUX INFANTILE

Par G. POISSONNIER,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon.

On entend sous ce titre la localisation du bacille tuberculeux à la fois sur le testicule, l'épididyme, le canal déférent, la vaginale, et on emploie pour désigner cette affection le mot de *testicule tuberculeux* parce que chez l'enfant il arrive que le testicule est pris seul, l'épididyme restant sain, et que, lorsque les deux organes sont touchés à la fois, les lésions testiculaires prennent souvent le pas sur les lésions épididymaires contrairement à ce que l'on observe chez l'adulte où la tuberculose frappe de prime abord l'épididyme en sa queue et y reste très souvent cantonnée. En somme la tuberculose génitale infantile est souvent une *orchite*, la tuberculose de l'adulte est le plus souvent une *épididymite*.

I

Etiologie. — Tous les auteurs qui ont traité de la question proclament à l'unisson la rareté du testicule tuberculeux infantile. Augagneur et Daniel Mollière disent que pour 183 cas de tuberculose testiculaire, un seul concerne l'enfant, mais c'est là une statistique qui repose sur des bases insuffisantes. Broca dit en avoir observé 44 cas sur 46000 enfants hospitalisés, Jullien 17 sur 5566 enfants venus à sa consultation dans l'espace de trois ans. Felizet en a observé 58 cas en dix ans; Hutinel 9 en quinze mois; Phocas 15 en dix-huit mois.

Si ces chiffres affirment tous la rareté de l'affection, ils ne se correspondent pas entre eux. La différence entre la statistique de Broca et celle de Jullien tient peut-être à ce que le premier a publié la statistique d'un service d'hôpital, le second la statistique d'une consultation, les enfants atteints de cette affection étant plus souvent traités à la consultation qu'hospitalisés.

Le testicule tuberculeux peut se rencontrer chez l'enfant à tout âge. Il a été observé sur le fœtus à terme (Drechsfeld). Il a été observé chez l'enfant quelques jours après la naissance (Giraldès, Lannelongue).

Les statistiques montrent que le testicule tuberculeux infantile est surtout une maladie des tout jeunes enfants. Avant deux ans il n'est pas beaucoup plus rare qu'après la puberté. Il diminue de fréquence depuis l'âge de deux ans jusqu'à la puberté pour augmenter ensuite de fréquence en devenant l'apanage de l'âge adulte. Jullien sur 20 observations, en a 12 qui se rapportent à des enfants de moins de deux ans. Broca n'a pas la même statistique, sur 44 observations, 13 seulement se rapportent à des enfants de moins de deux ans. En faisant une statistique globale de 91 observations [Jullien, 17; Lannelongue, 3; Moizart et Bacaloglu, 1; Launois, 4; Hutinel et Deschamps, 9; Phocas (Th. Arnal) 6; Rocher, 6; Michon, 1; Broca, 44], on arrive aux résultats suivants : 42 fois la tuberculose a débuté avant l'âge de deux ans, 47 fois elle a débuté entre deux et quinze ans. C'est-à-dire que la moitié des cas de tuberculose testiculaire infantile débute dans la première, l'autre moitié dans la seconde enfance.

Généralement la tuberculose se localise sur un seul testicule. Quelquefois cependant les deux sont atteints. Sur 42 cas (Phocas, Rocher, Jullien, Hutinel et Deschamps, Moizart et Bacaloglu), 7 sont des tuberculoses bilatérales, 35 des tuberculoses unilatérales, et parmi ces dernières 19 sont des tuberculoses du testicule gauche et 16 des tuberculoses du testicule droit. D'après Jullien, la tubercnlose se voit avec une égale fréquence dans les deux testicules avant l'âge de deux ans, tandis qu'après deux ans elle se voit beaucoup plus fréquemment sur le testicule gauche comme chez l'adulte, probablement par l'influence de la marche. Notre même statistique portant sur 42 observations, parle dans ce sens car on y trouve avant l'âge de deux ans, 9 tuberculoses du testicule gauche pour 12 tuberculoses du testicule droit, et après deux ans, 10 tuberculoses du testicule gauche, pour 4 seulement du testicule droit.

On voit exceptionnellement la tuberculose se greffer, chez l'enfant, sur un testicule non descendu dans les bourses. Mais des faits en ont été rapportés, 1 par Félizet, 2 par Broca.

Le traumatisme (un fait de Jullien), la masturbation (un fait de Védrine), peuvent servir d'appel à la tuberculose sur le testicule de l'enfant.

Mais le facteur le plus puissant est certainement l'hérédité. Elle est notée dans un très grand nombre d'observations et souvent, quand on ne trouve pas la tuberculose chez les parents, on la trouve chez les frères ou les sœurs. Dans les observations où l'on ne trouve pas la tuberculose héréditaire notée, il n'est pas indiqué qu'elle ait été cherchée.

On a calculé que chez les enfants atteints de tuberculose pulmonaire on trouvait le testicule malade une fois sur 183 autopsies [Papavoine, Dufour (Th. de Paris, 1854), Banier (Th. de Paris, 1873)]. D'après Reclus, chez l'adulte le testicule devient tuberculeux chez 11 phtisiques sur 500.

Le testicule tuberculeux est aussi observé fréquemment chez les enfants atteints de carreau (Daniel Mollière). Hutinel et Deschamps ont noté la péritonite tuberculeuse dans les antécédents de 4 malades sur 6. Ils ont vu des enfants dont le testicule se tuberculisait en même temps que se faisait une nouvelle poussée péritonéale : le ventre et le testicule se tuméfiaient à la fois, et une fois la poussée aiguë calmée il restait un testicule gros et induré sur lequel la tuberculose continuait à évoluer d'une façon chronique.

II

Pathogénie. — Chez l'adulte, l'épididyme est généralement toujours envahi par la tuberculcse avant le testicule et présente des lésions beaucoup plus considérables que celui-ci. Lorsque le testicule est touché, les lésions y siègent principalement au corps d'Highmore. Enfin la tuberculose testiculaire s'accompagne presque constamment de lésions des vési-

cules séminales et de la prostate. D'où cette pathogénie : en premier lieu, tuberculose prostato-vésiculaire ; ascension des bacilles par le canal déférent jusqu'à la queue de l'épididyme où ils s'arrêtent ; tuberculisation de la queue de l'épididyme et de là propagation à tout l'épididyme et au corps d'Highmore du testicule. Cette pathogénie de la tuberculose testiculaire de l'adulte a été surtout développée par Legueu.

Peut-elle être admise pour le testicule tuberculeux de l'enfant? Assurément oui dans certains cas. Rocher, Lannelongue, Jullien, Felizet ont apporté des faits nettement observés où la tuberculose a débuté par la queue de l'épididyme et s'est propagée ensuite au corps d'Highmore, en s'accompagnant de déférentite, de vésiculite ou de prostatite. Felizet dit même n'avoir jamais vu le testicule atteint sans que l'épididyme le soit également et croit que, chez l'enfant comme chez l'adulte, les lésions testiculaires sont secondaires et le testicule est envahi par le corps d'Highmore. Mais par contre Broca a pratiqué le toucher rectal chez ses malades et n'a jamais senti d'indurations ni de bosselures sur les vésicules ou la prostate. Hutinel et Deschamps disent aussi qu'ils ont cherché inutilement dans la plupart des cas s'il existait des lésions de la prostate, des vésicules séminales ou de la vessie.

Deux fois Felizet a rencontré la vésicule séminale grosse avec le canal déférent intact et la castration a amené le retour de la vésicule à l'état normal chez ces deux malades. Felizet en conclut qu'il s'agissait là non d'une tuberculisation mais d'une simple fluxion de la vésicule, opinion qui n'est pas prouvée car la tuberculose vésiculaire accompagnant le testicule tuberculeux peut guérir à la suite de la castration.

Dans un grand nombre d'observations, surtout chez les tout jeunes enfants, la pratique du toucher rectal n'est pas signalée.

Dans ces conditions, que pouvons-nous conclure? C'est que chez l'enfant le testicule peut être envahi tout comme chez l'adulte par la voie déférentielle et épididymaire, mais qu'il peut l'être aussi par la voie sanguine (localisation testiculaire primitive) comme cela a été nettement observé par Hutinel et Deschamps et par Phocas (*Nord médical*, 1898). C'est que des observations publiées on ne peut établir une statistique portant sur un nombre de cas suffisant pour prouver que l'envahissement par la voie déférentielle soit la règle, et l'envahissement par la voie sanguine l'exception comme cela est chez l'adulte, ou bien qu'au contraire l'envahissement par voie déférentielle soit l'exception et l'envahissement par voie sanguine la règle chez l'enfant comme certains auteurs tendent à l'admettre. Tout ce que disent les faits, c'est que chez l'enfant la tuberculose débute soit par la tête, soit par la queue de l'épididyme, soit par la périphérie du testicule, soit par le corps d'Highmore, et ne débute pas uniformément par le type épididymaire.

Il est des cas où l'infection par voie sanguine ne saurait être niée, ce sont les cas où le testicule présente des lésions à la naissance ou dans les premiers jours qui suivent la naissance. Il est infiniment probable alors que les bacilles, venant de la mère, ont traversé le placenta et sont allés dans le sang fœtal qui les a déposés au niveau du testicule (Augé et Chambrelent).

Dans d'autres cas non congénitaux, la preuve de l'origine sanguine de l'infection tuberculeuse est donnée par l'examen histologique qui montre un vaisseau sanguin oblitéré au centre du foyer tuberculeux, qui montre que les lésions débutent principalement le long des vaisseaux sanguins dans les travées conjonctives (Hutinel et Deschamps).

Une autre voie d'infection tuberculeuse est observée assez fréquemment chez l'enfant, c'est la *voie lymphogène, la voie du canal vagino-péritonéal.* Daniel Mollière et Augagneur disaient que c'était presque exclusivement chez les enfants atteints de carreau que l'on rencontrait la tuberculose testiculaire et Hutinel et Deschamps disent que la forme aiguë secondaire du testicule tuberculeux infantile apparaît presque toujours en même temps qu'une poussée aiguë de péritonite tuberculeuse. De fait ils ont trouvé chez un malade un épididyme sain avec un testicule entouré par une coque infiltrée de nodules tuberculeux, coque constituée par le crémaster, la vaginale, l'albuginée et la partie périphérique du testicule. Dans de pareils cas, surtout s'il y a coexistence de péritonite, l'infection semble bien s'être faite par la vaginale et il ne semble pas possible d'incriminer la voie vasculaire ni la voie déférentielle.

III

Anatomie pathologique. — La tuberculose peut atteindre chez l'enfant tous les éléments de l'appareil génital comme chez l'adulte. On peut la trouver localisée au scrotum, à la vaginale, au testicule et à l'épididyme, au canal déférent, aux vésicules séminales, à la prostate.

Le *scrotum* présente les mêmes lésions que chez l'adulte mais souvent moins marquées. Le testicule peut être profondément touché sans que l'enveloppe cutanée paraisse malade; parfois il fond complètement à l'intérieur du scrotum sans que celui-ci présente la moindre lésion.

La *vaginale* est habituellement plus touchée que chez l'adulte. Il existe une forme de péri-orchite dans laquelle le testicule est entouré par une gaine plus épaisse que le testicule lui-même et où la vaginale, le crémaster, l'albuginée et la partie périphérique du testicule sont fondus en une seule masse farcie de tubercules (Obs. VII d'Hutinel et Deschamps).

La symphyse partielle de la vaginale au niveau des foyers caséeux intratesticulaires est souvent observée.

Dans la granulie, la vaginale est injectée, contient un peu de liquide séreux et montre quelques bouquets de granulations à la surface du testicule qui est simplement congestionné et ne présente pas de noyaux tuberculeux à son intérieur (Obs. IV d'Hutinel et Deschamps).

Félizet et Jullien ont observé une hydrocèle trans-

parente chronique symptomatique d'une lésion légère de l'épididyme au voisinage du cul-de-sac sous-épididymaire.

Habituellement, le *testicule et l'épididyme* présentent tous les deux des lésions. Rares sont les cas où un seul est pris et l'autre reste sain. Sur 35 observations où le siège des lésions est exactement noté, nous avons trouvé 25 fois le testicule et l'épididyme atteints en même temps, 4 fois l'épididyme seul, 6 fois le testicule seul. Si donc le mal débute par un des deux organes, il n'y reste pas cantonné. Le testicule peut être lésé profondément et être surmonté par un épididyme sain (Observation de Phocas, in *Nord médical*, 1898; — Obs. IX d'Hutinel et Deschamps). D'autre part, il existe des cas où l'épididyme est très hypertrophié, bourré de tubercules et surmonte un testicule sain ou à peu près sain (Michon, Felizet, Rocher). Mais en général les deux organes sont pris en même temps. Parfois le testicule et l'épididyme sont fondus en une seule masse irrégulière, dans laquelle on ne les distingue plus l'un de l'autre. D'autres fois les deux organes sont hypertrophiés et irréguliers mais on peut encore les distinguer au toucher. Dans l'épididyme les noyaux tuberculeux siègent à la tête ou à la queue sans règle fixe. Dans le testicule les lésions que l'on constate sont ou bien des granulations tuberculeuses grosses comme un grain de chénevis, disséminées dans tout l'organe, ou bien un ou deux noyaux ou cavernes tuberculeux situés tantôt à la périphérie du testicule près de la vaginale, tantôt au niveau du corps d'Highmore. Autour des lésions tuberculeuses est une enveloppe fibroïde beaucoup plus épaisse que le noyau qu'elle entoure, dans laquelle on ne reconnaît plus au microscope les tubes séminifères. Dans cette zone de prolifération conjonctive intense tout vestige glandulaire a disparu. Cette prolifération conjonctive désordonnée est caractéristique chez l'enfant et explique que, abandonnée à elle-même, la lésion deviendrait scléreuse si aucune infection secondaire ne venait causer la suppuration du foyer tuberculeux. Le testicule tuberculeux de l'enfant a donc une tendance spontanée à la transformation fibreuse. Parfois la transformation fibreuse envahit tout le testicule qui se ratatine et s'atrophie.

Le *canal déférent* est assez fréquemment envahi. Felizet a toujours vu les lésions s'arrêter plus bas que l'orifice sous-cutané du canal inguinal. Chez l'adulte au contraire, il faut aller souvent jusqu'au-dessus de l'orifice sous-péritonéal du canal inguinal pour dépasser les lésions. L'envahissement du canal déférent se manifeste par une hypertrophie du cordon qui est plus volumineux que celui du côté sain. Dans 47 observations de Launois, Hutinel et Deschamps, Jullien et Lannelongue, Moizart et Bacaloglu, Michon, Rocher, Phocas, l'état du cordon est noté 28 fois et 18 fois il est trouvé plus volumineux que le cordon du côté sain.

Des *lésions prostato-vésiculaires* ont été constatées par Lannelongue, Jullien, Rocher. Ce dernier a trouvé un abcès prostatique ouvert dans l'urètre chez un de ses malades présentant un testicule tuberculeux. Les lésions de la prostate et des vésicules séminales ont été constatées surtout par le toucher rectal. Or, souvent il n'a pas été pratiqué. D'autre part, Broca qui l'a pratiqué chez ses malades dit n'avoir jamais rien senti au niveau de la prostate ou des vésicules. Par conséquent on ne peut être fixé sur la fréquence des lésions prostato-vésiculaires au cours du testicule tuberculeux infantile.

La tuberculose ne reste pas toujours cantonnée au testicule et à l'épididyme. Elle peut se propager à distance en suivant diverses voies : la voie sanguine, la voie lymphatique, la voie du canal vagino-péritonéal, la voie déférentielle.

Le bacille faisant irruption dans les vaisseaux sanguins du testicule peut être transporté au loin et se localiser secondairement dans le tissu spongieux des os, dans les poumons, dans la séreuse péritonéale. Une tuberculose osseuse ou ostéo-articulaire, pulmonaire ou péritonéale, succédera à la tuberculose testiculaire. On peut se demander à ce propos dans quelles proportions les enfants atteints de tuberculose testiculaire font de la tuberculose pulmonaire. Mais on manque de chiffres pour répondre. On sait que chez l'adulte le poumon reste sain dans 30 p. 100 des cas d'après Villard.

Il n'est pas rare de rencontrer chez les enfants atteints de tuberculose du testicule des ganglions inguinaux, iliaques ou lombaires atteints également par la tuberculose. L'envahissement des ganglions iliaques ou lombaires est moins fréquent de beaucoup que l'envahissement des ganglions inguinaux, c'est pourquoi le pronostic du testicule tuberculeux infantile n'est pas très grave. Pour Hutinel et Deschamps, l'adénopathie inguinale est fréquente mais elle n'apparaît pas seulement au moment de l'envahissement du scrotum. Elle est précoce et subit une poussée aiguë au moment de cet envahissement.

Lorsque le testicule de l'enfant est le siège de lésions tuberculeuses, la persistance du canal péritonéal peut être un chemin par lequel le bacille remontera dans le péritoine. Broca a vu une fois en opérant une hernie un foyer caséeux épididymaire faire irruption dans le canal péritonéo-vaginal. Le testicule lui-même peut inoculer directement le péritoine lorsqu'il est en ectopie (Broca). Enfin le bacille peut remonter le long du canal déférent et inoculer le péritoine par la voie déférentielle, et ceci en deux endroits : le péritoine peut être inoculé au niveau du canal péritonéo-vaginal lorsque ce canal se trouve en rapport intime avec un foyer caséeux du canal déférent. Le péritoine peut être inoculé encore au niveau de la face postérieure de la vessie, lorsqu'il se trouve en rapport avec les vésicules séminales ou les canaux déférents tuberculisés.

IV

Symptômes et formes cliniques. — Il existe plusieurs formes cliniques du testicule tuberculeux infantile, des formes aiguës et des formes chroniques.

Au cours de la granulie, on peut voir les testicules se gonfler, devenir douloureux à la pression, et le scrotum s'empâter (Obs. IV d'Hutinel et Deschamps). Ce n'est d'ailleurs pas là, à proprement parler, un

testicule tuberculeux, c'est une septicémie tuberculeuse de la vaginale qui présente une vascularisation anormale, un peu d'épanchement, quelques granulations, et sous laquelle le testicule est souvent congestionné sans présenter aucune lésion tuberculeuse à son intérieur.

Duplay a décrit en 1860 ce qu'il a appelé la *tuberculisation galopante du testicule*. Chez des enfants jusqu'ici considérés comme sains, brusquement et sans cause connue les testicules se gonflent, les bourses sont le siège d'un empâtement rouge et douloureux. La marche est gênée. La palpation détermine de vives douleurs. C'est le tableau de l'orchite aiguë blennorragique de l'adulte. Puis au bout de trois ou quatre jours de repos les phénomènes aigus se calment, mais une collection s'est formée qui se fistulise et la fistulisation dure plus ou moins longtemps avec un testicule qui reste gros et bosselé. Il y a dans l'évolution d'une telle affection deux périodes : une première période qui aboutit en quelques jours à la formation d'une collection, ensuite une seconde période pendant laquelle une fistule se forme et dure un ou plusieurs mois comme dans la forme chronique qui sera décrite plus tard.

Parfois l'affection a une évolution moins aiguë, moins « galopante ». L'enfant souffre de son testicule qui se gonfle. Il se fait un petit épanchement dans la vaginale. Cet épanchement se limite, mais le testicule reste gros et adhère au scrotum en un point où l'on ne plus peut plisser la peau. Tout peut rentrer dans l'ordre et le testicule diminuer de volume et revenir à l'état normal. Mais le plus souvent le testicule reste gros et bosselé et au point où il est adhérent aux bourses se fait une fistule par laquelle se vide la caverne existant au sein de l'organe.

Hutinel et Deschamps, Phocas, Jullien déclarent que la forme aiguë est de beaucoup la plus fréquente chez l'enfant. Mais tel n'est pas l'avis de Broca qui a observé le plus souvent la forme chronique avec poussées aiguës. Pour Broca, bien rares sont les cas où l'enfant qu'on amène avec une poussée aiguë n'a rien senti auparavant dans son testicule, et où les parents n'aient pas remarqué que depuis quelque temps déjà ce testicule était un peu plus gros que l'autre ; chez 2 malades seulement sur 19, il a observé la forme aiguë vraie.

Dans la forme chronique le testicule augmente de volume et devient bosselé petit à petit sans que l'enfant souffre. La mère s'aperçoit par hasard, en faisant la toilette de son enfant, qu'un des testicules n'est pas semblable à l'autre, souvent elle ne s'en inquiète même pas et ce n'est qu'au bout de plusieurs mois qu'elle vient consulter, et elle vient le plus souvent au cours d'une poussée aiguë. Les poussées aiguës sont fréquentes sur de tels testicules : il se fait de l'œdème des bourses qui deviennent rouges, puis en huit ou dix jours de repos tout rentre dans l'ordre, mais le testicule reste volumineux. La fistulisation peut se produire dès la première poussée comme elle peut aussi ne pas se produire même après plusieurs poussées aiguës successives.

Une fois la lésion établie, les symptômes sont les mêmes, qu'il s'agisse d'une forme à début aigu franc, ou d'une forme à début insidieux et chronique. L'enfant examiné est trouvé porteur d'une tumeur qui comprend le testicule seul, l'épididyme seul, ou bien les deux organes confondus parfois à un point tel qu'il est impossible de les délimiter par le palper. La tumeur n'est pas ou est très peu douloureuse à la palpation. Elle est deux ou trois fois plus volumineuse que le testicule sain. Elle est adhérente au scrotum en un point où il est impossible de plisser la peau avec le doigt et c'est en ce point que va se faire la fistulisation. Au-dessus de cette tumeur on sent le cordon qui, par comparaison avec l'autre côté, est trouvé gros comme un crayon, qui peut être régulier et d'une consistance égale, ou bosselé et induré par places. Dans le pli de l'aine existe souvent une adénopathie inguinale qui augmente de volume au moment où le scrotum est envahi et s'ulcère. Si l'on pratique le toucher rectal, souvent suivant certains auteurs (Felizet, Rocher), rarement suivant d'autres (Broca), on sent la vésicule séminale du côté malade, dure, bosselée et irrégulière, et la prostate parsemée de noyaux indurés. Enfin il ne faut pas borner là son examen, il faut rechercher les autres localisations de la tuberculose : carreau, péritonite, tuberculose pulmonaire. L'état général se maintient assez bon s'il n'existe aucune autre localisation de la tuberculose que la localisation sur le testicule.

Les poussées aiguës apparaissent généralement au moment où la collection caséeuse est formée, au moment où le scrotum va s'ulcérer et où la fistulisation va se faire. La fistule peut durer de longs mois et se fermer. Mais l'affection peut ne pas arriver à ce stade : la collection peut se résorber, la suppuration ne pas se produire, et l'affection guérir ainsi spontanément.

La forme chronique du testicule tuberculeux infantile se manifeste quelquefois simplement par une hydrocèle volumineuse qui dure plus ou moins longtemps. Au milieu de la collection séreuse se trouve un épididyme tuberculeux. Mais cette forme est exceptionnelle.

V

Evolution. Complications. Suites éloignées. Pronostic. — Lorsque des tubercules se sont développés dans le testicule ou l'épididyme d'un enfant, le mal peut rester longtemps stationnaire. Pendant de longs mois, l'enfant peut avoir un testicule gros et irrégulier, sans en souffrir, sans que des modifications se produisent dans l'état de sa tumeur. Mais un jour vient où le mal évolue franchement vers la transformation fibreuse ou vers la fonte caséeuse. C'est surtout lorsque le mal subit l'évolution fibreuse que la durée de l'affection est longue.

Généralement, lorsque la caséification se fait, l'abcès est rapidement formé à l'intérieur du testicule. Il peut acquérir un volume considérable au point de masquer tous les autres éléments de la glande, mais en général il est de petit volume. Cet abcès ne s'ouvre pas toujours à l'extérieur, il est susceptible de limitation fibreuse et ensuite de ré-

sorption spontanée et alors à l'intérieur des bourses intactes on trouve, ou bien absolument rien si tout l'épididyme et le testicule ont fondu complètement en un abcès qui s'est résorbé, ou bien un moignon plus ou moins volumineux.

Mais le plus souvent l'abcès envahit le scrotum auquel il adhère et l'ulcère de telle sorte qu'il se fait une ou plusieurs petites fistules faisant communiquer la cavité abcédée avec l'extérieur, fistules par où peut s'écouler du pus pendant plusieurs mois. La fistule abandonnée à elle-même peut alors se fermer définitivement, ou bien se fermer mais récidiver plusieurs mois plus tard spontanément ou sous l'influence d'une pyrexie intercurrente telle que la varicelle ou la rougeole (Broca). La fermeture définitive de la fistule peut se produire encore après une ou plusieurs récidives ; mais si la fistule dure trop longtemps, l'état général du malade s'altère et celui-ci risque de devenir la proie de la tuberculose pulmonaire ou de la tuberculose miliaire aiguë.

Les lésions des autres parties des voies génitales évoluent parallèlement aux lésions testiculo-épididymaires : lorsque celles-ci guérissent, celles-là régressent également. Mais il est arrivé quelquefois que le cordon et la vésicule séminale sont restés malades après cicatrisation de la lésion testiculaire.

Les seules *complications* que l'on puisse observer sont un fongus bénin, et la généralisation de la tuberculose. La première de ces complications est exceptionnelle. La seconde ne se voit guère que chez des enfants dont la tuberculose testiculaire est secondaire à une autre tuberculose.

Les *suites éloignées* de l'affection ont été étudiées par Jullien. Les modifications des organes peuvent être réduites au minimum : il reste parfois un testicule et un épididyme à peu près aussi volumineux que du côté sain. Le testicule peut être réduit à un moignon insignifiant ou à un moignon assez volumineux. Généralement les lésions cutanées qui persistent après la guérison sont aussi réduites au minimum : on retrouve parfois une simple cicatrice petite à peine visible entre les plis du scrotum, d'autres fois on ne retrouve absolument pas de cicatrice si la fonte et la résorption du tuberculome s'est faite sans envahissement des bourses, et dans ces cas si le testicule tout entier a fondu, on peut se demander si l'on n'a pas devant soi un cryptorchide.

Le *pronostic quoad vitam* de l'affection est considéré comme particulièrement bénin par Jullien qui sur 20 malades n'en a perdu aucun. Hutinel et Deschamps au contraire ont perdu 6 malades sur 9. D'où vient cette différence entre les deux statistiques? C'est qu'Hutinel et Deschamps ont observé des enfants présentant presque tous un état général grave, atteints de tuberculose pulmonaire ou péritonéale en même temps que de tuberculose testiculaire, et ces enfants sont presque tous morts parce que leur tuberculose testiculaire n'était qu'un épiphénomène au milieu de la tuberculose généralisée. Le pronostic du testicule tuberculeux infantile est considéré comme bénin par tous les auteurs, tant qu'il n'y a pas d'autre localisation tuberculeuse que la localisation sur le testicule. Ordinairement, l'état général se conserve excellent au point que « jamais, dit L. Rocher, à voir ces enfants on ne préjugerait leur mauvaise fortune et le contenu de leurs bourses ». Mais si le testicule tuberculeux est secondaire, coexiste avec une autre localisation de la tuberculose, le pronostic est grave car alors l'organisme est atteint profondément et les malades finissent par succomber à la tuberculose pulmonaire ou péritonéale ou à la granulie.

Le *pronostic local* est également bon dans le testicule tuberculeux primitif. Il est plus mauvais dans le testicule tuberculeux secondaire : la cicatrisation des lésions est longue et difficile à obtenir.

VI

Diagnostic. — Le diagnostic se pose assez fréquemment avec la syphilis et le cancer.

Le *testicule syphilitique infantile* se voit surtout chez le nouveau-né de quelques semaines, rarement chez l'enfant plus âgé. Il coexiste le plus souvent avec d'autres symptômes d'hérédo-syphilis. Les deux testicules sont habituellement pris. Le testicule est volumineux, induré ; il a la consistance du globe oculaire, il est uni, pesant et indolore. L'épididyme est respecté. L'affection peut s'accompagner d'épaississement chronique de la vaginale ou d'hydrocèle, mais jamais de réaction inflammatoire. Jamais on ne voit de gommes syphilitiques suppurées chez l'enfant. Le plus souvent la terminaison est l'atrophie du testicule, atrophie que l'on peut arrêter dans sa marche par le traitement spécifique.

Le testicule tuberculeux peut prêter à confusion avec le *testicule cancéreux non ulcéré*, lors que l'épididyme et le testicule forment une masse irrégulière, dure, un peu douloureuse à la pression et où rien ne peut être distingué. Le testicule cancéreux infantile est rare après deux ans et demi, exceptionnel après quatre ans. La tumeur est dure au début, mais ne tarde pas à se ramollir par places. La douleur est spontanée. La ponction exploratrice ne ramène que du sang et pas de pus caséeux. Le cordon spermatique est rarement sain mais injecté par places jusque dans la fosse iliaque où l'on trouve parfois des ganglions volumineux. La marche est rapide avec grand retentissement sur l'état général. Rien ne peut enrayer le mal, pas même la castration

Le diagnostic entre le testicule tuberculeux et le *testicule blennorragique* est rarement posé chez l'enfant, car s'il est incontestable que la blennorragie urétrale puisse se voir chez l'enfant, l'épididymite blennorragique y est exceptionnelle. On doit tenir comme tuberculeuse, plus encore chez l'enfant que chez l'adulte, toute épididyme-orchite spontanée même à début aigu survenant sans passé urétral. De même les *orchites* improprement appelées *contusives* survenant chez les enfants sont très souvent des orchites tuberculeuses au cours desquelles le traumatisme a déterminé une poussée aiguë.

Ajoutons une erreur de diagnostic possible : c'est la confusion entre une tuberculose testiculaire remontant le long du cordon et une épiplocèle enflammée.

Enfin nous avons parlé plus haut des cas où l'on

pouvait penser à la cryptorchidie, lors de fonte totale du testicule à l'intérieur des bourses sans fistulisation. Nous n'y reviendrons pas ici.

VII

Traitement. — Le traitement comprend deux parties : une partie médicale et une partie chirurgicale.

L'importance du traitement médical est admise par tous les chirurgiens. Il faut fortifier l'état général de l'enfant pour le mettre en état de résister victorieusement au bacille. Pour cela, on fait des prescriptions hygiéniques, climatériques et médicamenteuses. Il faut au petit malade une nourriture saine et abondante, un logement aéré et éclairé. Il ne lui faut pas de marche prolongée et de fatigue quelconque. L'air de la campagne est meilleur que celui de la ville. L'altitude ou le voisinage de la mer sont à conseiller s'il n'y a pas en même temps de la tuberculose pulmonaire. La coexistence de tuberculose péritonéale, ganglionnaire ou osseuse, ne contre-indique pas le climat marin, bien au contraire. Le traitement médicamenteux a une importance moindre que le traitement hygiénique et climatérique. Néanmoins tous les médicaments que l'on donne en cas de tuberculose chirurgicale ont ici leurs indications, les phosphates, l'arsenic, les cacodylates, l'iode, le fer, les corps gras, l'huile de foie de morue. Jullien attribue à l'iodoforme une action curative particulière dans le traitement du testicule tuberculeux infantile. Il le donne à la dose de 5 centigrammes par jour pris en deux fois.

Il arrive qu'avec l'institution du seul traitement médical l'affection s'arrête dans son évolntion et guérit. Mais souvent il n'en va pas ainsi et l'on est obligé d'avoir recours aux ressources de la chirurgie. Les indications du traitement chirurgical dans le testicule tuberculeux infantile ont donné lieu à des controverses. Jullien, dans son rapport au Congrès de chirurgie de 1889, conclut à l'expectative. « Nous devons, dit-il, rejeter absolument toute intervention radicale parce que la lésion ne constitue pas un danger pour la santé générale, et qu'elle guérit d'elle-même avec perte d'organe réduite au minimum. On risque au moins de conserver quelques fragments insuffisants au point de vue physiologique peut-être mais précieux toujours car, comme on l'a dit pour la main, tout ce qui reste du testicule est bon. » Rocher, dans le *Journal de médecine de Bordeaux* de 1904, émet à peu près la même opinion en ces termes : « La castration ne sera jamais pratiquée en cas de tuberculose épididymaire infantile. Nous sommes partisans de la chirurgie conservatrice chez l'enfant car nous savons que le pronostic des lésions n'est pas grave, et qu'elles rétrocèdent facilement sous l'influence d'un traitement bien dirigé. En admettant même que l'épididyme soit détruit partiellement et le canal déférent oblitéré, on ne doit pas détruire la glande qui conserve sa fonction de sécrétion interne. » Ainsi pour Jullien et Rocher, la castration doit être exceptionnellement pratiquée et l'on doit s'en tenir à l'expectation : suspensoir et immobilisation; ponction suivie d'injection iodée en cas d'hydrocèle; ponction suivie d'injection iodoformée en cas d'abcès non ouvert à l'extérieur; curetage, cautérisation au fer rouge en cas d'abcès ouvert à l'extérieur.

Felizet et Phocas sont au contraire beaucoup plus interventionnistes. Ils ne nient pas l'existence de cas bénins où l'absence d'autre localisation de la tuberculose et de retentiseement sur l'état général, où l'évolution spontanée vers la guérison, tout contre-indique la castration. Mais, disent-ils, il existe des cas plus graves où il est avantageux d'intervenir et où, si l'on se contente de l'expectative, il ne faut pas perdre le malade de vue et il faut se tenir prêt à l'intervention. C'est lorsque après une simple cautérisation le mal continue à évoluer, lorsque l'enfant est malingre, chétif, affaibli; lorsque la suppuration se prolonge et retentit sur l'état général; lorsque la tuberculose testiculaire, même si elle est primitive et fermée, n'a aucune tendance à la guérison et s'accompagne d'affaiblissement de l'état général. Alors il faut prendre le bistouri et ne pas faire d'opérations économiques comme on les fait chez l'adulte, il faut castrer. Après la castration, l'enfant reprend appétit, retrouve des forces, prend du poids, et cela rapidement; et il échappe ainsi à la possibilité de la généralisation tuberculeuse. Felizet a indiqué pour la castration du testicule descendu dans les bourses un procédé élégant et ingénieux : il fait une incision postérieure, à la limite du périnée, entre le pli inguinal et le raphé, longue de 2 centimètres. Il énuclée par cette incision le testicule et sa vaginale sans ouvrir cette dernière. Il met des pinces à demeure sur le cordon, très haut, au voisinage de l'orifice sous-cutané du canal inguinal et il coupe aux ciseaux au-dessous de ces pinces à demeure. Au bout de quarante-huit heures il enlève les pinces. L'opération est très rapide. Ce manuel opératoire s'applique aux cas où il n'y a pas de fistule. S'il y a une fistule, on la circonscrit par l'incision que l'on continue en arrière (incision en raquette).

Il est des enfants qu'il ne faut pas castrer parce que la castration est inutile, ce sont ceux qui sont atteints en même temps d'une autre tuberculose viscérale ou osseuse avec retentissement sur l'état général. Lorsque la tuberculose testiculaire n'est qu'un épiphénomène au cours d'autres manifestations tuberculeuses, toute intervention radicale est condamnée par avance. Il faut se contenter de faire une opération de soulagement, le curetage suivi de cautérisation au thermo.

Si les deux testicules sont atteints, on ne les enlèvera pas tous les deux. On commencera par enlever le testicule le plus malade et l'on s'en tiendra pour l'autre testicule à l'expectation, aux opérations palliatives.

Si la tuberculose se localise sur un testicule ectopique, on peut l'enlever comme un testicule descendu. Felizet a pratiqué la castration d'un tel testicule sur un enfant qui a guéri.

BIBLIOGRAPHIE

Arnal. *De la tuberculose du testicule et de ses divers traitements chez l'adulte et chez l'enfant*, Th. de Lille, 1899-1900. — Ashby et Wright. *Maladies des enfants*; — Association

pour l'avancement des sciences, Marseille 1891. — AUGÉ et CHAMBRELENT. Congrès de méd. interne, Montpellier 1898.

BANIER. Th. de Paris, 1873. — BAGINSKY. *Maladies des enfants*, 1889. — BARRIER. *Traité pratique des maladies de l'enfance*. — BAUCHET. *Des testicules au point de vue chirurgical*, Th. d'agrég., 1857. — BROCA. *Leçons cliniques de chirurgie infantile*.

CASTIER. Th. de Paris, 1866. — CAYLA. *Tuberculisation des organes génito-urinaires*, Th. de Paris, 1887. — CAZALS. *Progrès médical*, 1886. — CHEVROLLE. Th. de Paris, 1896. — CURLONG. *Maladies du testicule*. — Cosper FOSTER. *Maladies chirurgicales des enfants*, 1860.

DELFAU. *Etude sur les tubercules de la prostate*. — DESPREZ. *Diagnostic des tumeurs du testicule*, 1861. — DEGRENNE. Th. de Paris, 1897. — DUFOUR. Th. de Paris, 1854. — DUPLAY. De la tuberculose galopante du testicule, *Union méd.*, 1860.

EUVRARD. Th. de Paris, 1894.

FELIZET. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1899. — FERNET. Infection tuberculeuse par voie génitale, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*. — FOSSARD. *De l'orchite tuberculeuse*, Th. de Paris, 1855.

GIRALDÈS. *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*. — GUYON. *Annales*, 1891. — GEVAERT. *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1886.

HUTINEL et DESCHAMPS. La tuberculose du testicule chez les enfants, *Arch. gén. de méd.*, 1891. — HUNIN. Th. de Paris, 1866. — HUTINEL. *Revue de méd. et de chir.*, 1878.

JAVELLY. *La tuberculose galopante du testicule*, Th. de Bordeaux, 1903-1904. — JULLIEN. Congrès franç. de chir., 1889.

LAUNOIS. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1883. — LLOYD. *On scrofula*, London 1821. — LEGUEU. *Leçons de clinique chirurgicale*. — LENOIR. Th. de Lille, 1895-1896.

MONOD et TERRILLON. *Maladies du testicule*, 1889. — MICHON. *Lyon méd.*, 1889. — MONKS. *Brit. med. Journ.*, 1884. — MAUGIN. *De l'épididymite caséeuse*, Th. de Paris, 1873. — MOIZARD et BACALOGLU. Tuberculose génitale de l'enfant, *Arch. de méd. des enf.*, 1901, n° 10.

E. OWEN. *Maladies chirurgicales des enfants*, 1888.

R. PETIT. La tuberculose péritonéo-vaginale chez l'enfant, *Revue de la tuberculose*, 1891. — PRESTAT. *Gaz. des hôpit.*, 1868. — PHOCAS. *Nord méd.*, 1898.

RECLUS. *Des tubercules du testicule*, Th. de Paris, 1876; — De l'infection tuberculeuse par voie génitale, *Clin. chir. de l'Hôtel-Dieu*, 1888; — *Traité de chir.* Duplay-Reclus. — L. ROCHER. Tuberculose épididymaire chez l'enfant, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1904.

TERRILLON. *Progrès méd.*, 1884; — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1891.

VERNEUIL. *Gaz. des hôpit.*, 1882; — *Gaz. hebd.*, 1883. — VEDRINE. Th. de Paris, 1873. — VILLARD. *Rapports de la tuberculose génitale de l'homme avec les autres manifestations tuberculeuses*, Th. de Lyon, 1894.

R. WAGNER. *Contribution à l'étude des modifications pathologiques des testicules chez les tuberculeux*, Saint-Pétersbourg 1889.

FORMULAIRE

SAVON DENTIFRICE

Thymol	0g05
Extrait de ratanhia	1 gramme.
Glycérine	10 —
Magnésie calcinée	0g50
Borate de soude	4 grammes.
Essence de menthe	XX gouttes.
Savon médicinal	30 grammes.

En applications sur une brosse pour les soins de la bouche et le nettoyage des dents. (*Bull. gén. de thérap.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 MARS 1907)

Des injections de sérum contre l'hémophylie. — M. TOUSSAINT apporte de nouveaux faits qui plaident en faveur de l'emploi des injections de sérum préventives chez les hémophyles qui doivent subir une opération. Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans la communication de M. Toussaint, c'est que les injections de sérum antitétanique, comme celles de sérum antiphtérique, donneraient le même résultat au point de vue de l'hémostase. C'est là une question dont l'étude devra être poursuivie.

Pancréatites. — A propos de la communication de M. Guinard sur les pancréatites suppurées, M. MONOD rapporte une observation dans laquelle il est intervenu après avoir fait le diagnostic d'abcès sous-phrénique et qui répond exactement à la symptomatologie de la pancréatite suppurée décrite par M. Guinard, si bien que, pour M. Monod, ces abcès sous-phréniques devraient rentrer dans le cadre des pancréatites suppurées. Sur un relevé de 176 cas publiés dans une thèse, à Moscou, il n'est pas question une seule fois du pancréas. Il doit donc y avoir dans ces faits, de nombreuses erreurs de diagnostic.

Pour atteindre ces abcès d'origine pancréatique, la voie thoracique paraît à M. Monod préférable à la voie abdominale.

M. DELBET rapporte l'histoire d'un infirmier de trente-deux ans qui fut pris brusquement d'une violente douleur dans la région épigastrique. M. Merklen avait diagnostiqué une perforation de l'estomac. M. Delbet fut appelé trois semaines après l'accident. Il constata dans la région épigastrique la présence d'une tumeur ovoïde, plus saillante à gauche qu'à droite, fluctuante. M. Delbet l'opéra par la voie abdominale, sans ouvrir la grande cavité péritonéale, protégée par des adhérences. Il arriva directement dans une cavité contenant des gaz fétides et du pus. Il draina. Il n'y avait pas de perforation de l'estomac. Le malade était guéri moins d'un mois après. Cela correspond bien à une pancréatite suppurée. Mais il ne faudrait pas toujours attribuer au pancréas les tumeurs de ce genre. M. Delbet rapporte un fait de pyo-pneumo-thorax sous-phrénique d'origine appendiculaire qui aurait pu être très facilement confondu avec une pancréatite suppurée. Quant à la voie par laquelle il convient d'aborder ces collections purulentes, elle doit varier suivant les cas. Il faut prendre celle qui rapproche le plus de la tumeur. La voie lombaire quand elle est possible offre cet avantage d'assurer un très bon drainage.

M. QUÉNU fait observer que dans ces cas, d'ailleurs assez rares, le diagnostic est souvent très difficile, même après l'intervention chirurgicale. En effet le point de départ de ces abcès peut être très variable. Il n'y a pas que l'appendice, il y a aussi les ulcérations de l'estomac, du duodénum qui ne se traduisent pas toujours par des signes appréciables et qui évoluent souvent d'une façon latente, sans symptômes.

M. Quénu rapporte l'observation d'un jeune homme de vingt-cinq ans, qui fut pris d'une douleur en coup de poignard au creux de l'estomac, avec vomissements. M. Quénu le vit huit jours après le début des accidents. Il souffrait beaucoup, le ventre était ballonné, il se trouvait en état d'occlusion intes-

tinale. On pensa à une appendicite ; il n'y avait rien du côté de l'appendice. La température restait élevée, le pouls à 120, le ballonnement du ventre était considérable. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde fut négatif. Après quarante-huit heures d'obstruction, les selles et les gaz reparaissent, mais la fièvre persiste. Après huit jours, les phénomènes s'amendent. Le diagnostic fut alors : ulcère simple de l'estomac à l'état latent. Les accidents reparaissent, se compliquent d'ictère, de vomissements, de pus. On pense à une collection purulente ouverte dans l'estomac.

On opère : on trouve le pylore adhérent à la face antérieure du pancréas. On fait une cholécystostomie. Il s'agissait d'un abcès para ou pré-pancréatique. Cas où on est encore à se demander quel était le siège exact de l'abcès.

Scoliose et néphroptose. — M. Broca fait un rapport sur une observation de M. Dieulafay (de Toulouse). Il s'agit d'un cas de néphroptose avec hydronéphrose intermittente, compliquée d'une scoliose considérable. Le rein est remis en place, la scoliose disparaît.

A propos de cette observation, M. Dieulafay passe en revue les scolioses réflexes liées à la néphroptose.

Plaies du poumon. — M. Beurnier, en son nom et au nom de M. Cottard, communique un cas de plaies multiples du poumon par balle de revolver. Comme on craignait qu'il n'y eût une plaie du cœur, on fait un volet, on ouvre la plèvre, on trouve une première plaie du poumon, qu'on suture, puis une seconde plaie en arrière qu'on ferme également, la balle qu'on retire. On draina par derrière.

M. Quénu communique un cas analogue : on croit à une plaie cardiaque, on trouve une plaie du poumon qu'on suture et on ferme sans drainer.

M. Lucas-Championnière qui a vu beaucoup de ces plaies du poumon par balles de revolver à Beaujon, tentatives de suicide qui étaient généralement le « résultat des courses », n'est jamais intervenu dans ces cas et a vu tous ses blessés guérir, tandis que ceux qu'opéraient les jeunes chirurgiens de garde mouraient tous.

Cette question sera prochainement remise en discussion à propos d'un rapport que doit faire M. Delorme sur un cas de M. Ombrédanne.

M. Demoulin partage l'avis de M. Lucas-Championnière.

M. Delbet est aussi partisan de l'expectative ; cependant il a perdu un malade d'hémorragie qu'il aurait peut-être sauvé par l'intervention.

Tuberculose intestinale. — M. Delbet rapporte l'observation d'un Cingalais qui présentait des signes d'obstruction intestinale datant de dix-huit heures. On fait une laparotomie, on trouve un cancer au niveau de l'anse iléo-cæcale, on fait une iléo-sigmoïdostomie. Le malade guérit. Vingt jours après, M. Delbet enlève la tumeur que l'examen microscopique a montré être de la tuberculose sténosante. Il y avait un véritable rétrécissement tuberculeux de l'intestin. L'orifice de l'appendice était oblitéré.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

ACTION PHARMACODYNAMIQUE DU BROMURE DE POTASSIUM

Le bromure de potassium est, ainsi que l'a montré M. le professeur Pouchet, tout particulièrement intéressant au point de vue de son action médicamenteuse, parce qu'en raison des métamorphoses qu'il subit dans l'économie, il permet la dissociation des actions pharmacodynamiques du brome et du potassium, répondant chacune à des indications et à des électivités spéciales.

Si on introduit le brome dans l'organisme sous forme de bromure de sodium, il agit sur le cerveau, calme la surexcitation nerveuse produite par un travail intellectuel trop prolongé et se conduit alors comme un hypnotique très efficace.

Si nous lui substituons, au contraire, le bromure de potassium, à l'action précédente viendra se joindre une influence sur le cœur, la respiration, la température dont on pourra entraver ou annuler les manifestations au moyen d'un exercice violent ou de tout autre procédé aboutissant à une exagération des phénomènes de nutrition, alors que l'influence cérébrale n'est empêchée en aucune façon.

Autant de cas, autant d'indications différentes en face desquelles le praticien sera heureux de trouver à sa disposition la gamme des bromures alcalins de Henri Mure d'un emploi si fidèle et toujours si exactement dosés à 2 grammes de sel par cuillerée à soupe et 50 centigrammes par cuillerée à café.

LIVRES NOUVEAUX

Hygiène alimentaire des tuberculeux (1),
par Coste de la Grave.

Dans cette œuvre considérable, et qu'anime, d'un bout à l'autre, la conviction la plus ardente, l'auteur se propose d'indiquer les *aliments* les plus utiles pour les tuberculeux, et la façon dont il faut les préparer pour en tirer le maximun d'effets. Les aliments peuvent être répartis en deux catégories, selon qu'ils sont plus facilement digérés ou qu'ils sont plus nourrissants. Certains méritent d'être appelés des médicaments-aliments : ce sont surtout l'huile de foie de morue et le tannin, seules substances médicamenteuses ayant fait leurs preuves dans le traitement de la tuberculose. Les *repas* des malades doivent être l'objet des soins les plus attentifs, et cependant, dans certains cas, l'alimentation est mal supportée, et l'on voit alors apparaître des accidents divers : embarras gastrique, arthritisme, adipose, etc. D'autre part, l'existence d'affections générales, diabète, albuminurie, dyspepsies, oblige souvent le praticien à modifier l'alimentation des malades. Après avoir envisagé successivement toutes ces éventualités, l'auteur étudie la question sociale de l'alimentation et insiste avec chaleur sur la nécessité de la charité morale, qui « ne consiste pas seulement en de bonnes paroles : elle consiste surtout dans la direction morale du tuberculeux, à lui procurer du travail, à lui donner de quoi manger, de quoi vivre, de quoi être heureux par ses propres ressources ».

L. BABONNEIX.

(1) Paris, 1906, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE......... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, le 18 mars 1907.

La commission de réforme de l'enseignement médical a tenu sa première séance sous la présidence de M. le ministre de l'Instruction publique.

Dans l'excellent discours qu'il a prononcé à cette occasion, M. Briand a insisté sur l'esprit qui doit guider la commission. « Le médecin, a-t-il dit, doit être avant tout un bon praticien... le problème qui s'impose est donc de faire dans les programmes la part : 1° de l'enseignement théorique; 2° des travaux pratiques à l'amphithéâtre et au laboratoire; 3° de *l'éducation clinique*. »

On ne saurait mieux dire.

La commission pour se conformer aux indications pleines de bon sens du ministre devra donc demander d'abord l'abrogation de l'arrêté du 20 février 1907 (1). Cet arrêté dispose, on le sait, que les chefs de clinique dans les facultés, les professeurs et les suppléants de clinique et de pathologie interne dans une école préparatoire et dans une école de plein exercice devront être pourvus du certificat d'admissibilité à l'agrégation des facultés de médecine.

Les épreuves de ce certificat comprennent :

1° Une composition écrite d'anatomie, d'histologie et de physiologie;

2° Un exposé de trois quarts d'heure au maximum sur une question de *pathologie générale*;

3° Une épreuve pratique d'anatomie pathologique, y compris les divers procédés d'exploration des tissus et des humeurs morbides.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1907, p. 347.

Or, aucune épreuve clinique n'est prévue.

C'est donc par l'étude de la *pathologie dans l'espace* et par les travaux de laboratoire que les éducateurs des futures générations médicales seront appelés à se préparer à l'enseignement de la *clinique*.

Si la commission extra-parlementaire n'y met bon ordre, si le Congrès des praticiens, dans lequel nous avons espoir, ne fait pas entendre sa voix, nous craignons bien que ce ne soit, ainsi que l'a si bien dit notre collègue et ami Rénon (1), *la fin de l'enseignement clinique officiel en France.*

(1) *Journ. des prat.*, 1907, p. 175.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECINS DES HOPITAUX. — *Symptomatologie.* — Séance du 16 mars 1907 : MM. Armand-Delille et Crouzon, 9; Audistère, Bigart et Deguy, 7.

Séance du 14 mars : MM. Coyon, Grenet et Herscher, 9; Weil (Emile), 8; Vitry, 7.

Anatomie pathologique.— Séance du 16 mars : MM. Decloux et Lemierre, 9; Guillemot et Jomier, 8; Géraudel, 7.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — ORAL. — Séance du 15 mars 1907. — Question donnée : « Tubes urinifères. Hématurie rénale. »

MM. Boudol, 17 + 21 = 38; Coryllas et di Chiara, 14 + 23 = 37; Houzel, 16 + 21 = 37; Roudinesco, 13 + 22 = 35; Thibaut (David), 14 + 20 = 34; Collin, 12 + 21 = 33; de Cumont, 15 + 18 = 33; Chibret, 14 + 18 = 32; Monnet, 13 + 19 = 32.

Première séance du 17 mars. — Question donnée : « Trompes de Fallope. Causes, signes et diagnostic de l'hématocèle rétro-utérine. »

MM. Saiget, 15 + 24 = 39; Paul-Boncour, 15 + 23 = 38; Blanc, 14 + 23 = 37; Cotoni, 14 + 22 = 36; Fenestre, 13 + 22 = 35; Weill (André), 15 + 20 = 35; Lasnier, 14 + 19 = 33; Dreyfus, 13 + 19 = 32; Pironneau, 14 + 18 = 32; Malterre, 12 + 19 = 31.

Deuxième séance du 17 mars. — Question donnée : « Veines superficielles du membre inférieur. Phlegmatia alba dolens, causes, signes et complications. »

MM. Ferran (Thimothée), 16 + 22 = 38; Fernet, 16 + 21 = 37; Lemarignier, 15 + 20 = 35; Marie, 14 + 21 = 35; Castéran, 12 + 21 = 33; Soubies, 13 + 20 = 33; Gérard, 15 + 17 = 32; Miginiac, 14 + 18 = 32; Renault (Ch.), 13 + 17 = 30; Lemercier, 12 + 17 = 29.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 394.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les états neurasthéniformes, par le docteur Rosiers. Broch. de 20 p. — Bagnères-de-Bigorre, imprimerie Péré.

RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

ET

HÉMIPLÉGIE GAUCHE AVEC APHASIE

CHEZ UN HYSTÉRIQUE GAUCHER

Par Louis-Albert AMBLARD,
Interne des hôpitaux de Paris.

Qu'un malade gaucher présente, en plus d'un rétrécissement mitral, une hémiplégie gauche totale avec aphasie, et en même temps les quelques signes habituellement désignés sous le nom de stigmates hystériques, plusieurs questions sont à résoudre :

1° Est-ce bien là un rétrécissement mitral organique, ou une modification du rythme dû à l'hystérie, c'est-à-dire un rétrécissement spasmodique ?

2° La paralysie est-elle provoquée par l'hystérie, ou liée à une lésion des centres par embolie partie du cœur ?

3° S'il y a lésion centrale, où siège cette lésion, et n'est-elle pas à elle seule susceptible d'expliquer en même temps que l'aphasie les troubles sensitifs dont la constatation avait fait penser à l'existence de la névrose?

Enfin, il y a lieu de signaler ce fait, du reste connu, qu'une hémiplégie gauche organique peut, chez un gaucher, s'accompagner d'aphasie. Nous étant trouvé en présence d'un pareil cas, nous exposons d'abord l'histoire du malade, pour discuter ensuite les divers points.

Observation. — M... entre à l'hôpital Necker, service de M. Huchard, pour prendre quelques jours de repos, une hémiplégie gauche avec contracture datant de dix-huit années le mettant dans l'impossibilité de gagner sa vie. Fils d'un père alcoolique ayant succombé subitement à la suite d'une congestion (?) à l'âge de soixante-trois ans, et d'une mère atteinte de maladie du cœur, le sujet âgé de trente-huit ans est malade depuis l'âge de quinze ans, âge auquel apparurent des crises dyspnéiques à la suite du moindre effort. De ses six frères et sœurs, trois sont morts en bas âge (de six semaines à trois ans), un frère est vivant et bien portant, une sœur plus jeune est atteinte de rétrécissement mitral.

Bien que malingre et de constitution très faible, le malade ne subit l'atteinte d'aucune affection de l'enfance (rougeole, scarlatine, coqueluche, etc.) et aucun phénomène morbide ne précéda les accès dyspnéiques de la puberté. A dix-sept ans, subitement apparaît une violente douleur dans le côté gauche bientôt suivie d'hémoptysies répétées et peu abondantes.

Malgré l'impossibilité où l'on se trouve à vingt ans de distance d'affirmer la nature des accidents, il paraît vraisemblable qu'il y ait eu à ce moment production par un caillot parti du cœur, qui fut alors reconnu lésé, d'un foyer d'apoplexie pulmonaire se traduisant par la douleur pongitive intrathoracique et l'hémoptysie. En rapprochant les accidents des phénomènes dyspnéiques antérieurs, on peut admettre l'existence alors d'un rétrécissement mitral, le malade ne pouvant préciser exactement le diagnostic porté sur l'état de son cœur. Brusquement à l'âge de vingt ans, sans qu'aucun phénomène prémonitoire, qu'aucune cause apparente (émotion) ait pu faire prévoir cet accident, le malade tombe et perd connaissance. Dans la suite on constate une paralysie de tout le côté gauche, face et membres. Puis l'intelligence renaît peu à peu, mais le malade a perdu l'usage de la parole. Il pousse des cris inarticulés.

Ces phénomènes durent environ deux mois, allant en s'amendant, si bien que dans la suite l'aphasie, complète au début, disparaît peu à peu, mais sans qu'il y ait jamais guérison complète. Actuellement encore le vocabulaire est restreint, quelques mots sont mal prononcés, mais il s'agit plutôt là d'une gêne de la parole que d'une aphasie même incomplète, gêne provoquée par la contracture des muscles du visage qui dévie les lèvres très fortement, et rend l'articulation défectueuse.

La paralysie complète également au début a régressé, le malade peut marcher et se servir un peu de la main gauche, cependant contracturée en flexion. La face est déviée, les traits attirés du côté paralysé. Le facial supérieur ne semble pas atteint, la langue conserve sa direction normale lorsque l'on empêche la déviation des lèvres. Les réflexes tendineux rotuliens, achilléens, tricipital, etc., sont très fortement exagérés à gauche. Le réflexe plantaire gauche se fait en éventail. Le phénomène de la flexion combinée de la cuisse et du tronc est manifeste. Les réflexes cutanés, crémastériens et abdominaux sont conservés. Les pupilles sont normalee, égales et réagissant bien. A gauche la sensibilité est conservée, aux différents modes d'excitation, contact, douleur, chaleur. A droite, anesthésie complète de tout le corps. Cette hémianesthésie s'accompagne d'un rétrécissement très net du champ visuel, et d'anesthésie pharyngée. Le malade, faible d'esprit, fut, dans son enfance, constamment battu par sa mère, surtout à l'occasion de maladresses dues en grande partie à ce qu'étant gaucher, il devait, de par la volonté de ses parents, user de la main droite, ce qui lui était très pénible. Jusqu'à ce jour aucune crise convulsive ne peut être relevée.

Le cœur présente un rythme typique de rétrécissement mitral pur. A la main, frémissement cataire peu accentué. Souffle présystolique. Eclat du premier bruit, dédoublement du deuxième, à la base. Roulement diastolique. Le pouls est petit, et un peu irrégulier. Tension artérielle faible : 15 à droite, 12 à gauche, inégalité fréquente dans le rétrécissement mitral (Huchard). Poumons et autres organes semblent sains. Pas d'albuminurie, pas d'œdèmes, pas de congestion pulmonaire.

Aucun stigmate de syphilis héréditaire ne peut être relevé. Pas de syphilis acquise. En somme, rétrécissement mitral, hémiplégie gauche avec contractures, aphasie incomplète au début, mais ayant régressé complètement chez un sujet présentant des stigmates d'hystérie.

La première question à résoudre était celle qui pouvait unir l'hystérie et le rythme de rétrécissement mitral observé ; quels sont les rapports qui peuvent exister entre ces deux ordres de phénomènes morbides? Ces rapports sont de deux sortes, coexistence simple ou causalité, l'hystérie pouvant déterminer un rétrécissement mitral spasmodique anorganique.

La coexistence simple fut la première observée, et, en 1890, Giraudeau (1) rapportait un certain nombre de cas où il avait vu coexister rétrécisse-

(1) Giraudeau. Rétrécissement mitral pur et hystérie. *Arch. gén. de méd.*, 1890.

ment mitral et hystérie, sans rendre celle-ci responsable des troubles cardiaques. Il s'agissait, la plupart des cas, d'individus chez qui un défaut de développement du corps s'alliait à un développement incomplet de l'intelligence. La cause des dystrophies ayant atteint à la fois divers organes, dont le cœur : « Il n'y a, dit-il, rien d'étonnant, dès lors, que le système nerveux, lui aussi, dans ces organismes déchus ait été défavorablement influencé, et ait traduit son état débile, à un moment donné, par les troubles que nous venons de signaler (crises choréiformes). Telle est l'explication qui nous semble le plus vraisemblable. » En 1896, Redhon (1) écrivait encore : « L'hystérie ne crée pas directement de souffles dans la cavité du cœur, mais elle peut, en raison des modifications du rythme et d'intensité des battements du cœur favoriser la production de bruits anormaux, l'ensemble des signes perçus pouvant donner l'illusion du rétrécissement mitral. »

Cependant, vers cette époque, Picot (2) signalait l'existence d'un rétrécissement mitral spasmodique, et Cuffer, dans les thèses de ses élèves, Chevereau (1896) et Royer (1897), apportait l'appoint de son autorité à cette nouvelle théorie. Se basant sur les travaux de M. Sée (3), Chevereau (4) pense qu'il y a tension de la grande valve de la mitrale, qui attirée vers l'angle gauche du ventricule par la contraction des muscles papillaires, vient se placer au-devant de l'orifice auriculo-ventriculaire normalement libre, et contribue à rétrécir cet orifice. L'oreillette se contractant avec plus de vigueur par suite d'un certain degré d'éréthisme du ventricule, et dans la nécessité où elle est de vaincre l'obstacle formé par le rideau tendu au-devant de l'orifice. L. Royer (5) admet une explication un peu différente : « Ce seraient les fibres musculaires du ventricule s'insérant à l'anneau fibreux qui se contracturent, tendant à se rapprocher, puisqu'elles sont autour d'un anneau, et cet anneau pressé de la périphérie vers le centre contribue passivement à rétrécir l'orifice qu'il circonscrit. »

Il nous semble que chez notre malade, nous avions bien plutôt affaire à ces cas signalés par Giraudeau, où il n'y avait seulement qu'une coïncidence entre la lésion cardiaque et l'hystérie, où celle-ci, se traduisant par de l'hémianesthésie et des convulsions, ne tenait nullement, dans la pensée de l'auteur, l'atrésie orificielle sous sa dépendance. Dans notre cas, que la névrose se soit manifestée seulement par l'hémianesthésie, l'abolition de la sensibilité pharyngée, le rétrécissement du champ visuel, ou qu'elle ait également provoqué les accidents paralytiques, la chose est possible. Nous la discutons dans la suite, mais ce qui semble devoir être écarté dès l'abord, c'est l'idée d'un rétrécissement mitral spasmodique anorganique.

Passager, très variable dans ses manifestations stéthoscopiques, voici les deux grands caractères du rétrécissement mitral spasmodique. Ce sont, dit Cuffer (1), des lésions transitoires qui disparaissent toujours sans laisser de trace, un spasme n'étant généralement pas une affection de bien longue durée et permettant la restitution *ad integrum*. Le pronostic étant absolument bénin, « le point noir pourrait seulement venir des complications pulmonaires » (Royer), complications de nature scléreuse, comme celle qu'a constaté M. Huchard dans le rétrécissement mitral organique. Or dans notre cas, la date du début de la maladie, de sa constatation du moins, remontant à vingt années, époque à laquelle un médecin remarqua chez le sujet des accidents cardiaques, les hémoptysies qu'il présenta alors s'accompagnant d'une très vive douleur intrathoracique, bien plutôt sous la dépendance d'une lésion cardiaque que d'une tuberculose pulmonaire dont elles auraient été la seule manifestation, et qui depuis n'aurait fait aucun progrès, suffisent à montrer le caractère persistant des troubles cardiaques. Durant son séjour à l'hôpital, le malade ausculté chaque jour, matin et soir, présenta les mêmes signes de rétrécissement mitral, et les signes étaient très nets. D'autre part, la présence chez la mère d'une cardiopathie, et chez une sœur d'un rétrécissement mitral, plaident également pour l'hypothèse d'un rétrécissement mitral organique, sur le caractère familial duquel M. E. Hirtz et son élève Servin (2) ont insisté. Enfin point de complication grave dans le rétrécissement spasmodique, or, ici, il est facile de voir que les phénomènes paralytiques qui ne peuvent être imputés à la syphilis, sont certainement sous la dépendance d'une lésion des centres nerveux, et non de troubles hystériques.

La paralysie, avons-nous dit, est organique; le début brutal, subit de l'hémiplégie, par une chute avec perte de connaissance, en dehors de tout phénomène d'ordre moral ou émotif, n'est pas, en effet, en faveur d'une paralysie hystérique. L'aphasie du début, qui persista pendant deux mois environ, et disparut par degrés (aphasie sur l'existence de laquelle on ne peut émettre de doutes, bien qu'elle soit actuellement complètement disparue), accompagnant la paralysie, semble bien devoir être provoquée, ainsi que cette dernière, par une lésion persistante d'un point du système nerveux central, probablement consécutive à une embolie de la sylvienne droite. Le réflexe plantaire qui se fait, non pas en extension franche, il est vrai, mais bien nettement en éventail, la constatation de la flexion de la cuisse paralysée sur le tronc lorsqu'on fait asseoir le malade, viennent confirmer notre opinion.

Au cours de l'examen de notre malade, nous fûmes assez étonnés, avec M. Huchard, de voir coïncider

(1) Redhon. *Des troubles cardiaques dans l'hystérie*, Th. de Paris, 1896.

(2) Picot. Rétrécissement mitral et hystérie, Congr. de Bordeaux, 1895-1896; — *Gaz. hebd. des soc. méd. de Bordeaux*; — *Semaine méd.*, 1895.

(3) Marc Sée. La valvule mitrale, *Arch. gén. de méd.*, 1876.

(4) Chevereau. *Du faux rétrécissement mitral*, Th. de Paris, 1896.

(5) L. Royer. Th. de Paris, 1897.

(1) Cuffer. Des causes qui peuvent modifier les bruits de souffles intra et extra-cardiaques, *Progrès méd.*, 1877.

(2) Servin. *Rôle de l'hérédité dans le rétrécissement mitral*, Th. de Paris, 1896.

aphasie et hémiplégie gauche. L'existence seule de cette dernière est déjà curieuse, les embolies (des raisons anatomiques expliquent cette particularité) se faisant d'ordinaire dans la sylvienne gauche. Mais le fait d'une embolie droite s'accompagnant d'aphasie est plus rare. Cependant cette particularité qu'offre le malade d'être gaucher permet de se rendre compte de cette anomalie apparente, un perfectionnement des mouvements du côté gauche du corps avait marché de pair avec une éducation des centres droits du cerveau. L'exercice normal de leurs fonctions avait été entravé par une seule et même cause, l'embolie droite. La coexistence d'une hémiplégie gauche et de l'aphasie est du reste bien connue, et récemment nous avons été à même d'en signaler un cas (G. Gasne et L.-A. Amblard).

Une dernière question restait à résoudre : si l'hystérie n'était cause, ni du rétrécissement mitral ni de la paralysie, l'hémianesthésie constatée n'était-elle pas provoquée par la lésion des faisceaux sensitifs au niveau des centres? On sait en effet (R. Vayssière, Charcot, Raymond) que les troubles sensitifs qui souvent accompagnent les hémiplégies disparaissent généralement dans un délai assez court, et que, lorsqu'elle persiste, l'hémianesthésie doit être rapportée à une lésion du pied de la couronne rayonnante.

D'autre part, l'aphasie n'est-elle pas fonction d'une lésion corticale? Il semblerait qu'il y ait là une contradiction formelle, cependant explicable par l'hypothèse d'une aphasie d'irradiation provoquée par l'ictus, les troubles ayant été en s'amoindrissant, et ayant disparu complètement, ce qui est assez rare dans le cas où la perturbation provoquée par l'embolie porte sur le centre de Broca. L'existence même de l'hystérie arrive donc elle-même à être discutée, et alors que l'on n'aurait pas dès l'abord considéré les divers troubles paralytiques, aphasiques, anesthésiques, cardiaques, comme provoqués chez notre malade par l'hystérie, on était en somme amené à conclure que tous les troubles étaient le fait d'une lésion cardiaque, le rétrécissement mitral, malgré la rareté de ces accidents chez l'homme.

De cette observation on peut également conclure à la nécessité où l'on est d'être prudent dans l'affirmation de la nature hystérique d'accidents cardiaques, le rétrécissement mitral organique lui-même étant, de toutes les affections du cœur, celle qui présente les caractères les plus changeants [Huchard (1), Gotchbaum (2), Barié (3)], le rythme cardiaque pouvant parfois être assez peu troublé pour qu'on ait décrit des rétrécissements mitraux aphones.

Quant à la coexistence de l'hystérie et d'une cardiopathie, elle viendrait à l'appui de l'opinion émise par M. Huchard pour qui le rétrécissement mitral pur serait l'indice d'une déviation dans le développement de la valvule mitrale, comme l'hystérie celui d'une déviation fonctionnelle du système nerveux, l'association des deux ordres de troubles étant ainsi compréhensible.

(1) Huchard. *Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte*; — Les oreillettes et le poumon dans le rétrécissement mitral, *Bull. méd.*, 1894; — *Thrombose auriculaire et obstruction des veines pulmonaires dans le rétrécissement mitral.*

(2) Gotchbaum. *Evolution du rétrécissement mitral basé sur les modifications des signes physiques,* Th. de Paris, 1894.

(3) Barié. Des modifications des signes physiques du rétrécissement mitral suivant l'évolution de la maladie, *Journ. des prat.*, 1894.

MÉDECINE PRATIQUE

LE BLEU DE MÉTHYLÈNE : MODE D'ADMINISTRATION ET DOSES

Le bleu de méthylène possède une action antiseptique très nette : en colorant certaines bactéries, il les immobilise et empèche leur évolution. Il possède notamment une affinité toute particulière pour l'hématozoaire du paludisme, de plus son emploi, à faible dose, paraît mettre l'organisme en état de réceptivité et de tolérance pour la quinine et favorise son action.

Mais, s'il a été utilisé à cause de son *action antiseptique* vis-à-vis des bacilles, gonocoque, bacille fusiforme, etc,, on l'a également prescrit à cause de son *action analgésique* dans le rhumatisme articulaire aigu.

En raison de son affinité pour les tissus nerveux, il a été également avantageusement utilisé dans un certain nombre d'affections nerveuses (tabes, polynévrites). Notons cependant que chez les neurasthéniques, les individus atteints de psychopathies à forme éréthique ou d'insomnie nerveuse, son effet est toujours nul.

Dans le diabète, à la dose de 50 centigrammes par jour pendant cinq à six semaines, il suffit pour faire disparaître les symptômes subjectifs. On connaît enfin son action dans les néphrites et son utilisation dans la vérification de la perméabilité rénale (Achard et Castaigne) et du fonctionnement des cellules hépatiques (Chauffard, Cavasse et Castaigne).

Retenons seulement ce point sur lequel insiste le professeur Pouchet dans son excellent *Précis de pharmacologie et de matière médicale* (1), c'est ce que le bleu de méthylène est un médicament fort actif, exerçant une action indiscutable mais encore indéterminée sur le sang, les divers éléments cellulaires de l'organisme, le système nerveux, et influençant les phénomènes de nutrition.

Son emploi provoque souvent des phénomènes d'intolérance (troubles gastriques et intestinaux, vertiges, nausées, irritation vésicale).

Tous les accidents survenus ont été consécutifs à l'emploi de doses de bleu de méthylène supérieures à un gramme. Il n'y a d'ailleurs que dans le paludisme qu'il y ait intérêt à donner des doses plus considérables.

M. Pouchet recommande la formule suivante avec laquelle l'action sur la muqueuse vésicale est très atténuée.

Bleu de méthylène.........	0,05	centigrammes.
Poudre de noix de muscade	0,10	—
Lactose pulvérisé..........	0,20	—

Pour un *cachet* En prendre 5 à 7 par jour.

Dans certains cas, dit encore M. Pouchet (*loc cit.*), il est avantageux d'administrer, d'emblée, 15 ou 20 centigrammes, puis de maintenir le malade sous l'influence du médicament, en administrant ultérieurement des doses plus faibles de 5 centigrammes.

(1) Paris 1907, O. Doin.

On le prescrit aussi associé à l'essence de santal, en *capsules* gélatineuses.

Bleu de méthylène.........	0,05	centigrammes.
Essence de santal.........	0,25	—

Pour une capsule.

On a aussi formulé des *suppositoires*.

Bleu de méthylène.........	0,06	centigrammes.
Extrait de belladonne......	0,02	—
Beurre de cacao...........	3	grammes.

Pour un suppositoire.

Lemoine et Gérard recommandent dans l'angine de Vincent de badigeonner les régions tapissées de fausses membranes avec la *mixture* suivante :

Bleu de méthylène.........	3	grammes.
Glycérine............ } *ââ*	5	—
Alcool.............. }		

Usage externe.

Enfin Erlich emploie dans la sciatique les *injections sous-cutanées* avec la *solution* suivante :

Bleu de méthylène..........	2	grammes.
Eau bouillie...............	100	—

1 à 2 centimètres cubes en injection sous-cutanée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 MARS 1907)

Nouvelle contribution à l'étude des mouches piquantes de l'Afrique intertropicale. — M. LAVERAN avait déjà communiqué en 1905 à l'Académie une note sur la répartition des mouches tsétsé (*glossina*) dans l'ouest africain français et dans l'État du Congo. Depuis lors il a reçu de nouveaux échantillons de mouches piquantes provenant de différentes régions de l'Afrique intertropicale. Ce sont les déterminations de ces mouches qu'il apporte aujourd'hui à l'Académie.

Epines sus-lamellaires des dernières vertèbres dorsales chez l'homme. — M. R. ROBINSON a constaté sur le bord supérieur des lames vertébrales des trois-quatre dernières dorsales des épines osseuses au nombre de un à trois, comparables aux formations osseuses décrites par H. Luschka, sur le bord inférieur des mêmes vertèbres. Ces épines produites par l'ossification des ligaments jaunes sont constantes à partir de trente ans, à tel point que, dans un grand nombre des vertèbres de différentes régions on peut reconnaître les trois-quatre dernières dorsales par la présence de ces épines osseuses. M. Robinson les a trouvées — moins fréquemment, il est vrai — dans les premières lombaires et il suppose que la difficulté, voire même l'impossibilité d'enfoncer l'aiguille dans la ponction lombaire sont dues à la présence de ces épines, qui obstruent complètement l'espace inter-lamellaire.

De même M. R. Robinson pense que l'ossification précoce de ligaments jaunes de cette région dorso-lombaire est une des causes déterminantes de la fréquence des fractures dans cette région, d'autant plus que l'immobilisation et le tassement continu des vertèbres en question favoriseront l'offense d'un traumatisme. C'est un fait anatomique corroboré par la physique et la mécanique qui va à l'encontre des idées classiques, d'après lesquelles la fréquence des fractures de la région dorso-lombaire serait due à la très grande mobilité de cette région.

Enfin au point de vue de la médecine légale, la constatation des épines sus-lamellaires est un rapport important dans la question de l'évaluation d'âge et d'identité.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 MARS 1907)

Abcès sous-cutanés chroniques multiples dus à un champignon filamenteux (sporotrichose sous-cutanée). — MM. LESNÉ et MONIER-VINARD présentent un malade atteint d'une affection de cet ordre. L'ensemencement du pus de ces abcès donna des colonies pures d'un champignon qui se rapproche des genres botrytis et sporotrichum. Le champignon est pathogène pour plusieurs espèces animales (lapin, cobaye, souris, grenouille); il provoque des abcès superficiels et profonds et paraît électivement atteindre le système lymphatique et les séreuses; dans ces lésions expérimentales, on voit le parasite sous la forme de mycélium extrêmement court, il en est de même dans le pus de l'homme où sa brièveté est encore plus marquée.

Cliniquement, le diagnostic de cette affection avec les gommes tuberculeuses syphilitiques et les abcès cutanés staphylococciques torpides de l'enfance, présente de grandes difficultés; en revanche par les procédés de laboratoire (examen de pus et surtout ensemencement fait dans les conditions les plus avantageuses pour la culture des champignons) on arrive à établir facilement la cause de ces abcès chroniques.

Le malade a complètement guéri sous l'influence du traitement prolongé et intensif par l'iodure de potassium, qui ici agit aussi favorablement que dans nombre d'autres mycoses.

Le traitement chirurgical pourrait être l'excision au cas de lésion isolée, mais on ne doit jamais pratiquer l'incision simple des abcès, car il se fait des inoculations nouvelles des bords de la plaie et il persiste une fistule.

Maladie de Raynaud, sclérodermie, rhumatisme chronique. — MM. CLAUDE, ROSE et TOUCHARD présentent une malade âgée de soixante ans chez laquelle sont survenus, il y a un an, des phénomènes de maladie de Raynaud au niveau des doigts et des orteils. Simultanément survinrent des troubles articulaires consistant en douleurs, gonflement et raideur des articulations des doigts, des coudes, des épaules et des articulations temporo-maxillaires. Actuellement cette malade présente de la sclérodactylie des doigts des deux mains. Il s'agit donc d'un cas se rapprochant de ceux cités par Derenne dans lesquels la sclérodermie et le rhumatisme chronique avaient évolué parallèlement. Il semble bien que sclérodermie et rhumatisme chronique doivent être rapportés à une cause unique. Il est possible que cette cause puisse être cherchée dans les troubles des glandes vasculaires sanguines. Chez cette malade, le corps thyroïde est absolument imperceptible à la palpation. D'autre part, les phénomènes de maladie de Raynaud, la tension artérielle qui atteint 22 au sphygmomanomètre de Potain, les lésions aortiques que l'on constate permettent peut-être de rapporter les phénomènes à un hyperfonctionnement des capsules surrénales, consécutif lui-même à l'hypertrophie compensatrice, consécutive à la disparition du corps thyroïde.

Ophtalmoplégie et glycosurie. — MM. G. Lion et Henri Français rapportent l'histoire d'un malade atteint d'ophtalmoplégie double, intérieure et extérieure, portant seulement sur les troisième et quatrième paires craniennes.

Cette ophtalmoplégie, en raison des phénomènes qui l'accompagnent, dysarthrie et asynergie cérébelleuse du côté gauche, paraît devoir être rapportée à une lésion bilatérale de la calotte pédonculaire.

Elle coexiste avec une glycosurie assez prononcée, et le point intéressant est de savoir si le malade est un diabétique, ou si la glycosurie n'est qu'une glycosurie nerveuse au même titre que l'ophtalmoplégie.

Le fait que la sixième paire est indemne et qu'il n'existe pas de phénomènes bulbaires permet de supposer que la glycosurie est peut-être indépendante de la lésion mésocéphalique, génératrice de l'ophtalmoplégie, et qu'elle est l'indice d'un diabète antérieur.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 16 mars 1907)

Efficacité du chlorure de calcium dans le traitement de l'urticaire, des œdèmes, du prurit. — M. Netter a indiqué incidemment l'année dernière les heureux résultats que lui a donnés l'administration des sels de calcium dans le traitement des urticaires. Ce traitement préconisé, en 1896, par Wright n'est pas suffisamment connu et il convient d'y revenir.

La même médication peut être employée avec succès dans les œdèmes aigus, les engelures et le prurit.

Wright a été amené à cette médication en songeant aux conditions étiologiques de certains urticaires (fruits acides, injections de sérum, lavements de savon), conditions dans lesquelles interviennent des substances qui rendent le sang moins coagulable en lui soustrayant et en immobilisant les sels de chaux. Il a du reste établi que chez certains malades on voit en même temps que la disparition de l'urticaire, le sang reprendre sa coagulabilité et sa teneur normale en calcium.

Wright admettait une relation directe entre la diminution de coagubilité et la production de l'urticaire. Le mécanisme est sans doute beaucoup plus complexe et cela est tout naturel, étant donné l'intervention du calcium-ion dans le plus grand grand nombre des fonctions de la cellule et de l'organisme.

Il y a lieu de tenir compte en particulier du rôle modérateur du calcium sur le système nerveux et des expériences si remarquables de Loeb établissant l'hyperesthénie cutanée à la suite d'applications de citrate et d'oxalate de sodium.

Recherches physico-chimiques sur les eaux minérales de Vichy. — MM. L. Salignat (de Vichy) et G. Chamagne ont recherché la conductivité électrique des principales sources de Vichy : Dubois, Célestins, Mesdames, Parc, Chomel, Grande-Grille, Hôpital, Prunelle et Lardy. Ils pensent qu'il est intéressant de comparer la conductivité électrique de ces eaux avec leur minéralisation totale et qu'il y aurait lieu de rechercher si cette conductivité varie avec le temps.

Ils ont recherché et démontré dans toutes ces sources (sauf celle des Célestins) la présence de colloïdes électro-négatifs. Ils pensent pouvoir prochainement indiquer la nature de ces colloïdes.

Recherches physico-chimiques sur les eaux minérales de Châtel-Guyon. — MM. J. Foucaud (de Châtel-Guyon) et G. Chamagne ont recherché la conductivité électrique des sources Gubler IV, Gubler I, Marguerite, Yvonne, Deval et Germaine. Ils concluent que ces eaux sont les plus minéralisées en France après celles d'Uriage.

Ils ont recherché et démontré dans l'eau de ces mêmes sources la présence de colloïdes électro-négatifs. Dans un autre travail, ils se proposent d'indiquer la nature de ces colloïdes.

Les métaux colloïdes électriques à petits grains en thérapeutique. — Il résulte du travail de M. Iscovesco :

1° Les métaux colloïdes électriques à petits grains ont été essayés par l'auteur dans la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, la grippe et ses complications broncho-pulmonaires, l'érysipèle, les infections, la blennorragie et la cystite blennorragique avec les meilleurs résultats;

2° Ces substances doivent être uniquement employées en injections hypodermiques. Les solutions doivent être rigoureusement dosées, isotoniques, stabilisées et stérilisées;

3° Les doses pour l'adulte vont de 5 à 40 centimètres cubes par vingt-quatre heures;

4° L'injection d'argent électrique à la dose initiale de 5 à 10 centimètres cubes, provoque souvent après six à huit heures, une réaction fébrile; dans ce cas, il faut recommencer le lendemain avec la même dose; sinon il faut l'augmenter ; à moins que le résultat thérapeutique n'ait été atteint malgré l'absence de fièvre de réaction;

5° Les électro-métaux colloïdes sont dépourvus de toute toxicité. L'auteur a étudié : l'or, l'argent et le palladium.

Diapédèse leucocytaire dans la pleurésie et la méningite tuberculeuse : influence des hématies extravasées. — Pour M. G. Froin, le liquide de la pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse est très riche en leucocytes et contient peu de bacilles de Koch. Le liquide céphalo-rachidien tuberculeux est moins riche en leucocytes et beaucoup plus virulent par suite d'une abondance plus grande des bacilles.

Si la diapédèse leucocytaire résulte d'une action chimiotactique propre au bacille de Koch et à ses toxines, pourquoi le liquide céphalo-rachidien ne contient-il pas un plus grand nombre de leucocytes que le liquide pleural? De plus, à mesure que la pleurésie tuberculeuse évolue, le liquide pleural diminue de virulence : or, le chiffre des leucocytes diminue néanmoins et quelquefois dans des proportions considérables. Pourquoi la leucocytose ne s'abaisse-t-elle pas si les microbes sont moins nombreux?

Tout s'explique si l'on attribue aux globules rouges extravasés le pouvoir chimiotactique. La diapédèse leucocytaire, dans ces liquides tuberculeux, est tout à fait comparable à celle qui existe dans des hématomes purs. Les hématies stagnantes y entretiennent une leucocytose en rapport avec le degré de leur altération.

Modifications structurales des veines variqueuses.—Pour MM. Alglave et Retterer, au voisinage des veines variqueuses, on observe des veines sous-cutanées qui, malgré leur apparence saine, sont profondément modifiées : tous leurs éléments y sont hypertrophiés et hyperplasiés. Les segments *simplement dilatés* ont une structure identique. Dans les segments *dilatés* et *flexueux*, ainsi que dans les *portions ampullaires*, les éléments conjonctivo-élastiques continuent à persister; mais ils y sont relativement moins abondants que les éléments cellulaires compris entre la charpente conjonctivo-élastique : les cellules se sont, en effet, multipliées et ont acquis des dimensions plus considérables que la trame elle-même.

Balance des ternaires ingérés et de ceux dépensés par la lapine pendant la grossesse. — Dans cette nouvelle note, le docteur Maurel montre que pour la lapine, de même que pour la cobaye :

1° Les quantités de ternaires ingérées au début de la grossesse sont plus élevées que celles ingérées à la fin, si bien qu'en ce moment ces aliments peuvent devenir insuffisants;

2° Que l'ensemble des ternaires ingérés dépasse sensiblement ceux nécessaires à l'entretien de la mère;

3° Qu'il y a un certain rapport entre les ternaires ingérés en excédent de l'entretien et ceux contenus dans les lapereaux ou parfois aussi dans l'accroissement de la mère.

Traitement de la fièvre typhoïde par l'argent colloïdal électrique à petits grains. Cinq cas avec guérison rapide chez l'enfant. — M. Gaillard ayant traité cinq cas de fièvre typhoïde chez des enfants de neuf à quatorze ans, par des injections intraveineuses quotidiennes de 10 à 15 centimètres cubes chacune, d'argent colloïdal électrique à petits grains, la température s'abaissa peu à peu, et en l'espace de huit jours tomba à la normale avec apparition d'une diurèse abondante.

Ces injections s'accompagnent d'une réaction thermique assez forte, atteignant près de 41 degrés deux heures après l'injection, avec chute aux environs de 37 degrés, huit à douze heures après.

ANALYSES

MEDECINE

Mammite au cours de la fièvre typhoïde. (M. Guiraud. Soc. des sc. méd. de Montpellier, 11 janv. 1007.) — Il s'agit d'une malade de vingt-deux ans ayant présenté deux accouchements normaux en 1900 et en 1903. Nouvel accouchement normal en décembre 1905; au moment où elle finissait d'allaiter son enfant la malade contracta la dothiénentérie et entra à l'hôpital. La fièvre typhoïde évolua sans complication importante jusqu'au 29 octobre 1906; à ce moment, vingt-huitième jour de la maladie, apparaît dans le quadrant supéro-externe du sein droit, une tuméfaction du volume d'une mandarine régulièrement arrondie et douloureuse. On perçoit en même temps trois ou quatre ganglions dans l'aisselle droite. La température monte à 39 degrés. Trois jours après, le sein gauche présentait aussi une tuméfaction douloureuse moins volumineuse. La résolution de cette poussée de mammite bilatérale dure une dizaine de jours. Douze jours après nouvelle poussée de mammite à droite qui se résout aussi en une semaine. Quelque temps après troisième poussée à droite qui ne dure que quelques jours.

Il s'agit en somme d'une fièvre typhoïde banale avec une complication rare; mammite non suppurée évoluant en trois poussées distinctes dont la première a été bilatérale.

M. Guiraud n'a pu rassembler que 23 observations analogues. D'après ces observations, il pense que la grossesse, l'allaitement et le développement sexuel peuvent être des causes prédisposantes.

L'évolution clinique est bénigne; dans la moitié des cas, la mammite suppure, dans l'autre moitié elle se résoud peu à peu.

Dans l'immense majorité des cas, il semble que le microbe pathogène est le bacille d'Eberth à l'état de pureté.

Thyroïdite suppurée à bacille d'Eberth. (H. Roger. Soc. des sc. méd. de Montpellier, 18 janv. 1907.) — L'auteur signale le cas d'une *thyroïdite suppurée à bacille d'Eberth* survenue au début de la convalescence d'une fièvre typhoïde grave chez une femme de vingt-trois ans. La malade était atteinte d'un petit goitre depuis six ans.

Une petite incision ramena le goitre à son état antérieur en éliminant le pus. L'examen bactériologique fait par M. Delanoë montra la présence d'un microbe, présentant tous les caractères du bacille d'Eberth.

L'auteur cite 17 cas où le bacille d'Eberth, seul ou associé, fut retrouvé dans le pus de thyroïdites typhiques. Dans 7 cas seulement l'épreuve bactériologique de la séro-réaction fut pratiquée.

Répartition générale du bacille de Koch. Sa présence dans les poussières d'une grande ville (Montpellier). [Rodet et Delanoë. Soc. des sc. méd. de Montpellier, 4 janv. 1907.] — Les auteurs ont prélevé à Montpellier 11 échantillons de poussières sur des trottoirs de rues fréquentées, dans des cafés, etc., et les ont injectés sous la peau à 46 cobayes : 16 ont succombé à des accidents aigus, particulièrement à la septicémie gangréneuse. Les 30 autres, observés pendant plusieurs semaines, ont été indemnes de tuberculose.

Leurs expériences montrent que, si les poussières sont rarement infectantes, ce serait cependant une erreur de les négliger, car elles sont riches en bacilles pathogènes autres que le bacille de Koch. Le véritable danger existe plutôt auprès du malade, et c'est autour de lui que doit s'exercer la surveillance.

DERMATOLOGIE

Chancres syphilitiques successifs. (Vedel. Soc. des sc. méd. de Montpellier, 11 janv. 1907.) — S... Louis, garçon boucher, dix-neuf ans, présente le 10 octobre 1906, vingt-quatre jours après le coït infectant, un chancre induré typique de la région balano-préputiale, accompagné d'une adénopathie inguinale bilatérale. Cet accident primitif évolue normalement. Mais le 24 octobre apparaît au niveau de la face interne de la cuisse un second chancre érosif, légèrement cupuliforme et ovalaire de la dimension d'une pièce de 2 francs, à induration papyracée. Il est absolument comparable au précédent et tel que les syphilomes rapprochés s'appliquent exactement l'un sur l'autre.

Le malade est soumis aux injections de biiodure.

Le premier chancre ne se manifestait plus que par une induration caractéristique alors que le second était encore à l'état d'exulcération. Le 10 décembre, ce dernier ne présentait plus qu'une teinte brunâtre, sans induration sensible.

En même temps apparaissaient des plaques muqueuses sur l'amygdale droite, puis au niveau du pharynx et du pilier antérieur droit.

Le malade quitta le service, le 19 décembre, sans qu'on ait relevé de manifestations cutanées.

L'intérêt de cette observation réside principalement dans l'apparition d'un second chancre syphilitique; quatorze jours après l'accident initial, c'est un nouvel exemple clinique en faveur de l'existence des chancres successifs.

On a pu dire qu'en pareille occurrence, le second chancre présentait une atténuation dans son développement et son évolution. On ne peut accepter sans réserve cette idée très logique, dans le cas particulier, alors que le premier accident a duré trente-cinq à quarante jours, le second a persisté quarante à quarante-cinq jours et le processus ulcératif a été plus étendu notamment en surface. Malgré cela il est légitime de penser que l'immunisation incomplète (puisqu'elle a permis

l'éclosion d'un second accident) doit retentir sur l'évolution d'un chancre puiné pour l'amoindrir, le diminuer, l'étioler.

C'est ce qui ressort notamment de l'examen anatomo-pathologique fait par M. le professeur Bosc, des deux chancres extra-génitaux présentés par M. Vedel dans la séance du 30 novembre de la Société (1). Alors que la première lésion constituait des formations cellulaires, infiltrant largement et rapidement le derme pour se substituer totalement à lui; la seconde consistait en une prolifération surtout périvasculaire, qui ne s'étend que difficilement et aboutit à une transformation scléreuse. Cette tendance scléreuse et cicatricielle peut bien être considérée comme due à l'immunisation.

En tous cas, les deux faits signalés par l'auteur confirment les idées tout récemment exprimées par M. le professeur Gaucher. « De l'étude clinique ou expérimentale il ressort nettement qu'un malade étant sur le point d'avoir un chancre ou ayant déjà cette lésion peut encore être susceptible de recevoir une nouvelle infection, dont la manifestation pourra se faire très tard, pendant la seconde incubation. »

CHIRURGIE

Kyste hydatique de l'os temporal. (Massabuau. Soc. des sc. méd. de Montpellier, 25 janv. 1907.) — L'auteur communique un cas de kyste hydatique de l'os temporal opéré à deux reprises (nov. 1902 et oct. 1906) dans le service de M. le professeur Forgue. Ce kyste emprunte un intérêt tout particulier à ce qu'il s'est développé primitivement sur l'os, aux symptômes de compression lente et progressive du cervelet déterminé par la présence des vésicules dans la fosse cérébelleuse, à ce que l'on n'a observé à aucun moment d'écoulement de vésicules hydratiques par le nez.

Opération césarienne. (Guérin-Valmale. Soc. des sc. méd. de Montpellier, 21 déc. 1906.) — Il s'agit d'une primipare de trente-deux ans, porteuse d'un bassin rachitique chez laquelle M. Guérin-Valmale pratiqua une opération césarienne, avec succès pour l'enfant.

Cette observation témoigne de la tendance actuelle qu'ont les accoucheurs à faire une place de plus en plus grande à l'opération césarienne dans le cas de pelvi-viciation. Dans ce cas, l'auteur a laissé les trompes et les ovaires, la femme ayant manifesté le désir d'avoir des enfants; mais pour éviter d'être encore obligé de recourir à une césarienne, on pourrait avec l'autorisation de la malade pratiquer l'ablation des trompes et des ovaires afin d'éviter une nouvelle grossesse.

L. GAYARD.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 8 AU 13 AVRIL 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 8 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Delens, Retterer et Cunéo.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Teissier et Legry.

1er (oral, 1re série) : MM. Blanchard, Legueu et Branca; — (2e série) : MM. Poirier, Mauclaire et Rieffel; — M. André Broca, suppléant.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Walther, Gosset et Proust; — (2e partie) : MM. Gaucher, Claude et Balthazard; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Mardi 9 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Thiéry et Morestin.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Gouget et Maillard.

1er (oral, 1re série) : MM. Berger, Retterer et Rieffel; — (2e série) : MM. Poirier, Ricard et Launois.

3e (2e partie, oral) : MM. Dieulafoix, Fernand Bezançon et Carnot.

4e (1re partie) : MM. Chantemesse, Richaud et Balthazard; — (2e partie) : MM. Thoinot, Vaquez et Méry; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* : MM. Albarran, Marion et Auvray; — (2e partie) : MM. Robin, Thiroloix et Jeanselme; — M. Dupré, suppléant.

Mercredi 10 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Tuffier, Sébileau et Gosset.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Legry et Marcel Labbé.

1er (oral, 1re série) : MM. Poirier, Walther et Cunéo; — (2e série) : MM. Delens, Rieffel et Branca.

2e : MM. Gariel, Ch. Richet et Retterer; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 11 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Retterer et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Renon et Maillard.

1er (oral) : MM. Le Dentu, Thiéry et Launois.

3e (2e partie, oral) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Gouget.

4e : MM. Pouchet, Dupré et Méry; — M. Vaquez, suppléant.

Vendredi 12 avril, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Walther, Rieffel et Cunéo.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Roger, Desgrez et Legry.

1er (oral, 1re série) : MM. Blanchard, Brissaud et Lejars; — (2e série) : MM. Poirier, Delbet et Sébileau.

2e : MM. Gariel, Ch. Richet et Branca.

3e (1re partie, oral) : MM. Delens, Retterer et Lepage; — M. Claude, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Proust; — (2e série) : MM. Auguste Broca, Mauclaire et Gosset; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki; — M. Balthazard, suppléant.

Samedi 13 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Thiéry et Marion.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Jeanselme et Maillard.

1er (oral) : MM. Poirier, Launois et Auvray.

3e (2e partie, oral) : MM. Robin, Raymond et Carnot; — M. Gouget, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Demelin et Brindeau; — M. André Broca, suppléant.

THÈSES

Mercredi 10 avril 1907, à une heure. — M. Danvers. La splénomégalie dans les maladies parasitaires. (MM. Blanchard, président; Gaucher, Teissier et Claude.) — M. Pelardy. Le favus des ongles. (MM. Gaucher, président; Blanchard, Teissier et Claude.) — M. Ronce. Kystes hydatiques du poumon, diagnostic précoce par les rayons Röntgen. (MM. Reclus, président; Segond, Legueu et Mauclaire.) — M. Dupérier. De la glossite profonde aiguë. (MM. Reclus,

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 5, p. 58.

président; Segond, Legueu et Mauclaire.) — M. Hardivilliers. L'ostéite épiphysaire de la croissance (localisations peu fréquentes). (MM. Segond, président; Reclus, Legueu et Mauclaire.)

Jeudi 11 avril 1907, à une heure. — M. Trapenard. Considérations sur l'épithélioma primitif du vagin. (MM. Cornil, président; Roger, Thoinot et Jeanselme.) — M. Deglas. Etude sur le rhumatisme chronique progressif et déformant (pathogénie-urologie). (MM. Roger, président; Cornil, Thoinot et Jeanselme.) — M. Guyot. La question des maladies professionnelles. (MM. Thoinot, président; Cornil, Roger et Jeanselme.) — M. Pécher. Contribution à l'étude des grossesses extra-utérines doubles. (MM. Pozzi, président; Poirier, Marion et Demelin.) — M. Herpin. Evolution de l'os maxillaire inférieur. (MM. Poirier, président; Pozzi, Marion et Demelin.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(suite)

Facultés de médecine. — Concours d'agrégation. (Chirurgie et accouchements.) — *Epreuve de trois quarts d'heure.* — Séance du 15 mars : MM. Piquand (toutes les facultés) : « Fissures congénitales de la face; » Gauthier (Lyon) : « Kyste hydatique du foie; » Latarget (Lyon) : « Phlegmon périnéphrétique. »

Séance du 16 mars : MM. Muller (Lyon) : « Contusions de l'abdomen; » Mercadé (Paris) : « Genu valgum; » Dujarier (Paris) : « Abcès ossifluents. »

(Accouchements.) —Voici l'ordre de passage des candidats :

MM. Fournier, Péry, Jeannin, Rudaux, Delestre, Gilles, Macé, Couvelaire, Garipuy, Gonnet, Pouliot, Sauvage, Lequeux, Trillat, Voron, Le Lorier et Guéniot.

— Bordeaux. — Le Conseil de la Faculté a présenté au ministre pour la chaire de médecine opératoire en première ligne M. Villar, en deuxième ligne M. Chavannaz.

Association d'enseignement médical des hopitaux de Paris. — Sur l'initiative de notre maître, M. Just Lucas-Championnière, une association vient de se fonder pour compléter — et peut être suppléer — l'enseignement officiel de la Faculté de Paris, qui se trouve si menacé. Une quarantaine de médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux ont déjà adhéré à l'association. Nous citerons MM. Babinski, Variot, Hirtz, Béclère, Darier, Bazy, Sergent, etc. M. Souques a été nommé secrétaire général, M. Labbé secrétaire général adjoint.

Syndicat des médecins de la Seine. — Elections du 17 mars 1907. — Votants, 447; majorité absolue, 224. Sont élus : MM. Rénon, 254 voix; Mainguy, 239; Descoust, 237; Vimont, 235; Bellencontre et Levassort, 231; Dauchelle, 228; Philippeau et Guillon, 227; Chandebois, 226; Noir, 224; ballottage pour les autres.

Tous les candidats élus font partie d'une liste de conciliation lancée à la dernière heure et empruntant ses éléments aux deux listes opposées.

Il reste donc 9 conseillers à élire au scrutin de ballottage de dimanche prochain.

Syndicat et grève de médecins. — On écrit de Colmar au *Temps* :

« La Cour d'appel vient de rendre un arrêt intéressant. En 1905, le syndicat des médecins de Colmar avait décidé de refuser ses soins aux malades de la caisse de secours de Colmar-Campagne. Ils prétendirent forcer quatre médecins qui s'étaient retirés du syndicat, à prendre part à ce boycottage. Les quatre médecins refusèrent d'obéir et soignèrent les malades de la caisse de secours.

Le syndicat les actionna en paiement d'une somme de 5 000 marks pour chacun. Le tribunal de première instance donna raison au syndicat et condamna les médecins.

Mais sur appel, la Cour de Colmar, cassant le jugement de première instance, débouta le syndicat et le condamna à tous les frais du procès. »

La nouvelle pharmacopée belge. — La nouvelle pharmacopée belge est rédigée en deux langues, latine et française, et les deux textes, comprenant environ trois cents pages, sont réunis en un seul volume.

Chaque texte, latin ou français, est divisé en deux parties :

La première est consacrée à la description des drogues, à la préparation des médicaments et à leur essai.

La seconde partie contient les prescriptions relatives aux réactifs, la description de quelques procédés généraux d'analyse, une série de tableaux concernant l'alcoométrie, les formules chimiques et la solubilité de nombreux médicaments.

Elle comprend en outre la série des listes suivantes :

a. Liste des instruments qui doivent se trouver en tout temps dans les pharmacies;

b. Liste des médicaments qui doivent se trouver en tout temps et en quantité requise dans les pharmacies;

c. Liste des médicaments héroïques, inscrits dans la pharmacopée, qui doivent être conservés et délivrés avec un soin tout particulier;

d. Liste des doses maxima des médicaments héroïques prescrits pour l'usage interne, c'est-à-dire destinés à être administrés par la bouche ou par le rectum.

Cette dernière liste est accompagnée de la très sage instruction qui suit :

« Les doses indiquées ne s'appliquent qu'aux adultes. Pour les enfants, elles devront être diminuées en raison de l'âge du malade ; ainsi, pour un enfant de dix ans, la dose maxima d'un médicament ne sera généralement que la moitié de celle indiquée pour un adulte.

Lorsque le médecin prescrira, pour l'usage interne, des doses plus fortes que celles qui sont indiquées, le pharmacien ne pourra délivrer la dose prescrite que lorsque le médecin l'aura soulignée ou fait suivre du signe !. Si cette précaution a été omise, le pharmacien devra, pour prévenir toute erreur, demander une nouvelle indication au médecin, et, s'il ne peut obtenir de réponse, il ne donnera que la dose désignée au tableau en remplacement de celle qui avait été prescrite. Il avertira le médecin du changement opéré. »

Conférence du Syndicat des médecins de la Seine. — Le Syndicat des médecins de la Seine a organisé pour le lundi 25 mars, à neuf heures du soir, une conférence qui se tiendra à l'hôtel des Sociétés savantes, sous la présidence de M. Chautemps, ancien ministre, sénateur de la Haute-Savoie.

Le conférencier, docteur Gairal, président de l'Union des Syndicats médicaux de France, traitera le sujet suivant : *De la mutualité en général. Rapport de la mutualité avec les médecins.*

On trouve des cartes d'invitation au Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 34. — JEUDI 21 MARS 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 21 MARS 1907. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LA MORT DE BERTHELOT. — Marcellin Berthelot vient d'être enlevé subitement en apprenant la mort de Mme Berthelot.

Avec lui disparaît un des esprits scientifiques les plus puissants dont la science puisse s'enorgueillir. Son œuvre est trop considérable pour que nous puissions l'analyser aujourd'hui dans cette trop courte notice biographique; nous y reviendrons plus longuement dans notre prochain numéro.

Fils d'un médecin de Neuilly, Marcellin Berthelot naquit à Paris le 25 octobre 1827. Il fit ses études au lycée Henri IV et obtint en 1846 le prix d'honneur de philosophie.

Dirigeant ses études du côté de la chimie, il devint en 1851 préparateur de Balard au Collège de France et passa en 1854 sa thèse de doctorat ès science *Sur les combinaisons de la glycérine avec les acides et la reproduction des corps gras neutres naturels*.

En 1859, il devient professeur de chimie organique à l'École supérieure de pharmacie. En 1861, il reçoit de l'Académie des sciences le prix Jecker pour ses recherches de synthèse organique. Enfin en 1865, Duruy, sur la demande de Balard, crée pour Berthelot la chaire de chimie organique au Collège de France.

Berthelot, membre d'un grand nombre de sociétés savantes françaises ou étrangères, fut élu membre de l'Académie de médecine en 1863, membre de l'Académie des sciences en 1873, membre de l'Académie française en 1901.

Il était grand'croix de la Légion d'honneur depuis 1896. Élu sénateur inamovible, il fut successivement ministre de l'Instruction publique et des Affaires étrangères.

On n'a pas oublié les fêtes de son jubilé qui réunirent, le 24 novembre 1901, à la Sorbonne, tous ses élèves et admirateurs sous la présidence du Président de la République. L'hommage solennel qui fut alors rendu à cette vie de travail si féconde sera renouvelé demain dans les obsèques nationales que va lui faire le pays.

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité de médecins des hopitaux. — *Anatomie pathologique.* — Séance du 19 mars : MM. Ribierre, 10; Nattan-Larrier, 9; Voisin, 8; Dreyfus-Rose, 7.

— Concours de la médaille d'or. (Chirurgie.) — *Epreuve écrite.* — Question donnée : « Cæcum, anatomie et physiologie. Tuberculose iléo-cæcale. »

MM. Sauvé, 30; Cauchoix, 29; Mathieu et Papin, 28.

La médaille d'or est donc attribuée à M. Sauvé, la médaille d'argent à M. Cauchoix et l'accessit à M. Mathieu.

— Prix Civiale — Le prix Civiale a été attribué à M. G. Küss, interne à l'hôpital Lariboisière.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Oral. — Séance du 18 mars 1907. — Question donnée : « Face inférieure du foie. Signes et diagnostic des kystes hydatiques du foie. »

MM. Henry, 16 + 22 = 38 ; Brisset et Jumentié, 16 + 21 = 37 ; Mascarenhas, 13 + 24 = 37 ; Brocq, 16 + 19 = 35 ; Sorrel, 15 + 20 = 35 ; Pakowoski, 14 + 20 = 34; Buizard, 19 = 14 + 33; Lerat (Georges), 14 + 19 = 33; Caudrelier, 12 + 18 = 30.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Nantes. — Un concours pour une place d'accoucheur suppléant des hospices sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le lundi 1er juillet 1907.

Le registre d'inscription sera définitivement clos quinze jours avant l'époque fixée pour le concours.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. (Chirurgie et accouchements.) — *Epreuve de trois quarts d'heure.* — Séance du 18 mars : MM. Violet (Lyon) : « Pseudarthroses; » Pinatelle (Lyon) : « Tétanos; » Savariaud (Paris) : « Corps étrangers articulaires. »

Séance du 19 mars. — M. Guyot (Bordeaux) : « Cancer de la langue. » — M. Lenormant (Paris) : « Péritonite tuberculeuse. » — M. Petit (Bordeaux) : « Fractures spontanées. »

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Une médaille de bronze pour acte de courage est décernée à M. le médecin-major de deuxième classe Paris, des sapeurs-pompiers de Paris.

ENTRE MÉDECINS. — Le débat qui s'est ouvert devant le Conseil d'Etat prend son origine dans les sentiments peu confraternels que nourrissaient l'un envers l'autre le docteur A..., maire de N..., et le docteur B..., ancien médecin du bureau de bienfaisance.

A la suite d'une discussion entre le maire, président de la commission du bureau de bienfaisance, et le docteur B..., sur une question de peu d'intérêt, ce dernier fut révoqué et remplacé dans ses fonctions.

C'était le droit strict du maire. Mais les choses n'en restèrent pas là.

Il existe à N... un service médical de nuit organisé par la ville et réglementé par un arrêté municipal. Ce service n'est pas assuré par des médecins rémunérés à l'aide d'un traitement fixe. Ceux qui y participent ne sont pas fonctionnaires. Tous les médecins, toutes les sages-femmes, tous les pharmaciens peuvent y collaborer, à la seule condition de le demander.

La liste de tous les médecins ayant consenti à déférer aux réquisitions qui leur seront adressées pendant la nuit est portée à la connaissance du public et déposée dans les commissariats. Les personnes qui ont besoin de soins médicaux immédiats pour elles ou quelqu'un de leur famille peuvent choisir le praticien : ce n'est qu'à défaut de choix de leur part que le commissaire est appelé à en désigner un sur la liste.

Les honoraires sont en principe payés par les intéressés, et à leur défaut, par la ville.

Or, le docteur B..., qui s'était fait porter sur la liste et qui, du temps où il était médecin du bureau de bienfaisance, avait été souvent désigné d'office par le commissaire ou les agents, s'aperçut que les réquisitions le concernant devenaient de plus en plus rares.

C'est alors qu'il apprit que, par un ordre de service très confidentiel, le maire avait fait défense aux agents de le requérir.

Il apprit également qu'en sa qualité d'ordre très confidentiel, l'ordre avait été affiché dans la salle d'attente du commissariat!

Le docteur B... fit constater cet affichage par un huissier et assigna le maire en dommages-intérêts devant le tribunal de N..., alléguant que la mesure prise à son égard lui avait causé à la fois un préjudice matériel et un préjudice moral auprès de sa clientèle.

Mais le tribunal et la Cour d'appel se déclarèrent incompétents.

La Cour de cassation, estimant que le docteur A... avait agi en sa qualité de maire pour l'administration de la ville et qu'on ne lui imputait aucun fait personnel distinct, jugea également que la mesure incriminée ne pouvait pas être appréciée par l'autorité judiciaire.

C'est alors que le docteur B... porta sa demande d'indemnité devant la juridiction administrative.

Mais le Conseil d'Etat a apprécié l'affaire d'une façon qui diffère jusqu'à un certain point de la manière de voir de la Cour de cassation.

La haute juridiction administrative a estimé en effet que les faits articulés par le docteur B... à l'appui de sa demande en indemnité constitueraient, s'ils étaient établis, des fautes personnelles du docteur A... et dont, à ce titre, il n'appartient qu'à l'autorité judiciaire de connaître.

C'est donc le tribunal des conflits qui dira le dernier mot dans cette affaire, en tête de laquelle nous aurions pu écrire : *Invidia medicorum pessima.* — (*Le Temps.*)

LE POIDS DE L'AME! — Nous avons annoncé dans un précédent numéro qu'un médecin américain serait arrivé à déterminer le poids de l'âme (!). D'après une dépêche d'Amérique, le docteur Mac Dougall (de Boston) serait désolé de la publicité prématurément donnée à ses expériences sur le poids de l'âme. Il a en effet actuellement à signaler le fait nouveau suivant :

Ayant pesé des chiens au moment de leur mort et aussitôt leur mort, sur une balance extrêmement sensible, il n'a constaté aucune diminution de poids, au contraire de ce qui s'est passé pour les hommes.

HYDROPISIE ET TUBERCULOSE DES SÉREUSES

CHEZ LES CACHECTIQUES

Par MM. OULMONT, médecin de l'hôpital de la Charité,

et LIAN, interne des hôpitaux.

L'observation que nous rapportons est celle d'un tabétique confiné au lit et arrivé à la période de cachexie, chez lequel une péritonite tuberculeuse a revêtu l'aspect clinique d'une ascite cachectique.

Antoine G..., âgé de cinquante-sept ans, cocher livreur, entre le 20 octobre 1905, à l'hôpital de la Charité, salle Bouillaud, lit nº 6. Il éprouve depuis un an des douleurs fulgurantes dans les deux membres inférieurs, elles apparaissent tous les mois environ et chaque crise dure une huitaine de jours. Il se plaint de marcher difficilement depuis trois ans et a présenté, à plusieurs reprises, du dérobement des jambes. Il ne ressent aucun trouble fonctionnel; on ne relève rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels et rien ne permet de penser qu'il soit syphilitique.

On constate que le malade a de l'inégalité pupillaire, on trouve le signe d'Argyll-Robertson. Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. Le malade présente une incoordination motrice légère aux membres supérieurs, très marquée aux membres inférieurs : il talonne, il lance ses jambes, il n'avance qu'avec peine, se tenant presque constamment aux barreaux des lits. On constate l'existence du signe de Romberg.

On porte le diagnostic de tabes.

L'ataxie devient de plus en plus intense et, à partir du 20 octobre, le malade reste confiné au lit.

20 novembre. Pendant le mois qui vient de s'écouler le malade voit son appétit diminuer de plus en plus et il ne prend plus qu'un litre de lait par jour.

Il a maigri de 4 kilos dans le mois.

24 novembre. Le malade s'affaiblit de plus en plus : il ne peut prendre de nourriture.

28 novembre. Le malade a le ventre ballonné et les jambes enflées; les deux membres inférieurs sont volumineux, distendus par un œdème blanc, non douloureux, mou et se déprimant en godet sous le doigt. Il n'a pas d'œdème de la paroi abdominale et la percussion décèle une zone de matité dont la limite supérieure est concave en haut; on a la sensation de flot. Suivant la position du malade, on perçoit de la sonorité ou de la matité dans un même flanc.

Il s'agit donc bien d'une ascite libre. Mais quelle en est la cause? Le malade n'est ni cardiaque, ni brightique; l'examen du foie et de la rate montre que ces organes sont normaux. La palpation de l'abdomen, le toucher rectal, ne font pas découvrir la tumeur. On n'est pas fondé pour incriminer la tuberculose. Le malade n'a jamais craché de sang, il ne tousse pas; un examen attentif ne révèle nulle part l'existence de lésions tuberculeuses, et enfin le malade n'a jamais présenté la moindre élévation, le moindre écart de température depuis deux mois que nous l'observons. En somme, nos recherches étiologiques ne nous fournissent que des résultats négatifs.

D'autre part, nous sommes en face d'un tabétique presque constamment retenu à la chambre depuis un an, confiné au lit depuis plus d'un mois. C'est un malade au teint pâle; il est très amaigri. Il ne mange pour ainsi dire plus et s'affaiblit de jour en jour. Il reste immobile dans son lit, ne s'intéressant pas à ce qui l'entoure. Il parle très peu, ne répond que par monosyllabes aux paroles qu'on lui adresse. C'est à peine s'il a la force de s'asseoir sur son lit : sa mort paraît proche.

Ce sont bien là tous les attributs de la cachexie, de cet état morbide produit par les maladies chroniques et caractérisé par une altération profonde de la nutrition. Chez ce malade, l'apparition d'un œdème des deux membres inférieurs et d'une ascite sans étiologie appréciable viennent encore renforcer la note dominante de ce tableau clinique et apporter, pour ainsi dire, la signature de cet état cachectique.

L'évolution paraît confirmer ce diagnostic d'hydropisie cachectique : l'œdème et l'ascite sont stationnaires, le malade s'affaiblit toujours et reste apyrexique. Mais bientôt le tableau change.

Le 5 décembre, le niveau supérieur de l'ascite s'est abaissé et l'œdème des jambes diminue.

Et enfin, le 10 décembre, œdème et ascite ont complètement disparu, le ventre reste un peu ballonné, tympanisé, mais la palpation ne révèle rien d'anormal.

Le 15 décembre. Le malade se plaint d'un peu de gêne respiratoire depuis deux jours et l'examen de la poitrine révèle l'existence d'un épanchement dans la moitié inférieure de la plèvre droite.

A ce niveau la percussion décèle de la matité, les vibrations sont abolies et on n'entend pas le murmure vésiculaire. Il n'y a pas de souffle pleurétique, pas d'égophonie, pas de pectoriloquie aphone.

L'examen du sommet du poumon droit ne donne pas le schéma de Grancher : la respiration n'est pas diminuée et l'auscultation ne fait découvrir à gauche aucune modification du murmure vésiculaire.

Aucun signe positif ne nous révèle la cause de cet épanchement pleural droit. D'autre part, ce n'est pas un hydrothorax puisque l'épanchement est unilatéral.

Nous sommes donc en face d'une pleurésie qui ne fait pas sa preuve et nous pensons qu'il s'agit d'une pleurésie tuberculeuse évoluant insidieusement, sans provoquer aucune réaction générale, à cause de l'altération profonde de l'organisme du malade.

L'examen cytologique du liquide confirme notre opinion en nous révélant l'absence complète de placards endothéliaux et l'existence d'une lymphocytose pure (vingt éléments par champ. object. Leitz immersion 1/12).

En présence de ce fait, nous sommes amenés à rejeter notre diagnostic d'hydropisie cachectique et nous admettons que l'ascite et l'épanchement pleural nous traduisent l'existence d'une péritonite et d'une pleurésie tuberculeuses. Et ces deux affections ont évolué sournoisement, le malade ne souffrant pas et restant apyrétique parce que l'organisme est dans un

état de déchéance tel qu'il lui est impossible de réagir.

25 décembre. Le malade s'affaisse de plus en plus. Son épanchement pleural droit diminue.

5 janvier. L'épanchement est complètement disparu. On perçoit encore, en arrière et à droite de la poitrine, de la submatité, de la diminution des vibrations et du murmure vésiculaire.

31 janvier. La cachexie progresse. Le malade perd ses matières et ses urines.

15 février. Le malade présente un épanchement pleural à gauche.

26 février. Le malade d'une maigreur squelettique, meurt le 26 février. Il était dans un état subcomateux depuis plusieurs jours.

Autopsie. — La plèvre gauche renferme environ 1500 grammes de liquide séreux. Les deux plèvres sont très épaissies et fortement adhérentes à la paroi costale.

Les poumons présentent de la congestion des bases et aux sommets on trouve, à côté de rares tubercules calcifiés, quelques tubercules crus.

Le cœur est normal.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on voit que la paroi adhère intimement aux organes abdominaux.

Les anses intestinales sont soudées les unes aux autres par des tractus fibreux; il y a un véritable englobement massif de l'intestin dans un réseau serré d'adhérences et de fausses membranes épaisses et irrégulières; et cette masse intestinale est elle-même réunie par du tissu fibreux au péritoine pariétal et à la paroi abdominale.

Il n'y a pas d'ascite.

La tunique péritonéale de l'intestin est couverte de granulations dont l'examen microscopique a montré la nature tuberculeuse : elles ne renfermaient pas de bacilles de Koch, mais des cellules géantes typiques.

Quant à la muqueuse intestinale, elle ne présente pas de lésions appréciables.

Les différents organes de la cavité abdominale ont leur tunique péritonéale épaissie, mais on ne constate pas d'altérations macroscopiques.

En somme, l'autopsie nous permet de conclure d'une façon ferme que ce tabétique ancien tuberculeux pulmonaire, a présenté sous nos yeux une péritonite tuberculeuse à forme ascitique puis fibreuse, et deux pleurésies tuberculeuses, la première à droite, la deuxième à gauche.

Cette observation témoigne une fois de plus de la latence des phénomènes pathologiques chez les malades arrivés au stade cachectique d'une affection chronique. Cette latence a été particulièrement remarquable dans notre cas, puisqu'une péritonite tuberculeuse, puis une pleurésie tuberculeuse droite et enfin une pleurésie tuberculeuse gauche ont pu évoluer avec un minimum de troubles fonctionnels, un peu de gêne respiratoire et avec une absence complète de réaction générale : le malade n'a jamais présenté le moindre écart ni la moindre élévation de température.

Cette observation nous montre surtout que chez un malade dont l'organisme est profondément altéré, la péritonite tuberculeuse, à forme ascitique, peut revêtir toutes les allures de l'hydropisie des cachectiques.

Le plus souvent, il est vrai, l'évolution fera le diagnostic. Ainsi dans notre cas ce sont la résorption spontanée de l'ascite et surtout la constatation ultérieure d'un épanchement pleural unilatéral, qui nous ont mis sur la voie du diagnostic. D'autres fois, ce sera la présence d'un léger mouvement fébrile, de tuberculose pulmonaire, de gâteaux péritonéaux qui empêchera l'erreur.

Mais l'évolution n'apportera pas toujours la solution de la difficulté. Ainsi, chez notre malade, si l'ascite eût persisté et s'il se fût produit un épanchement pleural bilatéral, nous aurions vu là une confirmation de notre diagnostic d'hydropisie cachectique et l'autopsie eût seule redressé l'erreur.

En conséquence, lorsqu'on verra survenir chez un malade cachectique une ascite libre avec œdème des membres inférieurs, même en l'absence de toute réaction locale et générale, on ne devra jamais porter le diagnostic d'hydropisie cachectique sans faire de sérieuses réserves sur l'existence d'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique. On pourra attendre de l'évolution qu'elle précise le diagnostic, ou mieux on retirera, par une ponction, quelques centimètres cubes de l'épanchement péritonéal et on mettra en œuvre toutes les méthodes de laboratoire destinées à établir la nature tuberculeuse d'un épanchement.

LUXATION DU COUDE

RÉDUITE 30 MINUTES APRÈS L'ACCIDENT

ABLATION D'UN OSTÉOME INTRA-ARTICULAIRE 28 JOURS APRÈS

Par le docteur LOP,

Chargé du cours complémentaire d'accouchement et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Marseille.

F..., journalier, vingt-quatre ans, est conduit à mon poste de secours le 27 mars à quatre heures; il venait de faire à l'instant une chute sur le pont d'un bateau en débarquement.

Mon confrère et ami le docteur Murat, qui me remplaçait, diagnostique une luxation du coude droit en arrière qu'il réduit aussitôt, soit vingt-cinq minutes après l'accident. Il met ensuite le bras dans un gouttière « ad hoc » et le blessé est transporté chez lui.

Je le vois le lendemain : il y a du gonflement et une vaste ecchymose. Je place le membre dans une position élevée et j'ordonne des bains locaux à l'eau salée à 45 degrés. Quatre jours après, je mobilise l'articulation et je commence le massage. Jusqu'au vingt-septième jour tout marchait à souhait et l'on pouvait espérer la reprise du travail dans la quinzaine suivante (le blessé était surveillant et n'avait pas de travail de force à faire), lorsque le vingt-huitième jour, à la visite, le malade se plaint d'avoir souffert toute la nuit et de ne pas pouvoir plier le bras comme d'habitude. Je l'avais laissé la veille, remuant son membre dans tous les sens et presque sans douleur et c'est à grand'peine que je parvenais à fléchir l'avant-bras.

Au milieu de son excursion, au segment, le membre est

brusquement bloqué; au delà de ce point d'arrêt, on ne peut avancer sans de vives douleurs.

Je suspends les massages et les mouvements et je fais reprendre les bains locaux très chauds.

Je renvoyai à deux jours la visite suivante et je constatai que non seulement la situation ne s'était pas améliorée, mais que la palpation profonde, sur la face antérieure de la partie articulaire de l'humérus, faisait trouver une saillie dure, résistante et très douloureuse.

A partir de ce jour, cette déformation, à peine perceptible, augmenta très rapidement de volume, déterminant de vives douleurs et rendant l'impotence fonctionnelle complète.

Cette tumeur, dure, osseuse, offrait les dimensions d'une noix. L'examen radiographique confirma le diagnostic du tumeur solide et osseuse qui ne pouvait être qu'un ostéome plutôt qu'une exostose ostéogénique, hypothèse très probable chez un sujet jeune. Aussi, en présence des signes cliniques et de l'épreuve radiographique, je priai mon ami le professeur Roux de me donner son avis et de me dire si comme moi il croyait à l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

Son opinion étant conforme à la mienne, le malade est opéré le 30 avril. Intervention qui démontra la présence d'un ostéome siégeant à la face antérieure de la portion articulaire de l'humérus. Les suites opératoires furent excellentes et le 30 juin le malade reprit son travail sans incapacité aucune.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 MARS 1907)

D'après le règlement, la séance ne doit être levée, en signe de deuil, qu'à l'occasion de la mort d'un ancien président, une exception a été cependant faite hier pour la mort de M. Berthelot comme pour celle de Pasteur.

Dans l'éloge qu'a prononcé M. le Président, et sur lequel nous reviendrons, il a pu dire sans exagération que la France venait de perdre son plus grand savant. La proposition qu'il a faite de lever la séance en signe de deuil a été approuvée par l'Académie tout entière.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 7 MARS 1907)

Suite de la discussion sur la dysenterie. — MM. Lanel (du camp de Châlons) et Drouineau (d'Amiens) insistent sur l'influence du surmenage et de l'encombrement dans l'étiologie de la dysenterie.

M. Grall (de Paris), dans une étude très complète de la dysenterie aux colonies, montre qu'il s'agit à peu près constamment de dysenterie amibienne sous ses deux formes, endémique et épidémique.

La dysenterie *endémique* et *sporadique*, dit-il, s'observe dans toute l'Indo-Chine; elle est imputable à des erreurs de l'hygiène individuelle; elle diminuerait notablement dans les garnisons si l'administration condamnait dans le voisinage immédiat des agglomérations les captations privées et faisait exercer une surveillance étroite et constante de l'approvisionnement d'eau des débits que fréquentent nos soldats.

La dysenterie *épidémique* ou *hémorragique* est limitée actuellement aux deux agglomérations de Saïgon et du Cap; elle trouve sa cause originelle dans la souillure périodique. dès les premières pluies de l'hivernage, des captations urbaines. Le remède ne peut se trouver que dans l'amenée d'eaux saines.

M. Kelsch (de Paris), comme son regretté collaborateur Kiener, pense que la dysenterie, quels que soient le climat ou les conditions sociales où elle nous apparaît, est *une* et *indivisible*; elle est immuable par son syndrome clinique, par sa lésion fondamentale, par les conditions essentielles de sa genèse et de son extension. D'autre part, sa causalité microbienne se montre complexe : amibe et bacille Chantemesse-Widal, bacterium-coli uni au proteus vulgaris pour Magiora, cocco-bacille d'Ogata, coccus de Pétrone, associations microbiennes de Bertrand et Baucher, etc. Il faut donc orienter la conception nosographique de la dysenterie vers le symptôme et non la cause : celle-ci est changeante, le type clinique reste immuable, c'est lui qui doit servir de base à la détermination de l'espèce.

Au point de vue de l'étiologie de la dysenterie, à côté de la contagion, il est un deuxième mode étiologique avec lequel les médecins d'armée sont parfaitement familiarisés, c'est l'*autogenèse*. Les germes vivent en effet alternativement en saprophytes et en agents pathogènes, et ainsi se trouve expliquée la spontanéité morbide que la pathologie prépastorienne repoussait comme un véritable non-sens. Les mémorables expériences de Pasteur sur l'atténuation des virus nous ont appris que les maladies infectieuses proviennent souvent de germes indifférents qui deviennent agents pathogènes par leur accession éventuelle à la virulence. M. Vincent ne nous a-t-il pas démontré que la flexibilité biologique des microbes était telle qu'ils nous paraissent capables de s'élever par degrés de l'état saprophytique à la dignité d'agents pathogènes.

Luxation des ménisques interarticulaires du genou. — M. Robert Picqué (de Paris) retrace la physionomie clinique de cette affection et conclut que si le traitement médical (immobilisation, massage) ne vient pas à bout des lésions, il convient, par une incision verticale et non transversale, d'aller pratiquer, suivant les cas, ou bien une *méniscopexie* ou bien une *ménisectomie* partielle ou totale.

Adénopathies suppurées du mésentère dans la fièvre typhoïde et l'appendicite. — M. Véron (de Rouen) estime que l'on doit se contenter d'enlever les ganglions suppurés rencontrés dans le champ opératoire au cours d'une laparotomie pour appendicite ou perforation.

Ostéomes du coude, suite de luxation. — M. Toussaint (de Saint-Mandé), [présentation de radiographies].

ANALYSES

MEDECINE

Les infections sanguines. Etude clinique et expérimentale. (Jean Loiseleur. Th. de Paris, 1906; Bonvalot-Jouve, édit.) — De cette thèse, très intéressante et très scientifiquement conduite, que nous ne pouvons analyser ici comme elle le mériterait, faute de place, nous détachons les conclusions suivantes :

On a longtemps cru que les bactériémies humaines, c'est-à-dire la présence de microbes pathogènes dans le sang pendant

la vie, étaient exceptionnelles; on tend actuellement à les considérer comme fréquentes. Cliniquement, chez l'homme, les infections sanguines sont primitives ou secondaires, pures ou accompagnées d'une lésion viscérale appréciable. La plupart des microbes pathogènes pour l'homme ont pu être décelés dans le sang humain. Le plus souvent les bactériémies sont spécifiques, c'est-à-dire que l'agent rencontré dans le sang est celui qu'on sait être l'agent spécifique de la maladie. Certaines sont à peu près constantes, comme les septicémies éberthiennes dans la dothiénentérie, d'autres fréquentes, telles les septicémies méningococciques dans la méningite cérébro-spinale, d'autres enfin plus rares comme les septicémies streptococciques dans l'érysipèle.

Dans d'autres cas, les agents de la bactériémie tout en restant spécifiques au sens bactériologique ne sont pas spécifiques au sens clinique; c'est-à-dire que les maladies où on les rencontre sont irrégulières dans leur symptomatologie, ou bien que ces maladies peuvent être provoquées par des microbes variés. Dans le premier groupe nous rangerons les entérococcies, les streptococcies diverses en dehors de l'érysipèle, les infections pyocyaniques et tétrageniques; dans le deuxième groupe, les érythèmes infectieux. Certaines bactériémies sont manifestement secondaires, telles les streptococcies et les entérococcies chez les typhiques.

A l'état normal le sang des animaux renferme rarement des germes vivants. Ces germes paraissent être des saprophytes destinés à une destruction ou à une élimination prochaine. De même, si on place les animaux dans des conditions artificielles qui amoindrissent la résistance organique, comme la chaleur, le refroidissement, les injections hypertoniques, les injections de toxines microbiennes, des microbes saprophytes peuvent parfois pénétrer dans la circulation générale.

L'auteur n'a jamais retrouvé dans le sang des animaux adultes les microbes ingérés par eux; une seule fois, chez un jeune lapin, le germe ingéré provoqua une septicémie passagère.

Les résultats sont tout autres quand on diminue artificiellement la résistance de l'organisme par les causes secondes déjà énumérées; dans ces conditions, la septicémie apparaît souvent, les germes ingérés sont retrouvés dans le sang.

Les septicémies sont d'ailleurs presque toujours hâtives, apparaissant une heure après l'ingestion, et généralement fugaces, ne durant pas vingt-quatre heures.

Les conditions adjuvantes les plus favorables à l'infection sanguine varient suivant les espèces animales, solutions hypertoniques pour le cobaye, refroidissement excessif pour le lapin et le rat.

L'auteur termine en disant que ses recherches sont incomplètes et qu'il resterait à élucider surtout l'importance relative des autres voies d'introduction, l'appareil respiratoire en particulier, et les raisons qui permettent la persistance des septicémies. Quoi qu'il en soit, il s'agit là, nous le répétons, d'un travail sérieux et consciencieux qui sera certainement consulté avec fruit. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Les mathématiques et la médecine. (G.-H. NIEWENGLOWSKI. Th. de Paris, 1906; H. Desforges, édit.) — Partant de ce fait que l'application des mathématiques à la physique et plus récemment à la chimie a fait faire de grands progrès à ces sciences, l'auteur se demande s'il peut en être de même en ce qui concerne les sciences biologiques et en particulier la physiologie et la médecine. De son étude il conclut que, dans l'état actuel de la science, l'application directe des mathématiques aux phénomènes biologiques repose souvent sur de grandes illusions, car ils dépendent d'un trop grand nombre de variables et les données indispensables à la mise en équation sont trop peu connues. Mais si l'on ne peut actuellement établir toutes les lois biologiques par le calcul, on peut, grâce aux mathématiques, faire mieux comprendre par certaines analogies le caractère du nombre de ces lois. En outre, l'emploi des représentations graphiques, familières aux mathématiciens, est susceptible de simplifier et d'éclaircir nombre d'explications difficiles à bien présenter sans ce secours. D'ailleurs avec les progrès que fait la physico-thérapie il viendra bientôt un temps où tous les médecins praticiens devront être au courant des progrès de la physique.

Mais, ajoute l'auteur, même lorsqu'on aura pu déterminer toutes les conditions expérimentales et que les mathématiques auront fait des progrès suffisants pour pouvoir traiter par le calcul tous les phénomènes physiologiques ou pathologiques, l'observation, l'expérience et, par suite, la clinique ne continueront pas moins à jouer un grand rôle dans les recherches destinées à faire progresser la science médicale.

L'auteur exprime ensuite le vœu, auquel on ne peut que s'associer, que l'éducation mathématique des étudiants en médecine soit plus développée afin de leur permettre de se tenir au courant des progrès des diverses sciences et surtout de la physique biologique. A. GAULLIEUR L'HARDY.

CHIRURGIE

Sarcome et myome de l'estomac. (John L. YATES. *Ann. of Surg.*, vol. XLIV, n° 4, oct. 1906, p. 599-615.) — La fréquence croissante des cas de sarcome de l'estomac publiés dans la littérature peut indiquer, ou que beaucoup de tumeurs de cet ordre ont jusqu'à présent été méconnues à cause de la tendance naturelle qu'on a de regarder tous les néoplasmes gastriques comme carcinomateux, ou simplement que l'intérêt de ces affections va croissant à cause des tendances plus générales à l'égard de leur traitement radical. Il n'y a pas encore longtemps (1) que l'on déclarait que le sarcome était une trouvaille d'anatomo-pathologiste : et pourtant en moins de six mois, Ochsner a opéré deux cas de sarcome et un de myome. Dans ce dernier cas (homme de soixante-treize ans), les symptômes étaient ceux d'un cancer de l'estomac, mais la laparotomie montra qu'il s'agissait d'une tumeur pédiculée de la face postérieure de l'estomac dont l'ablation fut excessivement simple. Tous les symptômes graves disparurent après l'intervention. Une émaciation progressive avec parfois des vomissements et une tumeur épigastrique étaient les seuls symptômes du premier cas de sarcome (femme de trente-sept ans), qui infiltrait la grande courbure et la partie postérieure de l'estomac. Une gastrectomie incomplète fut suivie de succès opératoire. Au bout de deux semaines, la malade commença à s'affaiblir; elle mourut le vingt-septième jour.

L'autopsie montra le parfait état du foyer de l'opération. Dans le dernier cas (homme de quarante-quatre ans), il y avait eu deux hématémèses profuses, il y avait une tumeur et une anémie marquées. La tumeur (sarcome fuso-cellulaire) était pédiculée et s'implantait sur la paroi postérieure du dôme de l'estomac. Dix-sept mois après l'opération, le malade était en excellent état. Deux autres cas inédits de sarcome de l'estomac opérés (malades de quarante et un ans et de trente ans) sont cités aussi, mais sans détails suffisants. Ces cinq cas démontrent que le sarcome se voit chez des sujets relative-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 83, p. 993.

ment jeunes (trente, trente-sept, quarante et un et quarante-quatre ans) et que l'ère de « curiosité anatomo-pathologique » est finie pour ces lésions. 35 cas de sarcome avaient été publiés de 1816 à 1897; depuis autant sont venus s'ajouter. L'âge varie de trois ans et demi à soixante-dix-huit ans; la moyenne est trente-quatre; elle est de vingt-neuf si l'on ne considère que le globo-cellulaire. La fréquence est de 5 à 8 p. 100 des néoplasmes gastriques. Leur situation est très différente de celle du carcinome; ils affectionnent le fond et la paroi postérieure de l'estomac et n'obstruent le pylore que dans 9 p. 100 des cas. L'histoire clinique est celle d'un carcinome sans obstruction. La douleur est le phénomène le plus fréquent (76 p. 100). Hématémèse dans 50 p. 100 des cas. Le diagnostic important à faire est celui d'affection nécessitant un traitement radical. Celui de la variété fuso-cellulaire est possible; celui de la variété globo-cellulaire est pratiquement impossible.

F. GARDNER.

Kystes de l'ouraque. (Walter Rupert WEISER. *Annals of Surgery*, vol. XLIV, n° 4, oct. 1906, p. 529-552.) — L'étude des kystes de l'ouraque a été gênée par l'article de Wutz, qui, en 1883, rejetait l'authenticité de tous les cas de gros kystes jusqu'alors publiés, comme étant insuffisamment observés. Suivant lui, un kyste de l'ouraque doit contenir dans sa paroi tous les éléments constitutifs du conduit: épithélium stratifié et fibres musculaires lisses. Cela se trouve dans les petits kystes, dont Wutz admet la fréquence, mais qui n'ont aucun intérêt chirurgical. Doran, dans un cas de gros kyste, croit bien à l'origine aux dépens de l'ouraque, mais admire trop l'esprit critique de Wutz, emboîte le pas et n'ose conclure. C'est Tait qui vient le premier nous affirmer qu'un kyste propéritonéal de la moitié inférieure de l'abdomen avec peut-être fistule ombilicale peut être un kyste de l'ouraque, quelle que soit la constitution histologique de ses parois. Weiser relate trois cas personnels opérés, tabule 46 cas dans la littérature et en ajoute 26 recueillis par correspondance personnelle. Les femmes sont beaucoup plus atteintes que les hommes (58 contre 23). La plupart des cas se voient de vingt à quarante ans. Le symptôme le plus constant est une masse sentie entre l'ombilic et la symphyse, de taille très variable. Si le kyste est infecté, il s'y ajoute de la fièvre, des douleurs et du péritonisme. Quelquefois il y a amaigrissement notable et troubles dyspeptiques, faisant ressembler le malade à un tuberculeux. Dans 15 p. 100 des cas, il existe une fistule ombilicale. La percussion, la palpation, la ponction ne donnent que des résultats douteux. Seule, la présence de cellules polygonales dans le liquide aspiré a une valeur caractéristique. On a confondu des kystes de l'ouraque avec une péritonite tuberculeuse, et l'erreur est bien excusable. Moins est celle qui consiste à le confondre avec un kyste para-ovarien ou une grossesse extrautérine. Le traitement consiste dans l'incision et le drainage. Souvent ces kystes adhèrent en arrière à l'intestin par l'intermédiaire du péritoine, de telle sorte qu'on ne peut les extirper et que force est de marsupialiser. La fermeture de la fistule demande plusieurs mois.

F. GARDNER.

Un cas d'endothéliome des ovaires. (A. H. F. BARBOUR. *The Scottish med. and surg. Journ.*, déc. 1905, vol. XVIII, n° 6, p. 497.) — L'auteur rapporte l'observation d'un de ces cas encore très rares d'endothéliome de l'ovaire. Il s'agissait d'une femme souffrant depuis trois ans de crises de douleurs épigastriques avec vomissements, crises durant plusieurs semaines et revenant à espaces éloignés. Depuis six mois elle avait remarqué la présence d'une double tumeur iliaque. Enfin dans le cours de la dernière crise elle eut une hémorragie intestinale.

A l'examen on trouve deux tumeurs dures, mobiles, mais sans ligne de démarcation avec l'utérus. On pose le diagnostic de fibromes utérins. Cependant l'auteur note déjà la présence de nodules dans le côté gauche du côté utérin et dans les deux culs-de-sac vaginaux. Le toucher rectal n'est pas pratiqué.

La laparotomie montre la présence d'un peu d'ascite et de deux grosses tumeurs ovariennes plus ou moins adhérentes et pédiculées. Leur extirpation effectuée, on constate que le péritoine environnant est infiltré et épaissi par la propagation néoplasique.

La malade se remet mal de l'intervention. Comme elle présentait de la distension abdominale, Barbour pratique le troisième jour le toucher rectal et trouve un noyau cancéreux dans le rectum à la hauteur du promontoire sacré. La malade meurt le cinquième jour après l'intervention.

L'examen histologique des pièces montre qu'il s'agit d'un endothéliome typique formé autour des vaisseaux lymphatiques (des planches accompagnent l'article).

Barbour fait suivre son observation d'une étude complète de la question. Il donne un historique complet de ces tumeurs ainsi que la bibliographie des cinq dernières années. Il montre que, sur les 70 cas qui ont été publiés, on ne peut établir que quelques remarques sur l'étiologie, la symptomatologie de ces néoplasmes ovariens. Il en est de même pour leur marche et leur gravité. Cependant les résultats opératoires ne sont pas mauvais, et il y a des cas authentiques de guérison. Une de ces guérisons s'était maintenue après cinq ans, une autre après sept ans.

L'auteur termine en rappelant qu'on a rapporté quelques cas de ces endothéliomes dans le col de l'utérus, et même dans la grande lèvre.

M. LANCE.

OPHTALMOLOGIE

Pronostic du sarcome mélanique de la choroïde. (M. A. TERSON. *Soc. d'opht. de Paris*, 4 déc. 1906.) — Dans les suites post-opératoires du sarcome choroïdien, la question des métastases prime de beaucoup celle des récidives locales. M. A. Terson a opéré par énucléation de l'œil avec résection étendue du nerf optique dix sarcomes mélaniques intra-oculaires. Six ont été suivis plus de trois ans. L'un d'entre eux est totalement guéri depuis plus de dix ans, bien qu'opéré tardivement. Un seul a eu une métastase rapide dans le foie, un peu plus d'un an après l'énucléation. Ce sujet n'avait que trente et un ans, les autres ayant dépassé la quarantaine.

On arrive donc par une opération convenable à guérir un certain nombre de cas, mais il y a aussi une question de terrain, car ce sont parfois des sarcomes très développés qui donnent les meilleures survies.

Le pronostic doit tenir compte des principaux éléments suivants : 1° *de la couleur*. La variété mélanique semble plus grave que le leuco-sarcome; 2° *de l'état histologique*, les formes à cellules rondes semblent plus dangereuses ; 3° *de la période* où en est le mal, lors de l'intervention. Ici, contrairement à la logique, il semble qu'au point de vue des métastases, l'opération ne donne guère de meilleurs résultats à la période précoce. Il peut en être différemment en ce qui concerne les récidives locales; 4° *de la variété opératoire*. L'énucléation avec résection du nerf optique reste aussi sûre que les autres interventions ; 5° *de l'âge* des malades. Malgré les assertions de Hill Griffith, les sujets *jeunes* semblent plus

facilement disposés à une métastase rapide ; 6° *sur la teneur en glycogène de la tumeur.* Cette recherche, moins facile que dans les leuco-sarcomes, n'aboutit pas toujours à un résultat, les mélanomes pouvant ne pas ou ne plus contenir de glycogène.

L. GAYARD.

CONGRÈS

XVIIe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (GENÈVE-LAUSANNE, 1er-7 août 1907). — Ce congrès se tiendra sous la présidence de M. le professeur Prévost (de Genève).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES. — I. *Rapports et discussions sur les questions choisies par le Congrès de Lille.* — *a.* PSYCHIATRIE. *Les psychoses périodiques* [Rapporteur : M. le docteur Antheaume (de Paris)] ;

b. NEUROLOGIE. *Définition et nature de l'hystérie* [Rapporteurs : MM. les docteurs Claude (de Paris) et Schnyder (de Berne)] ;

c. MÉDECINE LÉGALE. *L'expertise médico-légale et la question de responsabilité* [Rapporteur : M. le docteur Gilbert Ballet (de Paris)].

II. *Communications originales sur des sujets de psychiatrie et de neurologie.* — Présentation de malades, de pièces anatomiques et de coupes histologiques. Une séance sera réservée aux démonstrations avec projections lumineuses.

Les adhérents qui auront des communications à faire devront en envoyer les titres et les résumés au secrétaire général avant le 1er juillet.

III. *Visite des asiles d'aliénés de Bel-Air, Céry, Marsens.*

PROGRAMME DU CONGRÈS. — Les séances auront lieu à Genève, les jeudi 1er, vendredi 2, samedi 3 août et à Lausanne, le lundi 5 août.

Le dimanche 4 ne comportera aucune réunion officielle. Le Comité a été informé que des invitations seraient envoyées pour ce jour-là aux congressistes par les stations françaises de Divonne-les-Bains (Ain) et Evian-les-Bains (Haute-Savoie), l'une et l'autre peu distantes de Genève et de Lausanne.

Pour les deux derniers jours du Congrès, mardi 6 et mercredi 7 août, des excursions seront organisées à Montreux, Territet, Glion, Caux, les Rochers de Naye, la Gruyère, etc.

Un programme détaillé des travaux et des excursions sera envoyé ultérieurement à tous les membres adhérents.

AVANTAGES ET CONDITIONS. — Le Congrès comprend : 1° des membres adhérents; 2° des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine) présentés par un membre adhérent.

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents, de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront avant l'ouverture du Congrès les trois rapports, après le Congrès le volume des comptes rendus.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Des réductions de tarif seront très vraisemblablement accordées par les Compagnies françaises de chemin de fer. Les membres du Congrès seront invités ultérieurement à faire connaître l'itinéraire qu'ils suivront pour se rendre à Genève.

Prière d'adresser les adhésions et cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au docteur Long, 6, rue Constantin, Genève.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE (Rome, 1907). — Le IIe Congrès international de physiothérapie sera tenu à Rome, les 13, 14, 15 et 16 octobre 1907, sous le patronage de S. M. le roi d'Italie, et sous la présidence du professeur Baccelli, avec le concours des professeurs Belmondo (Padoue), Bianchi et Boeri (Naples), Bozzolo (Turin), Casciani (Rome), Colella (Palerme), Durante (Rome), Maragliano (Gênes), Massolongo (Vérone), Moselli (Gênes), Murri (Bologne), Tamburini (Rome), Tanzi (Florence), Tommaselli (Catane). Les fonctions de secrétaire général sont assumées par le professeur Colombo (via Plinio, 1, Rome).

Des comités nationaux de propagande se sont constitués dans chaque pays, ayant à leur tête les plus grands noms de la science médicale, apportant au Congrès de physiothérapie l'appui de leur autorité, comme ils ont déjà donné à la thérapeutique physique l'appui de leur enseignement. Dans le sein de ces comités se trouvent, non pas tous les techniciens de la thérapeutique physique (car le nombre en est déjà trop grand pour qu'ils y puissent tous figurer), mais du moins ceux qui furent les plus actifs, et dont le nom rappelle une étape dans l'histoire de la physiothérapie. Cette heureuse réunion, dans les comités nationaux, des savants chargés de l'enseignement officiel et des praticiens physiothérapeutes, donnera une note significative au Congrès qui va venir et qui marquera la fusion des efforts de tous, savants et praticiens, vers un but unique : la meilleure et la plus complète utilisation, par la science et par la pratique, de moyens thérapeutiques, trop souvent laissés aux empiriques, et dont la puissance et les bienfaits ne sont plus aujourd'hui contestés par personne.

Le professeur Landouzy a bien voulu se charger, sur la demande du professeur Baccelli, de grouper les initiatives françaises et de coordonner leurs efforts, en vue d'apporter un concours actif à ce prochain Congrès.

Les médecins français qui ont déjà fourni au précédent Congrès (à Liége) une contribution considérable, voudront certainement apporter au Congrès de Rome un conconrs digne de la science française. Dans les trois classes d'études du Congrès :

1° Electricité médicale, radiothérapie, photothérapie :
2° Hydrothérapie, climatothérapie, diététique ;
3° Thérapeutique par le mouvement et orthopédie,

la science française a, pour les deux premières, à soutenir son ancien renom, et, pour la troisième, à marquer les pas rapides qu'elle fait dans des études plus récentes pour elle, mais dont l'importance ne lui échappe plus.

Le Comité français, qui, d'accord avec le Comité romain, adresse aujourd'hui un pressant appel à tous les travailleurs de la physiothérapie, a composé son bureau de la façon suivante : présidents d'honneur, MM. le professeur d'Arsonval, Bouchard, Armand Gautier, Gariel; président, M. le professeur Landouzy; vice-présidents, MM. le professeur Bergonié (Bordeaux), Garrigou (Toulouse), Grasset (Montpellier), Lépine (Lyon), Spillmann (Nancy); secrétaires, MM. les docteurs Maurice Faure (La Malou), Albert Weil (Paris).

INSCRIPTION. — Tous les docteurs en médecine peuvent être inscrits comme membres titulaires, ainsi que les docteurs ès sciences. Les dames, et autres personnes de la famille des membres titulaires, seront inscrites comme membres associés

et invités aux fêtes et réceptions officielles. Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres titulaires, et 15 francs pour les membres associés.

Adresser les adhésions au docteur Albert Weil, 21, rue d'Edimbourg, à Paris.

TRAVAUX. — Les langues admises sont : l'allemand, l'anglais, le français et l'italien. Tous les rapports, toutes les communications seront résumées en français. Comme au précédent Congrès, il sera organisé une exposition de produits et appareils concernant la thérapeutique physique (électricité, etc., diététique, hydrologie) ainsi que de cartes, photographies, plans, graphiques, descriptions (stations thermales, hydrothérapiques et climatiques, instituts de thérapeutique physique) et de tous ouvrages de physiothérapie.

Pour tout ce qui concerne les travaux du Congrès (rapports, communications, expositions), s'adresser au docteur Maurice Faure, 2, rue de la Bienfaisance, à Paris, ou à La Malou (Hérault).

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine navale. — (N° 1, janv. 1907.) GUÉZENNEC : Notes complémentaires relatives au hamac utilisé comme moyen de transport des blessés. — VALENCE : Omentopexie pour cirrhose atrophique paludéenne avec ascite. Résultats éloignés. — MOULINIER : Action de l'oxygène sur l'activité fonctionnelle du cœur épuisé. Etude sur le crabe. — LE MÉHAUTÉ : Hygiène du marin à bord du *Duguay-Trouin*. — LACARRIÈRE : Hygiène et tuberculose à l'arsenal de Lorient.

Archives générales de médecine. — (N° 2, fév. 1907.) PADOA : Contribution à l'étude des hippuropathies. — STOENESCO : Encore la question de la simulation de la folie (*fin*). — MARCHAND et OLIVIER : Du pronostic de la fièvre typhoïde établi d'après l'action des bains froids sur la température périphérique. — DELMAS : Une paralysie complexe du membre supérieur par un coup de feu. — SALAMO : La mastoïdite aiguë des nourrissons.

Bulletin médical. — (N° 18, 9 mars 1907.) CHEVALLEREAU : Maladies du corps vitré.

Bulletin médical de l'Indo-Chine française. — (N° 4, 15 sept. 1906.) GAIDE : Mémoire sur les abcès du foie. — LE ROY DES BARRES : Lipome périostique du premier espace interosseux palmaire. — SARRAILHÉ : Le chemin de fer du Yunnan et l'état sanitaire du Delta tonkinois. — AUGÉ : Les médecins indigènes dans l'armée indo-chinoise. — — (N° 5, 15 oct.) GAIDE : Mémoire sur les abcès du foie (*suite*). — LE ROY DES BARRES : L'épidémie de peste de 1906 à Hanoï. — NOC : Note sur la fréquence et le rôle étiologique de l'uncinaria americana dans le béribéri. — MANAUD : Une forme clinique atypique d'abcès du foie. — BODIN : Note sur la destruction des cadavres. — YERSIN : Note sur un cas de fièvre récurrente observé en Indo-Chine. — PAUCOT : Un cas de tétanos chronique, guérison. — (N° 6, 15 nov.) GAIDE : Mémoire sur les abcès du foie (*suite et fin*). — LE ROY DES BARRES : L'épidémie de peste de 1906 à Hanoï (*suite*). — ABBATUCCI : Géographie médicale de la ville de Pak-Loi (Chine). — (N° 7, 15 déc.) CLAVEL : Sur deux cas de diphtérie observés à l'hôpital de Lanessan. — LE ROY DES BARRES : L'épidémie de peste de 1906 à Hanoï (*fin*). — PÉTHELLAZ : Traitement chirurgical de certaines fractures supra-condyliennes de l'humérus chez les enfants, par intervention immédiate. — BRUAS : Un cas d'albuminurie palustre intermittente à forme orthostatique. — FÉRAY : Les lépreux à Hoi-hao.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 8, 24 fév. 1907.) DUBREUIL : Leucokératose de la langue. Son traitement. — P. LANDE : Accidents du travail. Deux cas de déchirure du poumon. — CROUZEL : Procédé rapide pour caractériser la créosote de hêtre officinal. — (N° 9, 3 mars.) BONNAL : Eau de mer en injections hypodermiques.

Journal des praticiens. — (N° 9, 2 mars 1907.) LE GENDRE : Le traitement des pseudo-rhumatismes infectieux et des rhumatismes chroniques. — O. PASTEAU : De la valeur comparative des différents cystoscopes.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 8, 23 fév. 1907.) DESPLATS : Enorme abcès hépatique traité et guéri par une large incision et le drainage. — D'AUGIER : Trois cas de botryomycose humaine. — (N° 9, 2 mars.) BOUCHAUD : Un cas de main de prédicateur chez un paralytique général. — Marius LADET : Fracture en sens inverse de l'extrémité inférieure du radius.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 2, 25 fév. 1907.) Léon FEYT : Recherches expérimentales sur l'action antiseptique de l'eau oxygénée neutralisée.

Lyon médical. — (N° 8, 24 fév. 1907.) BONNET : Note sur l'anatomie pathologique du psoriasis. — GAREL : Comment on diagnostique un anévrisme de l'aorte. — (N° 9, 3 mars.) A. MALHERBE : Tuberculose inflammatoire de l'oreille moyenne.

Marseille médical. — (N° 5, 1er mars 1907.) PLATON : Les hémorragies utérines. — ALEZAÏS : Kyste hydatique du mésocôlon transverse. — FARNARIES : Diagnostic bactériologique des conjonctivites. — MONGES : Epidémie actuelle de variole.

Montpellier médical. — (N° 51, 23 déc. 1906.) H. BERTIN-SANS et V. ROOS : La qualité du lait à Montpellier. — (N° 52, 30 déc.) Emile FORGUE : Technique de la cure opératoire de l'ectopie testiculaire.

Nord médical. — (N° 297, 15-22 fév. 1907.) VANVERTS : Main bote radiale par fracture de l'avant-bras. Ramollissement d'un cal de fracture ancienne à la suite de la décalcification osseuse consécutive à une fracture récente. — (N° 298, 1er mars.) G. LEMOINE : La fièvre tuberculeuse à la période de ramollissement et son traitement. — M. PAUCOT : L'opothérapie de la rate dans la splénomégalie paludique.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 8, 23 fév. 1907.) KAUFMANN : Note sur quelques cas de trépanation et de cure radicale mastoïdiennes. — (N° 9, 2 mars.) V. TEXIER : Des sinusites maxillaires caséeuses ; signes et diagnostic.

Revue médicale de l'Est. — (N° 4, 15 fév. 1907.) GELLY : D'un stigmate professionnel non décrit des peintres décorateurs. — P. PILLEMENT : Etudes médico-historiques sur Léopold, duc de Lorraine, et sa famille (*fin*).

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

HÉMORRAGIES INTESTINALES

ÉTUDE CLINIQUE. — Quelle que soit sa cause, l'hémorragie intestinale peut affecter *deux aspects cliniques* : a. *Le sang n'est pas évacué à l'extérieur*, fait qui ne s'observe que chez des sujets épuisés, ou en cas d'hémorragie extrêmement abondante. Le diagnostic ne peut être fait, alors, que par la constatation des signes généraux des grandes hémorragies internes : sensation de défaillance; refroidissement des extrémités; pâleur des téguments; petitesse du pouls, tendance aux syncopes; troubles sensoriels (bourdonnements, éblouissements, amaurose), et psychiques : angoisse; b. *le sang est évacué à l'extérieur*, cas le plus fréquent. Après quelques phénomènes initiaux assez vagues, l'hémorragie se déclare. Le sang est-il *immédiatement rejeté au dehors*, il est rutilant, liquide, et contient parfois de volumineux caillots; *séjourne-t-il quelque temps dans l'intestin*, il s'y modifie et prend alors soit l'apparence de grumeaux noirâtres siégeant dans un liquide clair, soit de masses visqueuses foncées, plus ou moins analogues à la noix ou au goudron (*melæna*), soit un aspect rouillé (dysenterie). Examiné par les méthodes histologiques et chimiques (v. classiques), ce liquide donne les réactions caractéristiques du sang. L'hémorragie est-elle très abondante, la mort peut survenir, rapidement ou même subitement, par syncope. Est-elle moins abondante, mais se répète-t-elle fréquemment, alors elle conduit les malades à l'anémie.

Avant de se prononcer sur la cause d'une hémorragie intestinale, il faut s'entourer de certains renseignements : 1° En ce qui concerne le DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL, on élimine : la *constipation intense*, la *présence, dans les selles, de certains fruits non digérés*; de *bile* : ou de *certains médicaments* (ratanhia, sous-nitrate de bismuth, perchlorure de fer); 2° Une fois qu'on se sera assuré qu'il s'agit bien de sang, on se demandera *s'il vient bien de l'intestin*, et non d'une région voisine : estomac, vessie, utérus; 3° Enfin, on tâchera de *savoir de quelle partie de l'intestin vient le sang*. Pour résoudre cette question, on examinera : α. les caractères du sang; un sang noir, digéré, correspond généralement à une hémorragie de moyenne abondance produite loin de l'anus; une hémorragie très abondante indique généralement une lésion de l'intestin grêle; β. les antécédents; γ. on procédera à l'examen physique de l'abdomen (palper, toucher rectal).

Séméiologie des hémorragies intestinales. — Deux cas, selon qu'il s'agit d'*adultes* ou d'*enfants*.

I. Chez les adultes, certaines hémorragies intestinales surviennent au cours des **maladies générales** *dyscrasiques* : leucémie, anémie pernicieuse, hémophilie, urémie; *toxiques* : arsenicisme, alcoolisme, phosphorisme; *infectieuses* : paludisme (formes pernicieuses); typhus, fièvre jaune, scorbut, purpura, endocardite aiguë, érysipèle, fièvres éruptives, hémorragiques. Dans tous ces cas, le diagnostic se fera par la constatation des signes propres à ces diverses affections et par la coexistence d'autres hémorragies; le pronostic est généralement fatal, les phénomènes intestinaux étant l'indice d'une véritable *constitution hémorragique*, qu'expliquent les altérations du sang (thromboses microbiennes, coagulations sanguines), associées aux lésions des capillaires.

II. D'autres sont dues à un **trouble circulatoire**, portant, soit sur la *circulation générale*, soit sur la *veine porte*. Aux premières ressortissent les hémorragies intestinales d'origine *asystolique*; aux secondes, celles que l'on observe dans les affections chroniques du foie (cirrhose atrophique). Celles-ci ont été attribuées à une vaso-dilatation subite et énorme de tout le système porte; le sang, ne pouvant plus passer à travers le foie induré, s'échappe, soit en rompant l'une des branches de la veine porte, soit en transsudant à travers les parois des capillaires, d'où hémorragie en nappe, sans que l'autopsie révèle la moindre lésion vasculaire (Debove et Courtois-Suffit). Le diagnostic de ces hémorragies repose sur l'examen attentif du malade; leur pronostic est grave, parfois même mortel.

III. Les hémorragies intestinales **d'origine traumatique** peuvent succéder à un traumatisme *externe* : contusion, plaie pénétrante, brûlure étendue des téguments, ou à un traumatisme *interne* (ingestion de corps étrangers vulnérants ou caustiques). Elles seront facilement reconnues par les commémoratifs.

IV. Les hémorragies intestinales **dues à une infection intestinale** sont les plus importantes : *A*. Dans la FIÈVRE TYPHOÏDE, elles surviennent *au cours des deuxième et troisième semaines*; plus fréquentes dans les formes graves, et dans certaines épidémies, elles sont rares chez l'enfant, on les observe en moyenne dans 2 à 10 p. 100 des cas. Elles proviennent presque toujours de l'intestin grêle et ont été attribuées à une foule de causes occasionnelles : alimentation précoce, bains froids, efforts, etc. Précoces, elles ont été attribuées à l'hyperhémie intestinale, tardives : α. à l'ouverture d'une artériole par les progrès de l'ulcération; β. à la mise à nu d'un orifice vasculaire non oblitéré lors de la chute d'une escare; γ. à des altérations des capillaires. Leurs symptômes ne présentent rien de spécial, si ce n'est que l'hémorragie détermine fréquemment : α. un abaissement marqué de la température; β. une amélioration notable et momentanée de tous les autres symptômes. Leur terminaison est variable. On a beaucoup discuté leur valeur pronostique. Pour Trousseau et Graves, elles constitueraient le plus souvent un phénomène de favorable augure. Pour d'autres, elles sont au contraire très graves. Leur signification dépend en réalité, de la quantité de sang perdue, de l'association d'autres hémorragies, des complications (perforation) qu'elles peuvent annoncer. — *B*. Dans la DYSENTERIE AIGUË, les selles peuvent être *muco-sanguinolentes* (aspect de crachats rouillés, de framboises écrasées), *séro-sanguinolentes* (aspect de levure de chair), ou franchement *hémorragiques*; ces diverses hémorragies sont liées aux lésions vasculaires qui, on le sait, dominent toute l'histoire de la dysenterie; elles peuvent encore s'observer dans la dysenterie à forme hémorragique et dans les gangrènes intestinales d'origine dysentérique. Dans la *dysenterie chronique*, les hémorragies sont beaucoup plus rares et ne surviennent qu'au cours des phases aiguës. Leur diagnostic se fait par l'étude des antécédents et des complications. — *C*. Dans la TUBERCULOSE DE L'INTESTIN, les hémorragies intestinales peuvent être discrètes ou profuses; celles-ci sont d'ailleurs l'exception. Les unes et les autres peuvent être attribuées : α. aux ulcérations bacillaires; β. aux lésions vasculaires. Leur diagnostic est généralement facile (1). — *D*. Dans le CANCER DE L'INTESTIN, le melæna est fréquent; son diagnostic est facilité par la notion d'âge, la coexistence d'une tumeur abdominale, de phénomènes d'obstruction, l'évolution lente vers la cachexie. — *E*. Les hémorragies profuses de l'ULCÈRE INTESTINAL seront reconnues aux signes classiques de l'ulcère duodénal. — *F*. Des PARASITES INTESTINAUX, l'*ankylostome* est celui qui provoque le plus facilement des hémorragies, ce qui explique son histoire naturelle. Peu abondantes, mais répétées, ces hémorragies conduisent les malades à une anémie revêtant parfois le type pernicieux. Pour les rattacher à leur véritable origine, on examinera le sang (éosinophilie) et les selles des malades, on se demandera s'ils ont vécu dans des pays infectés (Saint-Gothard, Hongrie, etc.). Enfin, les AFFECTIONS RECTALES (*cancer, rétrécissement, hémorroïdes, polypes* chez l'enfant), sont une cause fréquente d'hémorragies.

V. Chez le *nouveau-né*, les hémorragies intestinales apparaissent habituellement dans les premiers jours après la naissance et, dans la moitié des cas, aboutissent à la mort. Dues à des ulcérations duodénales, elles ont été attribuées : aux accidents du travail, à la ligature prématurée du cordon, au froid, à des lésions nerveuses, à l'infection, etc., etc.

TRAITEMENT. — Il sera à la fois causal et symptomatique.

---

(1) Certaines formes de granulie se compliquant d'hémorragies intestinales ont pu être confondues avec des fièvres typhoïdes.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies de la voix chantée, par le docteur Antoine PERRETIÈRE, ancien interne des hôpitaux de Lyon. In-8 de 300 p. — Prix : 8 francs. — Paris, A. Poinat.

Les maladies de l'estomac et leur traitement, par le docteur BOURGET, professeur de clinique médicale à l'Université de Lausanne. In-8 de 300 p., avec 12 pl. noires et coloriées. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

N° 35. — SAMEDI 23 MARS 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 23 MARS 1907. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité de médecins des hopitaux. — *Symptomatologie.* — Séance du 20 mars : MM. Hallé, 10; Courcoux, Froin et Leven, 9; Salomon, 8.

Voici la liste des candidats admis à subir la deuxième épreuve :

1. MM. Lereboullet, Hallé, Clerc, Laignel-Lavastine, Decloux, Camus, Balthazard, Léri, Rathery, Guillemot,

11. Coyon, Ribierre, Lortat-Jacob, Grenet, Bigart, Leven, Nattan-Larrier, Courcoux, Boidin, Terrien.

La prochaine séance aura lieu le samedi 13 avril à quatre heures à l'Hôtel-Dieu.

(Les candidats sont avisés qu'ils doivent s'abstenir jusqu'à la fin du concours de se rendre dans les hôpitaux suivants : Hôtel-Dieu, Charité, Laënnec.)

— Concours pour deux places d'accoucheur. — Ce concours sera ouvert le lundi 13 mai 1907, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration (bureau du personnel médical), de midi à trois heures, du lundi 8 avril au jeudi 25 du même mois inclusivement.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Oral. — Séance du 20 mars 1907. — Question donnée : « Portion extra-cranienne du facial. Causes et symptômes de la paralysie faciale périphérique. »

MM. Fimbel, 15 + 25 = 40 ; Fichot, 16 + 20 = 36 ; Pérol, 15 + 21 = 36 ; Aine, 15 + 19 = 34 ; Regnard, 14 + 20 = 34 ; Brémond, 14 + 19 = 33 ; Loubeyre, 12 + 19 = 31 ; Sevestre, 13 + 18 = 31 ; Boulay, 12 + 20 = 32; Pruvost, 8 + 20 = 28.

Séance du 22 mars. — Question donnée : « Appareil ligamenteux du genou. Fractures de la rotule (traitement non compris). »

MM. Galup, 16 + 22 = 38; Boyé, 14 + 23 = 37; Metzger, 15 1/2 + 21 = 36 1/2 ; Bruslé, 15 + 20 = 35 ; Jumon, 14 + 21 = 35 ; Toulant, 16 + 19 = 35 ; Bachy, 15 + 19 = 34 ; Alexandre (Paul), 15 + 17 = 32 ; Ferté, 14 + 17 = 31 ; Colibert, 13 + 17 = 30.

La prochaine séance aura lieu le dimanche 24 mars, à neuf heures du matin, à la salle des Saints-Pères.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. (Chirurgie et accouchements.) — *Epreuve de trois quarts d'heure.* — Séance du 20 mars : MM. Sencert (Nancy) : « Tuberculose des gaines synoviales ; » Cavaillon (toutes les facultés de province) : « Plaies des nerfs ; » David (Montpellier) : « Syphilis osseuse. »

Séance du 21 mars : MM. Mollin (toutes les facultés de province) : « Mal vertébral sous-occipital; » Delage (Montpellier) : « Torticolis; » Duverger (Bordeaux) : « Adénite tuberculeuse du cou. »

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Limoges. — M. Descazals, professeur suppléant, est nommé professeur de physiologie.

M. Chaillot est institué suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

ASILE D'ALIÉNÉS DE LA SEINE-INFÉRIEURE. — Le concours pour une place d'interne de l'asile Saint-Yon s'est terminé par la nomination de M. Cantel.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le médecin principal de deuxième classe Marchoux est promu officier de la Légion d'honneur.

XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE. (Budapest, 29 août-4 sept. 1909.) — Les travaux préparatoires du Congrès ont commencé. L'Etat et la ville de Budapest contribuent, chacun en ce qui les concerne, pour une somme de 100 000 couronnes aux frais qui résulteront de cette réunion scientifique. Les divers comités, tels que, d'organisation, d'exécution, des finances et de réception, s'étant constitués, le règlement du futur Congrès a été arrêté.

Il y aura vingt et une sections.

Il est à prévoir que l'affluence à ce Congrès sera considérable. Si l'on tient compte de la situation géographique de la ville de Budapest, on peut estimer de 4 à 5 000 au moins le nombre de ceux qui voudront prendre part à ce Congrès.

La première circulaire, contenant le règlement et tous les renseignements utiles, paraîtra dans le courant de l'année 1907. D'ici là le secrétaire général du Congrès (adresse : XVIe Congrès international de médecine, Budapest, VIII, Esterhazy-utcza 7) se charge volontiers de donner les renseignements demandés.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la onzième semaine, 1157 décès, au lieu de 1250 pendant la semaine précédente et au lieu de 1055, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire continue donc à s'améliorer; toutefois, il y a une centaine de décès attribuables à la grippe, soit comme maladie principale, soit comme complication d'une autre maladie (phtisie, maladie de cœur, etc.).

Les maladies épidémiques continuent à être rares, excepté la scarlatine, qui continue à dépasser la moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 2 décès (moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux est de 22, au lieu de la moyenne 60.

La variole a causé 2 décès (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 12, au lieu de 8 la semaine précédente (moyenne 20). Ces chiffres sont très modérés, mais ils ne préjugent rien pour l'avenir.

La rougeole a causé 18 décès (moyenne 17); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 194, au lieu de 148 précédemment (moyenne 329).

La scarlatine a causé 9 décès (moyenne 2); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 267, il s'élevait à 264 pendant la semaine précédente (moyenne 70).

La coqueluche a causé 8 décès (moyenne 8).

La diphtérie a causé 4 décès (moyenne 10); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 90, au lieu de 79 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 101.

La diarrhée infantile a causé 21 décès de 0 à 1 an, au lieu de 20 pendant la semaine précédente (moyenne 25).

En outre, 29 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 216 décès, au lieu de 249 pendant la semaine précédente (moyenne 195). En outre, 24 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 262 décès; la méningite tuberculeuse, 23; la méningite simple, 21; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 13 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 60 décès; les maladies organiques du cœur, 91; le cancer, 49; la hernie et l'obstruction intestinale, 14; la cirrhose du foie, 14; la néphrite, 27; enfin, 35 vieillards sont morts de débilité sénile. Parmi ces causes de mort, la phtisie et les maladies du cœur sont les seules qui continuent à dépasser sensiblement la moyenne.

LES AMIS ET LES ÉLÈVES DU PROFESSEUR THOINOT, désireux de lui offrir son buste à l'occasion de sa nomination de professeur et de son élection à l'Académie de médecine, ont ouvert une souscription.

Le statuaire Champeil a bien voulu se charger de l'exécution de ce buste.

Le chiffre de la cotisation n'est pas limité; à tout souscripteur de la somme de 25 francs sera remise une réduction de l'œuvre (médaillon ou médaille).

Tous les souscripteurs seront informés en temps utile de la date et du lieu qui auront été choisis pour la remise du buste.

Les cotisations doivent être adressées, avec une carte de visite, à MM. J.-B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19. La souscription sera close le 15 juin 1907.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs François-Blaise Annequin, médecin-inspecteur du cadre de réserve, et Labéda, doyen honoraire de la Faculté de Toulouse.

HOPITAL SAINT-ANTOINE (184, rue du Faubourg-Saint-Antoine). — *Enseignement pratique des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx.* — Sous la direction du docteur Lermoyez, médecin des hôpitaux, chef du service oto-rhino-laryngologique, les docteurs Paul Laurens et Hautant, assistants, commenceront, le lundi 15 avril 1907, un *cours de pratique, de technique* et *de thérapeutique oto-rhino-laryngologiques.* Ce cours aura lieu tous les jours à huit heures et demie du matin. Il sera complet en trente leçons. Les élèves seront individuellement exercés au maniement des instruments. Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire d'avance, dans le service, auprès du docteur Paul Laurens.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Écho médical du Nord. — (N° 8, 24 fév. 1907.) FOLET : Fibromes de la main et des doigts. — MOTY : De l'observation du pouls en cas d'indication douteuse dans les accidents péritonéaux aigus. — BRETON et PETIT : Sur la perméabilité des ganglions mésentériques chez le cobaye jeune, préalablement rendu tuberculeux par la voie digestive. — (N° 9, 3 mars.) R. LE FORT : Le genu recurvatum acquis (spontané et ballant). — DELÉARDE : La pseudo-paralysie rachitique. — CALMETTE et G. PETIT : Infection staphylococcique expérimentale par les voies digestives. Passage du staphylocoque virulent à travers la muqueuse intestinale.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 8, 24 fév. 1907.) LAMACQ : Le souffle dit présystolique du rétrécissement mitral pur. — (N° 9, 3 mars.) SABRAZÈS : Saturnisme par surabondante ingestion d'eaux potables plombifères dans le diabète. — CLAOUÉ et BÉGOUIN : Corps étranger de la bronche droite (sifflet) chez un enfant de quatre ans. Extraction par la bronchoscopie inférieure (2 fig.).

Journal médical de Bruxelles. — (N° 9, 28 fév. 1907.) VAN LINT : La pratique ophtalmologique.

Pédiâtrie pratique. — (N° 5, 1er mars 1907.) COHEN : Un cas de méningite cérébro-spinale fruste. — KIRMISSON : Myosite tuberculeuse à foyers multiples chez un enfant de dix ans. — CALVET : Note sur le coefficient de robusticité applicable aux enfants. — D'HOORE : Corps étranger du larynx. Thyrotomie.

Presse médicale. — (N° 20, 9 mars 1907.) MATIGNON : Souvenirs de la bataille de Moukden. A propos de quelques plaies pénétrantes du crâne et de l'encéphale. — OKINCZYE : Exploration clinique des colons.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Mars 1907.) G. SICARD : L'hydrocèle communicante tuberculeuse. — VIANNAY et BOURRET : Rétrécissement infranchissable de l'œsophage consécutif à la scarlatine. — FRŒLICH : Tumeur congénitale de la grande lèvre droite. — PAPILLON et GY : Syndrome myoclonique avec réaction méningée chez un enfant de dix-huit mois. — M. BRELET : La mort subite chez des jeunes enfants atteints d'eczéma.

Revue scientifique. — (N° 9, 2 mars 1907.) A. NODON : L'influence électrique du soleil. — Jean JAUBERT : La traction électrique monophasée.

Semaine gynécologique. — (N° 10, 5 mars 1907.) PICHEVIN : Ablation unilatérale des annexes gauches. Résection ovarienne droite. Résection de la trompe correspondante. Hystéropexie abdominale.

Tribune médicale. — (N° 8, 23 fév. 1907.) SAVARIAUD : L'anus du côlon transverse. Ses indications. — MÉNÉTRIER et CLUNET : Un cas de charbon mortel. — (N° 9, 2 mars.) VILLARET : Contribution à l'étude du syndrome d'hypertension portale.

REVUE GÉNÉRALE

L'INTESTIN HYSTÉRIQUE

Par Abel GY,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

On sait depuis longtemps combien l'hystérie peut prendre le masque d'une affection bien déterminée et prêter ainsi à des erreurs multiples. Il semble qu'aucun appareil ne soit à l'abri des atteintes de la « grande simulatrice ». Le tube digestif paraît à cet égard particulièrement favorisé. L'histoire clinique des troubles œsophagiens et gastriques purement fonctionnels est trop connue et ne rentre pas dans le cadre de notre étude. Nous voudrions passer en revue les différents troubles intestinaux auxquels peut donner naissance la grande névrose. Nous laisserons de côté les cas où ces manifestations intestinales sont secondaires à une autre manifestation hystérique prédominante. Tel le tympanisme signalé lors du sommeil hystérique (Bourneville et Régnard; Grasset) ou dans les prodromes ou dans le cours de la grande attaque convulsive. Les faits d'hallucinations viscérales se présentant sous forme de « bêtes dans le ventre » accompagnées de météorisme abdominal sont aussi à rejeter de notre description (Burnet, Comar, Vaschide et Pierron).

Dans un autre ordre d'idées, il nous faut également éliminer de notre étude l'entéro-colite mucomembraneuse. Sans doute l'hystérie prédispose-t-elle puissamment à la naissance de cette affection et certains auteurs considèrent même celle-ci comme une pure névrose intestinale. Mais, outre que ce syndrome se manifeste quelquefois indépendamment de tout stigmate névropathique, les travaux contemporains ont suffisamment tracé ses modalités cliniques pour qu'il soit nécessaire d'y insister ici.

II

Étiologie. — Les divers symptômes que nous allons passer en revue se montrent toujours chez des hystériques avérés, parfois à la suite d'attaques convulsives, parfois encore s'installant d'emblée chez des sujets n'ayant eu aucune crise dans leurs antécédents personnels. L'hystérie est alors monosymptomatique et ce n'est que par la marche irrégulière de l'affection, par la présence des stigmates de la grande névrose que le diagnostic exact peut être porté.

Ces accidents arrivent à tout âge : on les rencontre depuis la seconde enfance (neuf ans dans une observation de Rosenstein) jusqu'à un âge avancé. Mais la majorité des cas se voit de dix-huit à trente-cinq ans en moyenne. Les femmes y semblent particulièrement prédisposées, surtout lors de l'établissement de leurs règles (Rendu).

Les causes occasionnelles de ces manifestations manquent quelquefois. Quand elles existent, elles sont des plus banales : un léger traumatisme, des événements publics (Cherchewsky), une contrariété (Le Jamptel, Redhon), de grands chagrins, une colère, une frayeur (H. Hirtz), des soucis violents (Follet), l'imitation (Terrien), des préoccupations morales vives (Hanot).

L'hystérie à déterminations intestinales offre une telle diversité, et ce n'est pas là son moindre caractère, qu'elle échappe à tout essai de classification. Quelquefois, elle ne donne lieu qu'à des symptômes d'ordre purement médical : l'entéralgie, les hémorragies, la diarrhée. Parfois au contraire, la constipation opiniâtre qu'elle provoque peut occasionner des accidents d'obstruction intestinale, accompagnés même de vomissements stercoraux.

Dans un autre ordre de faits, la présence de gaz en excès dans le tractus intestinal entraîne soit la production de borborygmes, soit du tympanisme. Ce tympanisme lui-même peut prendre l'aspect, s'il est généralisé, d'une grossesse, d'une péritonite aiguë ou chronique; s'il est localisé, d'une appendicite ou d'une tumeur.

D'après ce rapide exposé, il est facile de concevoir combien toute division de notre sujet serait arbitraire et peu conforme à la réalité des faits. Force nous est de passer en revue les différents accidents que peut présenter l'intestin dans l'hystérie; les symptômes peuvent en effet être isolés ou au contraire se grouper dans un processus morbide simulant telle affection bien déterminée.

On a rangé pendant longtemps dans le cadre des *entéralgies* toute une série de douleurs abdominales appartenant en réalité à des maladies fort différentes. Ce ne fut que peu à peu avec les progrès de la clinique que la véritable colique nerveuse fut distinguée sous des noms divers : entéralgie idiopathique (Luton); flatuosités intestinales, borborygmes douloureux de l'intestin (Briquet); tormina nervosa ventriculi (Kussmaul); névralgie entéralgique (Romberg); coliques hystériques (Bernard).

Beaucoup plus fréquentes chez la femme, ces crises d'hyperesthésie viscérale peuvent se montrer à l'approche des attaques, mais plus souvent dans leur intervalle (Axenfeld et Huchard); quelquefois sans cause apparente ou à la suite d'un repas; d'une vive contrariété, d'une émotion (Bernard) au moment des règles.

Une douleur subite éclate, intense, ordinairement au voisinage de l'ombilic, dans certains cas changeant de place, comme si elle suivait les circonvolutions intestinales (Béhier et Hardy). C'est une sensation de torsion, d'élancement ou de froid, parfois calmée, parfois exagérée par la pression de la main. La palpation profonde faite de manière à comprimer les plexus aortique, cardiaque et hypogastrique, provoque des douleurs violentes qui irradient dans le creux épigastrique (Ewald). D'après Burkart, ces points seraient constants. Contrairement à cette opinion, suivant Richter, elles seraient rares ainsi que les points douloureux du rachis dorsal sur lesquels Rosenthal a attiré l'attention.

Ces crises sont assez souvent accompagnées de vomissements, de tympanisme et d'émission de gaz, mais le fait n'est pas constant.

Pendant ses accès, la malade tantôt demeure im-

mobile, tantôt est agitée et pousse des cris. Brusquement, tout se calme; la crise est terminée, mais elle est susceptible de revenir, quelquefois avec une certaine périodicité.

On comprend toutes les difficultés d'un diagnostic précis : « La douleur offre en effet, comme le dit Luton, beaucoup des caractères de la gastralgie, de la colique hépatique, de la colique néphrétique, saturnine, etc., et ce n'est guère que par un examen approfondi de la malade, par la recherche des stigmates névropathiques, par le siège de la douleur et par l'évolution de la crise qu'une erreur dans l'interprétation des phénomènes morbides pourra être évitée.

Nous rapprocherons des crises d'entéralgie les épreintes douloureuues, survenant lors de la défécation qu'on rencontre chez certains hystériques. Sous le nom de « rectum nerveux », William Goodell en a donné une bonne description. Certaines femmes accusent toutes les souffrances d'une fissure à l'anus. Lors de la défécation, la douleur est extrêmement forte et peut se prolonger pendant des heures après l'acte. Dans d'autres cas, elle siège non à l'anus, mais au-dessus du sphincter, et est indépendante de la défécation. Parfois encore, la réplétion du rectum donne lieu à des battements fort pénibles, fait qu'on a cru quelquefois expliquer par une irritation directe d'ovaires en ectopie. Tous ces symptômes fonctionnels sont en contradiction avec l'examen minutieux du rectum qut démontre à ce niveau l'absence complète de lésions expliquant les souffrances endurées par les patients.

A côté de ces douleurs pouvant faire croire à l'existence d'une fissure anale, il nous faut citer la possibilité d'*hémorragies intestinales névropathiques*. Ces faits sont connus depuis longtemps, mais il faut faire à leur sujet de grandes réserves. Les observations anciennes de van Swieten, Warton, Hoffmann, Frank, Bichat, sont douteuses, car le diagnostic s'appuie uniquement sur l'absence de lésions constatées à la nécropsie. Or l'on sait que l'hémorragie hystérique, même répétée, retentit peu sur l'état général du sujet. C'est même là un des caractères principaux de ce symptôme. Quand on parcourt la littérature médicale contemporaine, on est au contraire frappé de la rareté des hémorragies névropathiques pures. Le plus souvent, en réalité, il s'agirait probablement, dit M. Babinski, « de cas d'association hystéro-organique mal interprétée. Il est à remarquer, ajoute cet auteur, que les cas de prétendue hémorragie hystérique sont devenus de moins en moins fréquents, à mesure que se sont perfectionnés les procédés permettant de déceler l'existence des affections organiques. »

Ces réserves étant faites, la véritable hémorragie hystérique serait beaucoup plus fréquente chez la femme et se montrerait le plus souvent comme « succédané des règles » (Grisolle) ou règles déviées (Vulpian). Beauchamp, Benoît la font rentrer également dans les « xénoménies ». Cependant elle peut apparaître en dehors de toute menstruation anormale, sans cause ou après une grande frayeur (Gilibert), un refroidissement, une colère (Lancereaux).

Tous ces faits s'expliquent par des extravasations sanguines, se produisant à la surface de la muqueuse intestinale, à la suite d'un trouble des nerfs vaso-moteurs (Vulpian). On connaît, depuis Brown-Séquard, l'existence d'hémorragies intestinales consécutives à une brûlure de la peau. La moindre cause occasionnelle, principalement un trouble menstruel, pourra dès lors donner lieu chez une hystérique à divers écoulements sanguins. Ceux-ci se montreront même quelquefois non seulement au niveau du tube digestif, mais encore des reins, des voies respiratoires et même de la peau (Obs. de Binet).

M. Lancereaux, qui a étudié ces troubles vaso-moteurs à plusieurs reprises, donne de cette entérorragie la description suivante : « Elle est précédée le plus souvent de prodromes, tels que douleurs gravatives dans la région des lombes et de préférence dans celle du sacrum, de l'anus, et des organes génitaux quand le gros intestin en est le siège. Ces douleurs s'accompagnent d'un sentiment de courbature et de malaise général, de brisement des membres inférieurs, d'anorexie, de flatuosités, puis il survient des coliques plus ou moins intenses et en dernier lieu des selles liquides et noirâtres, ordinairement suivies d'un affaissement qui peut aller jusqu'à la lipothymie et à la syncope. La douleur, quelquefois nulle, est alors remplacée par des convulsions. Il est exceptionnel que la perte de sang soit abondante au point d'inquiéter l'entourage. Ordinairement, elle s'arrête d'elle-même, mais sa durée est variable. Dans le cas de règles supprimées, l'hémorragie a sensiblement même durée que la menstruation dont elle tient lieu. Il existe parfois même une véritable suppléance, régulière pendant plusieurs années, sans que l'état général en éprouve la moindre atteinte. L'écoulement s'accompagne alors de tous les signes qui précèdent l'hémorragie utérine (Beauchamp). Celle-ci n'est quelquefois pas entièrement supprimée, et même n'est que très peu diminuée (Vulpian).

La couleur du sang rejeté varierait suivant son point de départ : rouge presque pur, à peine mélangé aux fèces, il viendrait du gros intestin; l'intestin grêle au contraire donnerait naissance à une entérorragie noirâtre, due au mélange intime des matières et du sang et aussi à une transformation digestive de celui-ci. Comme le dit M. Lancereaux, il n'est pas toujours facile de séparer ces hémorragies de celles qui se lient à un désordre matériel, cancer, ulcère, etc. « Ces dernières se distinguent néanmoins par un début brusque et se répètent au bout de peu de temps. » De plus, l'examen approfondi de la malade, démontrant l'absence de toute lésion organique, la recherche des stigmates hystériques, le début et la disparition brusque du symptôme, la coïncidence si fréquente avec un trouble menstruel, l'intégrité de l'état général feront porter le diagnostic d'hémorragie purement névropathique.

La *diarrhée nerveuse* est à rapprocher des hémorragies intestinales, car elle relève aussi d'un trouble vaso-moteur (Vulpian). Nous ne parlerons pas ici des pseudo-fièvres typhoïdes (Gilles de la Tourette, Hanot), créées de toutes pièces par l'hystérie. La

diarrhée est un simple epiphénomène se perdant au milieu d'un état général plus ou moins grave en apparence. Nous n'envisagerons ici que les cas où la diarrhée fut constatée seule, ne relevant d'aucune affection organique, attirant l'attention du clinicien par son évolution irrégulière et souvent sa ténacité.

Cette diarrhée, analogue de tous points au « flux de ventre qui surprend les recrues sur le champ de bataille » (Sallard), relèverait d'une excitation du grand sympathique. D'après Eybert, l'excitation de ce nerf produirait une hypersécrétion, celle du vague provoquerait du péristaltisme. C'est ainsi que la diarrhée survenue à la suite d'ingestion d'eau froide serait due à une action directe sur le plexus solaire. Laignel-Lavastine, dans une thèse récente, insiste de même sur le rôle que joue ce plexus « la diarrhée n'ayant jamais manqué lors de son ablation ». Il est difficile de préciser davantage comment se produit la diarrhée nerveuse. Axenfeld et Huchard pensent qu'il existe une « exagération des sucs intestinaux ». Suivant Martin, Chauffard, il y aurait une complète analogie entre la diarrhée hystérique et les autres troubles vaso-moteurs rencontrés, tels que l'hyperhydrose, les sueurs sanglantes, le ptyalisme, des œdèmes; tous phénomènes parfois alternant avec la diarrhée (G. de la Tourette). Luton invoque également en sa faveur l'expérience de Moreau.

D'autres auteurs admettent un trouble fonctionnel de la musculature intestinale; les uns, un état paralytique, les autres un état spasmodique (Stéphanides). C'est ainsi que Guéneau de Mussy observa que la diarrhée survenait chez quelques névropathes toutes les fois qu'ils ne gardaient pas le repos absolu et ne restaient pas couchés après les repas, « ce qui était dû probablement à une incitabilité exagérée du muscle intestinal que le moindre mouvement pouvait mettre en jeu. »

De cet exposé, résulte qu'il est difficile de déterminer quel est le mécanisme intime suivant lequel la diarrhée se produit. Il faut sans doute faire intervenir tantôt un élément vaso-moteur, tantôt un élément excito-sécrétoire, tantôt un élément nervo-moteur, et souvent les trois causes réunies (Eybert).

La diarrhée, rare pour certains « plutôt débâcle à la suite de grande constipation » (Martin) se montre souvent chez des sujets ayant déjà éprouvé d'autres manifestations gastro-intestinales, alternant parfois avec elles (G. de la Tourette et G. Gasne). Stéphanides qui donne du symptôme une bonne description, insiste de même sur le ballonnement, les coliques, les crises de constipation qui précèdent la diarrhée. Enfin celle-ci devient de plus en plus régulière et constante et résiste à tous les traitements.

« Le besoin d'aller à la selle revenant fréquemment surprend souvent les malades d'une façon si brusque qu'ils n'ont pas le temps d'arriver à la chaise. Les selles sont liquides, peu abondantes, contiennent rarement un mucus épais. Elles surviennent habituellement sans avertissement ou du moins après une impression très fugitive d'inquiétude et de gargouillement dans le bas-ventre. » Les impressions morales, la tristesse, la crainte, la joie, les provoquent habituellement.

« Cette diarrhée affaiblit les malades mais pas autant qu'on pourrait le croire, étant donné la longue durée de l'affection. » L'auteur explique ce fait par la minime quantité de matières rejetées lors de chaque garde-robe.

Si quelquefois cette diarrhée est incoercible (Briquet, Huchard), le plus souvent, elle se limite à cinq, six, dix selles par jour (cas de Nothnagel). Cet état peut persister plusieurs mois (cas de Stéphanides).

Il existe, du reste, à ce sujet, de grandes variations et le symptôme cesse un jour brusquement comme il est apparu.

Il nous faut rapprocher de ces diarrhées les observations de ténesme rectal; signalées par Goodell. Certains malades, à la suite de la moindre excitation psychique ou autre, éprouvent un irrésistible besoin d'aller à la selle.

Le diagnostic de ces diarrhées névropathiques n'est guère facile. Pour le poser, il faut étudier les antécédents du malade, la marche de l'affection; « les intervalles de bonne santé, » dit Cherchewsky, répondent à des périodes de calme psychique, la maladie présente une série d'oscillations de caractères tout à fait différents, et à toute aggravation du mal correspond une grande fatigue mentale, ou une influence psychique quelconque, telle que chagrin, insuccès, anxiété, etc.

Si quelquefois l'hystérique est sujette à des crises de diarrhée, elle est le plus souvent victime d'une *constipation* plus ou moins rebelle. Parfois même le clinicien a sous les yeux tout le tableau de l'obstruction intestinale, avec vomissements stercoraux. Cette stase intestinale peut encore prêter à l'erreur et faire prendre pour une tumeur véritable l'accumulation de matières fécales en un point quelconque de l'intestin.

La pathogénie de ces faits a prêté à de nombreuses discussions. Berveiler parle seulement d'une suppression d'influx nerveux, quelle qu'en soit la cause, comme pouvant être « la source d'une forme d'inactivité intestinale ». D'autres auteurs, comme Martineau, expliquent certaines variétés de constipation par la paralysie du diaphragme et des muscles abdominaux. « Les rhumatalgies des parois abdominales ou du diaphragme entraînent l'effort par suite de vives douleurs occasionnées par le moindre mouvement, aussi donnent-elles lieu à la constipation. L'hyperesthésie des muscles abdominaux, si fréquente chez les hystériques, agirait de la même manière. »

Cette théorie, vraie dans quelques cas, ne saurait s'appliquer à toutes les observations.

D'autres cliniciens ont invoqué un trouble vaso-moteur. Martin admet ainsi chez les hystériques « une anémie de la muqueuse intestinale, par suite de ses glandes fonctionnant mal sous l'influence des filets vaso-moteurs irrités ». De même, Axenfeld et Huchard parlent d'une diminution dans la sécrétion des sucs intestinaux.

En réalité, la stase intestinale peut résulter d'une perte de la sensation de besoin (cette cause est signalée par plusieurs auteurs notamment Villemin, mais ordinairement elle n'est pas isolée). Elle peut dépen-

dre encore d'un spasme rectal, d'une contracture de la musculature intestinale, d'une paralysie de cette musculature.

Beaucoup de médecins insistent sur la possibilité d'une constipation relevant d'un spasme de l'anus (Sallard). « Parfois, dit Goodell, le sphincter rectal ne peut admettre le doigt ou la plus petite canule. On se trouve en présence d'un anneau de fer invincible. » On comprend, dès lors, comment à la longue un tel état peut simuler une affection organique du rectum (Dutil). Ce spasme se verrait surtout chez les hystériques d'un certain âge, apparaissant et disparaissant subitement, sans cause, à la suite d'une émotion. Parfois il s'associe à du vaginisme, de l'œsophagisme comme dans une observation de Huchard rapportée dans la thèse de Fouquet. Parfois il se montre sous forme d'accès coïncidant avec la période menstruelle (Villemin).

Pour d'autres, la constipation des hystériques est le plus souvent d'ordre paralytique. C'est ainsi que suivant Briquet il s'agit « d'un affaiblissement des fibres du rectum et du releveur anal ». Axenfeld et Huchard, Martineau, Brochin, Bernard, Burnet décrivent cette variété de coprostase déjà admise par Trousseau : « Les muscles intestinaux, disait cet auteur, perdent leur ressort au même titre que la vessie, au même titre que tous les muscles de la vie animale, au même titre que certains plans musculeux de la vie organique. » Toutefois Briquet, Lebreton font également jouer un rôle à l'anesthésie de la muqueuse rectale. Pour Luton, « dans la constipation par paralysie, la paralysie du mouvement est toujours précédée par la paralysie de la sensibilité de la muqueuse. Le besoin de la défécation n'est même pas senti. Dès lors, les matières s'accumulent dans le gros intestin, les fibres musculaires se laissent peu à peu forcer, et ne réagissent plus. »

En réalité, la stase intestinale des hystériques, comme le montre Mabin dans sa thèse, ne relève pas d'une cause unique et suivant les cas, la constipation est d'ordre paralytique ou d'ordre spasmodique ; la première dépendant d'une parésie du plexus solaire, la seconde, d'une excitation de ce même plexus.

Cliniquement, la constipation revêt chez l'hystérique deux grandes formes suivant qu'elle est intermittente ou continue.

Intermittente, elle se montre à la suite de secousses morales et s'accompagne de douleurs quelquefois excessives, survenant par accès, et du rejet de matières dures, aplaties, en crotte de chien. Dans l'intervalle des crises, l'état général est bon, mais un lavement quotidien est indispensable à l'évacuation intestinale.

Dans d'autres circonstances, la coprostase est continue et se présente sous des aspects variés : selles rares, ou en petite quantité, ou sèches et de petit volume ; quelquefois ces trois caractères sont réunis (Froussard).

Cette forme de stase intestinale est la plus fréquente dans l'hystérie. Elle débute insidieusement, souvent lors de l'établissement des règles (les selles ayant l'un des caractères vus ci-dessus), puis devient totale, et extrêmement tenace. Sa durée ordinaire est de cinq jours (Estèves), huit jours (Follet), dix jours (Cherchewsky) ; mais on a signalé des observations de coprostase persistant trois semaines (Briquet-Duchenne), six semaines (Lasègue), quarante-cinq jours (Longer, Villermay), quatre mois et demi même (Martin).

La palpation du ventre donne des renseignements variables suivant la variété de la constipation ; relève-t-elle d'un état spasmodique de l'intestin ? Le tympanisme et les douleurs concomitantes permettent difficilement de sentir une sorte de cylindre dur, roulant sous le doigt, au niveau des côlons, surtout du côlon transverse.

Dans la constipation d'ordre paralytique au contraire, la palpation beaucoup plus aisée donne la sensation « d'intestin chiffon » (Langenhagen) et çà et là révèle la présence de matières fécales accumulées. Ainsi se constituent les *tumeurs stercorales* siégeant presque toujours sur le trajet du gros intestin, dures ou au contraire gardant l'empreinte du doigt, plus ou moins volumineuses, mates à la percussion (Bernard). D'après Berveiler, elles auraient surtout quatre lieux d'élection : le cæcum, l'angle sous-hépatique du côlon, l'S iliaque, le rectum. Ces faits sont à rapprocher du syndrome décrit par Trastour sous le nom de dilatation passive de l'S iliaque. Quelquefois indolores spontanément et à la pression, ces tumeurs s'accompagnent tantôt de constipation absolue, tantôt d'une sorte de « défécation par regorgement », soit, dit Racle, qu'il y ait ramollissement d'une portion de la masse stercorale à la suite de l'hypersécrétion irritative de la paroi, soit même qu' « au centre de la tumeur se forme une sorte de canal laissant passer les matières qui viennent du bout supérieur de l'intestin ».

Dans la constipation plus ou moins rebelle, à laquelle souvent s'associe l'entéro-colite, l'état général cependant reste bon. L'amaigrissement est nul ou peu prononcé, mais il existe quelques phénomènes nerveux d'ordre réflexe : céphalée, bourdonnements d'oreilles, migraines, névralgies faciales (Surmont), changement de caractère, et parfois même un léger état fébrile.

La persistance de la stase intestinale entraîne à la longue des phénomènes d'obstruction intestinale. C'est la *pseudo-occlusion intestinale* de H. Bernard déjà décrite longtemps auparavant sous les noms d'*ileus*, de *passion iliaque*. Depuis les travaux de Henrot, Thibierge, de nombreuses observations en ont été rapportées (Follet, Cherchewsky, Vaschide et Pierron, Debove, Guinon, Estèves, etc.).

Dans chacune d'elles, on voit que la malade a été prise, parfois après une diarrhée passagère, d'une constipation invincible, résistant à toutes les médications, même aux lavements électriques. Le ventre est météorisé, fort douloureux ; des vomissements se montrent fréquemment parfois même fécaloïdes, comme nous le verrons plus loin. Cependant, au milieu de ces signes en apparence menaçants, l'état général est peu touché, le pouls est excellent, les urines sont toujours abondantes, non albumineuses.

Tous ces accidents durent un temps variable,

quelquefois interrompus par une selle rendue au milieu d'efforts fort douloureux. Brusquement tout se calme ; la malade va à la garde-robe spontanément sous une influence quelconque, souvent l'émotion d'une intervention décidée.

Dans d'autres cas (Sakorraphos, Strauss, André, etc.), la constipation se montre subitement chez un sujet ordinairement en bonne santé et bientôt tous les signes d'une occlusion vraie se présentent : suppression absolue des matières et des gaz, vomissements même fécaloïdes. Ventre fort douloureux, très ballonné. Dyspnée assez marquée. On conçoit combien le clinicien est hésitant en face de pareils cas. Toutefois plusieurs points permettent de porter un diagnostic exact : le pouls reste normal, bien frappé. Le facies excellent fait un « contraste de bon aloi » avec les souffrances qu'accuse la malade. Cette occlusion se montre par crises, quelquefois périodiques (cas d'André), cessant brusquement pour reparaître sous l'influence d'une émotion. Enfin, les recherches des stigmates de la grande névrose feront rejeter toute idée d'une intervention. Comme le dit M. Debove : « Il y a toujours quelque particularité qui éveille l'attention du clinicien ; le bout de l'oreille, si vous me permettez cette expression, passe par quelque endroit et vient trahir la nature du mal. ».

Néanmoins, quelquefois le tableau de l'occlusion vraie est réalisé au grand complet. C'est ainsi que Henrot rapporte l'histoire d'une malade qui ne pouvait plus marcher. Le hoquet se répétait. Sa figure était pâle, effrayante, les extrémités froides, quand la débâcle arriva.

Ces observations justifient les interventions chirurgicales entreprises parfois (Strauss, Reblaud), d'autant plus que les signes de l'occlusion sont assez souvent rapportés à une tumeur, en fait uniquement stercorale, et sont une indication encore plus pressante à une opération.

Les *vomissements fécaloïdes* eux-mêmes se voient dans l'hystérie, le plus souvent lors des accidents de pseudo-occlusion intestinale, quelquefois indépendamment de toute constipation. Mais pour affirmer leur existence, il faut toujours penser à la possibilité d'une simulation. L'observation de Nysten, rapportée par Jaccoud, concernant une jeune femme qui avalait des boulettes de matière fécale en est un bel exemple. Empereur met ces accidents en doute et les attribue à la supercherie des malades. Néanmoins, quelques faits paraissent probants, comme ayant été constatés par des médecins prudents. Parmi eux, nous citerons Barthez, Briquet, Jaccoud, Fouquet, Rosenstein, Cherchewsky, Desnos, Labbé.

Les circonstances dans lesquelles les vomissements stercoraux se montrent sont des plus variables. Parfois, c'est à la suite d'un traumatisme abdominal (Desnos), ou de vomissements incoercibles (Briquet) au cours d'attaques convulsives (Rosenstein) ou après une constipation opiniâtre. Toutes les observations sont calquées les unes sur les autres. La malade de Fouquet est prise subitement, sans cause, de coliques violentes, de vomissements avec dyspnée, angoisse extrême et bientôt rejette « des excréments, durs, d'un vert noirâtre, mêlés à une matière liquide beaucoup plus claire, d'odeur infecte très caractéristique ».

Des renseignements complémentaires apprirent à l'auteur qu'une crise semblable s'était déjà déclarée trois mois auparavant. Cherchewsky rapporte l'histoire analogue d'un homme sujet à la constipation et qui expulsa par la bouche un fragment de matière fécale long de 6 centimètres.

L'observation de Briquet est encore plus nette. Une hystérique vomit du café introduit dans le rectum. Pour déjouer toute supercherie, par la même voie, on fit passer du café avec de la magnésie calcinée dont on retrouva des traces ; de la teinture de tournesol bleu ; douze minutes après, la teinture était rejetée et tournée au rouge. Enfin un quart d'heure après l'administration d'un lavement d'eau salée, on décela dans le liquide vomi la présence d'une grande quantité de chlorures par le nitrate d'argent.

Tous ces faits sont ordinairement passagers. Le cas de Desnos au contraire, encore plus extraordinaire, concerne un individu qui, depuis deux ans, n'usait plus de garde-robe. Il rendit, devant témoins, à plusieurs reprises, sans être incommodé, « un crachoir de matières moulées, de consistance un peu molle, de couleur brun foncé, d'odeur *sui generis*, paraissant venir du gros intestin. »

Parfois ces évacuations se font au milieu de convulsions. L'enfant de neuf ans dont Rosenstein rapporte le cas, rejetait, au cours d'accès, des scybales et quelquefois même des boudins fécaux. Tous ces phénomènes se passèrent à la suite d'ingestion de bromure de potassium.

Ces accidents sont dus à des contractions antipéristaltiques de l'intestin. Contrairement à l'opinion ancienne il est aujourd'hui bien établi que la valvule de Bauhin est insuffisante et ne saurait s'opposer au rejet de matières venues du gros intestin, ainsi qu'en font foi plusieurs observations citées plus haut.

Dans un tout autre ordre de faits, les gaz que renferme le tube digestif donnent lieu chez l'hystérique à une série de symptômes pouvant prêter à l'erreur. Brassés lors des contractions de l'intestin, du diaphragme ou de la paroi abdominale, ils produisent des bruits hydro-aériques, connus sous le nom de *borborygmes*. Leur histoire clinique est bien établie depuis les descriptions de Briquet, d'Axenfeld et Huchard, de Grasset et Rauzier. Lécorché et Talamon, Pitres par la suite décrivirent un type spécial, les borborygmes rythmiques, que nous verrons plus loin.

Ces « gargouillements du ventre » se rencontrent à tout âge, quelquefois chez des individus sains, mais le plus souvent chez des femmes hystériques latentes ou avérées. Parfois, ils éclatent sans cause, parfois encore, dans les prodromes ou dans le cours d'une attaque convulsive, après un accès de colère, une violente émotion, un chagrin profond (Pitres). Dans d'autres cas, la crise est sollicitée par le retour d'un exercice régulier. Pitres a reproduit expérimentalement ces borborygmes en liant à ses deux

extrémités une anse intestinale, contenant du liquide et des gaz et en déterminant par une troisième ligature peu serrée, intermédiaire aux deux autres, une sorte de rétrécissement. Il semble bien que ces bruits relèvent d'un spasme hystérique formant une sorte de détroit, de défilé en un ou plusieurs points du tractus intestinal. Mais il faut faire jouer un rôle au diaphragme. Normalement, dit Pitres, la contraction des muscles respiratoires déplace doucement et sans bruit les organes abdominaux et anormalement une contraction spasmodique un peu vive les refoule avec bruit, donnant lieu à des conflits hydro-aériques synchrones aux mouvements respiratoires.

Le plus souvent, les gargouillements éclatent brusquement sous forme de « raclement », surtout localisés à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche. Exagérés par le corset, ils disparaissent quand la respiration est suspendue, augmentent quand elle est précipitée, surtout perceptibles lors de l'inspiration. Ce sont là les borborygmes rythmés de Pitres dont nous avons vu plus haut la pathogénie un peu spéciale.

Le décubitus dorsal les fait cesser ainsi que parfois une émotion, la présence du médecin.

Au palper, le ventre est ordinairement souple, quelquefois légèrement tympanisé, et donne à la main l'impression d'une sorte de va-et-vient. Ces gargouillements peuvent être périodiques. Une malade de Pitres avait deux crises par jour et chacune d'elles persistait de deux à quatre heures.

L'intensité de ces bruits est des plus variables. Une malade d'Ewald disait que « ses intestins se retournaient dans son ventre et on entendait ses explosions au seuil de la chambre ».

On comprend dès lors combien ce symptôme nullement douloureux par lui-même apporte une gêne dans les rapports sociaux. C'est une véritable infirmité pouvant durer des années, et cesser brusquement comme elle est apparue, sans motifs ou à la suite d'une cause banale.

Dans d'autres cas, la présence de gaz en excès dans l'intestin donne lieu au *tympanisme* ou *météorisme*. Un certain nombre d'auteurs établissent une distinction entre ces deux termes, distinction qui varie malheureusement avec chacun d'eux. C'est ainsi que pour Guéneau de Mussy et, après lui, Laguérie, le météorisme étant la distension exagérée de l'abdomen par des gaz, le tympanisme ne serait que l'exagération de ce signe. Pour Hippolyte Hirtz, une quantité anormale de gaz dans l'intestin constituerait le tympanisme, leur simple dilatation ou leur rétention en un point quelconque de l'intestin donnerait lieu au météorisme. Suivant Verhoogen, il faudrait entendre sous ce dernier terme l'accumulation de gaz dans l'intestin, définition qu'accepte Legendre, mais alors que celui-ci considère l'accumulation de gaz dans l'abdomen (estomac, intestin, péritoine), comme du tympanisme, Verhoogen fait intervenir dans sa production « l'activité contractile du diaphragme ».

Peu d'affections ont du reste une synonymie aussi riche que le tympanisme. On le désigna sous les noms variés les plus divers : hydropisie sèche et flatulente, maladie flatulente de l'intestin, flatulences, flatuosité, pneumatose intestinale, ascite sicca. Cette richesse de termes s'explique quand on voit le nombre de cliniciens qui ont étudié ce symptôme. Déjà connu des anciens (Hippocrate, Arétée, Celse), il fut surtout observé à l'époque où l'étude des maladies venteuses était en grand honneur, au XVIIIe siècle (Combalusier, Hoffmann). Des recherches entreprises au XIXe siècle eurent pour but d'expliquer le météorisme. Elles eurent pour point de départ l'expérience de Magendie sur l'anse intestinale et furent suivies des travaux de Gérardin, Fodéré, Chevillot, Baumès, Robin, Demarquay, Guéneau de Mussy, etc.

Enfin dans ces derniers temps, les chirurgiens ont montré sous quels aspects variés le tympanisme se présente et la multiplicité des types cliniques auxquels il pouvait donner lieu. De là date l'histoire des pseudo-péritonites aigües ou chroniques, des tumeurs fantômes, des fausses appendicites, etc.

La pathogénie du tympanisme a fait naître une foule de théories. Certains auteurs ne voient dans ce symptôme que la distension de l'intestin par l'air dégluti. Hippolyte Hirtz, Laguérie, Liebmann admettent cette explication dans quelques cas de pneumatose. Ebstein et Eichorst font même jouer un rôle à une sorte d'insuffisance pylorique. Perrody, dans une thèse récente sur l'aérophagie, se range à cet avis et rapproche la tympanite du « tic à l'air » observé chez les chevaux. Néanmoins, si la déglutition d'air est souvent rencontrée chez l'hystérique, on considère généralement les signes qu'elle provoque comme tout différents de la distension de l'intestin par des gaz.

Pour d'autres auteurs, le tympanisme aurait une origine extra-intestinale : Bernheim le regarde comme étant dû à une diminution d'étendue de la cavité abdominale par suite d'un abaissement du diaphragme. Suivant Verhoogen, ce muscle serait contracté dans le météorisme. C'est également l'opinion de Talma qui admet en outre avec Deniau, l'existence possible d'un spasme de certains muscles de la paroi. Le tympanisme généralisé relèverait au contraire d'un relâchement de cette même paroi. Enfin, Potain invoque une contraction des muscles lombaires qui déterminerait une lordose et projetterait ainsi plus ou moins tout le paquet intestinal. Pour Krukenberg de même, le développement de l'abdomen de certains hystériques est dû à un état particulier d'accommodation des muscles du rachis : d'où lordose, déterminant une augmentation notable de la pression intra-abdominale et par suite tuméfaction du ventre.

En réalité, cette lordose est inconstante et, quand elle existe, elle paraît plus souvent la suite du tympanisme qu'elle n'en est la cause. C'est donc dans un trouble fonctionnel de l'intestin qu'il faut chercher une explication de la pneumatose.

Pendant assez longtemps, on crut l'avoir trouvée dans une « exhalation de gaz, véritable pneumorrhée », suivant l'expression des auteurs du Compendium de médecine. Gérardin (et d'après lui Martineau) a décrit une certaine suppléance entre les exhalations gazeuses pulmonaires, cutanées et intestinales. Hippolyte Hirtz voit l'origine de certaines tympanites tantôt dans une sécrétion gazeuse, tantôt

dans un trouble vaso-moteur. Enfin, Trousseau parle d'une sécrétion exagérée de gaz « absolument comme sous la même cause nerveuse, il peut se faire une sécrétion exagérée de larmes, de salive et d'urine. Comme l'indique Verhoogen, toute cette théorie est une pure hypothèse et c'est dans un trouble fonctionnel de la musculature intestinale qu'il faut chercher la cause du tympanisme. Pour les uns, cette musculature est paralysée : c'est l'opinion de G. de Mussy, Lebreton, Burnet, Le Jamptel. Laignel-Lavastine récemment est venu l'appuyer de ses travaux et regarde le météorisme généralisé ou partiel comme « élément du syndrome solaire, une manifestation de paralysie ».

D'autres auteurs au contraire, comme Cherchewsky, attribuent toute pneumatose à une contracture spasmodique de l'intestin. Enfin, d'après plusieurs cliniciens (Axenfeld, Grasset et Rauzier, Deniau, Bernard), le spasme n'expliquerait que les cas de tympanite localisée.

En réalité, « la pathogénie d'une telle affection n'est pas univoque » (G. de la Tourette). Le symptôme relèverait tantôt de la paralysie, tantôt d'un spasme de l'intestin (Cadet, Legendre). Les cas de pneumatose généralisée paraissent dépendre d'un phénomène paralytique. Comme le dit Legendre : « Il existe à l'état normal un équilibre constant entre la tonicité des parois musculaires du tube digestif et la tension des gaz dans la cavité. Quand le développement de ces gaz est très brusque et très intense, la musculature surdistendue par surprise ne peut plus réagir et l'orifice pylorique se trouve rétréci par l'accolement de ses parois. De plus, des troubles dans les échanges osmotiques se faisant à travers la paroi des vaisseaux pourraient s'exercer sur les gaz comme sur les liquides, et on expliquerait ainsi, par un spasme des artérioles ou par une paralysie vasomotrice, ces cas de tympanite brusque, quelquefois rencontrés en clinique. »

Du spasme de la musculature intestinale, dépendrait au contraire la pneumatose localisée, les gaz étant ainsi emprisonnés dans un segment plus ou moins étendu du tube digestif et non pas par des flexures, des coudures de l'intestin formant valvules (G. de Mussy). Accessoirement, des phénomènes de contracture de la paroi ou du diaphragme peuvent se montrer, exagérant encore le symptôme. C'est de cette façon que prennent naissance les tumeurs fantômes.

Le tympanisme se rencontre beaucoup plus souvent chez la femme, surtout de quinze à vingt-cinq ans, bien qu'on l'ait vu débuter dès l'âge de cinq ans (Pitres). Il apparaît tantôt spontanément et d'une manière brusque, tantôt insidieusement, à l'époque des règles, après une émotion violente, une crise convulsive, un traumatisme. Comme le dit Rendu : « Ce n'est pas un des caractères les moins probants de la nature hystérique de l'affection que de voir la disproportion qui existe entre l'intensité du symptôme et l'insignifiance de sa cause productrice. »

(*A suivre*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 21 MARS 1907)

Pancréatites. — La discussion ouverte par M. Guinard sur la pancréatite suppurée se poursuit. M. Faure nous apporte deux nouveaux faits intéressants. Dans le premier il s'agit d'un malade chez lequel on avait diagnostiqué une perforation de l'estomac. On opère, on tombe sur un abcès du pancréas. Le malade guérit mais il conserva pendant quelque temps une fistule par laquelle s'écoule un liquide que l'examen a montré être du suc pancréatique. Le diagnostic se trouvait donc confirmé.

Dans le second cas, il s'agit d'un malade ayant présenté des phénomènes gastriques graves, avec vomissements abondants et répétés, amaigrissement considérable, tumeur au niveau de l'ombilic. On porte le diagnostic de cancer de l'estomac ou du côlon transverse. On fait une incision exploratrice, on trouve l'estomac et le côlon sains; ils sont seulement soulevés par une tumeur sous-jacente, M. Faure effondre le grand épiploon et donne issue à un magma noirâtre. Il s'agissait d'une pancréatite hémorragique.

Quant aux voies d'accès les plus favorables pour aborder ces tumeurs, M. Faure estime qu'elles doivent varier suivant les cas. On doit aller chercher le pus où il se trouve, soit par la voie thoracique, soit par la voie lombaire, soit par la voie ombilicale.

Hernies propéritonéales. — M. Delbet, à propos de la communication faite récemment par M. Schwartz, relate l'observation d'un malade traité dans le service de M. Landouzy pour une grave affection cardiaque. Ce malade fut pris brusquement d'une violente douleur dans la région ombilicale.

On diagnostiqua une embolie de l'artère mésentérique. M. Delbet ne fut appelé que cinq jours après le début des accidents. Il fit la laparotomie en vue d'une résection de l'intestin pour embolie de l'artère mésentérique. Il ne trouva pas d'embolie, mais il constata des lésions de péritonite et l'existence d'une tumeur grosse comme une pomme au-dessus de l'arcade de Fallope du côté gauche. C'était une poche herniaire avec étranglement et gangrène. Le malade succomba. Il eût pu être sauvé s'il avait été opéré plus tôt.

M. Delbet présente des considérations d'ordre général sur l'origine de ces hernies propéritonéales.

M. Potherat communique l'observation d'un jeune homme de dix-huit ans qui fut pris de violentes douleurs dans l'abdomen avec phénomènes généraux graves et mauvais état général. Un médecin aurait réduit une hernie. Il y avait, dans la région scrotale du côté droit, deux masses distinctes, une supérieure et une inférieure transparente à la lumière. Six ans auparavant M. Villemin avait fixé au fond des bourses un testicule en ectopie et il avait obtenu un beau succès. M. Potherat diagnostique une hernie propéritonéale avec hydrocèle autour du testicule, sans communication. M. Potherat opéra, trouva un certain degré d'étranglement herniaire, réduisit.

Ces hernies propéritonéales, quoique graves, peuvent être diagnostiquées.

MM. Routier et Broca signalent des faits analogues.

Appendicite et traumatisme. — M. Picqué fait un rapport sur un mémoire de MM. Jeanbrau et Anglada (de Montpellier) concernant les relations de l'appendicite avec les traumatismes au point de vue pathogénique et médico-légal.

Après avoir recherché toutes les observations, au nombre de 58, publiées sous le titre d'appendicite post-traumatique, MM. Jeanbrau et Anglada étudient le rôle d'un choc sur la

fosse iliaque et d'un effort violent chez un appendiculaire et chez l'homme sain. Ces auteurs concluent que, chez un homme sain, le traumatisme ne crée pas l'appendicite. Les crises survenues après des accidents sont donc des « réveils » d'appendicite préexistante. L'accident amorce une poussée aiguë chez un appendiculaire avéré ou latent, il révèle ou aggrave l'appendicite, il ne la produit pas.

Tétanos. — M. Guinard présente un jeune homme qui en jouant au foot-ball sur la plaine de Bagatelle tomba sur la tête, et se fit une légère blessure sur la tempe. Il se releva et continua à jouer. Cinq jours après il présenta du trismus et fut pris de tétanos hydrophobique avec paralysie faciale complète du côté atteint. Il reçut 21 injections sous-cutanées de sérum antitétanique de 10 centimètres cubes et une injection intrarachidienne. Le traitement a duré un mois. Ce jeune homme est aujourd'hui complètement guéri et ne présente plus trace de paralysie faciale.

M. Bazy constate que ce fait confirme l'opinion qu'il a toujours soutenue sur l'importance des injections de sérum antitétanique dans tous les cas de plaies de rue.

Cette intéressante observation de M. Guinard va devenir l'objet d'une nouvelle discussion sur le traitement du tétanos. Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans cette observation, c'est que le sérum antitétanique semble ici avoir eu une action curative et non pas seulement préventive.

De l'emploi de l'eau salée dans les tuberculoses externes. — M. Reynier présente plusieurs malades atteints de tuberculoses osseuses avec fistules externes, chez lesquels l'emploi des applications d'eau salée a donné de très bons résultats.

BERTHELOT

(1827-1907)

On a souvent répété que si Lavoisier avait créé la moitié de la chimie, à Berthelot revenait l'honneur d'avoir créé l'autre moitié.

Rien au fond n'est plus juste. Lavoisier avait montré que « la chimie marche vers son but et vers la perfection en divisant, subdivisant et resubdivisant encore » et il l'avait définie, la *science de l'analyse*.

L'idée de fond qui a au contraire constamment inspiré Berthelot, qui a dirigé sa prodigieuse et inlassable activité, c'est que « la chimie crée son objet... Elle a la puissance de refaire ce qu'elle a détruit ». Les combinaisons chimiques que la nature réalise dans le sol, dans les racines d'une plante, dans l'estomac d'un animal, le chimiste peut les reproduire dans son laboratoire.

Bien plus, une fois qu'il a démêlé les secrètes affinités des corps, il est capable de réaliser des combinaisons nouvelles que la nature ne nous offre pas. C'est de cette conception qu'est sortie la *synthèse organique*.

Avant Berthelot la synthèse des composés minéraux avait déjà été tentée avec succès, mais pour la chimie organique, si l'on en excepte l'expérience de Wœhler qui dès 1828 avait reconstitué l'urée, rien n'avait été fait; bien plus, des chimistes éminents comme Berzélius ou Gehrardt déclaraient la synthèse organique impossible.

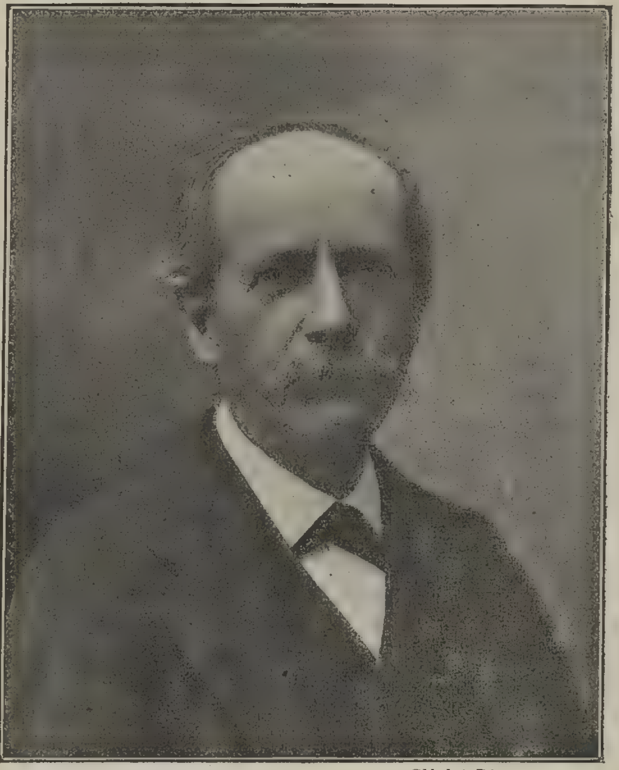
A partir de 1854, les grandes découvertes de Berthelot se succèdent avec rapidité. Il réalise la synthèse de l'acide formique obtenue par l'union de l'oxyde de carbone et de l'eau en présence de la potasse; puis la synthèse méthodique des carbures d'hydrogène, des alcools, des essences; enfin, celle de l'*acétylène*, la plus surprenante, la plus inattendue et la plus simple.

Si par la synthèse organique, Berthelot montra qu'on pouvait tirer « du néant pour le plus grand bien de l'humanité une multitude de corps nouveaux semblables ou supérieurs aux produits naturels », en créant de toutes pièces la *thermochimie* il bouleversa une fois de plus toutes les idées classiques au sujet de l'*affinité* des corps entre eux.

Le premier, Berthelot eut l'idée de mesurer cette affinité par la chaleur que dégage la combinaison de deux corps.

De ses théories thermochimiques découlèrent des expériences dont l'importance fut considérable, expériences sur la chaleur de formation des corps oxygénés de l'azote, du fulmicoton, des corps nitrés, et la détermination de l'énergie des substances explosives nouvelles. En collaboration avec M. Vieille il fit des recherches sur l'onde explosive. On sait que c'est l'ensemble de ces travaux qui a préparé la découverte de la poudre sans fumée.

Synthèse organique et thermochimie, tels sont les deux principaux titres de Berthelot à la gloire.



Cliché Pirou.

Mais nous autres médecins ne pouvons oublier que Berthelot posa également une théorie fondamentale en physiologie dans ses longues études sur la *fixation de l'azote* par les plantes et par la terre arable.

Sa dernière note à l'Académie des sciences, présentée à la séance du 4 mars, était encore une note où la thermochimie venait au secours de la physiologie. Elle était consacrée à la chaleur de combustion et de formation de quelques principes azotés : l'hématine, l'hémoglobine et la bilirubine.

Si l'on songe que cet esprit vraiment universel ne se contenta pas d'être un chimiste génial, mais que malgré ses travaux de laboratoire, la publication de ses quinze volumes, de ses douze cents mémoires originaux, il fut encore un philosophe « passionné pour l'amélioration continue du plus grand nombre et pour la grandeur morale et matérielle de la démocratie », on reste confondu d'admiration devant une si prodigieuse activité.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 36. — MARDI 26 MARS 1907. 80e ANNÉE. MARDI 26 MARS 1907. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, le 25 mars 1907.

Nous avons déjà annoncé que, sur l'initiative de M. Just Lucas-Championnière, un certain nombre de médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris viennent de jeter les bases d'une association destinée à donner à l'enseignement hospitalier une expansion et une publicité qui lui manquent.

Rappelons qu'il y a quelques années M. Variot avait déjà conçu un projet analogue.

En adressant au corps des hôpitaux les statuts de la nouvelle association, le comité d'organisation les accompagne d'un certain nombre de commentaires qui précisent le but de l'association :

« Nous avons pensé à faire un groupement qui ne veut pas avoir la prétention de former une école, son principe premier étant justement la liberté absolue pour tous ses membres de comprendre leur enseignement et de le limiter comme ils le veulent.

Nous constatons toutefois que dans l'enseignement hospitalier chacun de nous professe de préférence sur des sujets familiers et favoris qui constituent un grand nombre d'enseignements spéciaux, d'études originales et personnelles que le public médical de tous pays a le désir de connaître et de suivre.

Tandis qu'à l'étranger (Amérique, Allemagne, Angleterre, Autriche) le programme de ces enseignements spéciaux est publié avec beaucoup de soin, tandis que les cours de spécialités y sont organisés de façon à offrir aux médecins et aux étudiants des cycles connus, des organisations habituellement payantes et très recherchées, chez nous quelques rares affiches, sans programmes et sans indications précises, sont tellement insuffisantes, que les Français les connaissent peu et que les étrangers n'ont souvent aucune idée des facilités qu'ils trouveront pour suivre les professeurs éminents qu'ils sont réduits à connaître par leurs publications et dont ils souhaiteraient souvent de suivre l'enseignement particulier et surtout la pratique hospitalière. Cet enseignement individuel serait d'autant plus profitable pour eux que, grâce à nos concours, l'habitude de professer est incomparablement plus générale chez nous qu'en aucun autre pays.

... Le principe sera la liberté absolue de l'enseignement et la liberté absolue de la forme de l'enseignement.

Suivant les prédilections de chacun, cet enseignement sera gratuit, comme c'est chez nous la coutume la plus commune, ou sera payant, ainsi que cela existe presque toujours à l'étranger.

... Comme cette association n'a pas la personnalité ni les devoirs d'une école, nous avons prévu le cas dans lequel le succès de l'association et la diffusion de la science pourraient bénificier de la parole de personnes qui ne seraient pas membres de la société.

Cet appel à des savants étrangers à l'institution, ou même étrangers au pays, rendrait à l'occasion des services que l'on peut demander à des institutions plus homogènes et régulièrement constituées.

Nous insistons en terminant sur ce point pour bien affirmer qu'il ne s'agit, pour aucun de nous, de la pensée de faire une concurrence quelconque à l'enseignement officiel, tel qu'il est nécessaire dans une Faculté en vue des examens et de la collation de grades ou de diplômes, mais de grouper les ressources éparses d'un enseignement complémentaire, ressources telles que peut-être aucune ville au monde n'en peut offrir comme Paris, sans que jusqu'ici on ait rien fait pour les faire connaître ni pour les développer. »

Ces statuts ont été rédigés par une commission composée de MM. Babinski, Béclère, Boissard, Hirtz, Richardière, Rist, Variot, Villemin, Lucas-Championnière.

Rappelons que le bureau pour 1907 est ainsi constitué : Président, M. Lucas-Championnière ; vice-présidents, MM. Babinski et Variot ; secrétaire général, M. Souques ; secrétaire adjoint, M. Labey ; trésorier, M. Sergent.

Peut-être est-il permis de regretter que, dans la constitution de l'association, les médecins et les chirurgiens des hôpitaux *agrégés* aient été tenus à l'écart.

Nous n'ignorons pas que les promoteurs de l'association, en évitant de convier les agrégés, ont eu l'intention de leur épargner une sorte de manifestation qui aurait pu être gênante pour quelques-uns d'entre eux. L'impression première s'effacera certainement lorsque des explications nettes se seront fait jour.

Il n'en est pas moins vrai que cette orientation initiale crée, à l'origine de l'association, une scission toute d'apparence sans doute, mais qui n'en produit pas moins un certain sentiment de défiance susceptible de paralyser les bonnes volontés.

LIVRES NOUVEAUX

L'âme et le système nerveux. Hygiène et pathologie (1), par Forel.

Le livre du docteur Forel se trouve divisé en trois parties. Dans la première, intitulée : *Ame, cerveau et nerfs à l'état normal*, l'auteur essaie de synthétiser les qualités multiples de l'esprit et de l'âme et de définir la connaissance, le sentiment, la volonté, la logique, la mémoire, etc., etc., et d'indiquer leurs rapports avec le système nerveux, dont il rappelle en quelques pages la physiologie. Le deuxième concerne la *pathologie nerveuse*. Les maladies mentales ou nerveuses peuvent toutes être réparties en quatre groupes : *a.* maladies embryogéniques : idiotie, imbécillité; *b.* maladies héréditaires; *c.* maladies acquises : épilepsie, vésanies, intoxications et infections, maladies de la nutrition; *d.* maladies par évolution rétrograde ou sénile. Ces diverses maladies sont favorisées par l'hérédité ou par diverses causes acquises, corporelles ou psychiques. Enfin la troisième partie, la plus importante, est consacrée à l'*hygiène de la vie de l'âme et du système nerveux* et étudie méthodiquement l'hygiène de l'hérédité, l'hygiène de l'enfance, et l'hygiène adulte, individuelle ou sociale. Car « l'hygiène populaire doit mettre toute personne douée d'une certaine dose d'éducation et de bon sens en état d'éviter autant que possible les maladies et les anomalies, tant pour elle-même que pour sa famille et ses descendants, et de développer à tous égards sa force et sa santé, ainsi que les leurs ».

L. BABONNEIX.

(1) In-8°. — Paris, 1906, Steinheil.

LE TRAITEMENT DES MÉTRITES

(*Étude pratique*)

Par le docteur SOUBEYRAN,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Problème délicat s'il en est, et qui laisse souvent dans un pénible embarras le praticien hésitant entre la multitude des moyens et des agents dont l'indication lui est fréquemment mal connue.

Et en effet, les données directrices de ce traitement sont multiples, et les difficultés à vaincre sont nombreuses. Sans vouloir insister sur la diversité des lésions, qu'il nous suffise de rappeler que le traitement des métrites doit s'adresser aux lésions de la muqueuse enflammée, épaissie, fongueuse, polypeuse (*métrites aiguës*, *chroniques*, *polypeuses*); aux glandes utérines multipliées, hypersécrétantes et ayant envahi le muscle (*lésions glandulaires*); au tissu interstitiel, qui étouffe ces glandes (*lésions interstitielles*); aux vaisseaux dilatés, néoformés, saignants (*forme hémorragique*).

De plus au niveau du col, nous pouvons trouver des lésions spéciales : *déchirures*, *œufs de Naboth*, *polypes muqueux*, *ulcérations*, et ces lésions si nombreuses viennent encore se compliquer d'un élément important dont il faudra tenir un grand compte : l'*état constitutionnel du sujet*, le terrain sur lequel évolue la métrite.

Traitement prophylactique. — La prophylaxie des métrites consiste à éviter les deux grandes causes d'infection génitale : les infections blennorragiques et puerpérales.

1° On traitera donc avec soin les *vulvo-vaginites blennorragiques*, les *bartholinites*, et l'on avertira le futur mari atteint de blennorragie chronique des dangers qu'il fera courir à sa femme (1);

2° L'*infection puerpérale* sera prévenue par une asepsie minutieuse lors de l'accouchement et de l'avortement. S'il y a rétention des débris placentaires on agira avant que les hémorragies n'aient montré que l'infection s'est déjà enracinée dans la muqueuse.

Suivant le conseil de Pinard, dès que la température atteint 38 degrés : *injection intra-utérine* (permanganate de potasse à 1 p. 2000, microcidine à 4 p. 1000; iode 3, iodure de potassium 5, eau distillée 1000).

Si, après cette injection, la température n'atteint pas 38 degrés, faire une deuxième injection intra-utérine;

Si la température est au-dessus de 38 degrés, le pouls à 120 environ, et si le troisième jour n'est pas accompli, faire soit l'*irrigation continue*, soit de *grands lavages* 3 fois par jour, de 10 à 12 litres chacun (naphtol β, 0g50 par litre, permanganate de potasse, 1 p. 2000).

(1) On n'oubliera pas que l'infection blennorragique se cantonne volontiers au col, qu'elle s'étend en surface et se limite souvent à la muqueuse, tandis que l'infection puerpérale (streptocoque) gagne rapidement en profondeur, et intéresse la paroi utérine.

Enfin si la fièvre persiste, on devra recourir au *curetage*, que l'on fera précéder du *curage digital* et suivre d'un *écouvillonnage* destiné à rendre l'opération plus complète, et qui, par égard pour la paroi utérine, devra être séparé de l'accouchement par un intervalle d'au moins trois jours.

Traitement général et local commun aux diverses variétés. — 1° Le TRAITEMENT GÉNÉRAL s'adressera à la nutrition générale souvent si gravement compromise, et l'on traitera le *lymphatisme* (hydrothérapie, frictions sèches, huile de foie de morue, phosphate de chaux, eaux chlorurées-sodiques, toniques), l'*anémie* (bains salés, quinquina, eaux ferrugineuses, arsénicales, cure d'air), la *dyspepsie* (eaux alcalines), le *neuro-arthritisme* [arsenic, alcalins, régime végétarien, site agréable (1)];

2° On combattra la CONSTIPATION afin de diminuer la congestion du bassin soit par des lavements émollients glycérinés, soit par le régime (légumes verts, pruneaux), soit par des purgatifs doux (cascara sagrada, rhubarbe, huile de ricin, Seddlitz, etc.);

3° Le REPOS sera indispensable; la malade gardera le décubitus horizontal pendant les périodes aiguës, ainsi qu'au moment des périodes menstruelles (jamais d'exploration à ce moment); en dehors des poussées, pendant la marche, le ventre sera immobilisé par une ceinture abdominale en flanelle ou par une sangle de Glénard. Les fatigues, les efforts, le coït seront évités;

4° Restent les INJECTIONS VAGINALES; elles seront *chaudes* (40 à 45 degrés), *prolongées*, prises lentement et dans le *décubitus dorsal*. La position accroupie ou assise est absolument mauvaise; la malade sera couchée sur le bord du lit les jambes appuyées sur deux chaises, le bassin étant un peu élevé (toile cirée sous le siège plongeant en gouttière dans un seau); la douche qui contiendra 2 litres sera située à un mètre au-dessus du lit et la canule vaginale sera poussée jusqu'au col. La malade restera couchée une heure après l'injection du matin, le soir elle restera au lit, car une certaine quantité de liquide est retenue au fond du vagin, véritable bain local pour le col. Les solutions employées sont : le sublimé à 1 p. 4000, le lysol à 10 p. 1000, le tannin, l'alun (une demi-cuillerée à bouche par litre);

5° Nous ne parlerons pas de l'ÉLECTRICITÉ (courants galvaniques), méthode peu usitée, dont on a obtenu quelques bons résultats dans les métrites hémorragiques.

Métrite aiguë. — Le traitement médical, et surtout l'*immobilité rigoureuse* forment la base du traitement, on s'abstiendra d'explorations et de toute manœuvre intra-utérine. Sur le ventre : glace, compresses humides, froides, cataplasmes laudanisés; suppositoires calmants, injections vaginales, chaudes (40 degrés), lentes et sans pression, émollientes (pavots) ou peu antiseptiques; boissons chaudes, lait, bouillon, légumes, tels seront les moyens employés.

(1) Certaines métrites, relevant de l'infection syphilitique, ainsi que nous le faisait récemment remarquer le docteur de Mello Breyner, médecin des hôpitaux de Lisbonne, seront avantageusement soignées par le traitement spécifique, traitement qui lui a donné de beaux résultats.

Le traitement des métrites aiguës *puerpérales* a été déjà examiné.

Nous aurons en vue surtout la métrite aiguë BLENNORRAGIQUE, la plus fréquente, sans oublier que chez la femme l'infection aiguë de la muqueuse génitale est généralisée (Verchère). On s'occupera donc (après avoir fait l'examen bactériologique) : de la *vaginite* (injections vaginales de permanganate à 1 p. 4000; pansement à la gaze enduite de vaseline iodoformée, salol à l'intérieur);

De l'*urétrite* (lavages urétraux au permanganate de potasse à 1 p. 2000, instillations de nitrate d'argent à 1 p. 50).

La MÉTRITE AIGUE sera traitée par le *repos absolu* au lit, la glace sur l'hypogastre, ou mieux l'enveloppement de Priessnitz (serviettes mouillées entourant l'abdomen et renouvelées dès qu'elles sèchent), les bains de siège, les purgatifs légers et la thérapeutique vaginale déjà vue.

Quand la période aiguë sera sur son déclin, ou terminée (il serait dangereux de traumatiser l'utérus avec une pince ou un cathéter à cette période), on fera des *injections intra-utérines* (40 degrés) tous les jours, de permanganate de potasse à 1 p. 2000; un speculum sera délicatement introduit (anesthésie du vagin avec des tampons cocaïnés à 1 p. 30, si c'est nécessaire), le bock sera à 50 centimètres de hauteur et le dilatateur-laveur de Reverdin sera introduit dans le col; le *pansement* sera réalisé par une mèche de gaze iodoformée mise dans le vagin ou par des tampons glycérinés.

Lorsque le gonocoque aura disparu, on fera des lavages avec une solution de sublimé à 1 p. 2000 et des cautérisations intra-utérines au nitrate d'argent à 1 p. 50, au chlorure de zinc à 1 p. 20 à l'aide d'un petit tampon d'ouate monté sur un porte-coton ou sur une pince. Pour l'*endocervicite aiguë*, Petit (1) recommande l'irrigation continue du col avec une pince fixatoire; le soir : tampons vaginaux glycérinés ou ichtyolés (ichtyol, 10, glycérine 100).

Quand la métrite aiguë se prolonge, on est autorisé à faire tous les deux jours des *scarifications* sur le col, bien exposé avec le speculum; à l'aide d'un bistouri, huit à dix piqûres sont faites et on laisse saigner dix minutes; par-dessus un tampon de gaze iodoformée est appliqué. Petit (2) recommande encore dans les cas où il y a en même temps une vaginite rebelle, la *levure de bière* stérilisée, mise sur le col; elle dégage du gaz carbonique qui tue les aérobies et fait un milieu acide

Contre les *douleurs* : lavements laudanisés, suppositoires opiacés (4 centigrammes d'extrait thébaïque et 1 centigramme d'extrait de belladone).

Métrites chroniques (leucorrhée, douleurs, cervicite, etc.). — Les métrites chroniques sont justiciables de traitements multiples, les uns sanglants, les autres non sanglants, variables suivant l'état des lésions. Nous nous occuperons d'abord de la forme ordinaire, *catarrhale* (hypersécrétion glandulaire) si fréquente, étendue à la fois au col et à la cavité du corps, surtout chez les multipares, puis nous examinerons le traitement de certaines lésions spéciales du col. [L'infection utérine est plus marquée au niveau du col; Richelot (1) a même pu dire : « La *métrite chronique est une métrite cervicale*, mais elle existe aussi au niveau du corps. »]

Le traitement général ne sera jamais oublié et l'on insistera sur l'*antisepsie vaginale*, surtout sur les injections de sublimé; on saura d'ailleurs varier l'antiseptique.

Mais le point essentiel est d'arriver à modifier la muqueuse utérine par une thérapeutique intra-utérine (2).

Ce TRAITEMENT INTRA-UTÉRIN s'effectue par trois ordres de moyens :

A. *Les pansements intra-utérins*;
B. *Les cautérisations;*
C. *Le curetage.*

A. PANSEMENTS INTRA-UTÉRINS. — *a*. La *dilatation du col*, qui assure un bon drainage et une facile pénétration des agents modificateurs, doit précéder la plupart des manœuvres portant sur la cavité utérine quand le col est étroit; elle est le plus souvent inutile quand il s'agit d'une femme ayant eu des enfants. On peut la faire *lentement* à l'aide de *laminaires* retirées le lendemain, et de plus en plus grosses; mais cette méthode tend à être de moins en moins employée [même avant le curetage, Pozzi (3)], sauf dans les cas de sténose très rebelle à la dilatation, car elle n'est pas exempte d'ennuis : douleurs vives, poussées aiguës utérines et périutérines.

Mieux vaut employer les *bougies d'Hegar* bien aseptiques et vaselinées, jusqu'au n° 12 ou 15 en procédant avec douceur (accroissement de 1 millimètre par bougie); l'anesthésie générale sera parfois nécessaire; ou bien encore, plus simplement les *dilatateurs* (Sims, Collin, Reverdin); ce dernier, dilatateur-laveur de Reverdin, permet de dilater le col sous un filet amollissant d'eau chaude et d'exécuter facilement un véritable massage du col (Tédenat);

b. Les *irrigations intra-utérines* accompagneront et suivront la dilatation du col; on les fera soit avec une sonde fine mise dans le col [Schulze (4)], ou mieux avec un laveur-dilatateur et l'on fait passer une solution chaude de sublimé à 1 p. 4000, de nitrate d'argent à 1 p. 100, de chlorure de zinc à 1 p. 100, de lysol à 2 p. 100;

c. Le *nettoyage* mécanique de la cavité, suivi de lavages, se fait soit avec de l'ouate enroulée sur un hystéromètre ou sur un porte-coton, et imbibée d'un caustique, si l'on veut, soit avec un écouvillon [Doléris (5)] à crins durs et en tournant;

(1) PETIT. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 133.
(2) PETIT. Congrès international de médecine, 6 déc. 1900.

(1) RICHELOT. *La chirurgie de l'utérus*, 1902.
(2) Quand il existe de l'annexite, on doit être très sobre de manœuvres utérines.
(3) POZZI. *Traité de gynécologie*, 1906, p. 306.
(4) SCHULZE. *Arch. f. Gyn.*, 1882, p. 275.
(5) DOLÉRIS. *Arch. d'obst. et de gyn.*, 1887.

d. Le *drainage* enfin termine le pansement utérin; les corps étrangers que constituent les drains, les crins, les tubes de verre d'aluminium, sont absolument à rejeter, car ils irritent; bien préférable est le *drainage capillaire à la gaze* iodoformée, véritable *tamponnement* (Fritsch, Gouzartchik, Pozzi) : une lanière de gaze, longue de 50 centimètres et large de 3 centimètres, est tassée légèrement dans la cavité utérine avec l'hystéromètre, l'extrémité dépasse à la vulve et la mèche est facilement retirée le lendemain, avant même s'il y a des coliques; on peut l'imbiber de phénol à 2 p. 100 ou d'un autre modificateur (*pansement permanent*).

Une mèche de gaze iodoformée ou des tampons glycérinés (glycémie ichtyoléeà 10 p. 100, thigénol au tiers), mis dans le vagin complètent le pansement, qui sera renouvelé tous les deux jours.

B. Cautérisations intra-utérines. — Nous ne nous occuperons que très peu de certaines méthodes peu usitées, aveugles ou dangereuses.

L'*ébouillantement* de la muqueuse utérine, créé par Sneguineff (de Moscou), consiste à faire passer de la vapeur d'eau à 100-110 degrés dans l'utérus à l'aide d'une sonde fenêtrée à double courant. Cette pratique, très usitée en Allemagne et en Russie, bonne dans la métrite hémorragique, n'est pas exempte d'accidents (brûlures, sténoses cervicales, péritonite); l'*électricité*, les *porte-caustique*, les *caustiques solides* (crayons de nitrate d'argent, de pâte de Cangouin) laissés dans l'utérus, sont également rejetés, car ils peuvent créer des sténoses.

Seuls certains *crayons médicamenteux* peuvent être utiles, tels les crayons de salicylate de méthyle et d'airol recommandés par Mériel (1).

Les *caustiques liquides* sont plus importants; on les applique à l'aide d'un petit tampon d'ouate, enroulé sur une sonde ou sur un porte-mèche qu'on imbibe de la solution [Playfair (2)]; puis on l'introduit dans le col, suffisamment large, pendant que le vagin est protégé par un tampon de coton, mis en arrière du col, l'application dure près d'une minute, et on la fait suivre d'une irrigation intra-utérine et d'un drainage utérin à la gaze iodoformée. Les caustiques de plus employés sont : la liqueur de Battey (iode, 20; acide phénique, 100; glycérine, 200); le chlorure de zinc à 1 p. 2 [Brœse (3)], l'acide nitrique fumant [Page (4)], l'acide phénique pur; le formol au tiers [Gerstenberg (5), Tédenat], constitue un excellent agent.

Pour faire une bonne cautérisation, le col doit être préalablement bien dilaté avec le dilatateur-laveur, d'abord pour éviter une sténose, ensuite pour que le tampon ne soit pas exprimé en franchissant le col; ces cautérisations auront lieu une ou deux fois par semaine.

Restent les *instillations caustiques*, elles se font avec de la teinture d'iode, du chlorure de zinc au quart [injecter un gramme (Delbet)], du perchlorure de fer, de la glycérine créosotée au dixième (Doléris), du protargol au dixième [Cailleux (1)].

On doit injecter peu de liquide (2 à 3 centimètres cubes à l'aide de la seringue de Braun munie d'une sonde en gomme); le col sera suffisamment dilaté pour que la canule y glisse largement afin de permettre le reflux du liquide et d'éviter (injecter avec douceur et lentement en retirant la canule) qu'il n'aille dans les trompes; le vagin sera protégé par de l'ouate ou irrigué pour éviter qu'il ne soit cautérisé, et l'injection sera renouvelée une ou deux fois par semaine.

Des douleurs vives, des vomissements, des syncopes peuvent se voir après ces instillations.

C. Curetage. — Il n'est aucunement dans notre intention de décrire le but, les instruments, la technique, les soins consécutifs et les accidents de cette opération inventée par Récamier, que l'on trouve décrits partout, et excellemment en particulier dans la dernière édition du traité du professeur Pozzi. Plus difficile et plus important peut-être est-il de fixer les indications de cette opération, dont tant de praticiens grands et petits, ont abusé; et combien n'y a-t-il pas de femmes qui vous répondent : Je souffre plus après mon curetage qu'auparavant!

« Le curetage, dit Pozzi (2), est le véritable traitement rationnel, le procédé de choix, contre la métrite catarrhale. Dès que les moyens simples ont échoué (traitement général, injections vaginales et intra-utérines, pansements locaux), il ne faut pas hésiter à y recourir. Tarder trop longtemps serait donner le temps aux lésions de la muqueuse de s'accentuer; ce serait aussi exposer le parenchyme du corps et surtout du col à des altérations sclérotiques, à des dégénérescences folliculaires; enfin on ne doit pas oublier la propagation possible des lésions aux trompes, si fréquente dans les métrites catarrhales invétérées et qui deviennent une contre-indication du curetage. »

D'autre part, certains auteurs comme Marion (3) écrivent : « Le curetage doit être absolument proscrit dans les métrites aiguës ou chroniques non hémorragiques et dans les cas de métrites hémorragiques compliquées de lésions annexielles. »

Il faut en conclure que le curetage est en somme assez rarement indiqué, dans les métrites chroniques catarrhales, et pour notre part nous l'avons vu faire ou fait bien peu souvent.

Il sera contre-indiqué, formellement dans les *métrites aiguës*, dans les métrites chroniques qui s'accompagnent d'un *état inflammatoire quelconque péri-utérin* ou *annexiel* (si fréquent), auquel il imprimerait immédiatement une allure aiguë. Il sera *indiqué* (avec toutes sortes de réserves) dans les métrites catarrhales chroniques après l'échec d'un très long usage de moyens simples et des pansements locaux,

(1) Mériel. Congrès de gynécologie de Marseille, 1898.
(2) Playfair. *Lancet*, 1870, t. II, p. 13.
(3) Brœse. *Centralbl. f. Gyn.*, 1888, p. 461.
(4) Page. Th. de Paris, 1901.
(5) Gerstenberg. *Centralbl. f. Gyn.*, 1900, n° 34.

(1) Cailleux. Th. de Paris, 1900.
(2) Pozzi. *Traité de gynécologie*, 1905.
(3) Marion. *Technique chirurgicale*, 1904, p. 418.

qui lui sont en général bien préférables, et en dehors des contre-indications précédentes.

Traitement de certaines lésions du col. — *Polypes muqueux.* — Il suffira de les enlever par torsion avec une pince longue et plate, ou de les cureter s'ils sont nombreux et de cautériser avec le thermocautère la surface saignante qui résulte de leur ablation.

Ulcérations du col. — On traitera en même temps la métrite du corps qui existe constamment et ces ulcérations. Ces dernières seront touchées tous les deux jours à la teinture d'iode, à l'acide nitrique faible, au chlorure de zinc au dixième; Hofmeier (1) emploie des bains du col avec l'acide acétique, durant quelques minutes. Richelot (2) a réhabilité le caustique de Filhoz et nous en avons vu nous-même dans le service de M. le professeur Tédenat les excellents résultats (3); on promène le caustique sur les ulcérations une fois par semaine (six à dix séances suffisent en général), il se forme une escarre noirâtre, on lave le vagin à grande eau et on le tamponne à la gaze. Ce traitement est excellent pour la plaque de l'ectropion, et aussi pour l'endo-cervicite quand le canal est large : le col reprend un bel aspect en quelques semaines.

Cols très altérés. — Quand le *col est très altéré* et qu'il existe des *déchirures*, des *ulcérations* rebelles, quand il y a surtout de l'*hypertrophie*, avec *dégénérescence folliculaire*, *kystique* ou *sclérose*, il faut préférer l'excision des tissus malades (4). Les opérations qui s'adressent à ces cas sont :

La *trachélorraphie* (opération d'Emmet) qui s'adresse aux déchirures du col et qui est complètement délaissée.

L'*amputation du col*, meilleure opération où l'on doit s'efforcer d'enlever les tissus morbides, d'affronter exactement, de ménager un bon orifice utérin. Elle s'exécute suivant les procédés de :

Markwald-Simon, excision conique à deux lambeaux;

Schrœder, excision du col (surtout de la muqueuse interne) à un lambeau :

Bouilly, ablation de la muqueuse cervicale sauf au niveau des commissures;

Pouey, excision corolliforme de la muqueuse, suivie de la suture des muqueuses.

Les procédés sont donc multiples; celui de Pouey est d'une exécution délicate; celui de Bouilly est inférieur car il n'y a pas de suture, de réunion primitive; le Schrœder est difficile, l'affrontement parfait est souvent pénible et la sténose du col n'est pas rare après; reste le Markwald-Simon, dont Jayle (5) a indiqué une heureuse modification : il existe toujours deux lambeaux et une fois le col amputé, le lambeau interne muqueux est rejeté légèrement en dehors de façon à reporter la ligne de cicatrisation à quelques millimètres en arrière de l'orifice externe, pour mieux éviter les sténoses.

D'ailleurs le procédé Markwald-Simon peut se modifier à volonté (Pozzi) :

Si la muqueuse interne est lésée très haut, le lambeau interne sera très court;

Si c'est la muqueuse externe, le lambeau externe sera très petit;

Si le parenchyme est très atteint, le cône excisé sera profond et volumineux.

Ces opérations ont été *accusées* de quelques méfaits : accouchements prématurés, sténoses, poussées aiguës, stérilité (1); que l'on doit mettre le plus souvent sur le compte d'une technique défectueuse (affrontement mal exécuté, procédé mauvais, fautes d'asepsie, orifice mal ménagé, existence de contre-indications).

Elles sont *indiquées* lorsqu'il existe ces cols gros, douloureux, dégénérés, ayant résisté à tout traitement : les tissus morbides sont enlevés, et de plus on agit par un véritable réflexe sur le *corps* qui se décongestionne et diminue de volume.

Une *contre-indication* absolue sera l'existence d'une inflammation péri-utérine ou annexielle, tout comme pour le curetage, qui précède en général ces amputations du col.

Métrite hémorragique. — « Dénomination tout à fait vicieuse, dit de Rouville (2), sous laquelle on a confondu des états pathologiques très variés, développés pour la plupart en dehors de toute affection, et dont le seul symptôme, *hémorragie*, qui leur est commun, ne saurait suffire à légitimer leur réunion dans un même groupe. »

En effet on trouve dans ce groupe : des rétentions placentaires septiques ou aseptiques, des dégénérescences polypeuses de la muqueuse utérine, des pseudo-métrites, des métrorragies d'origine ovarienne [Bouilly (3)].

Traitement palliatif (de l'hémorragie).

Cas peu graves. — La malade restera couchée, et l'on donnera des injections vaginales prolongées et répétées, très chaudes (50 degrés); divers agents sont recommandés :

L'hydrastis canadensis : extrait fluide (xx à xxx gouttes par jour).

L'hamamelis virginica : extrait fluide (3 à 7 grammes par jour).

L'ergot de seigle (s'assurer que l'utérus est vide), 1 gramme d'ergotine par jour; injection s'il y a urgence : ergotine, 1 gramme; eau de laurier-cerise, 5 grammes; injecter xv à xx gouttes;

La digitale (Gallard), l'adrénaline (xx gouttes de la solution au millième).

Signalons la dilatation du col par une laminaire, qui peut réveiller la contraction utérine.

Cas graves. — Aux moyens précédents, ajouter le *tamponnement vaginal* à la gaze stérile, méthodi-

(1) Hofmeier. *Zeits. f. Gyn.*, 1888, p. 545.

(2) Richelot. Soc. d'obst., 1900.

(3) Soubeyran. *Montpellier méd.*, 1900. — Papadopoulos. Th. de Montpellier, 1903.

(4) Jayle. *Presse méd.*, 1904, n° 94.

(5) Si les lésions sont peu étendues on peut pratiquer soit les scarifications linéaires (Siredey), soit le *hersage* (Doléris).

(1) Pinard. Soc. d'obst. et de gyn., 1899.

(2) De Rouville. *Consultations de gynécologie*, Baillière, 1902.

(3) On ne confondra pas les métrites hémorragiques avec les fibromes, le cancer, les annexites.

quement fait à l'aide du spéculum, en tassant la gaze dans les culs-de-sac. Pozzi emploie des bandelettes de soie libres ou tassées dans un sac. On peut de plus avant ce tamponnement vaginal, faire soit des *lavages intra-utérins* [solution iodo-iodurée de Tarnier, gélatine à 5 p. 100 (1), eau oxygénée] soit le *tamponnement intra-utérin* à la gaze trempée dans une solution gélatinée; on n'oubliera pas le sérum artificiel (500 à 1 500 grammes).

Traitement curatif. — C'est le traitement auquel il faut rapidement avoir recours.

S'il y a *rétention placentaire* : après dilatation du col et irrigation intra utérine, curage digital, sous anesthésie, suivi de curetage s'il est insuffisant.

S'il y a *dégénérescence polypeuse de la muqueuse utérine*: curetage soigneux, arrachement d'un petit polype.

S'il y a *pseudo-métrite* : on appliquera le traitement général spécial à ces formes, et localement le traitement palliatif précédent.

Enfin dans les cas *rebelles* et dans les métrorragies d'*origine ovarienne*, il reste la ligature des artères utérines peu usitée en France, l'ovariectomie, l'hystérectomie.

Métrite douloureuse chronique (Pozzi) [utérus sclérosé, douleurs très marquées, impotence].

Les *pansements utérins* devront être longtemps poursuivis : on badigeonnera le col avec l'un des caustiques déjà énumérés (deux ou trois fois par semaine) et on appliquera sur lui des tampons glycérinés ou de glycérine ichtyolée (10 p. 100); on se trouvera mieux encore de disposer méthodiquement ces tampons par la *columnisation*, qui soutient l'utérus, ses ligaments, les annexes, et dans laquelle on dispose des tampons d'ouate du volume d'un œuf de pigeon dans les culs-de-sac (le postérieur d'abord) et autour du col, en formant une colonne vaginale pendant que le spéculum est peu à peu retiré; les tampons seront renouvelés tous les jours.

Les *injections vaginales* chaudes, les *scarifications du col* seront d'utiles adjuvants; enfin on pourra utiliser le *massage utérin*, destiné à décongestionner l'utérus; on le fera avec douceur et prudence, en séances de dix minutes, tous les deux jours, et sous le couvert de l'antisepsie (du vagin et des mains); deux doigts sont glissés dans le vagin, ils fixent l'utérus par sa face postérieure, l'autre main mise sur l'hypogastre masse doucement l'organe (frictions circulaires, vibrations, effleurage, pétrissage, pressions); on y ajoutera la gymnastique des adducteurs de la cuisse et des muscles du dos; ces manœuvres se feront avec douceur et l'on craindra toujours de réveiller une inflammation péri-utérine.

Le *traitement général*, l'exercice, les frictions sèches, l'hydrothérapie ne seront pas oubliés.

Dans certains cas tout échoue, les malades sont de véritables infirmes, le col est rigide et étroit, le corps est volumineux, à ces cas s'adresse l'*amputation du col* qui amène l'atrophie du corps par acte réflexe, opération indiquée seulement s'il y a absence d'inflammation péri-métro-annexielle; l'*hystérectomie* reste la dernière ressource.

(1) OZANNE. Th. de Paris, 1897 (Siredey).

Pseudo-métrites. — Ce sont ces inflammations utérines, douleurs, leucorrhée, hémorragies) encore discutées, dans lesquelles la notion de terrain (neuro-arthritisme) est d'une importance capitale, si bien que pour les uns [Richelot, Hepp, Doléris (1), Siredey, etc.] il ne saurait y avoir d'infection à l'origine des troubles constatés, il y aurait seulement de la sclérose utérine, des troubles trophiques.

Pour les autres (Pozzi) le terrain est certes important, mais l'infection, atténuée, inaperçue due à une vulvo-vaginite banale par exemple, existerait quand même.

Chez ces malades (scléreuses et neuro-arthritiques) qui sont parfois des jeunes filles, il faut avant tout modifier le terrain facteur principal sur lequel évolue la lésion. On s'adressera donc :

A l'*hygiène alimentaire* : lait, légumes, proscrire l'alcool, les viandes faisandées, les épices ;

A l'*hygiène générale* : on évitera la constipation, on pratiquera l'hydrothérapie, bains chauds alcalins tous les deux jours, lotions froides le matin; on recommandera les frictions sèches sur tout le corps matin et soir;

Aux cures thermales : Vernet-les-Bains, Plombières, Néris, Luxeuil, s'il y a éréthisme nerveux; Vals, Châtel-Guyon, Vichy, s'il y a congestion.

Contre la *dysménorrhée virginale*, on conseillera le repos au lit pendant les règles, les injections chaudes, l'hydrastis canadensis (xx gouttes), les lavements laudanisés, le Priessnitz, les tampons vaginaux glycérinés, le massage utérin après les règles; si l'on échoue il reste la dilatation du col.

Quand la pseudo-métrite prend la forme *hémorragique*, la conduite à suivre sera celle de la métrite hémorragique examinée plus haut.

Enfin s'il existe un utérus hypertrophié, l'amputation du col sera discutée, de même que l'hystérectomie quand on a épuisé tous les moyens.

Indications du curetage dans les métrites. — Ce sujet délicat sera le dernier point que nous examinerons. Le curetage est indiqué :

1° Rarement dans les métrites chroniques, ordinaires, catarrhales ; après l'échec des moyens simples longtemps continués, et quand il n'y a pas d'annexite. Il constitue de plus le premier acte opératoire lorsqu'on fait une amputation du col;

2° Dans les métrites hémorragiques, il réalise le traitement de choix;

3° Dans les métrites séniles, fétides, purulentes;

4° Après l'accouchement, l'avortement, lorsqu'il existe une infection due à une rétention des membranes ou du placenta.

Le curetage est formellement *contre-indiqué* dans les métrites aiguës, dans les métrites chroniques légères et dans les cas où il existe des lésions péri-utérines et annexielles.

(1) DOLÉRIS. *La métrite et les fausses métrites*, 1902. — HEPP. Th. de Paris, 1899.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 MARS 1907)

M. A. CHAUVEAU étudie les **modifications introduites par l'état pathologique dans la destination immédiate des aliments azotés.** Il en tire des enseignements pour le déterminisme de la supériorité de la dépense énergétique qu'exige leur assimilation.

MM. G. MARINESCO et J. MINEA étudient les **changements morphologiques des cellules nerveuses survivant à la transplantation des ganglions nerveux.**

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 MARS 1907)

La sclérodermie tuberculeuse. — M. MILIAN. Les cicatrices des affections tuberculeuses de la peau présentent des aspects très divers : les cicatrices kéloïdiennes, les cicatrices bridées sont classiques. Il en est une variété qui ne paraît pas avoir frappé les observateurs c'est la cicatrice sclérodermique. On voit, à l'orifice des fistules osseuses, sur les lupus vulgaires améliorés, sur les lupus érythémateux, des cicatrices éburnéennes qui ont tous les caractères de la sclérodermie la plus typique.

Dans ces plaques cliniquement guéries, on trouve encore comme dans la plupart des cicatrices tuberculeuses d'ailleurs, des lésions en activité. Il ne s'agit donc pas de cicatrices au sens propre du mot, mais d'une variété de tuberculose cutanée. Il existe, en un mot, une sclérodermie tuberculeuse.

Les ulcères de jambe ont souvent un pourtour sclérodermique et leurs cicatrices le sont également. Cet état est considéré d'ordinaire comme un trouble trophique et on lui donne volontiers le qualificatif de glossy-skin.

Eu égard aux considérations précédentes, j'ai pensé que ces ulcères dits variqueux et accompagnés de ce prétendu glossy-skin étaient de nature tuberculeuse et M. Milian les a étudiés dans ce sens. Deux cas examinés par l'auteur dans ces derniers mois en ont fourni la démonstration. Ces deux malades présentaient des stigmates indubitables de tuberculose : l'un, rhumatisme chronique déformant et bronchite chronique avec emphysème; l'autre, cicatrices d'abcès froids multiples de la peau. Tous deux ont réagi à la tuberculine d'une manière très forte et avec une dose minime.

Il manquait à la démonstration une preuve expérimentale et décisive. Le 18 novembre 1906, l'auteur inoculait sous la peau d'un cobaye un petit morceau du bord de l'un de ces ulcères. Ce cobaye a vécu quatre mois avec les apparences d'une excellente santé. Il l'a tué au bout de ce temps, c'est-à-dire jeudi. Or, il y avait un tout petit ganglion tuberculeux dans l'aine correspondant à l'inoculation, et à l'ouverture de l'abdomen on trouvait un foie énorme, quadruplé de volume, cirrhotique, une rate énorme, des ganglions mésentériques et trachéo-bronchiques considérablement hypertrophiés extrêmement durs, gris noirâtres à la coupe, des tubercules dans le poumon; il s'agissait d'une tuberculose *scléreuse* générale, à évolution lente, semblable anatomiquement et cliniquement à la lésion qui avait servi à l'inoculation.

Il est donc indubitable qu'il existe une sclérose tuberculeuse de la peau que les ulcères dits variqueux accompagnés de prétendu glossy-skin sont des ulcères tuberculeux, constituant une *variété scléro-tuberculeuse des ulcères de jambe.* Les rapports de la sclérodermie et de la tuberculose méritent dès lors d'être étudiés à ce point de vue nouveau.

Sporotrichose. — M. DE BEURMANN, en son nom et au nom de M. GOUGEROT, à l'occasion de la communication que MM. Lesné et Monier-Vinard ont faite dans la dernière séance sur un cas de sporotrichose, rappelle la part qui lui revient dans l'étude de cette question. L'observation de MM. Lesné et Monier-Vinard confirme les résultats de M. de Beurmann, notamment la forme courte du parasite dans le pus humain et dans les pièces expérimentales. Le diagnostic est facile par la culture sur gélose glucosée non portée à l'étuve et non encapuchonnée; enfin le traitement ioduré, qui amène la guérison, confirmera le diagnostic.

M. CHAUFFARD présente un malade atteint d'un **épithélioma primitif et perforant du palais.**

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 MARS 1907)

M. Girard, président, après avoir prononcé l'éloge funèbre de Berthelot, propose à ses collègues de lever la séance en signe de deuil. La Société reprendra ses travaux le 13 avril prochain.

FORMULAIRE

ŒDÈME DE LA GLOTTE CHEZ LES ENFANTS

Alun	*āā*	5 grammes.
Tanin		
Extrait de ratanhia		10 —
Eau distillée		500 —

En pulvérisations cinq à six fois par jour avec un pulvérisateur à main ou à vapeur. (Comby.)

VARIÉTÉS

TRANSMISSION DES MALADIES INFECTIEUSES PAR L'INTERMÉDIAIRE DU MÉDECIN

D'après M. Remlinger (1), si les doctrines pastoriennes ont modifié de fond en comble la pratique de la chirurgie et le mode d'hospitalisation des maladies infectieuses, elles n'ont eu que bien peu de retentissement sur l'exercice journalier de la profession médicale. Sans prendre d'autre précaution que celle, banale, de se laver les mains, le médecin va, comme il y a cinquante ans, du domicile d'un scarlatineux à celui d'un accidenté du travail, du chevet d'un diphtérique à celui d'un tuberculeux. Le salon d'attente est plus encombré que jamais de rideaux, de tentures, de tapis, de bibelots de toutes sortes. Dans cette pièce où la femme du confrère recevra tout à l'heure ses amies personnelles, les malades les plus variés attendent pêle-mêle que leur temps soit venu de s'asseoir à côté du médecin dans le même fauteuil de velours grenat. Même chez les spécialistes pour maladies du poumon, il n'y

(1) *L'hygiène générale et appliquée*, fév. 1907, p. 65-78.

a nulle part de crachoirs. Quoi d'étonnant dès lors que la rougeole, la scarlatine, la diphtérie, etc., puissent se transmettre par l'intermédiaire du médecin ou de son cabinet de consultation, ainsi que M. Remlinger en cite de nombreux exemples? Dans un grand nombre de pays, le domicile du praticien est distinct de son cabinet. L'hygiène est entièrement d'accord avec ce souci légitime de ne point mêler les affaires professionnelles et la vie privée. Du moment qu'une même pièce cesse d'être à la fois salle d'attente pour rougeole, oreillons, tuberculose et salon de réception, il est facile de l'aménager, de la meubler comme le demandent la logique et le bon sens. Si les médecins sont susceptibles de transmettre des maladies infectieuses, c'est par l'intermédiaire de leurs mains, de leur barbe et de leurs vêtements. Ils doivent donc, dit M. Remlinger, se désinfecter les premiers avec le plus grand soin après chaque contact suspect, renoncer au port de la barbe et de la moustache et par-dessus leurs habits porter un vêtement spécial « montant très haut et descendant très bas, léger, facile à mettre et à quitter, à laver et à désinfecter, peu encombrant et d'un prix de revient peu élevé », ceci pour les consultations de la ville comme pour celles du cabinet. Sans doute, au début, ce vêtement ferait sourire, mais le public en prendrait vite l'habitude. « Le fait que, grâce à cet accoutrement, le praticien sera facilement reconnu au cours de ses tournées professionnelles constituerait un avantage pour lui comme pour le public. Dans nombre de villes, certains médecins n'essaient-ils pas de se faire une tête médicale, grâce au port de longues redingotes et de hauts de forme à bords plats? » M. Remlinger se demande en terminant comment on peut encore, en 1907, signaler des cas de contagion par l'intermédiaire du médecin et avoir à énumérer les mesures à prendre pour diminuer ce danger. Les raisons de ce retard sont multiples. C'est le scepticisme du praticien en étiologie comme en thérapeutique, son ignorance de l'épidémiologie (en dehors des écoles de médecine militaire et navale, celle-ci n'est du reste enseignée nulle part), cette opinion très répandue chez les médecins qu'un privilège, une immunité spéciale les empêche de répandre la contagion autour d'eux, la difficulté de saisir la relation de cause à effet entre une visite médicale et l'apparition d'une scarlatine ou d'une rougeole, conséquence de la longue incubation des maladies infectieuses. Il existe en un mot un certain degré de discordance entre la façon dont la médecine est exercée au commencement du XXe siècle et les notions si précises acquises sur l'étiologie des maladies infectieuses. Cette discordance, il serait de l'intérêt général qu'il fût fait quelque chose pour l'atténuer.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — ORAL. — Première séance du 24 mars 1907. — Question donnée : « Orifice du diaphragme. — Signes et diagnostic de la cirrhose atrophique. »

M. Lenoir, 15 + 25 = 40 ; Mlle Bouteil, 16 + 23 = 39 ; MM. Mallein, 14 + 24 = 38 ; Merle, 15 + 23 = 38 ; Périneau, 16 + 22 = 38 ; Laroche, 16 + 21 = 37 ; Lévy-Bruhl, 17 + 20 = 37 ; Vuillet, 15 + 21 = 36 ; Ganducheau, 15 + 19 = 34 ; Boivin, 13 + 19 = 32.

Deuxième séance du 24 mars.— Question donnée : « Crosse de l'aorte. — Symptômes et diagnostic de l'anévrisme artériel de la crosse de l'aorte. »

MM. Toupet, 18 + 25 = 43 ; Chambard, 17 + 23 = 40 ; Pascalis, 17 + 23 = 40 ; Boichard, 16 + 21 = 37 ; Bécus, 15 + 21 = 36 ; Blechmann, 15 + 21 = 36 ; Pélissier (André), 15 + 21 = 36 ; Salin, 15 + 21 = 36 ; Phélip, 15 + 18 = 33 ; Potelet, 14 + 19 = 33.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ANGERS. — Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Follenfant, Branlard, Ravet, Pilven, Leroy, Neau et Grosgeorge.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. (CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS.) — *Epreuve de trois quarts d'heure.* — Séance du 22 mars : MM. Chevrier (Paris) : « Rupture traumatique de l'urètre ; » Dambrin (Toulouse) : « Cancer du larynx ; » Guibé (Paris) : « Fracture du col du fémur. »

Séance du 23 mars. — M. Vanverts (Lille) : « Lésions traumatiques des tendons. » — M. Rocher (Bordeaux) : « Fractures bi-malléolaires. » — M. Lapointe (Paris) : « Tuberculose de la langue. »

— BORDEAUX. — M. le docteur Pierre Lande, médecin légiste de l'Université de Paris, expert près les tribunaux, est nommé chef du laboratoire de médecine légale à la Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — RENNES. — M. Houlbert, chargé de cours, est nommé professeur d'histoire naturelle.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — SCRUTIN DE BALLOTTAGE DU 24 MARS.— Secrétaire des séances : M. Diverneresse, 222 voix, élu ; M. Ravanier, 220.

Rédacteur en chef du bulletin : M. Guillemonat, 238 voix, élu ; M. Granjux, 214.

Conseillers : MM. Lecerf (d'Asnières), 239 voix ; Barrault, 238 ; Ramonat, 233 ; Leredde et Hamon, 228 ; Billon, 225 ; Lamouroux, 224, élus.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Les récompenses honorifiques ci-après sont accordées pour services rendus à la mutualité aux personnes dont les noms suivent :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Mouton et Suarez de Mendoza (de Paris).

Rappel de médaille d'agent. — M. le docteur Lacroix (de Paris).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Lamy, Martin, Billon, Frébault, Laborde, Maximoff, Mercier-Bellevue, Michaux, Socquet (de Paris).

Médailles de bronze. — M. les docteurs Archimbaud, Gachet, Gardé, Huart, Lasne-Desvareille, Le Guellant, Lefilliâtre, Luyt, Marieux, Perchaux, de Pradel, Rotillon, Salmon, Vivien, Sallé, Stef (de Paris), Montais (de Romainville).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Hillairaud et Laurent (de la Rochelle), Froger, Vallier, Mme Edwards Pilliet (de Paris), MM. Gardé (de Neuilly), Kaplan (de Paris).

ASILES D'ALIÉNÉS. — Le concours d'adjuvat des médecins des établissements d'aliénés, ouvert au ministère de l'Intérieur, s'est terminé le 19 mars 1907.

Les candidats reçus ont été classés dans l'ordre suivant : MM. Charpentier, Dupuy, Albès (Seine) ; Audemard, Carrier (Rhône) ; Courbon, Alaize (Seine) ; Robert (Gironde) ; Rougean (Haute-Garonne) ; Olivier (Loir-et-Cher) ; Arsimoles (Lot).

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE. — Il est institué au ministère de l'agriculture, près de la direction de l'hydraulique et des améliorations agricoles, une commission chargée d'étudier les mesures législatives et administratives nouvelles à édicter pour compléter les prescriptions existantes concernant la police et la conservation des cours d'eau non navigables ni

flottables, des sources et des nappes souterraines, en vue de sauvegarder leur utilisation.

Sont nommés membres de cette commission :

MM. les docteurs Borne, Chautemps et Peyrot, sénateurs; Cazeneuve, Gustave Chapuis et Villejean, députés; Imbeaux, ingénieur en chef des ponts et chaussées à Nancy; Binot, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; Bordas, professeur-adjoint au Collège de France; Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille; Gautier, professeur de chimie à l'école supérieure de pharmacie; Joubin, professeur du Muséum d'histoire naturelle; Thierry, chef du laboratoire d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris; Thoinot, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine; Trillat, chef de service à l'Institut Pasteur, vice-président de l'association des chimistes de sucrerie et de distillerie; Vallée, professeur à l'école nationale vétérinaire d'Alfort; Würtz, professeur-agrégé à la Faculté de médecine, président de la ligue contre la pollution des rivières.

Sont nommés vice-présidents : MM. les docteurs Peyrot et Gustave Chapuis, députés; Bordas, professeur-adjoint au Collège de France.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Un concours pour l'admission à quatre emplois d'interne en médecine et en chirurgie s'ouvrira le 6 mai 1907, à la maison départementale de Nanterre.

Durée des fonctions : du 1er juin 1907 au 31 mai 1908.

Traitement annuel : 1800 francs, plus une indemnité de logement de 300 francs.

Tout interne qui serait reçu docteur avant le 1er mars 1908, ne pourra continuer à exercer ses fonctions.

Les candidats qui désireront prendre part au concours devront se faire inscrire à la préfecture de police (service du personnel, caserne de la cité).

Le registre d'inscription, ouvert dès à présent, sera clos définitivement le 13 avril, à quatre heures.

ASSEMBLÉE NATIONALE DES MÉDECINS DE FRANCE. CONGRÈS DES PRATICIENS (*Réformes de l'enseignement médical. Libre choix du médecin*). — PROGRAMME DU CONGRÈS. — A. *Réformes de l'enseignement médical.* — L'hôpital, centre d'enseignement clinique : MM. les docteurs Hirtz et Caussade, et Reymond (de Paris).

L'hôpital, centre de recherches et d'enseignement scientifique : M. le docteur Rist (de Paris).

Les cours de vacances et l'enseignement complémentaire : M. le docteur Barbarin (de Paris).

Organisation des écoles étrangères au point de vue de l'enseignement professionnel : allemandes, M. le docteur Jayle (de Paris); anglaises, M. le docteur Jarvis (de Paris); américaines, M. le docteur Kœnig (de Paris).

Recrutement des professeurs à l'étranger et en France : M. le docteur Sorel (de Dijon).

P. C. N. et instruction scientifique préparatoire : MM. les docteurs Gillet (de Paris) et Vignard (de Lyon).

C. E. M. S. Les nouveaux diplômes de Facultés : M. le docteur Coppens (de Lille).

Agrégation et privat-docentisme : M. le docteur Huchard (de Paris).

Organisation des examens. Les examens cliniques : Association des étudiants en médecine de Paris, M. le docteur Mercier (de Tours).

Enseignement des spécialités pour le médecin et pour le spécialiste : Chirurgie, M. le docteur Montprofit (d'Angers); dermatologie, M. le docteur Bodin (de Rennes); ophtalmologie, MM. les docteurs Morax (de Paris) et Motais (d'Angers); laryngologie, M. le docteur Heckel (de Paris); pédiatrie, M. le docteur Rist (de Paris); gynécologie et obstétrique, M. le docteur Berthod (de Paris); neurologie et psychiatrie, M. le docteur Gasne (de Paris); urologie, M. le docteur N...; stomatologie, M. le docteur Mahé.

B. *Libre choix du médecin.* — Libre choix : dans les mutualités, MM. les docteurs Gairal (de Carignan), Bolliet et Aubertin (de Lyon); — dans les grandes sociétés industrielles, M. le docteur Vallat (de Joinville); — dans les manufactures de l'Etat, M. le docteur Verhaeghe (de Lille); — pour les blessés du travail, M. le docteur Dally (de Paris); — pour les indigents, M. le docteur Dubuisson (de Paris).

N.-B. — La date définitive du Congrès est fixée au 12 avril 1907, à Paris. Les rapports seront au préalable distribués à tous les adhérents.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, M. le docteur Leredde, 31, rue de la Boétie, à Paris.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La prochaine séance de l'Internat aura lieu le jeudi 28 mars, à quatre heures et demie, 12, rue de Seine, dans les locaux de la Société de chirurgie.

LES SERVICES D'HYGIÈNE. — La commission de réorganisation des services d'hygiène au Conseil municipal a pris en considération une proposition de M. Grébauval visant la création d'un service autonome d'hygiène et d'assistance municipales.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Galezowski (de Paris). Né à Lipowice (Pologne), en 1833, Galezowski, après avoir fait ses études médicales à l'Université de Saint-Pétersbourg où il avait été reçu docteur en 1858, était venu l'année suivante à Paris pour se perfectionner et visiter nos établissements hospitaliers.

Reçu docteur en médecine de la Faculté de Paris, Galezowski se consacra à l'ophtalmologie et devint bientôt un des oculistes européens les plus justement renommés. On sait notamment qu'il fut appelé auprès du shah de Perse pour lui donner ses soins.

Galezowski avait été naturalisé Français à la suite de la guerre de 1870 où il servit vaillamment la France dans un bataillon de marche de la garde nationale de Paris.

Nous adressons nos bien vives condoléances à son fils, le docteur Jean Galezowski, et à son gendre, le docteur Ardachir Khan Nazare-Aga, premier secrétaire de la Légation de Perse.

— On annonce de Mazagan la nouvelle de l'assassinat, à Marakech, du docteur Mauchamp, médecin sanitaire maritime et médecin du dispensaire français, qui a été lapidé par la foule.

Le docteur Mauchamp, qui avait une grande habitude des choses indigènes musulmanes, avait été pendant cinq ans médecin du gouvernement français à Jérusalem, où il a rendu de grands services à l'influence française en Syrie et en Palestine.

Il s'était particulièrement distingué au cours des épidémies de 1901 et 1902.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité du paludisme, par A. Laveran, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, 2e édit. Gr. in-8 de VII-622 p., avec 58 fig. dans le texte et une planche hors texte en couleurs. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Évolution et transformisme ou les lois de l'univers, par Albert et Alexandre Mary. T. III : *Les secrets de la vie*, 1907. In-8, 10 pl. hors texte, 1 arbre généalogique : — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Epreuve écrite.* — Séance du 25 mars. — Question donnée : « Anatomie de l'articulation tibio-tarsienne. — Diagnostic, pronostic et traitement de la fracture de Dupuytren. » — Questions restées dans l'urne : « Anatomie de la mamelle. — Tuberculose de la mamelle. — Anatomie du canal cholédoque. — Obstruction calculeuse du cholédoque. »

La première séance de lecture aura lieu le 11 avril, à quatre heures, à l'hôpital de la Charité.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — ORAL. — Séance du 25 mars 1907. — Question donnée : « Amygdale. — Stomatite mercurielle. »

MM. Debertrand, 15 + 23 = 38 ; Lerat (Henri), 16 + 22 = 38 ; Portocolis, 17 + 21 = 38 ; Bienvenu, 15 + 21 = 36 ; Haller, 16 + 20 = 36 ; Josset-Moure, 15 + 21 = 36 ; Cottenot, 16 + 19 = 35 ; Dournay, 14 + 17 = 31 ; Mlle de Jong, 14 + 17 = 31.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. (CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS.) — *Epreuve de trois quarts d'heure.* — Les séances reprendront le jeudi 11 avril, à cinq heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

— CONCOURS POUR LE PROSECTORAT. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le mardi 21 mai 1907, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscriptions est ouvert, au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours jusqu'au samedi 4 mai inclusivement. Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1907.

— CONCOURS POUR L'ADJUVAT. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 6 mai 1907, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves-docteurs de la Faculté, Français ou naturalisés Français, sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscriptions est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au 27 avril inclusivement. Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1907.

GUERRE. — Par décret du 23 mars 1907, sont promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Monart.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Toussaint et Boisson.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. le médecin-major de première classe en non-activité Marignac ; MM. les médecins-majors de deuxième classe Labougle, Routier, Zumbiehl, Cahen, Patris de Broë, Barbot, Biscons, Senesse, Fournial et Benoît, dit Becker.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Do, Bablon, Ser, Monod, Demard, Laplanche, Cornet, Guyard, Lafforgue, Niéger, de Gauléjac, Poirée, Lajoanio, Notin, Schnæbelé et Massip.

— Par décision ministérielle du 23 mars 1907 :

M. le médecin principal de première classe Ravenez est nommé médecin-chef de l'hôp. milit. de Versailles.

M. le médecin principal de deuxième classe Villedary est nommé médecin-chef de l'hosp. mixte d'Amiens.

MM. les médecins-majors de première classe Ferry, nommé médecin chef de l'hôp. milit. du Belvédère à Tunis ; Duroux, affecté à l'hôp. milit. de Nancy ; Fradet, nommé médecin-chef de l'hosp. mixte de Chartres ; Trédos, maintenu au 26e d'art.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Cavalier-Bénézet, passe au 31e d'art. ; Marotte, aux hôp. d'Oran ; Jolly, au 98e d'inf. ; Gorse, au 14e esc. du train des équip. ; Taste, au 10e bat. de chass. à pied ; Chaudoye, maintenu aux hôp. de Constantine ; Genevrier, passe au 1er étr.

MM. les médecins aides-majors de première classe Téchoueyres, passe au 36e d'inf.; Michel, au 140e d'inf.; Muller, à la place de Lyon; Perrier, aux hôp. d'Alger.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Jacques, passe au 137e d'inf.; Briend, au 162e d'inf.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret du 23 mars 1907, ont été promus dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Dethève et Brau.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Brachet et Faucherand.

— CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle en date du 12 mars 1907, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour être détachés pendant les stations thermales de 1907, savoir :

Hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains (du 15 mai au 15 septembre). — M. le médecin principal de deuxième classe Salle, médecin-chef; — MM. les médecins-majors de première classe Lévy et Bazin; — M. le médecin aide-major de première classe Boyé; — M. le médecin aide-major de deuxième classe Thellier.

Hôpital militaire de Vichy (du 14 mai au 13 septembre). — M. le médecin principal de deuxième classe Lambert, médecin-chef; — MM. les médecins-majors de première classe Baratte, Collinet et Frilet; — M. le médecin-major de deuxième classe Raymond; — M. le médecin aide-major de première classe Godeau et Montané; — M. le médecin aide-major de deuxième classe Mazot.

Hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault (du 15 mai au 15 septembre). — M. le médecin-major de première classe Vack, médecin-chef; — M. le médecin aide-major de première classe Armeilla.

Hôpital militaire de Barèges (du 12 juin au 15 septembre). — M. le médecin principal de deuxième classe Warnecke, médecin-chef; — MM. les médecins-majors de première classe Batut et Puissan; — M. le médecin aide-major de première classe Colin.

Les officiers du corps de santé militaire désignés comme médecins-chefs des hôpitaux d'eaux minérales devront être rendus auxdits hôpitaux huit jours avant la date fixée pour l'ouverture des saisons thermales. Ils rejoindront leur poste d'affectation huit jours après l'expiration desdites saisons.

Les autres médecins militaires devront être rendus auxdits hôpitaux deux jours avant la date fixée pour l'ouverture des saisons thermales. Ils rejoindront leur poste d'affectation à l'expiration desdites saisons.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — Sous la direction de M P. SÉBILEAU, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, des cours seront faits au laboratoire de l'amphithéâtre, pendant le semestre d'été :

I. *Dix-huit conférences de bactériologie*, par MM. MACAIGNE, agrégé, chef du laboratoire, et Octave CLAUDE. Elles commenceront le mardi 21 mai, les mardis, jeudis et samedis, à deux heures. Le chiffre des inscriptions est limité à 20. — 1° Technique générale; étuves, inoculations; — 2° Coloration des microbes dans les cultures et les produits pathologiques; — 3° Technique des coupes et recherche des microbes; — 4° Préparation des milieux de culture; — 5° Charbon; — 6° Pyogènes. Staphylocoques, streptocoques, pyocyanique; — 7° Filtration des cultures; toxines; isolement des microbes; — 8° Colibacille. Paracolibacilles. Matières fécales; — 9° Bacille d'Eberth. Uro-diagnostic. Bacilles paratyphiques; — 10° Pneumocoque. Méningocoque. Entérocoque; — 11° Bacille de Friedländer. Tétragène. Bacille de Pfeiffer. Bacille de Nocard; — 12° Examen des angines. Bacille de Löffler. Vaccination; — 13° Choléra. Dysenterie; — 14° Tuberculose; — 15° Pseudo-tuberculoses. Aspergillose. Actinomycose. Morve. Lèpre; — 16° Saprophytes. Teignes. Muguet; — 17° Maladies vénériennes; — 18° Anaérobies. Tétanos. Vibrion septique.

II. *Vingt conférences d'anatomie pathologique pratique*, par M. PAUTRIER, sous-chef du laboratoire, du 15 avril au 31 mai, les lundis, mercredis et vendredis, à deux heures. — Le nombre des inscriptions est limité à 20. — 1° Prélèvement des pièces. Technique et indications de la biopsie; — 2° Notions de technique. Fixations. Inclusions. Colorations; — 3° Le sang à l'état normal. Technique d'un examen du sang; — 4° Le sang à l'état pathologique. Notions de diagnostic et de pronostic fournies par l'examen du sang; — 4° Examen des liquides organiques. Cyto-diagnostic. Ponction lombaire; — 6° Inflammation aiguë et inflammations nodulaires chroniques. Anatomie pathologique générale de la tuberculose et de la syphilis. La cellule géante. Gourmes; — 7° Généralités sur les tumeurs. Les sarcomes; — 8° Les épithéliomas; — 9° Autres types de tumeurs; — 10° Lésions du système vasculaire. Myocardite. Artérites. Phlébites; — 11° Système lymphatique. Ganglions. Rate; — 12° Anatomie pathologique générale du système respiratoire; — 13° Tube digestif : estomac, intestin, appendice; — 14° et 15° Anatomie pathologique du foie; — 16° et 17° Anatomie pathologique du rein; — 18° Organes génitaux mâles; — 19° Organes génitaux femelles; — 20° Notions d'anatomie pathologique du système nerveux.

III. *Douze leçons sur l'étude de la morphologie du sang, appliquée au diagnostic des anémies*, par M. DOMINICI, assisté de M. RUBENS-DUVAL, les mardis, jeudis et samedis, à deux heures, à partir du 16 avril. Le nombre des inscriptions est limité à 20. — 1° Morphologie des éléments figurés du sang; — 2° Origine des éléments figurés; — 3° Hématimétrie et hémochromométrie; — 4° Recherche des formes leucocytaires; — 5° Anémie post-hémorragique; — 6° et 7° Anémie des états infectieux; — 8° Anémie du cancer; — 9° Anémie pernicieuse; — 10° Leucémie; — 11° Anémie pseudo-leucémique; — 12° Lymphadénie.

IV. *Douze conférences sur les méthodes de diagnostic au laboratoire*, par M. P. EMILE-WEIL, les mardis, jeudis et samedis, à quatre heures, du 16 mai au 11 juin. Le nombre des inscriptions est limité à 20. — 1° Séméiologie du caillot et du sérum; — 2° Les séro-diagnostics et les diagnostics par le sérum; — 3° La bactérioscopie du sang; — 4° Diagnostic de la tuberculose au laboratoire; — 5° Le liquide pleural; — 6° Le lipuide céphalo-rachidien; — 7° Etude des fonctions hépatiques et spléniques; — 8° et 9° Etude des fonctions rénales; — 10° Les maladies de peau au laboratoire; — 11° Les angines au laboratoire; — 12° L'estomac et l'intestin (sauf les méthodes chimiques).

L'inscription à tous ces cours est gratuite pour les internes des hôpitaux. Pour les autres auditeurs, le droit d'inscription est fixé à 50 francs. Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Ernst von Bergmann, professeur de clinique chirurgicale à Berlin.

APPLICATION DES DIFFÉRENTES MÉTHODES
D'AMPUTATION DES MEMBRES

Par A. MIGNON,
Professeur au Val-de-Grâce.

La méthode aseptique a restreint la fréquence des amputations des membres ; mais il existe encore de nombreux cas où la mutilation du malade est l'unique garantie de son salut. Il est même fort à craindre que les progrès scientifiques n'arrivent jamais à rayer de la chirurgie cette suprême ressource thérapeutique.

L'année dernière, au Val-de-Grâce, dans le service des jeunes soldats, j'ai dû faire quatre amputations de cuisse, pour ne parler que des plus importantes.

L'anesthésie et l'asepsie nous laissent maîtres de procéder à l'amputation sans précipitation et de régler, comme il convient, la technique opératoire. La survie à peu près certaine du malade nous impose l'obligation de soigner la confection de son moignon. Il ne suffit pas de voir le résultat immédiat de l'amputation, il faut aussi prévoir l'avenir du mutilé.

Des chirurgiens éminents ont tendance à faire table rase de la division ancienne des méthodes d'amputation. Ils déclarent que la méthode circulaire est suffisante et applicable à tous les cas.

Les formules simplistes ont été de tous les temps. Ravaton a préconisé l'emploi exclusif de sa méthode de désossement (qui ne manque pas d'avantages) et il n'y a pas longtemps que la faculté de Paris enseignait la valeur prépondérante de la méthode à lambeaux.

Je voudrais démontrer que l'application d'une seule méthode d'amputation est contraire à une bonne pratique chirurgicale, tant au point de vue de la longueur que de la forme du moignon, et qu'il faut continuer d'apprendre aux élèves la technique opératoire des anciennes méthodes pour qu'ils ne soient pas embarrassés d'en faire usage, le cas échéant.

Un principe que l'on ne contestera pas domine la question des amputations : *laisser au segment de membre amputé le plus de longueur possible* (1). C'est surtout important à la cuisse où l'ablation de quelques centimètres du fémur peut changer les conditions de mobilisation de l'appareil prothétique et de la marche.

Ce principe a comme corollaire la nécessité d'adapter à la forme du moignon toutes les parties molles utilisables. Le chirurgien doit tracer sur les téguments du malade les limites des tissus sains et faire passer l'incision des téguments par ces limites. Le tracé ainsi obtenu peut donner moitié plus de longueur de téguments utilisables d'un côté que de l'autre. L'amputation par la méthode elliptique ou à lambeau s'impose. On adapte ainsi la méthode opératoire à l'étoffe disponible. Le chirurgien commettrait évidemment une grosse faute s'il remontait le niveau de l'amputation pour opérer plus commodément et appliquer un procédé de son choix ou le seul procédé qu'il ait appris.

Les exemples sont faciles à trouver.

Soit un traumatisme qui ait intéressé la face interne de la cuisse jusqu'au point A (fig. 1) et laissé intactes les parties molles de la face externe. Le broiement de la jambe jusqu'au genou est telle que l'amputation s'impose. L'emploi de la méthode à lambeau externe autorise l'amputation au point B ; la méthode circulaire reporte la section du fémur au point C. Il est donc nécessaire de pratiquer un lambeau externe puisqu'on fait gagner ainsi au blessé une longueur de fémur égale à la distance du point B au point C.

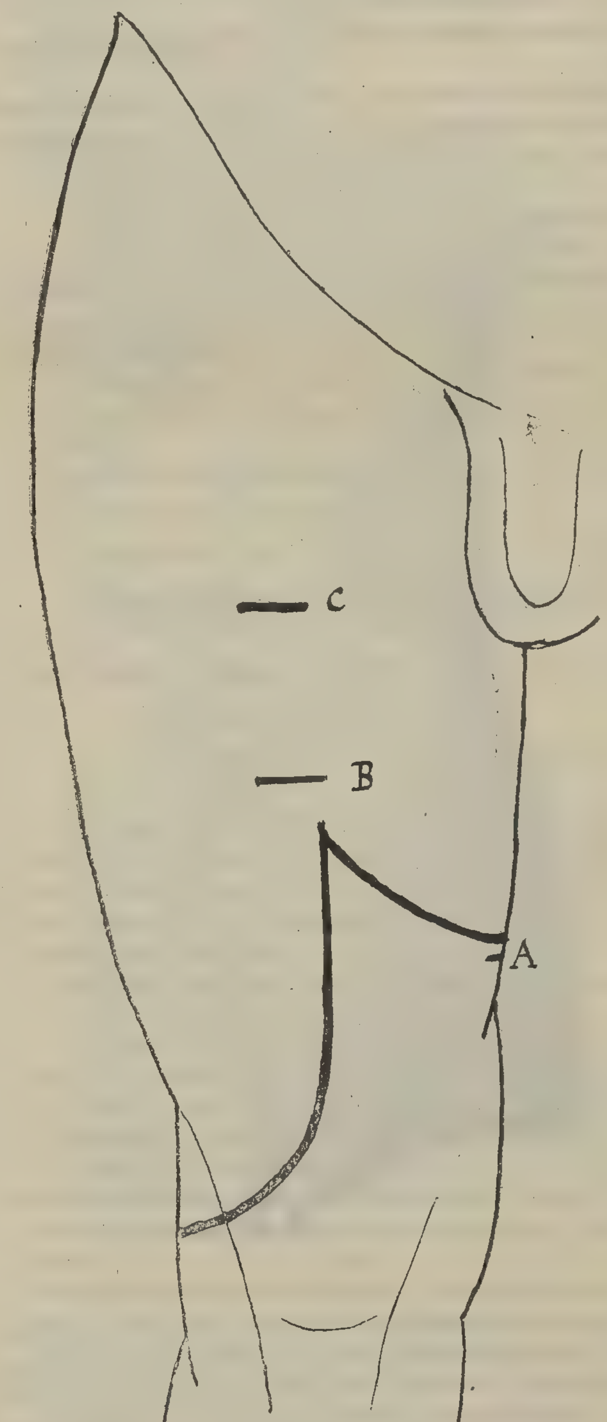


Fig. 1.

On agit ainsi journellement dans la chirurgie des doigts. Il n'y a pas de procédé de choix d'amputation

(1) Quelques réserves seraient peut-être à faire pour la jambe.

de ces petits segments de membre. On prend les parties molles disponibles et on les modèle sur le squelette, dût-on employer trois et même quatre petits lambeaux de téguments.

La deuxième raison de maintenir les différentes méthodes d'amputation dans la pratique chirurgicale, c'est d'assurer au moignon une forme convenable, voire même esthétique.

J'attache beaucoup de prix à l'esthétique du moignon.

Quand un mutilé est jeune et doit vivre longtemps avec sa mutilation, il est du devoir du chirurgien

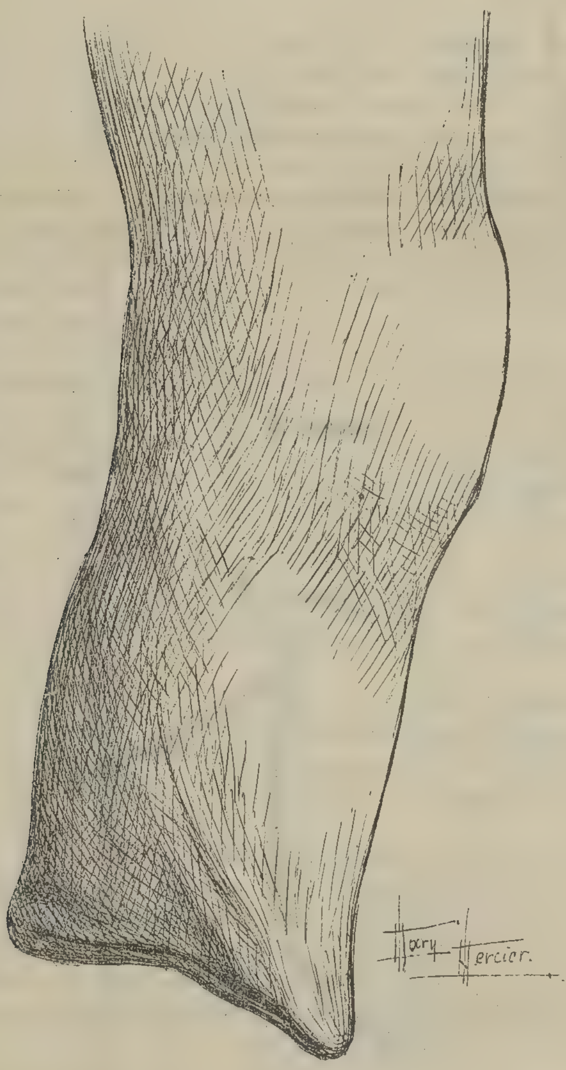


Fig. 2.

de soigner la forme du moignon. J'ai eu simultanément dans mon service deux amputés de cuisse dont l'un avait un « beau » moignon et l'autre un « mauvais » moignon. Le malheur du premier était atténué par le malheur plus grand du second.

La méthode circulaire ne donne pas de beaux moignons. Farabeuf a écrit que la cicatrice en était terminale et médiane et que la plaie de l'incision circulaire se fermait comme les cordons d'une bourse. C'est vrai quand le moignon suppure. Ce n'est pas exact dans les cas de réunion par première intention. Le moignon conserve alors définitivement la forme qu'il présentait au moment de la suture des lèvres de la plaie ; et on voit à l'extrémité de la cicatrice longitudinale deux cornes ou pointes qui sont évidemment en excédent (fig. 2).

Les méthodes ovalaire ou à lambeau qui font disparaître une des pointes ou les deux pointes de la cicatrice longitudinale de la méthode circulaire sont supérieures, quant aux résultats définitifs, à cette dernière méthode.

Qu'on regarde le moignon d'amputation d'un doigt résultant d'une incision circulaire et qu'on le compare à un autre moignon provenant d'une ovalaire, on verra la différence des deux résultats. Il y a trop de peau du côté dorsal de la cicatrice après l'amputation circulaire ; il y a juste ce qui est nécessaire à l'enveloppement de la tête du métacarpien après la désarticulation ovalaire. J'en pourrais dire autant des



Fig. 3.

résultats comparés des désarticulations de l'épaule et de la hanche par les méthodes circulaire et en raquette.

L'adoption d'une seule méthode d'amputation serait l'abandon du précepte que l'on doit faire ce qui est le mieux et ne pas se contenter de ce qui est suffisant. L'éducation manuelle des chirurgiens est poussée assez loin pour qu'elle ne reste pas inférieure à celle de leurs devanciers, qui apportaient à la technique opératoire des amputations des soins que justifiait la fréquence de ces mutilations.

S'il s'agit de faire une désarticulation, pourquoi ne pas recourir à la méthode qui assure la meilleure forme du moignon : raquette aux doigts, à l'épaule et à la hanche ; lambeau-plantaire pour le Lisfranc, le Chopart, la sous-astragalienne et le Syme ; circulaire pour le poignet et le coude ?

Si l'amputation intéresse la continuité des seg-

ments de membre, appliquer tout d'abord le procédé opératoire le plus économique, c'est-à-dire qui laisse le plus de longueur au squelette.

Si un procédé de nécessité ne s'impose pas, prati quer la méthode du choix de l'opérateur. Et alors,



Fig. 4.

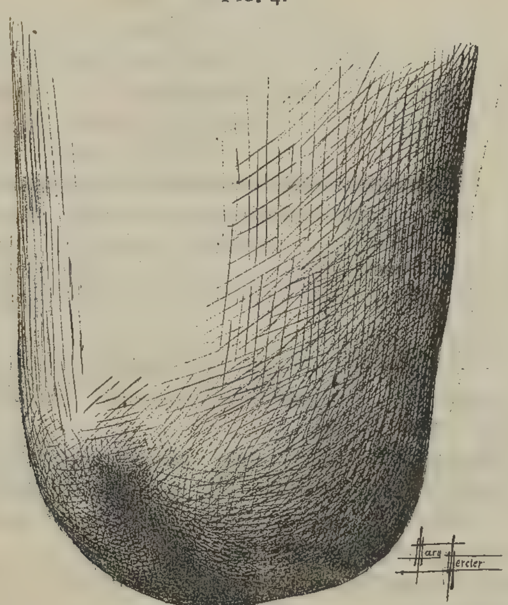


Fig. 5.

ce n'est pas la méthode circulaire avec ou sans fente de dégagement que je recommande, c'est la méthode mixte de Sédillot.

Cette méthode est applicable partout, aux segments de membre à deux os comme aux segments de membre à un seul os, aux membres coniques, comme aux membres circulaires.

Elle laisse une longueur suffisante de muscles dans le moignon pour qu'on puisse réunir les muscles fléchisseurs aux muscles extenseurs et rétablir ainsi, suivant l'expression d'Ollier, l'anse musculaire contractile.

Elle garnit l'extrémité du squelette d'un long infundibulum musculaire qui l'encapuchonne et le matelasse.

Elle n'exige pas plus de longueur de parties molles que la méthode circulaire.

Elle donne le plus beau résultat opératoire de la chirurgie mutilatrice des membres et elle est plus favorable qu'aucune autre méthode à l'engainement du moignon par l'appareil prothétique.

On voit sur les figures 3, 4, 5, la forme semi-lunaire des moignons d'amputation de l'avant-bras, de la jambe et de la cuisse par la méthode de Sédillot. Ces moignons ne sont-ils pas préférables à ceux de la méthode circulaire.

J'ai abandonné la méthode circulaire pour la méthode mixte de Sédillot, en raison de son résultat définitif.

Je n'ai qu'une réserve à faire : elle est d'une technique opératoire un peu difficile.

DEXTROCARDIE PSEUDO-CONGÉNITALE

PAR SCLÉROSE PULMONAIRE PLEUROGÈNE DROITE DE L'ENFANCE

Par MM. NICLOT et MARLAND,

Médecins-major et aide-major à l'hôpital militaire d'Oran.

La dextrocardie a déjà une littérature importante, mais il n'est cependant pas fréquent de voir battre un cœur dans la ligne axillaire droite : assez rares d'autre part sont les cas conditionnés par des lésions pulmonaires de ce côté.

Voici les données d'une observation personnelle :

P... est un cultivateur, né dans les Basses-Pyrénées, de parents et d'une famille — car il a frères et sœurs — sans antécédents connus du malade.

Lui-même, pour chétif qu'il fût, travaillait tant bien que mal au milieu des siens, et ne se souvient, par ouï dire encore, que d'une affection de poitrine survenue en bas âge, au cours de ses deux premières années.

Il s'essoufflait assez aisément et courait moins facilement que ses camarades de jeu.

En raison de sa gracilité, il est incorporé aux services auxiliaires dans le 11e bataillon d'artillerie.

A Oran, la dextrocardie est reconnue dès la visite médicale d'arrivée, et notre homme entre à l'hôpital.

L'examen du sujet étant négatif, exception faite d'une petite hernie ombilicale, sauf en ce qui concerne le thorax et son contenu, la description sera limitée aux organes de la respiration et de la circulation.

Les symptômes subjectifs sont si peu marqués, ainsi que les fonctionnels, que le sujet est très étonné d'être porteur de semblable anomalie : il ne souffre pas et n'a jamais souffert, il court et monte avec

peine, mais dort la tête basse et est du reste fort ingambe.

Presque tout est objectif : dans le cinquième espace, à partir de la ligne axillaire avec un maximum à cet endroit, sous la sixième côte, et dans le sixième espace vers la partie antérieure, on voit la peau se soulever de battements.

La palpation apporte son appoint et son complément, à cette impression visuelle ; elle reconnaît vers le foyer axillaire très actif un soulèvement suivi d'un



Fig. 1. — *Vue postérieure.* — A droite le rachis est incurvé, les côtes déclives, le dôme diaphragmatique élevé ; le cœur est séparé du rachis par une large bande claire.

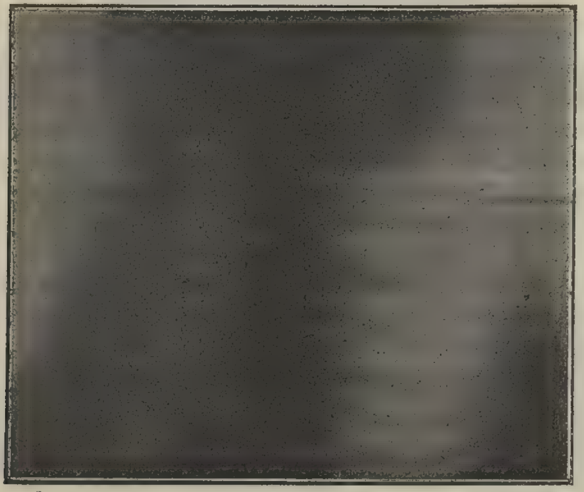


Fig. 2. — *Vue antérieure.* — Le diaphragme est vu d'en haut, le malade étant penché en avant, comme en témoigne l'obliquité marquée des côtes antérieures. A droite on voit le haut du cœur, et le reste confondu dans l'ombre hépatique est cependant séparé du rachis-sternum par une bande claire.

claquement diastolique, dit de Friedreich-Bondet ; le soulèvement antérieur ne présente pas ce dernier signe.

La matité a conservé sa forme à peu près normale, comme si l'on avait glissé la figure plessimétrique habituelle vers la droite : la petite matité, matité absolue, s'est cependant élargie, la submatité n'existant qu'en avant sur un travers de doigt.

Le point le plus élevé affleure la troisième côte.

La forme de cette matité permet de conserver la formule de Potain, et donne $14 \times 8 \times 0.83$ soit 92 centimètres environ d'aire précordiale.

L'auscultation ne recueille aucun fait morbide, de rythme, de timbre, d'intensité, de dédoublement ou d'addition de bruits adventices.

Elle fixe, avec la palpation, la base vers la zone axillaire, où s'entend maximum le deuxième bruit, et la pointe vers la partie antérieure, maximum du premier.

Enfin un souffle systolique, fixe, existe vers le deuxième espace, sternal et gauche, où il est surtout appréciable, mais il n'existe pas de thrill sous la main, et il est difficile d'en conclure à une malformation congénitale, à un rétrécissement pulmonaire par exemple.

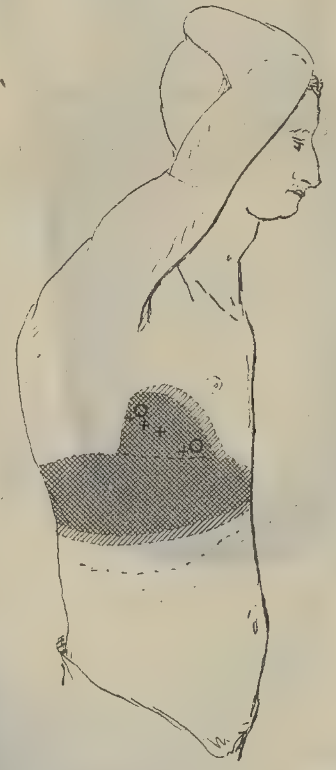


Fig. 3. — *Les teintes ombrées correspondent aux données de la percussion.* — Le cercle postérieur au maximum du deuxième bruit, et au claquement de Friedreich-Bondet. L'antérieur au maximum du premier bruit. Les croix aux battements visibles (cinquième espace, et tout à fait en avant, sixième espace).

Les déplacements latéraux, le malade étant couché ou en position génu-pectorale, sont insignifiants, 2 centimètres au plus.

Le syndrome périphérique est sans intérêt : les deux pouls sont partout synchrones, bien rythmés, de bonne tension ; il n'y a aucun trouble veineux, aucune cyanose, aucun œdème.

Autour du cœur, il convient d'étudier le thorax et son contenu.

Le thorax est étroit, déformé par une cypho-scoliose dorsale marquée, concave à droite, l'épaule et l'omoplate correspondantes sont abaissées, les côtes sont plus déclives (1) que les congénères gauches, les espaces rétrécis, le périmètre et l'ampliation thoraciques sensiblement diminués. En avant, on re-

(1) Niclot. Diagnostic des adhérences pleurales, *Médecine moderne*, 18 juin 1902.

trouve, toujours à droite, une certaine dépression sous-claviculaire ; la base, au contraire, en vue frontale, est à peu près équipollente des deux côtés, et sans apparence oblique ovalaire. Le sternum est presque vertical : la ligne de Sabrazés, de l'ombilic au mamelon, est à peine moindre à droite.

Si l'on percute, la sonorité est parfaite, exagérée même, à gauche, partout en avant comme en arrière, à droite même en bordure du sternum sur une à deux largeurs digitales : le cœur est séparé de cet os médian par une bande sonore.

Sous la clavicule droite, la submatité relative rejoint celle du cœur.

Dans le dos, fosse sus-épineuse, région inter-scapulo-rachidienne sont également de médiocre sonorité, jusqu'au milieu du scapulum, où celle-ci s'amende ensuite sans égaler pourtant celle du côté opposé jusqu'à la limite hépatique.

Il y a au moins 5 centimètres entre les deux limites de sonorité thoracique dorsale, la gauche étant bien inférieure ; elle est aussi plus mobile avec les temps de la respiration.

Cette même mobilité diaphragmatique peut être étudiée encore mieux sur la face antérieure, où la sonorité qui affleure la sixième côte, entre le xyphoïde et le cœur, descend à l'inspiration forcée au plus de 2 ou 3 centimètres, alors qu'au niveau du Traube, où elle descend déjà au septième espace, quand le malade se gonfle fortement, elle dénivelle de 6 centimètres au moins.

Les vibrations thoraciques, assez faibles à gauche, sont exagérées à droite sous la clavicule, dans les fosses sus ou sous-épineuses, mais normales au-dessous.

L'oreille ne perçoit pas de bruits adventices : la respiration est bronchique dans ces mêmes zones où les vibrations sont plus perceptibles.

Au-dessus du diaphragme, la rate est à sa place ; le foie en revanche, bien qu'il croise dans le sixième espace, semble un peu élevé, si l'on tient compte que sa limite inférieure est à 4 centimètres du rebord costal ; il mesure 10 centimètres axillaires et 8 centimètres mammaires, submatité comprise.

La radioscopie, la radiographie, que nous devons au médecin-major Roy, sont confirmatives :

Diaphragme peu mobile et remonté au niveau du foie ; cœur dans l'aire visible et superposée à celle de la percussion ; de même pour la vue latérale, où l'on voit battre la pointe du cœur.

A l'image antérieure, bande claire bordant le sternum, et le séparant en bas du cœur, en haut de l'obscurité du sommet malade.

En arrière, cette même obscurité, sombre jusqu'à mi-scapulum, puis s'effaçant en bas, entre le rachis et le cœur, le pédicule des gros vaisseaux, qui se devine, limitant en haut cette zone claire.

A gauche, quelques « moires », vers le hile et le sommet, indiquant des adhérences, s'il ne s'agit d'une disposition inconnue du médiastin.

L'excursion hépatique n'a qu'un champ très restreint.

En résumé, l'on peut conclure que le poumon gauche remplit tout l'hémi-thorax gauche, et une partie du droit : le reste étant composé du médiastin, du cœur, et de l'autre poumon rétracté, sclérosé et adhérent.

Le diagnostic définitif s'interprétera ainsi : symphyse pleurale et sclérose, pleurogènes infantiles, fixation des parties supérieures, médiastin inférieur refoulé par la dynamique respiratoire, le poumon gauche, vicariant jusqu'à l'emphysème, tenant toute la place devenue vide, le cœur se trouvant déplacé par traction autant que par refoulement.

Ce déplacement du cœur s'est exécuté suivant les lois étables par Bard (1), et confirmées souvent depuis, latéralisation en masse, sans trochocardie ni torsion.

Si l'on cherche à placer l'espèce actuelle dans le cadre de la nosographie, une élimination s'opère d'abord des déxiocardies congénitales, de celles qui s'accompagnent d'inversion viscérale, ou hétérotaxie, comme de celles, congénitales encore, où le cœur est seul inversé : Alaux (2) a bien montré que ces dernières étaient presque toujours en concomitance avec des malformations considérables de l'organe ne permettant pas une longue survie.

Une observation superficielle situerait le fait présent dans cette première classe, et pareille erreur a été souvent commise : dextrocardie acquise, mais acquise dans l'enfance.

Le cœur peut être déplacé par un processus gauche pulmonaire ou pleural ; il peut l'être encore par des affections médiastines ou péricardiques ; enfin l'appareil respiratoire droit doit être parfois incriminé : c'est ici le cas, et si les ectopies légères, médianes, sont fréquentes, dans nos services militaires où les séquelles de la pleurésie sont banales, les dextrocardies extrêmes comme celle-ci sont exceptionnelles.

La première en date semble avoir été présentée à la Société des hôpitaux de Paris, en 1897, par le maître de l'un de nous, Moutard-Martin.

Sur la liste des publications consécutives s'inscrivent les noms de Lépine, de Petit, de Fernet, de Barbier, de Grasset, à Lyon de Pic, de Chappet.

La tuberculose est notée dans l'étiologie de certaines observations : elle s'y montre à marche très lente, et sclérosante ; la syphilis est mentionnée par Lépine et par Petit ; enfin, Pic, Grasset signalent de la dilatation bronchique, sans doute plutôt secondaire que causale : car c'est toujours le même mécanisme d'un poumon petit, ratatiné, d'une symphyse, et d'une sorte d'appel par le vide.

Notre malade n'est pas syphilitique, aucun stigmate ne permet au moins de le supposer ; ce n'est pas un tuberculeux actuel : l'infection qui l'a touché dans sa prime enfance, refroidie et même guérie, lui donne l'apparence absolue d'un malformé congénital.

Cependant la réforme a été prononcée, des déviations de ce degré amenant de semblables méiopragiques au seuil de l'asystolie.

---

(1) Bard. *Lyon médical*, 1892-93, et *Médecine moderne*, 24 mars 1897.

(2) Alaux. *Dextrocardies sans hétérotaxie*, Th. de Lyon, 1902.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 MARS 1907)

L'Académie prend connaissance des témoignages de condoléances reçus à l'occasion de la mort de Berthelot. Après quelques paroles émues de M. Chauveau, président, et de M. Darboux, la séance est levée en signe de deuil.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 MARS 1907)

Variole et vaccine. — Tout le monde ne parlant actuellement que de variole et de vaccine, il était bien naturel que l'Académie fît aussi connaître son opinion. M. KELSCH, qui a remplacé M. Hervieux dans la direction du service de la vaccine, a donné lecture d'un rapport sur l'état actuel de la variole en France. Il ressort de l'exposé de M. Kelsch qu'il n'y a pas, à proprement parler, d'épidémie de variole. Les cas de variole à Paris sont plutôt moins nombreux qu'à pareille époque des années précédentes. D'où est donc venu cet affolement de revaccinations? De la constatation de quelques cas de variole noire à Dunkerque.

En 1904 et 1905, il y eut beaucoup plus de cas de varioles en France. M. Kelsch félicite la grande presse du rôle qu'elle a joué pour la propagation de la vaccine. Elle a ainsi rendu un grand service à l'hygiène.

Habituellement les séances de vaccination ont lieu à l'Académie les mardis, jeudis et samedis. Depuis le 16, elles sont devenues journalières. Depuis ce jour, 6254 personnes y ont été vaccinées et il a été distribué à des médecins et à des instituts vaccinaux des provisions de vaccine suffisantes pour vacciner 15 385 personnes.

La direction de la vaccine à l'Académie a donc largement rempli son devoir, ce qui n'a rien de surprenant du moment qu'elle est confiée à M. Kelsch. Mais qu'on nous permette une question! Pourquoi l'Académie ne donne-t-elle plus gratuitement son vaccin à qui en fait la demande?

M. SAINT-YVES MÉNARD fait ressortir les avantages de revaccinations préventives et rappelle les services rendus à Paris, à ce point de vue, par l'administration municipale.

M. CHANTEMESSE estime que la France devrait se défendre contre les importations de la variole d'Alger, de Tunisie et d'autres pays, en obligeant tous les marins et tous les étrangers qui débarquent en France à se faire revacciner. Il resterait aussi à soumettre à la même obligation les mariniers, les roulottiers, les forains et les ouvriers, venant de l'étranger, qui échappent à tout contrôle. C'est ainsi que, l'année dernière, des ouvriers importèrent la variole dans la région de l'Est, en particulier à Longwy. Si l'on pouvait trouver le moyen de soumettre cette population flottante à la revaccination, on arriverait à faire disparaître la variole en France.

Syndrome vestibulaire. — M. RAYMOND décrit à côté du syndrome de Ménière, caractérisé par des bourdonnements d'oreilles et des vertiges, un autre syndrome : le syndrome vestibulaire. Le premier doit être regardé comme un phénomène d'excitation, le second comme un phénomène de déficit de la branche vestibulaire du nerf auditif.

Cliniquement, le syndrome vestibulaire est caractérisé : 1° par l'absence de toute orientation dans les mouvements de translation; 2° par des troubles de l'équilibre; 3° par l'absence de vertige giratoire.

Ces différents symptômes peuvent être mis en évidence au moyen d'un dispositif très simple dû à Mach et perfectionné par Egger, qui consiste essentiellement en un plancher horizontal pivotant autour d'un axe vertical. Le malade, placé sur ce plancher et tournant avec lui, ne sent pas le mouvement de rotation, n'a pas, au moment de l'arrêt, le vertige illusoire et ses yeux ne présentent pas de secousses nystagmiques : on peut alors en conclure qu'il existe une lésion vestibulaire du côté de la rotation.

Voici donc, mis à la portée de tous les médecins, un moyen très clinique de faire le diagnostic des affections jusqu'à maintenant si difficilement reconnues de l'organe de l'orientation.

LIVRES NOUVEAUX

La neurasthénie génitale (1), par J. BATUAUD.

Depuis les découvertes pastoriennes, la gynécologie est entrée résolument dans la voie chirurgicale, et l'on pourrait compter aujourd'hui les praticiens qui, en présence d'une métrite ou d'une salpingite, se contentent des seuls soins médicaux. Cependant, depuis les recherches de M. J. Chéron et M. Richelot et de l'auteur lui-même, on s'est rendu compte de l'intérêt qu'il y avait à soigner la malade en même temps que la maladie locale, surtout dans les cas de neurasthénie génitale, c'est-à-dire chez ces patientes présentant, en plus de lésions génitales importantes, un état neurasthénique plus ou moins accusé.

Le livre de M. Batuaud est divisé en quatre grands chapitres : dans le premier, sont étudiées les *relations de la neurasthénie avec les infections génitales*; l'auteur y met en lumière l'importance de la neurasthénie quand elle coïncide avec une annexite chronique, et la nécessité, dans ce cas, d'un double traitement, local et général. Le second est consacré à l'*influence de la neurasthénie sur l'appareil utéro-ovarien*, qu'il s'agisse de troubles de statique utérine d'origine neurasthénique : instabilité, affaisement, rétro-déviations, grandes névralgies pelviennes, ou de troubles circulatoires et trophiques reconnaissant la même origine : congestion utérine et utéro-annexielle, pseudo-métrites, hypertrophies transitoires, adhérences pelviennes. La *neurasthénie d'origine génitale* et les *psychoses post-opératoires* et la *clinomanie neurasthénique* constituent l'objet des troisième et quatrième chapitres, qui permettent à l'auteur de conclure que, lorsqu'elle est bien soignée, la neurasthénie génitale est toujours curable.

L. BABONNEIX.

Problèmes cliniques. Affections chirurgicales de l'abdomen : Appendicite, Occlusion intestinale, Cholécystite, Kystes hydatiques du foie, Cancer du foie, Cancer de la tête du pancréas, Pyélonéphrite gravidique, Tumeurs du mésentère, Perforations typhiques, Hernies, etc., par le docteur E. ROCHARD, chirurgien de l'hôpital SaintLouis. 1 vol. in-8° de 256 p. avec fig. dans le texte. — Prix : 4 fr. — Paris, O. Doin.

(1) In-8. — Paris, Maloine.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

SOUFFLES EXTRA-CARDIAQUES

Définition. — Sous le nom de *souffles extra-cardiaques*, ou mieux, de *souffles cardio-pulmonaires*, on désigne des bruits de souffles produits par les mouvements du cœur et siégeant dans une portion limitée du poumon circonvoisin : ils ont été surtout étudiés par le professeur Potain et ses élèves (1).

Caractères généraux. — 1° Leur **timbre** est généralement *doux*, *aspiratif*, *voilé*, leur caractère, *superficiel*;

2° Leur **hauteur** est *moyenne* : les souffles de tonalité extrêmement élevée ou extrêmement basse étant presque toujours des souffles organiques;

3° En ce qui concerne le **moment de la révolution cardiaque où ils se produisent**, il faut distinguer : des souffles systoliques, des souffles diastoliques, des souffles présystoliques.

Les souffles systoliques sont de beaucoup les plus fréquents. Ils présentent ce grand caractère de *n'occuper qu'une partie seulement de la systole*, qu'ils se laissent percevoir seulement au commencement de la systole (*souffles protosystoliques*), au milieu d'elle (*souffles mésosystoliques*), ou à sa terminaison (*souffles télésystoliques*). Ils sont donc *mérosystoliques* et s'opposent par là au souffle organique de l'insuffisance mitrale qui, occupant toute la systole, est dit *holosystolique*.

Des souffles systoliques extra-cardiaques, les plus fréquents sont les souffles mésosystoliques, qui représentent, à eux seuls, 70 p. 100 de tous les souffles cardio-pulmonaires (Barié).

Les souffles diastoliques, rares, peuvent occuper la pointe, la région mésocardiaque, ou la base du cœur. Ces derniers *se localisent constamment à la région préaortique* et *sont toujours plus ou moins mésodiastoliques*, ne remplissant jamais tout le grand silence.

Les souffles présystoliques, exceptionnels, sont ronflants comme le roulement présystolique du rétrécissement mitral, duquel il est parfois malaisé de les distinguer.

4° **Siège**. — La région précordiale doit être divisée, comme on sait, en trois zones : une supérieure, ou basilaire, une moyenne, ou méso-cardiaque, une inférieure, ou apexienne.

La *zone basilaire* se divise elle-même en deux régions : une située à droite et correspondant à l'origine de l'aorte (*zone pré-aortique*); une située à gauche, répondant à l'infundibulum (*zone pré-infundibulaire*).

La *zone méso-cardiaque* présente une partie gauche (*région pré-ventriculaire gauche*) et une droite, ou *sternale*, qui se divise à son tour en deux parties, une supérieure ou *sternale* proprement dite, une inférieure ou *xyphoïdienne*.

La *zone apexienne* comprend quatre régions : la première correspond à la pointe du cœur (*région apexienne* proprement dite); la seconde est située immédiatement au-dessus de la pointe (*zone sus-apexienne*); la troisième, en dehors d'elle (*zone parapexienne*); la quatrième, en dedans d'elle (*zone endapexienne*).

De toutes ces régions, *c'est la zone préventriculaire gauche de la zone méso-cardiaque qui est le siège le plus fréquent des souffles extra-cardiaques*, et dans cette zone, les souffles sont *presque toujours méso-systoliques*.

Les souffles de la *zone sus-apexienne sont également mésosystoliques*.

Les souffles de la *zone basilaire*, ceux qui occupent la région *pré-infundibulaire* sont presque toujours *mésosystoliques* [*souffle anémo-spasmodique* de la chlorose (C. Paul)], ceux qui occupent la région *pré-aortique*, presque toujours *diastoliques*.

5° **Propagation** *nulle*, caractère des plus importants;

6° **Mutabilité** *extrême* : les souffles cardio-pulmonaires disparaissent puis réapparaissent d'un jour à l'autre ; *ils peuvent parfois, pendant la durée d'un même examen, changer de siège, de rythme de timbre* (Barié);

7° **Influences favorisantes.** — A. Attitude du corps. — *Les souffles s'atténuent ou même disparaissent complètement lorsque le malade passe du décubitus dorsal dans la position assise*, ce qui est dû à deux causes : *a.* dans la position assise, le cœur comprime les bords antérieurs des poumons, dans lesquels ne peuvent plus s'effectuer les alternatives d'aspiration et de compression qui constituent la cause même de ces souffles; *b.* dans la position couchée, le cœur diminue de volume, condition favorable à la production des souffles extra-cardiaques.

B. *Lorsque les malades exagèrent l'*amplitude des mouvements respiratoires, *les souffles extra-cardiaques diminuent et disparaissent.*

C. Excitation cardiaque. — Deux cas : A. Lorsqu'*elle résulte d'un exercice violent*, le cœur se dilate, condition défavorable à la production des souffles extra-cardiaques; *aussi, n'observe-t-on pas, dans ce cas, de souffle cardio-pulmonaire.* B. Au contraire, *lorsque l'excitation cardiaque est d'origine nerveuse, elle favorise singulièrement l'apparition de ces souffles.* Aussi sont-ils particulièrement nets lorsque les malades se présentent à une visite médicale de quelque importance (conseil de revision, examen médical exigé par les compagnies d'assurances sur la vie, etc.). Ce sont des *bruits de consultation.*

D. Volume du cœur. — Plus le cœur est *petit*, plus son évacuation est rapide et facile (chlorose), et plus les souffles cardio-pulmonaires sont fréquents.

8° **Influences défavorables** à la production des souffles extra-cardiaques. — Ce sont : *a.* la *dilatation cardiaque*, qui porte obstacle aux déplacements considérables de la surface du cœur; *b.* l'*emphysème*, les mouvements d'aspiration produits par le cœur se répartissant sur une grande étendue de tissu pulmonaire; *c.* les *affections organiques du cœur*, qui se compliquent si souvent de dilatation cardiaque et d'emphysème.

Valeur séméiologique. — 1° **Y a-t-il souffle extra-cardiaque?** — Après avoir éliminé les *frottements*, on s'efforcera de distinguer les souffles extra-cardiaques des *souffles organiques* par l'ensemble des caractères généraux précédemment indiqués, et par les considérations suivantes, relatives à leurs diverses variétés.

A. Souffles basilaires. — Le souffle du *rétrécissement pulmonaire* est maximum dans le deuxième espace intercostal gauche; il est rude, holosystolique, et s'accompagne d'un frémissement cataire intense. Le souffle cardio-pulmonaire de cette région est doux, mésosystolique, ne s'accompagne pas de frémissement.

Le *souffle du rétrécissement aortique* siège dans le deuxième espace intercostal droit, se propage vers la clavicule, est rude, holosystolique, s'accompagne parfois de frémissement cataire; le souffle cardio-pulmonaire de cette région est plus superficiel, plus doux, plus diffus, ne s'accompagne jamais de frémissement.

Le *souffle de l'insuffisance aortique* est holodiastolique, se propage vers l'appendice xyphoïde, est nettement aspiratif. Le souffle cardio-pulmonaire est mésodiastolique, ne se propage pas, n'est pas moins nettement aspiratif, il ne s'accompagne d'aucun des signes habituels de l'insuffisance aortique.

Les souffles cardio-pulmonaires de la région pré-infundibulaire n'étant jamais diastoliques, il n'y a pas lieu d'envisager leur diagnostic différentiel avec l'insuffisance pulmonaire.

A. Souffles apexiens. — Le *souffle de l'insuffisance mitrale* est rude, râpeux, holosystolique, son maximum est au niveau de la pointe, il se propage vers l'aisselle et le rachis. Les souffles cardio-pulmonaires apexiens et endapexiens se différencient du précédent parce qu'ils sont méso ou télésystoliques. Quant aux souffles cardio-pulmonaires parapexiens, ils peuvent posséder tous les caractères du souffle de l'insuffisance mitrale, dont on les distinguera surtout par leur localisation.

Le *rétrécissement mitral* se caractérise par un bruit de roulement diastolique qui se renforce à la présystole ; ce bruit, maximum au-dessus de la pointe, s'accompagne des dédoublements du deuxième bruit, et d'un frémissement cataire ordinairement très intense.

Le soufflle systolique de l'*insuffisance tricuspidienne* s'accompagne de signes nets d'asystolie : pouls veineux de la jugulaire, pouls hépatique, œdèmes généralisés, etc.

2° On est généralement d'accord aujourd'hui pour *identifier aux souffles cardio-pulmonaires les souffles dits chloro-anémiques*, *fébriles*, et que l'on attribuait jadis à un spasme

---

(1) V. Barié. *Traité pratique des maladies du cœur*, Rueff, édit.

(C. Paul), à l'anémie, à une insuffisance fonctionnelle de la mitrale, etc. (v. Barié, loco citato).

3° **Au cours de quelles affections trouve-t-on les souffles extra-cardiaques?** On les a signalés au cours de certaines infections : *rhumatisme*, *chorée*, *scarlatine*; de certaines intoxications : *saturnisme*; de la *chlorose* et de l'*anémie*; des *états fébriles*; de la *maladie de Basedow*. Ils seraient particulièrement fréquents chez l'enfant.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Les souffles extra-cardiaques *se passent dans la partie du poumon qui avoisine le cœur*. En effet, 1° *ils sont maxima au niveau des parties du cœur recouvertes par le poumon*, ils se produisent dans cette languette du poumon gauche qui recouvre la pointe du cœur (*languette de Luschka*); 2° Expérimentalement, Fr. Franck a montré qu'*ils cessent de se produire lorsqu'on sépare le poumon du cœur*; 3° Ils peuvent *se transformer, en quelques instants, en bruit respiratoire simple ou à rythme saccadé* : ils ne sont donc autre chose que du « murmure vésiculaire transformé »; *ce sont des bruits d'aspiration rythmés, déterminés dans le poumon par le retrait systolique ou diastolique de la surface du cœur*, retrait qui s'accuse extérieurement par une dépression thoracique localisée (Potain).

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVI, n° 7, 14 fév. 1907.) Joel E. GOLDTHWAIT : Le traitement de la tuberculose de la hanche (coxalgie). — Charles J. WHITE : — Quelques statistiques sur les troubles digestifs dans les maladies de peau. — (N° 8, 21 fév.) Clarence John BLAKE : Sur les relations des besoins de la population et des médecins. — John H. MC COLLOM : La décroissance des maladies contagieuses, conséquence de l'application des mesures préventives (avec 7 tableaux). — Robert W. LOVETT : L'inspection médicale dans les écoles. — Charles F. WITHINGTON : Un cas simulant une cirrhose du foie et dû à un cancer du rein et de la veine cave. — J. B. SWIFT : La pyélite compliquant la grossesse. — F. S. NEWELL : La pyélite dans la grossesse et les suites de couches. — C. A. HARE : Un cas de pyélite pendant la grossesse.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 9, 2 mars 1907.) KLAUBER : Sur le diagnostic et le traitement de la gastrite phlegmoneuse. — (N° 10, 9 mars.) TECKLENBURG : Sur l'éructation nerveuse.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 9, 28 fév. 1907.) RIBBERT : Cellules humaines comme parasites. — BÖNNIGER : Sur la pathologie du battement cardiaque. — RUMPF : Le pronostic de la tuberculose pulmonaire. — SPENGLER : Nouvelles méthodes de coloration pour les bacilles de la pommelière et de la tuberculose. — KRUSE : Nouvelles recherches sur la dysenterie. — FREUND : Sur la benzosaline. — OPPENHEIM : Progrès dans le domaine des verres de lunettes. — GILLET : Une table de campagne à rayons Röntgen improvisée. — (N° 10, 7 mars.) HOFFA : Traitement de la coxalgie. — PELS-LENSDEN : Sur la malformation de la main dite de Madelung. — JELLINEK : Pathogénie, traitement et prophylaxie des accidents électriques. — EBER : Deux cas d'inoculation avec succès de matière tuberculeuse provenant d'un adulte mort de phtisie pulmonaire aux bovidés. — WEBER : Remarques sur le travail d'Eber. — BARTH : Sur la dysacousie musicale. — LEHMAN : Sur la novaspirine. — WÖRNER : Sur le mercure précipité blanc pultiforme.

Medizinische Blatter. — (N° 9, 2 mars 1907.) KREUZFUCHS : La neurasthénie est-elle une maladie fréquente? — WEINBERG : La tuberculose à Stuttgart, 1873-1902. — (N° 10, 9 mars.) LÖW : Progrès dans le domaine de la syphilidologie. — WEINBERG : La tuberculose à Stuttgart, 1873-1902 (*suite*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 10, 5 mars 1907.) STARCK : Sur le diagnostic de la maladie de Barlow. — KIPPEL et PAGENSTECHER : Sur l'influence de la choline et des rayons Röntgen sur le cours de la grossesse. — SCHMID et GERONE : Sur l'action des rayons Röntgen sur les animaux néphrectomisés; contribution à l'étude des leucotoxines. — GEIGLL : La force de la percussion. — SCHLESINGER et HOLST : Sur la valeur de l'épreuve de la benzidine pour la recherche des hémorragies minimes dans le tube digestif et les voies urinaires. — KRÖMER : Guérison opératoire d'un anus anormal vulvovestibulaire chez un nourrisson. — AUERBACH et GROSSMANN : Un cas d'épilepsie jacksonienne traitée chirurgicalement. — RAHN : L'ovogal, un nouveau cholagogue. — STRUPPLER : Sur les lipomes pendants du sinus transverse du péricarde. — PAGENSTECHER : Sur l'exophtalmie. — SEEFELDER : Sur la prophylaxie de la blennorragie chez les nouveau-nés. — WENDT : Les orteils en marteau et leur traitement. — (N° 11, 12 mars.) CREMER : Sur l'électromètre et son emploi en électrophysiologie. — RUBIN : Sur l'urobilinurie dans la fièvre typhoïde. — VERSE : Sur les cysticerques du quatrième ventricule comme cause de mort subite. — FRESE : Vers microscopiques dans l'estomac d'une femme atteinte d'ozène. — VORSCHÜTZ : La méningite et son traitement par la stase de Bier et la ponction lombaire. — AVELLIS : Sur le traitement du rhume des foins. — BASS : Cent sept accouchements sans la demi-narcose par la scopolamine morphine. — TOFF : Quelques mots sur la protection du périnée. — SCHOTTELIUS : L'hémostix. — LENGFELLNER : Sur un cas de charbon interne et externe. — STREBEL : L'irradiation intratumorale des cancers comme progrès de la radiothérapie. — HOCHEISEN : Accouchements avec la scopolamine-morphine.

Pester medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 9, 3 mars 1907.) JACOBI : Sur l'étiologie de la tétanie, et en particulier dans ses rapports avec le corps thyroïde. — ROTH : Traitement de la syphilis par les injections de corrosol. — (N° 10, 10 mars.) JACOBI : Etiologie de la tétanie; ses rapports avec le corps thyroïde (*suite*).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 9, 28 fév. 1907.) HEYROWSKI : Hémorragies de la peau et des muqueuses causées par les poisons bactériens. — SCHEITZ : Sur la sécrétion pathologique du mucus gastrique. — LIPSCHÜTZ : Sur le molluscum contagiosum. — FREUND : Sur le sort du salicylate de mercure injecté dans les muscles. — LEISCHNER : Contribution à l'étude des piqûres du crâne. — (N° 10, 7 mars.) BAIL : Action toxique du bacille d'Eberth. — POLLAK : Epidémiologie de la fièvre typhoïde. — GERMONIG : Sur la réaction de la tryptophane, particulièrement dans les selles et dans les cultures microbiennes. — PAPPENHEIM : Coloration des cellules du liquide céphalo-rachidien avec ou sans addition d'albumine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Introduction à l'étude de la chirurgie, par le docteur G. POTEL, ancien chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lille. 1 vol. in-8° de 800 p. avec 46 fig. dans le texte. — Prix : 12 fr. — Paris, O. Doin.

Urologie pratique et thérapeutique nouvelle, par H. JOULIE, pharmacien des hôpitaux de Paris en retraite, membre de la Société nationale d'agriculture, chevalier de la Légion d'honneur, 2e édition revue et très augmentée. 1 vol. in-8° de 464 p. avec tracés et fig. — Prix : 8 fr. — Paris, O. Doin.

Syphilis et tuberculose, par Emile SERGENT, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 316 p. — Prix : 5 fr. — Paris, Masson et Cie.

Lectures sur la tuberculose, par le docteur ARLEDETTI. 1 vol. 276 p. — Paris, Maloine.

N° 38. — SAMEDI 30 MARS 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 30 MARS 1907. — N° 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des Fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — ORAL. — Séance du 27 mars 1907. — Question donnée : « Articulation radio-carpienne. — Anatomie pathologique et signes de la fracture de l'extrémité inférieure du radius. »

MM. Dubosc, 15 + 22 = 37; Jacob, 15 + 22 = 37; Brac, 15 + 20 = 35; Flandin, 15 + 20 = 35; Lorin, 17 + 18 = 35; Fouchet, 13 + 21 = 34; Ménard (Louis), 14 + 19 = 33; Lemaire, 14 + 18 = 32; Gauchery, 14 + 17 = 31; Durand (Louis), 12 + 18 = 30.

Première séance du 28 mars. — Question donnée : « Sterno-mastoïdien. — Symptômes et diagnostic du tétanos. »

MM. Vaucher, 17 + 23 = 40; Braun, 15 + 44 = 39; Doré, 15 + 23 = 38; Riberol, 16 + 22 = 38; Wolfromm, 16 + 22 = 38; Le Blaye, 15 + 22 = 37; Sourdel, 14 + 20 = 34; Julien, 15 + 18 = 33; Pellot, 15 + 18 = 33; Rousselot, 13 + 17 = 30.

Deuxième séance du 28 mars (épreuve supplémentaire). — Question donnée : « Artère sylvienne. — Hémoptysie tuberculeuse. »

MM. Toupet, 19; Tourraine, 18.

Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1° *Internes titulaires.* — 1. MM. Toupet, Touraine, Cruet, Duval (Emile), Basset, Cadenat, Houdard, Barbet, Bourdier, Chambard,

11. Fimbel, Guggenheim, Pascalis, Vaucher, Lenoir, Stern, Braun, Paillard, Saiget, Glénard,

21. Chenet, Mlle Bouteil, MM. Berger, Lévêque, Foy, Burnier, Stévenin, Boudol, Strœhlin, Gendron (G.),

31. Riberol, Henry, Galup, Mallein, Pénard, Paul-Boncour, Debertrand, Portocalis, Lagane, Pépin,

41. Dumas, Périneau, Ferran, Lerat (Henri), Merle, Wolfromm, Weill (Pierre), Doré, Martin, Deroide,

51. Cléret, Dubosc, Robert, Jacoulet, Laroche, Coryllos, Baulard, Fernet, Houzel, Brisset,

61. Blanc, Dehelly, Le Blaye, Jacob, Woimant, Railliet, Mascarenhas, Petel, Willette, Jumentié,

71. Guillaume (Maurice), Mallet, Boyé, Mock, Barré, Lévy-Bruhl.

2° *Internes provisoires.* — 1. MM. Périer, di Chiara, Charrier, Metzger, Schreiber, Pérol, Cesbron, Duchet-Suchaux, Bécus, Pélissier (André),

11. Vuillet, [Fichot, Mesnager], Lamouroux, Chamard-Bois, d'Halluin, Levant, Fouquiau, Flandin, Binet du Jassonneix, de Vaugiraud, Verdoux,

21. Bienvenue, Ménard (Pierre), Clarac, Bichet, Blechmann, Haller, Lévy (Edmond), Douay, Salin, Josset-Moure,

31. Cotoni, Lutembacher, Martingay, Roudinesco, Davesnes, Cottenot, Lorin, Sorrel, Weill (André), Lemarignier,

41. Guénot, Bruel, Bruslé, Prélat, Léger, Brac, Marie, Fenestre, Jumon, Brocq,

51. Toulant, Mora, Velter, Chaudron, Morant, Sourdel, Vernes, Labande, Maillet, Pakowski,

61. Philbert, Aine, Regnard, Duranton, Fouchet, Bachy, Gauducheau, Perdoux, Jolivet, Gendron (André),

71. Thibaut (David).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Par décrets en date du 26 mars 1907, il est créé, à l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, une chaire de chimie biologique (fondation de la ville de Paris).

M. Grimbert, agrégé près l'École supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, docteur ès sciences, est nommé professeur de chimie biologique à ladite école.

— BORDEAUX. — M. Villar, agrégé des facultés de médecine, chef des travaux de médecine opératoire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé professeur de médecine opératoire à ladite faculté.

— LYON. — M. Guiart, professeur d'histoire naturelle à la

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé professeur de parasitologie et histoire naturelle médicale à ladite faculté.

— MONTPELLIER. — Une association corporative des étudiants en médecine vient de se fonder à Montpellier. Elle a son siège, 17, rue Saint-Firmin.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un concours s'ouvrira le 13 juin 1907 (épreuves écrites) pour l'admission en 1907 à l'École du service de santé militaire. Les inscriptions seront reçues dans les préfectures du 1er au 18 mai. Les épreuves orales auront lieu du 22 juillet au 17 août. Le programme arrêté le 21 mars 1907 donnant les conditions du concours a été inséré au *Bulletin officiel* du ministère de la Guerre (partie supplémentaire), imprimé par MM. Chapelot et Cie, éditeurs, 2, rue Christine, à Paris.

— Par décret du 23 mars 1907, les élèves de l'Ecole principale du service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine, dont les noms suivent, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, pour prendre rang du 1er février 1907, et provisoirement, dans l'ordre alphabétique ci-après.

Ces aides-majors sont pourvus de l'emploi de médecin aide-major de deuxième classe, élève à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales :

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Benoît-Gonin, Bodet, Cantin, Ceillier, Chatenay, Colombani, Combes, Daniel, Dubarry, Ferrer, Fonquernie, Georgelin, Giudice, Gouillon, Gouriou, Gravellat, Guérin, Guillen, Hermann, Hudellet, Joubert, Kernéis, Lautier, Le Camus, Le Dentu, Le Fers, Mariotte, Mazet, Muraz, Pouliquen, Rebufat, Ringenbach, Robert, Solacroup, Salomon, Saujeon, Sébilleau' Soing et Stevenel.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la douzième semaine, 1 022 décès, au lieu de 1 157 pendant la semaine précédente et au lieu de 1 055, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc redevenu assez satisfaisant ; toutefois, on remarque la persistance de la grippe et de la scarlatine (11 décès, et 301 cas nouveaux).

La fièvre typhoïde a causé 1 décès (moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux est de 15, au lieu de la moyenne 60.

La variole n'a causé aucun décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 12, chiffre identique à celui de la semaine précédente (moyenne 20); après vérification faite par les médecins de l'administration, on a reconnu que, sauf un seul, tous ces cas ne sont que des cas de varicelle. Il y a eu décès par variole hémorragique, mais il s'est produit le 24 mars et n'appartient pas à la douzième semaine, terminée samedi soir à minuit.

La rougeole a causé 9 décès (moyenne 17); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 243, au lieu de 194 précédemment (moyenne 329).

La scarlatine a causé 11 décès (moyenne 2); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 301, il s'élevait à 267 pendant la semaine précédente (moyenne 70).

La coqueluche a causé 13 décès (moyenne 70).

La diphtérie a causé 8 décès (moyenne 10); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 101, au lieu de 90 pendant la semaine précédente (moyenne 101).

La diarrhée infantile a causé 21 décès de 0 à 1 an, chiffre identique à celui de la semaine précédente (moyenne 25).

En outre, 25 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 187 décès, au lieu de 216 pendant la semaine précédente (moyenne 195). En outre, 25 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 240 décès; la méningite tuberculeuse, 20; la méningite simple, 21; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 14 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 52 décès; les maladies organiques du cœur, 61 ; le cancer, 44; la hernie et l'obstruction intestinale, 6; la cirrhose du foie, 12; la néphrite, 26 ; enfin, 40 vieillards sont morts de débilité sénile. Tous ces chiffres sont inférieurs à la moyenne.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Riforma medica. — (N° 8, 23 fév. 1907.) Vincenzo PATELLA : I. La microchimie et l'état cadavérique des mononucléaires du sang ; — II. Protozoaires flagellés et corpuscules de Kurloff-Demel dans les mononucléaires du sang de cobaye. — Carlo BESTA : Le rapport entre le degré de la pression sanguine et la rapidité d'élimination du bleu de méthylène dans la démence précoce. — Orazio D'ALLOCCO : Spasme tonico-clonique continu généralisé et polio-encéphalite aiguë chez les enfants. — (N° 9, 2 mars.) Mario DONATI : Contribution au traitement des tumeurs malignes au moyen d'injections de trypsine. — Vincenzo PATELLA : I. La microchimie et l'état cadavérique des mononucléaires du sang; — II. Protozoaires flagellés et corpuscules de Kurloff-Demel dans les mononucléaires du sang de cobaye. — MARIOTTI-BIANCHI : Etudes sur l'infection typhique. Contribution à l'histoire des suppurations typhiques. — (N° 10, 9 mars.) G. PASCALE : Anévrisme poplité diffus consécutif. Considérations anatomiques sur certaines anomalies possibles dans l'origine des vaisseaux de l'iliaque externe. — Guido TIZZONI et Luigi PANICHI : Nouvelles recherches expérimentales sur la pellagre. — Antonino LONGO : Sur un cas d'échinocoque chez un enfant de quatre ans. — Elio TIRELLI : Les thermophiles des eaux potables. — (N° 11, 16 mars.) Carlo GENNARI : La valeur de la leucopénie dans le diagnostic du typhus abdominal. — Pietro GUIZZETTI : Sur la façon dont se comporte le glycogène dans les parathyroïdes humaines. — Pietro CAPASSO : La sigmoïdite et la périsigmoïdite. — Gino MONZARDO : A propos de la transplantation tendineuse comme moyen de traitement des paralysies.

REVUE GÉNÉRALE

L'INTESTIN HYSTÉRIQUE (1)

Par Abel GY,
Interne des hôpitaux de Paris.

Suivant qu'il est total ou partiel, on distingue deux grandes variétés du tympanisme : la forme généralisée et la forme localisée.

A. La *forme généralisée* donne lieu à un développement uniforme de tout l'abdomen qui prend l'aspect d'un ovoïde à grosse extrémité inférieure, marqué parfois de légères bosselures. Son volume est des plus variables : au niveau de l'ombilic, la mensuration donne quatre-vingts, quatre-vingt-dix centimètres, et même un mètre de pourtour (Cadet). Au palper, le ventre est le plus souvent souple. Cependant la pneumatose peut se compliquer d'une contracture du diaphragme et des muscles de la paroi : « On trouve alors, dit Rendu, l'abdomen dur, saillant, uniformément bombé, beaucoup moins saillant en général que dans les formes flaccides, et donnant l'impression d'une masse solide, de consistance ligneuse. Les anses intestinales sont comme immobilisées et refoulées vers la colonne vertébrale. »

Dans la tympanite banale, la percussion donne un son clair, « tympanique » (τύμπανον, tambour). Il arrive même que le foie soit refoulé en haut et en arrière, et qu'ainsi la sonorité abdominale puisse remonter presque jusqu'au mamelon. Dans certains cas, la distension gazeuse est extrême et l'intestin prend un volume monstrueux. Il en était ainsi dans une observation de Haller où le cæcum avait la grosseur d'une tête d'adulte, et le côlon celle d'une cuisse. La percussion, dit Cadet, est alors paradoxale et devient submate. C'est l'atympanisme des Allemands, déjà signalé par Racle, Potain et Axenfeld, Jaccoud. Savart a donné une explication du phénomène en montrant qu'au delà d'une certaine limite, une membrane vibrait d'autant moins qu'elle était plus tendue.

Le toucher vaginal est ordinairement négatif (Huchard); à mesure que la pneumatose augmente, la peau devient tendue, surtout au niveau de l'ombilic, un des points faibles de la paroi (Combalusier). La base du thorax s'élargit, le diaphragme est refoulé et immobilisé : d'où une dyspnée assez vive. Le pouls est dur, fréquent. Des palpitations se montrent (G. Sée, Raymond), quelquefois par crises (observation de Redhon). Des râles de congestion peuvent s'entendre aux deux bases. Une certaine difficulté d'uriner tient à la compression de la vessie. Des vomissements apparaissent par suite du refoulement de l'estomac par le côlon transverse dilaté et il existe une constipation plus ou moins rebelle.

Ajoutons à tous ces signes une tendance aux syncopes et l'existence possible de crises convulsives marquant quelquefois la terminaison du tympanisme.

Il arrive que des douleurs, même fort vives, se déclarent, spontanées, et provoquées par la moindre palpation. Mais le plus souvent, l'affection est complètement indolente. « C'est un des caractères les plus frappants de voir un météorisme vraiment excessif ne produire que des malaises insignifiants » (Rendu). Quand le symptôme est très marqué et se prolonge, la malade offre une démarche caractéristique et présente une lordose véritable avec renversement en arrière et incurvation du rachis, tandis que le ventre proémine en avant. Cette attitude tient à la position instinctive que prend la malade pour garder son équilibre et peut être aussi à une parésie des muscles abdominaux (Krukenberg) avec ou sans contracture des muscles lombaires, du diaphragme, repoussant en avant et en bas tout le paquet intestinal (Potain, Talma). A la longue, la malade demeure au lit, ordinairement dans le décubitus dorsal (Laguérie). Quelle que soit d'ailleurs la position occupée par elle, la pneumatose reste la même.

Peu d'affections offrent une plus grande variabilité dans leur aspect clinique que le tympanisme. Après un début brusque ou lent, il se constitue avec une grande rapidité (Demarquay). Il dure quelques heures, plusieurs semaines ou persiste même pendant des années, est alors dans ces derniers cas, soumis à des crises d'aggravation et de rémission subites.

A la longue, apparaissent tous les troubles digestifs respiratoires et circulatoires signalés plus haut.

Exceptionnellement, l'intensité du symptôme a pu déterminer une rupture de l'estomac, de l'intestin, ou la compression d'une veine iliaque, d'où un œdème de la jambe correspondante (observation de van Swieten).

Très rarement, la mort a été signalée dans le tympanisme, l'asphyxie survenant par gêne croissante de la respiration (Axenfeld, Huchard). La guérison est de règle. Ordinairement elle arrive subitement, sans cause ou à la suite d'une violente émotion, et assez souvent, est accompagnée, mais non toujours, du rejet de gaz par l'anus et de nombreuses éructations.

La récidive de la pneumatose est au reste possible. Morarzik a pu la produire à volonté par frottement de l'abdomen ou encore par suggestion. Il observa même le tympanisme unilatéral, disparaissant par quelques coups sur le crâne.

B. Parfois le météorisme relève d'un spasme et se limite à un segment plus ou moins étendu de l'intestin. On constate alors dans un ventre de volume normal, une ou plusieurs tuméfactions de grandeur variable, siégeant en un point quelconque de l'abdomen, le plus souvent au niveau du cæcum, d'un angle du côlon transverse ou de l'S iliaque.

Ces tumeurs sont rénitentes, sonores ou submates, assez mobiles, indolentes en général. Les caractères de leur apparition, de leur évolution, de leur disparition, sont les mêmes que ceux de la pneumatose généralisée.

Il s'agit somme toute d'une *tympanite localisée.* La pathogénie seule diffère.

En clinique, le plus souvent, comme le dit H. Bernard, le tympanisme, qu'il soit généralisé ou

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 35, p. 411.

localisé, s'associe à une foule d'autres signes tels que par exemple les douleurs entéralgiques, si fréquentes chez les névropathes. L'hystérie peut ainsi simuler un état physiologique (grossesse) ou un état morbide (péritonites aiguës ou tuberculeuses, tumeurs, appendicite). Dans des cas rares, on a pu croire, en présence d'attaques convulsives survenant lors de pneumatose intestinale, à une crise d'éclampsie. Rendu cite de même une observation de paraplégie flasque des membres inférieurs, survenue chez une jeune femme soupçonnée syphilitique. La paralysie s'accompagnait d'incontinence rectale et vésicale et d'un tympanisme abdominal énorme. Bientôt apparurent de l'atrophie musculaire, des escares sacrées, avec fièvre élevée, et on porta le diagnostic de myélite transverse. Peu à peu la guérison se fit, alors que survint brusquement une amaurose purement hystérique. De telles difficultés diagnostiques sont heureusement exceptionnelles. Beaucoup plus fréquentes sont les grossesses nerveuses, les pseudo-péritonites tuberculeuses ou aiguës, les fausses tumeurs et les pseudo-appendicites. Nous allons les passer en revue.

A. La *grossesse hystérique* est connue depuis fort longtemps (Mauriceau, A. Paré, Sydenham, etc.). Le plus souvent, il s'agit d'une femme redoutant les charges de la maternité ou au contraire les désirant avec d'autant plus de passion qu'elles deviennent plus âgées. « Ces affolées de grossesse (Pajot) prennent aisément leurs désirs pour des réalités. » Leur ventre augmente de volume; les règles disparaissent, Plusieurs phénomènes réflexes se montrent : les seins se gonflent et deviennent douloureux, sécrétant une sérosité lactescente. Divers troubles digestifs apparaissent, en particulier des vomissements. Les femmes enfin accusent des mouvements dans le bas-ventre qu'elles rapportent à un fœtus vivant, mais en réalité dus au péristaltisme de l'intestin, à un déplacement de gaz dans le tube digestif ou à des contractions musculaires de la paroi.

Parfois même la copie de la grossesse est poussée si loin qu'on assiste à une sorte de travail : douleurs abdominales irradiées aux lombes, au sacrum et au pubis et rejet de mucosités et de sang par le vagin. Puis le ventre s'affaisse subitement au milieu de coliques et en même temps que de nombreux gaz sont émis par l'anus (cas de Mérat). La durée de « ces grossesses par illusion pure » (Chantreuil et Tarnier) est fort variable. Il n'est pas rare qu'elles dépassent le terme d'une gravidité réelle (Verhoogen, Bernard).

En dehors d'une association possible de grossesse extra-utérine avec le tympanisme, signalée par Potain et Axenfeld, il est facile en général de reconnaître la nature hystérique de tous les phénomènes présentés par la malade : « Dès le début, dit Rendu, le ventre grossit trop rapidement et atteint déjà le volume qu'il doit avoir normalement au bout de quatre ou cinq mois de grossesse. Le développement des seins ne subit pas une évolution parallèle; la ligne brune des téguments ne se pigmente qu'imparfaitement; la muqueuse des grandes lèvres et du col utérin ne prend pas la teinte vineuse caractéristique. Enfin vers le cinquième mois, l'embonpoint diminue. »

Mais c'est surtout le toucher vaginal qui donnera de grands renseignements, en montrant le col utérin intact et la vacuité complète de l'utérus. Enfin, l'anesthésie chloroformique, en faisant disparaître brusquement le pseudo-kyste fœtal, permettra d'éviter une erreur.

B. Dans d'autres circonstances, le tympanisme simule plus ou moins exactement la *péritonite tuberculeuse*. Gilles de la Tourette, l'un des premiers, en rapporta trois observations fort nettes. Parfois, la bacillose péritonéale semble évidente : à la suite d'un léger traumatisme par exemple (cas de Martinet et Dauchez), une femme est prise de vomissements verdâtres, bilieux, de constipation et de douleurs. Mais ce dernier caractère est inconstant. Alors qu'on voit, chez certaines malades, la plus légère palpation de la région arracher des cris (Martin et Dauchez), chez d'autres, la pression même forte est absolument indolente et les zones ovariennes sont elles-mêmes complètement insensibles (cas de Faitout). Le ventre est volumineux, offrant tantôt une rénitence uniforme en tous ses points (Faitout), tantôt un empâtement en divers endroits (Martinet et Dauchez). Tantôt enfin, il existe une telle défense musculaire de la paroi que toute tentative d'examen est inutile. La circulation veineuse collatérale est inconstante. Dans l'observation de Faitout, elle était plus particulièrement marquée au niveau des régions inguinales. Pour ajouter au tableau clinique, des sortes de paroxysmes éclatent : le pouls devient petit, très accéléré, la température s'élève et les signes locaux et généraux redoublent d'intensité.

Ces accidents de pseudo-péritonite tuberculeuse peuvent durer un temps indéfini, pendant six mois, un an (Bernutz) et même plus.

Parfois, la bacillose est si bien simulée qu'une intervention chirurgicale est tentée. C'est ainsi qu'un malade de Londe et Monod subit deux opérations. Thoinot et Mosny rapportent l'histoire d'un « laparotomisé par persuasion » dont on ouvrit l'abdomen trois fois.

Ces faits nous expliquent pourquoi Cappelletti, Massalongo et Boari insistent sur la prudence qu'il convient d'apporter lors d'une opération chez une hystérique. La nature exacte des symptômes qu'elle ressent est fort délicate à préciser. La présence de stigmates avérés ne suffit pas. Une névropathe en effet n'est pas à l'abri d'une infection bacillaire. Le cas de Potain concernant une péritonite tuberculeuse prise pour une tympanite en est un exemple. Les meilleurs éléments de diagnostic différentiel résident dans l'étude de la température, du pouls, et de l'état général du sujet. Comme le dit Rendu, « la tympanite hystérique est toujours apyrétique, tandis que la péritonite tuberculeuse donne lieu d'ordinaire à des élévations de température passagères et souvent à des accès fébriles véritables. Les caractères du pouls sont beaucoup plus inconstants. Cependant on doit se méfier des tympanites accompagnées d'accélération ou de petitesse du pouls;

elles sont ordinairement symptomatiques. Les hystériques au contraire, même avec des troubles fonctionnels accentués, gardent un pouls calme et lent qui contraste étrangement avec leur agitation et leur anxiété respiratoire. » Le plus souvent, malgré la durée parfois longue de l'affection, l'état général ne semble guère touché et l'amaigrissement est nul ou peu prononcé (Pitres). Le malade de Thoinot et Mosny était « un gaillard gros, solide et bien musclé ». Les poumons n'offrent trace d'aucune lésion bacillaire. Enfin, sous l'influence de la suggestion ou de l'anesthésie chloroformique, il n'est pas rare de voir tous les symptômes s'atténuer : le ventre s'affaisse et redevient souple ; la palpation ne révèle aucune induration viscérale, aucun empâtement profond. De même une intervention chirurgicale amènera une guérison mais ne mettant nullement à l'abri d'une récidive toujours possible.

C. Dans d'autres cas encore, le tympanisme revêt l'apparence d'une péritonite aiguë. Ces faits de *péritonisme hystérique* sont connus depuis longtemps et Bernutz, dans un travail déjà ancien, appelle l'attention sur les erreurs qu'il est possible de commettre. « L'intensité des accidents déterminés sont presque complètement semblables à ceux que suscite l'inflammation suraiguë de la séreuse pelvienne, ce qui a fait donner à cette affection par les médecins anglais le nom très juste de *spurious peritonitis.* » Cet état se montre surtout chez les femmes (Briquet), au moment de leurs règles, sans cause ou à la suite d'une émotion, d'une fatigue. Brusquement éclate chez elles une douleur, d'abord localisée dans l'une des fosses iliaques, bientôt étendue à tout l'abdomen. Celui-ci est dur, tendu, ballonné. La palpation la plus légère, le frôlement, le poids d'un drap arrache des cris à la malade. Par contre quelquefois une pression large et profonde est facilement supportée (Gilles de la Tourette). Le toucher vaginal est impossible, vu les souffrances qu'il provoque. En même temps, le pouls devient petit, serré et rapide. Des vomissements bilieux apparaissent ; la constipation est absolue. La dyspnée est très marquée. Le facies prend l'aspect grippé et tout le syndrome péritonéal est ainsi réalisé au grand complet. Beaucoup d'auteurs ont insisté, avec Putnam Jacobi, sur cette allure effrayante que peut prendre le péritonisme hystérique.

Heureusement, un tel tableau clinique est rare et il est assez souvent possible de déceler la nature purement névropathique des accidents. Pour reconnaître leur origine, il faut noter avec soin le contraste frappant qui paraît exister entre l'état général peu touché et la gravité apparente des signes locaux (Bernard). Les douleurs ont un caractère névralgique, sillonnent l'abdomen sous forme d'éclairs douloureux. Le pouls reste assez souvent voisin de la normale. « La malade offre une excessive expression de douleur et exécute des mouvements qu'elle se garderait bien de faire si une péritonite existait » (G. de la Tourette et G. Gasne). Enfin, il n'existe ordinairement aucun état fébrile, mais, comme le fait remarquer Rendu, ce dernier cas se voit dans certaines péritonites avec perforation. Il cite même à ce propos, dans ses *Cliniques*, un fait absolument typique où le diagnostic resta hésitant jusqu'à la guérison. De plus, un état gastrique fébrile peut coexister avec des signes de péritonisme chez une névropathe. Enfin l'existence de fièvre hystérique est aujourd'hui bien connue, comme en font foi les deux cas de Bristowe. Bressler (*Med. Record*, 1888) a assigné à cette variété de fièvre plusieurs caractères : « Elle débuterait par des signes de fièvre intermittente légère, de la constipation, un peu de céphalalgie, une certaine inquiétude morale, puis elle s'accompagne de vomissements persistants et d'une grande sensibilité de l'abdomen à la pression. La température varie de 38 degrés à 40°5 et le maximum est atteint rapidement après le début de l'attaque. Ce qui permet d'exclure le diagnostic de péritonite, c'est l'absence de tympanite et le siège prédominant des douleurs dans les régions ovariennes. » Mais comme le fait remarquer Boulay, ces deux signes sont des plus inconstants. La fièvre, quand elle se montre, n'offre, en dehors de son irrégularité, aucun caractère précis. C'est surtout l'étude minutieuse des symptômes présentés par le malade, par le désaccord qui paraît régner entre eux, par la recherche des antécédents névropathiques, que le diagnostic exact sera soupçonné.

D. Les réactions péritonéales que présente la grande névrose sont parfois plus légères et ne vont pas jusqu'à prendre les apparences d'une péritonite aiguë généralisée. L'hystérique alors, spontanément ou par esprit d'imitation (Terrien), simule *une appendicite* de plus ou moins haute gravité. Depuis les deux cas déjà anciens de Bristowe (pseudo-typhlite avec péritonite localisée), de nombreuses observations en ont été publiées : « L'opération faite, dit Terrien à propos d'un fait analogue, on trouva un appendice sain macroscopiquement et microscopiquement. La malade avait eu pourtant tout le tableau de l'appendicite : douleur violente dans la fosse iliaque droite, ballonnement, vomissements incoercibles, constipation opiniâtre, température entre 39 et 40 degrés. »

En réalité, comme l'ont établi Rendu et Talamon, tantôt, il s'agit d'une *appendicite avec péritonisme hystérique* ; la névrose ne fait qu'exagérer les différents symptômes de l'affection. Une forme légère prendra ainsi les apparences d'une forme suraiguë ou d'une péritonite diffuse.

Tantôt, la névrose est seule en cause, crée de toutes pièces la maladie : c'est la véritable *pseudo-appendicite hystérique*. Elle se présente alors, dit Talamon, « sous l'aspect d'une simple colique appendiculaire, avec douleur vive dans l'hypocondre droit, des vomissements, une hyperesthésie extrême de la zone hystérogène sous-costale droite simulant à un examen peu attentif le point de Mac Burney. Quelquefois, elle offre le tableau d'une appendicite avec péritonite localisée, la contracture du muscle droit donnant la sensation d'une tumeur. » Le point de départ de ces pseudo-crises est des plus variables. Une femme, déjà opérée d'appendicite par M. Bazy, fut de nouveau laparotomisée d'urgence par suite de

l'hyperesthésie extrême que révélait l'examen de sa fosse iliaque droite. Dans d'autres circonstances, les douleurs, faussement appendiculaires, relevaient d'une ovaralgie et beaucoup plus souvent d'une névralgie du douzième intercostal, s'accompagnant de réactions nerveuses à distance. C'était le cas dans l'observation de Berthier et Milian : on trouvait chez leur malade les points douloureux classiques, vertébral, latéral, antérieur, ce dernier répondant à peu près au point de Mac Burney.

Quelle qu'en soit l'origine, l'affection se prolonge, souvent un, deux ou trois mois. Malgré cette durée, l'état général reste relativement satisfaisant (Brissaud). Cependant les vomissements persistent, mais ils ont une allure nerveuse « par l'abondance extrême de salive remplissant une demi-cuvette » (Berthier et Milian). Tous les accidents cessent brusquement soit après une intervention (d'ailleurs, la récidive est toujours possible), soit par des moyens médicaux, par la suggestion, ou à la suite de l'apparition d'une autre manifestation névropathique.

E. L'hystérie peut encore donner lieu à la présence de *fausses tumeurs* dans le ventre. Déjà en 1880, Brodie pensait à juste titre que « la plupart des cas d'hydropisie ovarienne guérie par l'iode ou d'autres médicaments étaient probablement du tympanisme hystérique ». Les auteurs qui suivirent, au nombre desquels il faut surtout citer Spencer Wells, montrèrent combien ces faits étaient fréquents et quelles erreurs la pneumatose des névropathes pouvait faire naître.

Les pseudo-tumeurs apparaissent en général brusquement sous forme de bosselures (Axenfeld et Huchard), plus ou moins volumineuses, sans localisations précises. D'où les pseudo-kystes hydatiques du foie (Rendu, Potain), les fausses tumeurs de l'utérus ou de l'ovaire (Wells), suivant leurs attaches apparentes. Elles sont parfois mobiles, et on s'explique ainsi qu'elles aient donné aux anciens la sensation d'utérus en migration. Le plus souvent indolentes, elles s'accompagnent quelquefois d'assez vives douleurs (Grasset). Leur percussion varie avec la tension de la paroi, car la contracture localisée de la musculature abdominale et du diaphragme, joue un grand rôle dans la production de ces tumeurs. Elles sont dès lors soumises à des modifications tant dans leur rénitence que dans leurs dimensions. Fait capital, elles disparaissent sous le chloroforme et réapparaissent dès que la narcose a cessé. Cette heureuse influence de l'anesthésie sur les tumeurs fantômes a été constatée par de nombreux auteurs (Verhoogen, Kheifeltz, Rendu, Moizard, Ramskiel, Wells, Talma, Le Jamptel).

Cependant le diagnostic n'est pas toujours facile. Même sur un ventre normal, il est souvent délicat de différencier une contracture musculaire locale ou un paquet d'anses intestinales, d'une tumeur véritable (tumeur fantôme par illusion des sens). Il existe en outre des cas où évolue une affection organique réelle : « On note alors, à côté de la fausse tumeur, un véritable néoplasme dont l'hystérie a en quelque sorte multiplié l'expression symptomatique, nouveau cas de superposition organique » (Gilles de la Tourette).

Ces pseudo-néoformations ont une durée essentiellement variable. Elles peuvent persister indéfiniment, ou s'évanouir brusquement sans cause ou à la suite d'une émotion, d'nn autre accident névropathique survenant.

En présence de manifestations hystériques si diverses dans leur allure, on ne saurait donner des indications thérapeutiques précises. Le traitement général sera celui de la névrose. Quant au traitement local, il échoue souvent contre les tympanites. Verhoogen a préconisé des badigeonnages de l'abdomen au collodion ou au bleu de méthylène. D'autres ont essayé des électrisations fréquentes. Pitres a conseillé la suggestion. Des bains et des enveloppements chauds et des anesthésies répétées auraient raison du météorisme. Rendu prescrit l'emploi de poudres absorbantes et surtout de la noix vomique comme stimulant du système nerveux. Si la tympanite est douloureuse, une légère révulsion sera faite au creux épigastrique. La constipation sera vaincue par des opiacés et des lavements froids. Quant à la ponction intestinale, proposée par Labric, si elle a donné quelques heureux résultats, elle est ordinairement sans succès. « La véritable indication, ajoute Rendu, n'est pas seulement de donner issue aux gaz accumulés, elle consiste surtout à faire disparaître l'atonie intestinale qui entretient indéfiniment la tympanite. »

BIBLIOGRAPHIE

ANDRÉ. Les névroses de l'intestin, *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 17 déc. 1892; — *Précis clinique des maladies du système nerveux*, 1895, p. 897 et suiv. — ARNDT. Art. HYSTÉRIE, in *Real. Encyclopædia* d'Eulenburg, 1879; — Constipation et nervosisme, Soc. méd. de Greifswald, 9 fév. 1890. — ARGENTI (Francesco). Nevrosi cerebro-spinale hysterica, *Arch. gén. de méd.*, 1839, p. 227. — AUTUN. Th. de Paris, 1871. — AVIRAGNET. Art. PÉRITONITE in *Manuel de Debove et Achard*. — AXENFELD et HUCHARD. *Traité des névroses*, 1882.

BAIN. *De l'auto-représentation chez les hystériques*, Th. de Paris, 1903. — BEAUCHAMP. *Essai sur la xénoménie*, Th. de Paris, 1864. — BÉHIER et HARDY. *Pathol. int.*, III. — BERNHEIM. Soc. de méd. de Nancy, mars 1888. — BENOIT. *Des hémorragies gastro-intestinales étudiées surtout au point de vue de la séméiologie et du pronostic*, Th. de Paris, 1872. — BERNARD (Henry). Tympanite hystérique et neurasthénique, *Gaz. hebdom.*, 11 mars 1900; — Les paralysies de l'intestin; étiologie et formes cliniques, *Gaz. des hôpit.*, 25 juin 1898, n° 72. — BERNUTZ. Art. HYSTÉRIE, in *Dict. Jaccoud*. — BERVEILER. *Des constipations opiniâtres*, Th. de Paris, 1873. — BERTHIER et MILIAN. Appendicite oblitérante atrophique et pseudo-appendicite nerveuse, *Presse méd.*, 4 juin 1898, n° 47. — BINET (Maurice). Des hémorragies dans l'hystéro-catalepsie, *Annales médico-psychol.*, sept. 1877. — BLACHEZ. Art. INTESTIN, in *Dict. Dechambre*. — BOAS. Diagnostic et traitement des affections gastro-intestinales nerveuses, *Deuts. med. Wochens.*, 17 août 1905, p. 1297-1301. — BOUCHARD. *Pathologie générale*. — BOUCHARD-BRISSAUD. *Grand traité de médecine*. — BOULAY. De la fièvre hystérique, *Gaz. des hôpit.*, 1890, p. 1378-1379. — BOURNEVILLE et VOULET. *De la contracture hystérique permanente*, 1872. — BRIAND. Th. de Paris, 1877. — BRIQUET. *Traité de l'hystérie*. — BRISSAUD. Appendicite fantôme, Soc. méd. des hôpit., 1897, p. 414. — BROCHIN. Art. NERVEUSES (MALADIES), in *Dict. Dechambre*. — BRODIC. *Leçons sur les affections nerveuses locales*, 1880. — BROUARDEL et GILBERT. *Traité de pathol. int. et de thérap.* — BRYANT.

Report of the fourth laparotomy on a hysterical patient, *Med. Record*, 24 déc. 1892. — BURNET. *Contribution à l'étude de l'hystérie infantile*, Th. de Paris, 1891.

CADET. *Pneumatose gastro-intestinale*, Th. de Paris, 1871. — CAPPELLETTI. Un cas de péritonite hystérique, *Revue de neurol.*, 1898, p. 17. — CHERCHEWSKY. Contribution à la pathologie des névroses intestinales, *Revue de méd.*, oct. et déc. 1883. — CLOZIER. Toxhémie des gastro-entéropathes, Acad. de méd., 21 juillet 1896. — COMAR. Auto-représentation chez les hystériques, *Presse méd.*, 17 janv. 1903. — COURTOIS-SUFFIT. Art. PÉRITONITE AIGUË et DYSPEPSIE INTESTINALE, in *Traité Bouchard-Brissaud.*

DAUCHEZ et MARTINET. Accidents péritonéaux revenant périodiquement chez une hystérique; guérison, *France méd.*, 6 et 29 juin 1882. — DEBOVE. Soc. méd. des hôpit., 10 nov. 1882; — *Union méd.*, 1883; — Pseudo-étranglement névropathique, *Presse méd.*, 22 nov. 1902. — DEBOVE et ACHARD. *Manuel de méd.* — DECHAMBRE. Art. MÉTÉORISME, in *Dict. Dechambre.* — DÉNIAU. *De l'hystérie gastrique*, Th. de Paris, 1883. — DESNOS. Deux observations d'étranglement intestinal nerveux au cours de coliques néphrétiques, *Union méd.*, 5 avril 1887; — Sur un cas de défécation par la bouche, Soc. méd. des hôpit., 27 nov. 1891. — DIEULAFOY. *Manuel de pathol. int.* — DIMITROPOLU. Th. de Paris, 1887. — Discussion sur le traitement de la tympanite asphyxique par la ponction (BAUBY, DEPAUL, BARTH, PIORRY, HUGUIER, VERNEUIL, RICHET, MIALHES, FONSSAGRIVES, GUÉNEAU DE MUSSY), Acad. de méd., 18 juillet 1871. — DUPRÉ. Art. PÉRITONITE, in *Traité Brouardel-Gilbert.* — DUTIL. Art. HYSTÉRIE, in *Grand Traité Bouchard-Brissaud.*

EBSTEIN. *Neurol. Centralbl.*, 1883 (anal. in *Arch. de neurol.*, 1884, I; — *Volkman's Samml. klin. Voitr.*, n° 155. — EICHORST. *Traité de pathol. int.*, trad. franç., III. — EMPEREUR. *Essai sur la nutrition dans l'hystérie*, Th. de Paris, 1876. — ESTÈVES. *Nouv. iconographie photographique de la Salpêtrière*, 1892, p. 47. — EWALD. Die neurasthenia dyspeptica, *Berl. klin. Wochens.*, 26 mai et 2 juin 1884. — EYBERT. *Diarrhées névropathiques d'origine réflexe*, Th. de Lyon, 1892.

FAITOUT. Tympanisme hystérique chez un enfant de douze ans, *Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 6 juin 1895. — FEDERN. Atonie intestinale partielle, *Gesell. f. chir. Mediz. u. Kinderh. in Wien.*, 23 juin 1904. — FOUQUET. *Sur quelques spasmes d'origine hystérique*, Th. de Paris, 1880. — FOLLET. Occlusion par entéro-spasme, *Bull. méd.*, 6 déc. 1902; — *Echo méd. du Nord*, 7 déc. 1902. — FROUSSARD. Etude de la constipation chronique, *Presse méd.*, 22 juin 1901, n° 50.

GENDRIN. *Traité physiologique de médecine pratique*, 1838, I. — GÉRARD. Observation de grossesse dite nerveuse, *Journ. de Corvisart.* — GÉRARDIN. *Les gaz intestinaux*, Th. de Paris, 1814. — Gilbert BALLET. Les troubles intestinaux de la neurasthénie, *Journ. des prat.*, 29 avril et 6 mai 1905. — Gilles DE LA TOURETTE. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1895. — Gilles DE LA TOURETTE et Georges GASNE. Art. HYSTÉRIE, in *Traité Brouardel-Gilbert.* — GOODELL. Le rectum nerveux, *Journ. of Amer. Assoc.*, 9 juillet 1888 (anal. in *Semaine méd.*, 29 août 1888). — GRASSET. Art. HYSTÉRIE, in *Dict. Dechambre.* — GRASSET et RAUZIER. *Traité pratique des maladies du système nerveux*, 1894. — GRISOLLE. *Pathol. int.*, I-II. — GUÉNEAU DE MUSSY. Du météorisme et de la tympanite, *Cliniques méd.*, II; — Des conditions mécaniques de la tympanite, *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1867. — GUINARD. Appendicalgie, Soc. de chir., 26 janv. 1904. — GUINON. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1889; — De l'hystérie dans ses rapports avec la chirurgie, *Revue de chir.*, 1888.

HANOT. Sur un cas de fièvre hystérique, Soc. méd. des hôpit., 28 avril 1893. — HENROT. *Des pseudo-étranglements*, Th. de Paris, 1865. — HIRTZ (Hippolyte). Art. PNEUMATOSE, in *Dict. Jaccoud.* — HUCHARD. De l'hystérie viscérale, *France méd.*, 15 avril 1882; — Troubles vaso-moteurs et sécrétoires de l'hystérie, *Gaz. hebdom.*, Paris, 28 avril 1882.

JACCOUD. *Dictionnaire en 40 volumes*; — *Pathol. int.*, III.

KHEIFETZ (S.). *Des fausses grossesses et des fausses tumeurs hystériques*, Th. de Paris, 1898. — KRUKENBERG. Contribution à l'étude des fausses tumeurs chez les hystériques, *Arch. f. Gynækol.*, Bd. XXIII, Heft 1, 1884.

LABRIC. *Ponction intestinale*, Th. de Paris, 1852. — LAGUÉRIE. *Pneumatose et ponction intestinale*, Th. de Paris, 1872. — LAHUSEN. Un symptôme peu observé (douleurs au niveau du plexus cardiaque) dans les affections nerveuses de l'intestin, *Munch. med. Wochens.*, 1894, p. 105. — LAIGNEL-LAVASTINE. *Recherches sur le plexus solaire*, Th. de Paris, 1903. — LANCEREAUX. Hémorragies névropathiques, in *Traité d'anatomie pathologique*, t. I, p. 558; — Hémorragies névropathiques des voies digestives, *Gaz. des hôpit.*, 6 déc. 1900; — Des hémorragies névropathiques, *Union méd.*, 6 mai 1880; — Hémorragies névropathiques, XXIII° Cong. int. de méd., Paris 1900. — LARCENA. Th. de Paris, 1891. — LASÈGUE. *Etudes médicales*, II. — LATOUR (d'Orléans). *Histoire physiologique et médicale des causes essentielles immédiates et prochaines des hémorragies*, 1815. — LEBRETON. *Des différentes variétés de la paralysie hystérique*, Th. de Paris, 1868. — LÉCORCHÉ et TALAMON. *Etudes médicales faites à la Maison municipale de santé*, Paris 1881. — LE DENTU. Du péritonisme, *Revue de chir.*, janv. 1885. — LEGENDRE. Art. TYMPANISME, in *Pathol. gén. de Bouchard.* — LEJARS. Appendicalgie, Soc. de chir., 16 fév. 1904. — LE JAMPTEL. *Des paralysies musculaires de nature hystérique*, Th. de Paris, 1872. — LEREBOULLET. Contribution à l'étude de quelques accidents dus à la constipation, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 6 et 13 août 1875. — LEVRAT. *Bull. de la Soc. méd. d'émulation*, janv. 1823. — LIEBMAN. A case of dysphagia with dilatation of the œsophagus and pneumatosis, *Boston med. and surg. Journ.*, 7 déc. 1893. — LONDE et R. MONOD. Tympanisme hystérique, laparotomie, récidive, *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1901, n° 17. — LUTON. Art. INTESTIN, in *Dict. Jaccoud.* — LYON (G.). Gastropathies et entéropathies d'origine statique, *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 126-128.

MABIN. *La stase intestinale hystérique*, Th. de Paris, 1er avril 1903. — MARQUE. *Observation d'un cas de pneumatose péritonéale*, Th. de Paris, 1875. — MARTINEAU. Article CONSTIPATION, in *Dict. Jaccoud.* — MARTIN (Aug.). *Des troubles de l'appareil vaso-moteur dans l'hystérie*, Th. de Paris, 1876. — MARTIN. La soi-disant dilatation idiopathique de l'intestin, *Montreal med. Journ.*, mars 1897. — MASSALONGO et FARINATI. Ulcère de l'estomac hystérique, phtisie hystérique, colique hépatique, péritonite hystérique, *Rif. med.*, 11 oct. 1894. — MATHIEU. *Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin*; — Dyspepsie nervo-motrice de l'intestin, *Gaz. des hôpit.*, 12 déc. 1891. — MATHIEU et J.-Ch. ROUX. Spasme du côlon, *Gaz. des hôpit.*, 27 juillet 1905. — MÉRAT. Article GROSSESSE, in *Dict. Dechambre.* — Météorisme local et occlusion intestinale. Discussion (KADER, BRAUN, ISRAEL, SCHLANGE, ZŒGE, MANTEUFFEL), XX° Congrès de la Société allemande de chirurgie, avril 1891. — MORA. *Des hémorragies dans l'hystérie*, Th. de Paris, 1880. — MORI. Parésies primitives de l'intestin, *Arch. de méd. des enf.*, juillet 1905. — MURAT. Article MÔLE, in *Dict. en soixante volumes.* — MOIZARD. Un cas d'hystérie infantile. Pseudo-tumeur abbominale, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 avril 1894. — MONDAIN. *Contribution à l'étude des pseudo-étranglements de l'intestin*, Th. de Paris, 1902. — MORARCZIK. Sur quelques phénomènes hystériques, *Wien. med. Blätter*, n° 18, 1887.

DE NITTIS. Les fausses appendicites, *Presse méd.*, 26 juillet 1905.

ORLANDO. Un cas de pneumatose intestinale, *Gaz. med.*, Torino, 1er oct. 1896.

PAGET. Tympanite hystérique, *Lancet*, 1873. — PAJOT. *Travaux d'obstétrique et de gynécologie.* — PARROT. Etude sur la sueur du sang et les hémorragies névropathiques, *Gaz. hebd.*

de méd. et de chir., 1859. — PÉRISSÉ. *De l'ulcère de l'estomac et de certains accidents gastriques chez les hystériques*, Th. de de Paris, 1876. — PERRODY. *De l'aérophagie*, Th. de Paris, 1902. — PICQUÉ. Appendicalgie, Soc. de chir., 1er mars 1904. — PIORRY. *Bull. de l'Acad. de méd.*, nov. 1871; — Article PNEUMATOSE, in *Dict. Dechambre*. — PITRES. *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, 1891; — Les borborygmes hystériques, *Progrès méd.*, 29 déc. 1894. — POTAIN. De quelques conditions qui peuvent simuler la présence d'une tumeur abdominale, tympanite hystérique, avec contracture des muscles de la paroi abdominale et de la région lombaire, *France méd.*, 25 oct. 1878; — Hystéro-traumatisme interne, *Semaine méd.*, 1891.

QUÉNU. Appendicalgie, Soc. de chir., 2 fév. 1904.

RAMSKIEL. Hysteric tympanitis, *Med. Times*, 1859. — RAYMOND. Th. d'agrég., 1878, p. 66. — REBLAUD. De l'intervention chirurgicale dans la pseudo-occlusion de l'intestin d'origine névropathique, *Bull. de la Soc. de l'internat*, 23 mars 1905. — REDHON (Alfred). *Des troubles cardiaques dans l'hystérie*, Th. de Paris, 1896. — RENDU. *Leçons de clinique médicale*; *tympanisme hystérique*, 1890, t. II. — RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. *Précis d'obstétrique*. — RICHER (Paul). *Paralysies et contractures hystériques*, Paris 1892. — ROSENTHAL. *Traité clinique des maladies du système nerveux*, Paris 1878. — RATHERY. Contribution à l'étude des hémorragies survenant au cours de l'hystérie, *Union méd.*, 16-23 mars 1880. — RUSTHEGO. Th. de Strasbourg, 1859.

SAINTON. Hémorragies multiples d'origine hystérique, Soc. méd. des hôpit., 19 avril 1901. — SAKORRAPHOS. Sur un cas d'occlusion intestinale d'origine hystérique, *Progrès méd.*, 24 déc. 1904. — SALLARD. Articles CONSTIPATION et DIARRHÉE, in *Manuel Debove et Achard*. — SARDET. *Deut. med. Wochens.*, 7 sept. 1899. — SCUHR. *Gaz. méd.*, 1840. — SINGER. Pseudo-appendicite et douleur iléo-cæcale, *Wiener klin. Wochens.*, 11-18 mai 1905. — SCHMIDT. Symptômes analogues à ceux de l'appendicite, *Gesell. f. inn. Med. u. Kind. in Wien*, 5 mai 1904; — *Recueil d'observations de grossesses douteuses*, trad. de Stoltz, Strasbourg 1829. — SOLLIER. *L'hystérie et son traitement*, 1901. — SOUQUES. Article HYSTÉRIE, in *Manuel Debove et Achard*. — SPENCER WELLS. Case of phantom tumor, *Med. Times*, 1859. — STÉPHANIDE. Du catarrhe intestinal des hystériques, *Wien. med. Presse*, n° 32, 1883. — STEIN. Contribution à l'étude des névroses intestinales, *Wien. med. Wochens.*, 1892, nos 20 et 21. — STÖLTZ. Article GROSSESSE, in *Dict. Jaccoud*. — STRAUSS. Histeria virilis under dem Bilde der chronischen Darmstenose, *Berl. klin. Wochens.*, 1898. — SURMONT. La constipation, *Echo méd. du Nord*, 25 mai 1902. — SYER BRUSTOWE. Remarques cliniques sur la pseudo-péritonite et l'épilepsie dans l'hystérie, *Brit. med. Journ.*, 22 fév. 1890.

TALAMON. Appendicite et hystérie, Soc. méd. des hôpit., 26 mars 1897. — TALMA. Du tympanisme abdominal, *Berl. klin. Wochens.*, 1902, n° 5, p. 89; — *Wiebl. van het nedul. tjidschr. v. geneask.*, 27 fév. 1886; — Zur Kenntnios der Tympanitis, *Berl. klin. Wochens.*, 7 juin 1886. — TARDIEU. Observations et recherches nouvelles pour servir à l'existence des grossesses fausses et simulées, *Ann. d'hygiène et de méd. légale*, 1845, 1846, 1863. — TARNIER et CHANTREUIL. *Traité des accouchements*. — TERRIEN. Accidents hystériques d'imitation, *Progrès méd.*, 10 mars 1906; — *Anjou méd.*, fév. 1906; — *Anjou méd.*, mars 1906. — THOINOT et MOSNY. Laparotomisé par persuasion, Soc. méd. des hôpit., 4 fév. 1904. — THIRIAR. *Entretiens chirurgicaux faits à l'hôpital Saint-Jean*. — TROUSSEAU. *Cliniques médicales*.

VERHOOGEN. Les troubles digestifs des hystériques, *Ann. de la Soc. royale des sciences méd. et nat. de Bruxelles*, 1896; — Le tympanisme et le météorisme abdominal des hystériques, *Mercredi méd.*, 20 oct. 1895; — Le tympanisme et le météorisme abdominal des hystériques, *Journ. de Bruxelles*, 1895, n° 39. — VILLEMIN. Article CONSTIPATION, in *Dict. Dechambre*. — VULPIAN. *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*.

WEILL-HALLÉ. *Le développement de l'hystérie dans l'enfance*, Th. de Paris, 1904. — WALTHER. Appendicalgie, Soc. de chir., 8 mars 1904.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 21 MARS 1907)

Appendicite traumatique. — Existe-t-il une appendicite traumatique? Quand il y a un trauma, avant une crise d'appendicite, quelle part lui revient-il dans la production de la crise? Telles sont les questions qui ont été discutées dans cette séance à l'occasion du rapport de M. PICQUÉ sur un travail de MM. JEANBRAU et ANGLADA. L'opinion généralement admise est que le traumatisme est incapable de produire par lui-même une appendicite et qu'il n'y a pas conséquemment d'appendicite traumatique.

Cette opinion est très vivement défendue d'abord par M. LEGUEU, qui rapporte l'observation d'un enfant ayant eu une crise d'appendicite à la suite d'un traumatisme de la fosse iliaque. Bien qu'ici toutes les apparences soient en faveur de l'influence du traumatisme ou la production de la crise appendiculaire, M. Legueu ne l'admet pas. Il pense qu'il s'agit là d'une appendicite post-traumatique et non d'une appendicite traumatique. Pour M. Legueu, le traumatisme ne crée pas l'appendicite.

M. PICQUÉ, d'accord avec M. Legueu, n'admet l'intervention du traumatisme que comme pouvant favoriser une crise chez les appendiculaires.

M. SIEUR, qui exerce dans un milieu où le traumatisme et l'appendicite sont également fréquents, c'est-à-dire à l'armée, croit pouvoir conclure des nombreux faits qu'il a observés que le traumatisme ne crée pas l'appendicite mais qu'il peut favoriser une crise chez les appendiculaires. En effet, à l'état normal, l'appendice n'est pas dans une situation favorable pour subir le contre-coup d'un traumatisme, mobile et libre comme il est; mais s'il a subi plusieurs crises inflammatoires qui ont laissé après elles des adhérences, il n'échappe plus aussi facilement aux effets du traumatisme, qui peut alors réveiller l'appendicite.

M. Sieur pense que les choses se sont ainsi passées chez plusieurs jeunes gens dont il nous donne les observations: un artilleur, dans une manœuvre pénible, monte à cheval après un repas, est pris d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite. Après quelques jours de repos, tout disparaît. Nouvelle crise plus violente. On lui donne deux mois de congé. Il rentre au régiment, nouvelle crise; on le transporte à l'hôpital; M. Sieur l'opère et trouve un appendice chroniquement enflammé, fixé à la paroi interne de la fosse iliaque par une bride, de telle sorte qu'il ne pouvait plus suivre le mouvement intestinal. Il semble bien que, dans ce cas, le traumatisme réveillait l'appendicite.

Autre exemple: un ordonnance qui conduisait une voiture à deux chevaux, sentant que les chevaux vont s'emballer, saute de son siège, tombe par terre, se relève et peut rattraper les chevaux et les arrêter. Le lendemain, il monte à cheval et, dans la nuit suivante, est pris de violentes douleurs dans le ventre, surtout du côté de la crête iliaque droite; vomissements, température à 38 degrés. La crise cesse. Nouvelle

crise deux jours après. On intervient, mais M. Sieur, ne trouvant pas d'abcès, n'ouvre pas le péritoine et, par tamponnement, constate l'existence d'une appendicite. Mais ce n'est pas là une appendicite traumatique.

M. Sieur communique plusieurs cas analogues dans lesquels il lui semble bien que le traumatisme a pu avoir une influence sur la production d'une crise chez des malades déjà atteints d'appendicite chronique.

M. POTHERAT estime que ces cas d'appendicite communiqués par M. Sieur ne sauraient être attribués au traumatisme, pas plus que celui d'un jeune homme qu'il a opéré et chez lequel il a trouvé une appendicite perforante à laquelle il a d'ailleurs succombé. Ce jeune homme, la veille au soir, s'était livré à des ébats chorégraphiques exagérés au Moulin-Rouge. Il est bien évident que son appendice était enflammé chroniquement et que les ébats du Moulin-Rouge n'ont fait que favoriser une crise.

M. BROCA estime que c'est peut-être aller un peu loin que de nier absolument l'influence du traumatisme sur l'appendicite. Toutefois, les cas publiés par M. Sieur semblent bien prouver l'influence de ce traumatisme dans les cas de l'appendicite latente. M. Broca ne comprend pas bien la conduite suivie par M. Sieur chez l'ordonnance dont il a parlé; dans ce cas M. Broca n'aurait pas opéré ou, s'il avait opéré, il aurait ouvert le péritoine.

M. DEMOULIN, portant la discussion sur la question des accidents du travail, fait observer que pour peu que la Société de chirurgie semble attribuer au traumatisme une influence sur la production de l'appendicite, les experts seront constamment consultés sur la question de savoir dans quelle mesure l'appendice ne deviendrait pas un accident du travail. Il en est de même actuellement pour la tuberculose dont un traumatisme peut accélérer la marche, mais qu'il ne saurait produire de toutes pièces. Il y aurait donc un réel danger à laisser s'accréditer l'existence d'une appendicite traumatique.

M. WALTHER fait observer que tout le monde semble d'accord pour admettre qu'il n'y a pas d'appendicite traumatique à proprement parler. Mais il est incontestable que, chez les appendiculaires, un trauma de la fosse iliaque peut favoriser l'éclosion d'une crise. Avec M. Broca, M. Walther fait observer qu'il y a des cas où le diagnostic peut être très difficile entre une crise d'appendicite ou l'effet d'une simple contusion de la paroi abdominale.

M. PICQUÉ, dans son rapport, a laissé de côté la question médico-légale soulevée par M. Demoulin. Il y a lieu d'envisager cette question de la même façon que pour les hernies et que pour la production d'un étranglement herniaire sous l'influence de l'effort. Le juge dit : il n'y a qu'à relever la relation de cause à effet, sans tenir compte des lésions antérieures.

Plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen. — M. WALTHER fait un rapport sur une observation de M. Duval, médecin de la marine ; un caporal d'infanterie de marine reçoit une balle de revolver à bout portant à 14 centimètres à gauche et au niveau de l'appendice xiphoïde. Le blessé arrive à l'hôpital dans un état grave; on fait le cathétérisme, on retire une urine sanglante. On diagnostique une plaie pénétrante du thorax avec blessure du rein; M. Duval fait une incision lombaire, trouve un éclatement du rein et, séance tenante, fait la néphrectomie. En explorant le fond de la plaie, il y trouve une petite dépression, tamponne, draine et fait remettre le blessé dans son lit. Quelques jours après il se fait une fistule intestinale qui guérit d'elle-même. C'est là un cas intéressant de néphrectomie d'urgence pour une blessure du rein. M. Duval a sagement agi en s'en tenant là et en ne faisant pas la laparotomie après la néphrectomie.

Interventions sur le maxillaire inférieur. — M. MAUCLAIRE fait un rapport sur une série d'observations présentées par M. Morestin : Une jeune fille de vingt-deux ans était atteinte d'une tumeur kystique du maxillaire inférieur qui fut enlevée et cautérisée. Récidive sous forme de tumeur solide avec adénopathie sous-maxillaire. M. Morestin, par la voie buccale, fait une hémisection totale de la mâchoire inférieure, il fait ensuite l'ablation du ganglion par la voie cutanée. Résultat excellent, pas de récidive. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

M. Mauclaire discute ce cas et émet quelques considérations sur l'hémisection totale du maxillaire inférieur, pas toujours nécessaire, à ses yeux, dans ces cas.

Une courte discussion s'engage sur ce sujet, à laquelle prennent part MM. Walther et Faure.

Botryomycose. — M. THIERRY présente un cas de botryomycose de la face dorsale de la main.

Tuberculose osseuse. — M. REYNIER présente une malade atteinte d'ostéite bacillaire du sternum, très améliorée par l'application de compresses de chlorhydrate d'ammoniaque.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 21 MARS 1907)

Prophylaxie de la scarlatine. — La discussion continue. Pour M. COMTE (d'Angoulême), c'est à l'infection directe par les cas frustes qu'il faut attribuer la majorité des épidémies autrefois imputées aux germes reviviscents. Les fortes épidémies de garnison, où tous les sujets réceptifs sont frappés en masse, sont suivies d'accalmies d'une durée d'une ou deux années, car il n'existe plus alors d'agent de liaison pour contaminer les jeunes soldats. Le minimum de l'incubation de la scarlatine me paraît être de cinq jours.

M. LEMOINE (de Paris) pense que l'importation des fièvres éruptives dans les casernes est difficile à éviter. La reviviscence des germes comme cause d'une épidémie est peu probable; en tous cas elle est difficile à prouver scientifiquement puisque les agents spécifiques de la rougeole et de la scarlatine nous sont inconnus; la meilleure prophylaxie consiste dans l'isolement des premiers cas, la reconnaissance rapide des formes frustes.

M. SIMONIN (de Paris) voudrait que chaque caserne fût dotée d'un pavillon d'isolement spécial, sorte de lazaret où les groupes suspects seraient provisoirement placés.

Parmi les causes complexes susceptibles d'expliquer la prépondérance de la scarlatine dans notre armée, M. ALVERNHE (de Paris) croit que les plus importants se rattachent.

A notre système de recrutement, plutôt national que régional : le soldat, ainsi sorti du milieu où il a passé son enfance et son adolescence, ainsi dépaysé, présente une réceptivité spéciale pour les maladies infectieuses, qui pourront être importées si fréquemment par les jeunes soldats venus de points du territoire, souvent très différents;

A la fréquence extrême des permissions et au surpeuplement des casernes.

M. SIEUR (de Paris) a vu assez souvent des malades, atteints d'otite consécutive à une scarlatine méconnue, donner des

cas intérieurs de scarlatine à l'hôpital par leurs sécrétions naso-pharyngées et auriculaires.

Du meilleur pansement à employer sur le champ de bataille (le paquet individuel excepté). — M. Daussat (de Paris). M. le médecin-major Daussat expose les différentes recherches et travaux parus jusqu'à ce jour au sujet : de l'antisepticité ou de l'asepticité du pansement, de la nature des éléments constitutifs, du volume et du mode d'application sur la plaie.

Il rappelle les initiatives en 1885 de M. Chauvel, dont les trois types de pansement furent expérimentés en 1901 et cite les mémoires de Bassères, Hassler, Loison qui peuvent servir de base pour l'examen et la discussion de cette question.

Prophylaxie de la syphilis. — M. Moty (de Verdun) propose de moderniser le système de surveillance de la prostitution par l'adoption du carnet médical préconisé par le docteur Janet. Ce carnet remplace la carte qui ne renseigne pas le médecin. C'est en effet la prostitution clandestine qu'il faut combattre.

Rupture de l'artère ménisquée moyenne d'origine traumatique sans fracture du crâne. Hématome sus-duremérien progressif. Aphasie, paralysie de la face et du membre supérieur droit. Trépanation. Guérison. — M. Hassler (de Saint-Etienne).

Présentation de l'acoumètre. — M. Marage (de Paris).

Présentation du paquet de pansement individuel de l'armée néerlandaise. — M. Utermöhlen (d'Amsterdam), son inventeur.

ANALYSES

CHIRURGIE

Les écrasements du membre inférieur. Conservation ou amputation? (Léon Imbert, *Revue de chir.*, n° 2, 10 fév. 1907.) — 1° Il importe de ne pas confondre avec les écrasements du membre inférieur les fractures comminutives ouvertes. Le véritable écrasement est constitué par :

a. *Des lésions osseuses multiples comminutives*;

b. *Des lésions de la peau*, qui est non seulement déchirée, mais encore décollée;

c. *Des lésions des parties molles*, caractérisées essentiellement par une attrition profonde des masses musculaires, des vaisseaux et des nerfs, et par des décollements étendus des interstices musculaires.

Il faut séparer des véritables écrasements du membre inférieur ceux des orteils et de l'avant-pied, dont le pronostic est beaucoup moins grave.

2° L'évolution de ces lésions peut être divisée en quatre périodes à chacune desquelles la conduite du chirurgien doit s'inspirer de considérations particulières.

a. *Période immédiate*, comprenant les premières heures après le traumatisme et caractérisée essentiellement par le choc et rarement l'hémorragie.

b. *Période primitive*, s'étendant des premières heures aux quinze premiers jours environ; elle se caractérise par l'imminence des grandes complications d'ordre général, menaçant la vie : tétanos, gangrène, gangrène gazeuse, septicémie.

c. *Période secondaire*, succédant à la précédente et caractérisée surtout par des complications d'ordre local : suppuration, nécrose des téguments et des os.

d. *Période tardive*, comprenant surtout le défaut de consolidation, pouvant conduire à l'amputation.

3° Au point de vue thérapeutique, la période vraiment embarrassante pour le chirurgien est la période secondaire. La question se pose, à ce moment, de l'amputation ou de la conservation. Le chirurgien doit toujours viser à la conservation; mais, dans beaucoup de cas, la majorité d'après l'auteur, il sera contraint à l'amputation par les considérations suivantes.

Le tétanos doit en principe être hors de cause, grâce au sérum spécifique. La gangrène du membre, la septicémie gangréneuse comportent l'amputation.

La septicémie simple — cas le plus fréquent, et le plus difficile à résoudre — avec température élevée, pouls rapide, affaiblissement rapide de l'état général, coloration spéciale des téguments, langue sèche, comporte, à mon avis, l'amputation du troisième au sixième jour en moyenne.

4° Quant aux autres cas qui peuvent se présenter, ils prêtent beaucoup moins à la discussion.

L'amputation immédiate, dans les premières heures, est formellement contre-indiquée, sauf les cas où, réalisée presque entièrement par le traumatisme, elle se borne à sectionner quelques débris cutanés ou musculaires.

L'amputation secondaire est rarement indiquée : elle serait justifiée surtout par la persistance très prolongée des accidents infectieux et le désir formellement exprimé par les malades d'obtenir une guérison aussi rapide que possible.

L'amputation tardive peut être nécessitée par la constitution d'une pseudarthrose rebelle.

LIVRES NOUVEAUX

Les questions à préparer pour le concours de l'externat et de l'internat des hôpitaux de Paris, et pour le concours de médaille d'or de médecine et de chirurgie (1), par M. le docteur Verlet.

Ce livre se propose de condenser tous les renseignements relatifs à l'externat, à l'internat et à la médaille d'or. L'étudiant y trouvera des conseils précieux pour la préparation de ces différents concours : il y verra comment, en divisant méthodiquement son programme, et en ne recourant qu'à des indications bibliographiques choisies — parmi lesquelles les notes de la *Gazette des hôpitaux* tiennent la première place — on peut, dans un minimum de temps, arriver à connaître tout son programme. Il pourra également y chercher tous les détails relatifs aux autres concours qu'il peut avoir à subir : bourses de doctorat, internat de Brévannes, de Nanterre, de Saint-Lazare, de Versailles, etc. Une étude sommaire des débouchés offerts aux externes et internes des hôpitaux de Paris et de province termine ce livre très bien ordonné, et qui est appelé à rendre de grands services aux étudiants. L. GAYARD.

(1) In-8°. — Paris, Al. Coccoz, Ch. Boulangé, successeur.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Conception de l'hystérie. Etude historique et clinique, par le docteur Gaston AMSELLE, ancien interne des hôpitaux, ancien préparateur à la Faculté de médecine de Nancy, avec une préface de M. le professeur Bernheim. 1 vol. in-8° de 300 p. — Prix : 4 fr. — Paris, O. Doin.

Eléments de philosophie biologique. 1 vol. 297 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Alcan.

Les jardins de la médecine, par le docteur F. HELME. 1 vol. in-8° écu. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

N° 39. — MARDI 2 ET JEUDI 4 AVRIL 1907. 80e ANNÉE. MARDI 2 ET JEUDI 4 AVRIL 1907. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Mutations. — MM. les médecins-majors de première classe Ott, passe au 37e d'inf.; Duco, au 11e d'art.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Azaïs, passe au 14e esc. du train des équip.; Lefebvre, maintenu au 130e d'inf.

M. le médecin aide-major de première classe Casaux, passe au 15e d'inf.

— Par décision ministérielle du 28 mars 1907, les mutations suivantes ont été prononcées dans le personnel du cadre auxiliaire du corps de santé, savoir :

M. le médecin-major de première classe de l'armée territoriale Coquand passe à la 19e région.

MM. les médecins aides-majors de première classe de réserve Bassaget, passe à la 9e région; Galliot, à la 3e région; Trémolières, à la 5e région.

MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Bouin, passe à la 19e région; Frarier, à la 13e région; Le Branchu, à la 15e région; Loir, à la 3e région; Michaud, à la 16e région; Pardon, à la 3e région; Rollin, au gouvernement milit. de Paris.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Baylac, passe à la 18e région; Benoît, à la 15e région; Bezis, à la 4e région; Bribon, au gouvernement milit. de Paris; Buy, à la 14e région; Cardot, à la 2e région; Couvreur, à la 1re région; Degaud, à la 14e région; Dufays, à la 2e région; du Peloux, à la 5e région; Emanaud, à la 12e région; Hornus, au gouvernement milit. de Paris; James, à la 18e région; Loras, à la 14e région; Maestraggi, à la 15e région; Nicod, à la 7e région; Mazuré, à la 2e région; Poirier de Clisson, à la 3e région; Péchin, à la 2e région; Sauvet, à la 14e région; Tridon, à la 1re région; Weiss, à la 3e région.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Lené, passe à la 13e région; Queyrat, à la 19e région.

CONGRÈS DES PRATICIENS. — La liste des rapports et des rapporteurs doit être complétée par la mention suivante :

« Réforme de l'enseignement et encombrement médical, » par MM. Gouffier (de Neuilly-sur-Seine) et Lacroix (de Paris).

La première séance aura lieu le vendredi 12 avril, à neuf heures du matin, à la Société de géographie, 184, boulevard Saint-Germain.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS. (Service de M. le professeur Grancher, M. le professeur agrégé H. Méry, chargé de cours.) — Conférences complémentaires de perfectionnement. — Une série de vingt conférences théoriques et pratiques sur les maladies du tube digestif, du péritoine et du sang chez l'enfant sera faite du 22 avril au 31 mai 1907, à l'hôpital des Enfants-Malades, par MM. P. Armand-Delille et L. Babonneix, chefs de clinique médicale infantile de la Faculté.

Afin de permettre l'examen individuel des malades, le nombre des élèves sera limité à quinze.

Les conférences auront lieu les lundis, mercredis et vendredis à cinq heures. La première conférence aura lieu le lundi 22 avril, à cinq heures, à la salle des cours de la clinique.

1. Gastro-entérites aiguës des nourrissons. — 2. Gastro-entérites chroniques des nourrissons. Traitement prophylactique et traitement curatif. — 3. Stomatites infectieuses. — 4. Entérites aiguës de la seconde enfance. — 5. Dysenterie.— 6. Fièvre typhoïde. — 7. Entéro-colite muco-membraneuse. — 8. Entérite tuberculeuse. — 9. Appendicite. — 18. Hémorragies gastro-intestinales de l'enfance. — 11. Gastropathies nerveuses de l'enfant. Les régimes en thérapeutique digestive. — 12. Péritonites aiguës. — 13. Péritonite tuberculeuse. — 14. Tuberculose hépatique et dégénérescence amyloïde du foie. — 15. Syphilis hépatique. — 16. Anémies des nourris-

sons. — 17. Anémies de la deuxième enfance. — 18. Hémophilie. — 19. Leucémies. — 20. Lymphadénies et splénomégalies.

Le droit à verser est de 100 francs.

Seront admis, les docteurs et étudiants français et étrangers, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser à M. P. Armand-Delille, chef de clinique, à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

COURS PRATIQUE D'AUSCULTATION. — Sous la direction de M. le docteur Mosny, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, M. Harvier, interne des hôpitaux, commencera *très prochainement* un cours pratique d'auscultation qui sera complet en quinze leçons. Les élèves seront individuellement exercés à la pratique de l'auscultation. Le prix du cours est fixé à 40 francs.

Prière de s'inscrire à l'avance auprès de M. Harvier, interne.

COURS LIBRE DE PSYCHOPATHOLOGIE DU TUBE DIGESTIF (deuxième semestre de l'année scolaire 1906-1907). — M. le docteur Paul Farez reprendra à la Faculté de médecine (amphithéâtre Cruveilhier, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), le samedi 13 avril, à cinq heures du soir, son cours libre de psychopathologie du tube digestif; il le continuera le samedi de chaque semaine, à la même heure.

MUSÉUM NATIONAL D'HISTOIRE NATURELLE. — M. le professeur Edmond Perrier commencera son cours d'anatomie comparée le mardi 9 avril 1907, à deux heures, dans l'amphithéâtre des nouvelles galeries, rue de Buffon, n° 2, et le continuera les jeudis, mardis et samedis suivants, à la même heure. — Le professeur traitera des lois du développement embryogénique des animaux.

M. le docteur H.-P. Gervais, assistant, dirigera avec le concours de MM. Neuville et Anthony, préparateurs, des travaux pratiques d'anatomie (technique des dissections et des injections; étude comparée des différents organes, etc.), qui auront lieu tous les jours, de deux heures à cinq heures.

Le laboratoire des recherches histologiques dirigé par M. Auguste Pettit est ouvert tous les jours, de deux heures à quatre heures.

Le laboratoire maritime du Muséum, à Saint-Vaast-la-Hougue, est ouvert du mois d'avril au mois de novembre; s'inscrire d'avance, l'après-midi, au laboratoire d'anatomie comparée, rue de Buffon, n° 55, auprès de M. R. Anthony, directeur-adjoint du laboratoire maritime.

— M. le professeur Arnaud commencera la deuxième partie du cours de chimie appliquée aux corps organiques le mardi 9 avril 1907, dans l'amphithéâtre de chimie du muséum d'histoire naturelle, rue de Buffon, n° 63, à quatre heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Dans cette deuxième partie du cours, le professeur traitera des alcaloïdes du tabac (nicotine), des quinquinas et de ceux du groupe de la xanthine (caféine, théobromine) ainsi que des synthèses qui s'y rattachent.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tuberculose humaine et tuberculoses animales. De leur unicité, par BATIER. In-8 de 313 p. — Prix : 6 fr. — Paris, F. Alcan.

Hygiène oculaire, par le docteur G. JOLAND, ancien interne des hôpitaux, ancien médecin légiste. 2e édit. revue et corrigée. In-8 de 200 p. — Prix : 4 fr. — Paris, O. Doin.

L'obésité. Symptomatologie et étiologie. Anatomie et physiologie pathologique. Traitement, par les docteurs P. OULMONT, médecin de l'hôpital de la Charité, et RAMOND, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-18 jésus de 250 p. — Prix : 3 fr. — Paris, O. Doin.

Notre corps, son entretien, son hygiène, par E. BRUCKER, docteur ès sciences, agrégé de l'Université. 1 vol. in-18 jésus, 212 ill. — Prix : broché, 3 fr. — Paris, Ch. Delagrave.

Régimes pathologiques et régime parfait. Les régimes alimentaires dans les divers états pathologiques, par le docteur F. CAYLA, ex-chef de clinique médicale de l'Université de Bordeaux. 1 vol. in-16. — Prix : 2 fr. — Paris, Vigot frères.

DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

CHEZ L'ENFANT

Par MM. le docteur L. THÉVENOT,
Assistant du professeur A. Poncet,
et BARLATIER,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Les kystes hydatiques du foie chez l'enfant représentent, en France tout au moins, une affection des plus rares, si l'on en juge par les travaux récents de Broca (1), de Duval (2) et de Guilaine (3).

Nous avons eu la bonne fortune d'en observer récemment deux cas et il nous a paru intéressant, vu le petit nombre de faits connus jusqu'alors de publier ces observations.

La première concerne un enfant que nous avons eu l'occasion d'observer à la Charité, alors que l'un de nous remplaçait M. le docteur Vignard. Voici l'histoire clinique de ce petit malade :

D. F..., âgé de douze ans et demi, entre à la Charité, salle Saint-Augustin, le 20 juillet 1906. Ses parents, son frère, sa sœur se portent bien. Lui-même n'a eu comme maladie antérieure qu'une rougeole à l'âge de sept ans. Le 7 juillet dernier, il aurait été mordu au ventre, dans la région sous-ombilicale, par un chien avec lequel il jouait. Sa plaie fut immédiatement cautérisée par un médecin.

Quatre jours après, au moment où il terminait son repas, il fut pris de vomissements. Inquiet de son état, il alla quelques jours plus tard revoir son médecin qui constata une tumeur du foie, un kyste hydatique probablement, et l'envoya à la Charité où il arriva treize jours après son accident.

A l'entrée, on constate qu'il paraît jouir d'une excellente santé ; il a un bon appétit et sa digestion se fait bien ; il n'a pas eu de nouveau vomissement, mais il se plaint d'une légère céphalalgie. Pas d'urticaire. Pas de température.

La palpation de l'hypocondre droit permet de délimiter une masse dure, volumineuse, indolore, qui fait corps avec le foie.

Sa matité se continue en effet directement avec la matité hépatique, et aucune bande de sonorité intestinale n'existe en avant d'elle. La masse s'étend en bas à deux travers de doigt au-dessous d'une ligne unissant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite.

La percussion s'accompagne d'une sensation analogue à celle que l'on éprouverait en frappant sur un ressort. Mobile avec les mouvements de la respiration, la tumeur ballotte aussi bien qu'une tumeur du rein ; il est vrai qu'en arrière, elle fait saillie dans la région lombaire.

Il n'y a aucun trouble urinaire.

En présence de ces symptômes, on pense à un volumineux hyste hydatique du foie, et l'enfant est opéré le 24 juillet.

La tumeur faisant saillie dans la région lombaire, et paraissant trop volumineuse pour pouvoir être capitonnée, est abordée par une incision lombaire, afin que le drainage ultérieur en soit plus facile. On constate que son point culminant est sur la face postérieure du foie et qu'elle pourra être ainsi abordée sans ouverture du péritoine. La lame hépatique qui la recouvre est épaisse à peine de quelques millimètres et le kyste est largement incisé ; il renferme un liquide clair avec ce « sable blanc » qui est presque constant, mais il n'y a pas de vésicule fille. Cette poche n'a que la grosseur d'un poing et il en existe certainement au moins une autre dans la région antérieure du foie. Sa membrane fertile se laisse enlever sans difficultés et les parois de l'incision sont fixées par quelques points de suture aux lèvres de la plaie cutanée.

On se reporte alors dans la région de l'hypocondre droit, pour aborder avec un jour suffisant la poche antérieure. Une incision de la paroi abdominale le long du bord externe du grand droit montre un nouveau kyste recouvert par 2 ou 3 millimètres de tissu hépatique.

Lorsque le péritoine a été protégé par des compresses, on ponctionne le kyste pour se débarasser du liquide qu'il contient, puis on incise largement la poche. Elle est exactement semblable à la précédente, et, comme elle, se laisse décortiquer très facilement. On voit alors qu'entre les deux poches il n'y a qu'une couche de tissu hépatique de 4 à 5 millimètres d'épaisseur, et on l'incise pour faire communiquer ces deux cavités. Il est impossible de les capitonner, il faut les marsupialiser, et un drainage abdomino-lombaire assurera bien mieux l'écoulement de tous les liquides que le drainage isolé de chacune des poches. C'est ainsi qu'on termine l'opération après avoir suturé aux lèvres de la plaie abdominale les deux bords de l'incision de la face antérieure du foie.

Les suites opératoires furent remarquablement simples : ni hémorragies, ni cholerragie. Au bout de huit jours, on raccourcit le drain et on laisse se refermer la plaie antérieure. Il fallut de longs mois pour que la cavité hépatique finit par s'oblitérer. On assista à sa fermeture progressive, sans incidents, et le 20 décembre 1906, nous présentons, M. Vignard et nous, cet enfant à la Société de chirurgie, au moment où il quittait le service, définitivement guéri.

Le deuxième cas nous a été communiqué par M. le docteur Vignard, chirurgien des hôpitaux, qui l'observa peu après le malade précédent. Il s'agissait d'une petite fille Marie Ch..., âgée de dix ans, entrée salle Sainte-Renée, le 7 septembre 1906, et dont voici l'observation :

Ses parents sont bien portants ; mais la malade avait une sœur morte à huit mois, d'affection inconnue. Quant à elle, elle a eu une bonne santé dans sa première enfance, et fut nourrie au sein.

Cependant, depuis environ deux ans, l'enfant aurait joui d'une moins bonne santé. Elle aurait eu fréquemment des troubles digestifs, quelques vomissements, un peu d'amaigrissement et paraissait se lasser facilement.

Rien d'anormal n'a cependant été noté du côté de l'abdomen.

En avril 1906, l'enfant fait une chute insignifiante, mais, à partir de ce moment, elle se plaint par intervalles de souffrir au niveau de l'abdomen, plus particulièrement au flanc droit. Il y a deux mois seulement, l'abdomen a commencé à grossir sans que les troubles digestifs aient été plus accentués que précédemment ; la fillette a vomi une seule fois, elle n'a pas eu de diarrhée, pas de douleurs vives ; un peu d'amaigrissement ces temps derniers.

(1) Broca. Kystes hydatiques du foie chez l'enfant, *Semaine méd.*, 20 mars 1901.

(2) Duval. *Kystes hydatiques du foie chez l'enfant*, Th. de Lille, 1894.

(3) Guilaine. *Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie chez l'enfant*, Th. de Paris, 1899.

A l'entrée, l'examen montre une enfant amaigrie, au facies pâle. L'abdomen est volumineux surtout au niveau du flanc droit, soulevé par une saillie qui déforme la base du thorax. On constate à la palpation un foie énorme, proéminent, à surface uniformément lisse et dont le bord inférieur, facile à accrocher, descend à 3 centimètres de la symphyse pubienne. Dans le flanc gauche on sent une masse dure, placée profondément, mate à la percussion, mal délimitable, qu'on croit d'abord être la rate hypertrophiée mais qu'on rattache, après examen plus attentif, au lobe gauche du foie. On perçoit enfin au palper une sensation qui paraît très nette d'un frémissement hydatique, au niveau de la partie la plus saillante de la tuméfaction.

Pas d'ascite décelable, mais on note quelques varicosités sur la paroi abominale.

L'examen viscéral est négatif. Absence de signes pulmonaires, l'enfant ne tousse pas. La pointe du cœur bat dans le quatrième espace, le choc est à peine un peu impulsif, pas de signes d'auscultation.

La malade quoique amaigrie n'est pas cachectique, elle est gaie; malgré le gros volume de l'abdomen, elle n'est pas essoufflée.

Elle reste un mois et demi dans le service où elle est attentivement surveillée. A deux reprises, le 10 et le 19 septembre l'enfant prend de la température (38°5 à 39 degrés), cela dure quatre jours, sans douleurs abdominales plus marquées. L'intervention, retardée à cause de cette élévation de température, est pratiquée le 23 octobre. Après laparotomie médiane une ponction est faite dans le foie et donne issue à 3l300 de liquide franchement clair, sauf à la fin où il devient légèrement hémorragique. La décortication de la poche paraît d'abord facile, mais provoque bientôt une hémorragie qui oblige à un double tamponnement par un mickulicz dans la poche et dans l'espace compris entre la poche et le tissu hépatique d'où vient surtout le sang.

L'enfant, ramenée dans son lit après marsupialisation de la poche, paraît très anémiée. Son pansement, trois heures après, est de nouveau souillé de sang; malgré un nouveau tamponnement de la poche, destiné à renforcer le premier tamponnement très serré, et deux injections de sérum artificiel faites depuis l'opération, l'enfant meurt le même soir à cinq heures.

Ces deux cas concernent deux enfants qui, on le voit, ont dépassé huit ans. C'est là, en effet, la période où l'on observe le plus communément le kyste hydatique de l'enfant. Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que cette affection parasitaire doit être la conséquence de l'alimentation, et non pas d'une vie plus ou moins prolongée avec des chiens infectés, ou de contacts malpropres avec des fruits, des légumes chargés de ces parasites. Or, jusqu'à huit ans, l'alimentation des enfants est des plus restreintes. Dans les premières années de la vie, ils se nourrissent de lait, de farineux, d'œufs; à cette période on ne voit pas comment ils pourraient s'infecter. Cependant nous rappellerons que MM. Rajat et Péju ont rapporté à la Société médicale des hôpitaux de Lyon (séance du 4 déc. 1906) un cas de tænia trouvé vivant dans un œuf de poule. Ce cas, qui ne serait d'ailleurs pas le seul, nous représente un processus d'infection tout à fait exceptionnel.

Plus tard, l'alimentation des enfants devient plus complexe. Ils se nourrissent de fruits qui peuvent être contaminés, ils commencent à manger de la viande, du poisson; tous ces aliments peuvent être une porte d'entrée pour le parasite.

Ce n'est guère qu'à partir de huit ans que les enfants ont la même alimentation que les adultes. Étant donné en outre qu'ils sont plus exposés à être infectés par des chiens malades avec lesquels ils s'amusent, qu'ils mangent assez volontiers les fruits, les légumes qui leur tombent sous la main, on conçoit qu'ils doivent être plus exposés à prendre le tænia que les grandes personnes. Ainsi que nous le disions plus haut, ces deux cas confirment les données déjà classiques.

Nous ferons remarquer que, dans la première de nos observations, cette notion étiologique se compliquerait de la possibilité d'une infection directe. L'enfant aurait été mordu quelques semaines avant par un chien, et la famille paraissait attacher à ce traumatisme une importance considérable. Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que le traumatisme est mis en cause pour expliquer une telle affection. En ce qui nous concerne, nous admettrions assez volontiers ce mode d'infection si l'accident avait été moins récent, mais il ne remontait qu'à quelques semaines. Les premiers symptômes qui avaient donné l'éveil étaient apparus à peine une semaine après le traumatisme. Or, nous avons trouvé deux poches qui étaient chacune plus grosses que le poing: il nous semble que leur développement aurait été singulièrement rapide, et nous croirions volontiers qu'il y a entre cette histoire de kyste et la morsure du chien plutôt une coïncidence qu'une relation de cause à effet.

La fillette qui fait l'objet de la deuxième observation a également un traumatisme dans son histoire; celui-ci paraît avoir donné très nettement un coup de fouet à une lésion déjà existante.

En dehors de ces considérations étiologiques, l'histoire clinique de ces deux malades ne nous paraît renfermer aucun point qui mérite de fixer l'attention, et nous ne nous y arrêterons pas davantage. Quant à leur diagnostic, il se présentait dans des conditions bien différentes.

La première observation concerne un foie énorme, saillant à la fois dans la fosse lombaire et dans l'hypocondre droit, et il n'y a évidemment qu'une seule affection qui pouvait donner le change, c'est la tumeur maligne du rein, à cet âge ordinairement un sarcome. Qu'il s'agisse d'un foie ou d'un rein, il faut compter que le ballottement sera le même dans les deux cas; il ne faudra pas davantage espérer faire le diagnostic d'après les signes fonctionnels. Si la tumeur maligne du rein donne quelquefois des hématuries, il est nombre de cas où rien de ce côté ne permet de déceler sa présence. D'autre part, on peut parfaitement voir des kystes hydatiques du foie sans retentissement sur l'excrétion biliaire. Le point le plus important du diagnostic nous paraît être l'examen de la tumeur dans sa région antérieure; il faudra rechercher si l'on ne perçoit pas au-dessous d'elle le bord tranchant du foie, il faudra voir surtout si sa matité se continue directement avec celle du foie

ou si l'on ne perçoit pas en avant de la tumeur la bande sonore du côlon transverse. La mobilité respiratoire enfin serait plutôt en faveur d'une lésion du foie.

Le deuxième de nos malades présentait une affection qui paraissait facile à localiser dans le foie. Il s'agissait d'un gros foie, restait à en déterminer la nature. En pareil cas, nous ne nous attacherons pas à discuter des diagnostics d'exception : gros foie avec lymphadénie, cirrhose hypertrophique tuberculeuse du foie, et nous ne retiendrons que ces deux faits les plus courants, le kyste hydatique d'une part et la syphilis héréditaire. Il est des cas où la lésion est située profondément dans le foie, où les antécédents personnels ou héréditaires font défaut, où par cela même le diagnostic précis est à peu près impossible; on ne peut faire un diagnostic que sous réserve en se rappelant que le kyste hydatique du foie est tout aussi fréquent que la syphilis héréditaire; le contraire pourrait paraître plus vraisemblable au premier abord, mais il est certain que le kyste hydatique du foie se rencontre plus souvent qu'on ne le croirait, soit que les cas n'aient pas été publiés, soit que l'affection ait été méconnue.

D'autres fois, les antécédents héréditaires ou personnels ne laisseront planer aucun doute sur la nature de l'hypertrophie du foie. Localement l'existence d'une tuméfaction unique, volumineuse. nettement fluctuante, devra faire penser au kyste hydatique; à plus forte raison devra-t-on rechercher ce frémissement si bien décrit par bien des auteurs et pourtant si rarement constaté. Nous ferons remarquer à ce point de vue que Guilaine prétend qu'il existe plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte. En faveur de la syphilis du foie, on aura des masses moins volumineuses, moins fluctuantes, formant plutôt dans le foie de petits noyaux multiples, plus souvent encore une augmentation régulière du foie tout entier. Le diagnostic peut en rester très difficile, heureusement cette forme hydatique est aussi rare chez l'enfant que le gros foie syphilitique y est fréquent.

En terminant ces considérations, nous rappellerons les gros foies des infections intestinales, mais ce sont des lésions fugaces, auxquelles M. Forgue a donné le qualificatif si expressif de « foies accordéons » et qui par cette allure clinique se différencient bien vite des tumeurs hydatides.

Au point de vue du traitement, les deux cas que nous rapportons se surajoutent absolument à la statistique de Guilaine. De sa thèse, en effet, il résulte que la marsupialisation est l'opération de choix chez l'enfant. Sur 8 cas, il y a 7 guérisons et une mort par accidents pulmonaires. Au contraire, deux tentatives de décortication de la poche ont donné une mort en vingt-quatre heures et une autre également très rapide; il est vrai qu'il s'agissait de poches multiples, ayant nécessité une opération longue et laborieuse.

En ce qui nous concerne, la première observation peut rentrer dans le cadre des marsupialisations. Sans doute la membrane fertile a été enlevée, mais c'est parce qu'elle est venue seule, sans aucun effort et qu'on ne pouvait faire, en somme, autre chose que la sortir. En raison du volume des poches, aucune tentative de capitonnage n'a été faite, il y a eu simplement marsupialisation. Le drainage dans ce cas-là était assuré, on peut le dire, d'une façon parfaite en raison de la disposition des poches; il y eut d'abord un drainage transabdomino-lombaire, puis simplement lombaire qui évitait toute stagnation bien mieux que ne l'aurait fait un drain simplement abdominal. Aussi la guérison se produisit-elle sans incident; si elle a demandé un certain temps, il ne faut pas incriminer l'opération elle-même, mais les dimensions de la cavité à combler.

Chez le deuxième malade, la décortication qui paraissait facile fut tentée; les difficultés auxquelles on se heurta bientôt empêchèrent qu'elle pût être complète et l'hémorragie qui la suivit montre une fois de plus la gravité d'une pareille intervention.

Si donc la décortication reste l'opération idéale, la marsupialisation, malgré la durée de la cicatrisation et en raison même de la bénignité des suites opératoires, nous paraît l'opération de choix. En résumé, il découle des faits publiés actuellement que, si les kystes hydatiques du foie chez l'enfant ont été jusqu'à présent considérés comme rares, c'est peut-être parce que nombre d'entre eux ont été méconnus ou sont restés dans l'oubli.

Cette manière de voir est confirmée par ce fait qu'à l'hôpital Trousseau, d'octobre 1892 à mars 1901, M. A. Broca en a opéré au moins onze.

D'autre part, cette fréquence des kystes dans la première enfance est peut-être plus grande elle-même qu'on ne le dit. Si l'on admet avec Madelung et Dévé que les kystes se développent en général très lentement, « l'infestation pour la plupart des kystes apparaissant chez l'adulte remonterait à la première enfance. » C'est d'ailleurs là l'opinion qu'ont formulée récemment, dans leur étude sur l'échinococcose hydatique commune, MM. Terrier et Auvray (1).

MÉDECINE PRATIQUE

REVACCINATIONS PAR GRATTAGE

Par le docteur Courgey.

En ce temps de panique plus ou moins justifiée au sujet de la variole noire, il n'est peut-être pas inutile de revenir sur le procédé de revaccination par grattage, insuffisamment connu et trop peu pratiqué.

Nous avons déjà parlé de nos observations dans le *Concours médical* du 27 mai 1906, et nous disions alors au sujet de la technique opératoire, qu'elle consiste à saisir la peau entre le pouce et l'index de la main gauche et avec le bord d'une lancette à saigner, à la racler sur une surface large comme l'ongle du petit doigt, jusqu'à enlèvement de l'épiderme et apparition d'un léger pointillé et d'un suintement séro-sanguinolent. Alors, essuyant et aseptisant de nouveau notre lancette, nous prenons le vaccin que nous étendons sur les surfaces avivées et piquons en outre.

Il se forme les jours suivants une croûte brunâtre sous

(1) Terrier et Auvray. *Chirurgie du foie et des voies biliaires*, Paris 1907.

laquelle se développent une ou plusieurs pustules vaccinales, isolées ou confluentes, débordant cette croûte, l'auréolant, ou se développant plus ou moins complètement en dehors. Quand elles siègent tout à fait hors de la croûte, les pustules sont ombiliquées ou plutôt l'ombilication devient apparente. Lorsque les pustules se développent sous ou presque sous la croûte, l'aspect au septième jour, est celui que l'on a l'habitude d'appeler faux vaccin ou vaccine modifiée, c'est-à-dire que l'on ne peut percevoir d'ombilication ou qu'il ne peut s'en produire. On remarque seulement la croûte brunâtre quelque peu conique plus ou moins épaisse, autour de laquelle il y a une zone inflammatoire.

Il est certain que ce procédé est plus long et plus minutieux que la piqûre et la préférence qu'on doit lui accorder — et qu'il mérite — repose sur les avantages considérables qu'il présente : il donne la sécurité, n'est aucunement douloureux et les enfants l'acceptent complètement, s'intéressant à la petite opération, s'en amusant et ne criant pas.

Mais l'important, ce sont les succès donnés par ce procédé chez les adultes comme chez les enfants. Ces succès sont surprenants, comme nous le démontrerons tout à l'heure par des chiffres, à tel point qu'on pourrait se demander si la vaccination donne une immunité variolique véritable et prolongée, ou analogue seulement à celle du sérum Behring-Roux. Toutefois les réussites chez des enfants de moins d'un an déjà vaccinés avec succès, quoique d'apparence paradoxale s'expliquent parce que l'organisme des enfants manque de résistance et qu'il est susceptible d'être imprégné avec la plus grande facilité par tous les germes morbides, aussi bien par la vaccine, maladie infectieuse atténuée, que par d'autres germes tels que ceux de la rougeole, de la scarlatine, etc., maladies si fréquentes chez les enfants et dont quelques-unes récidivent avec tant de facilité.

On obtient des résultats là où la piqûre n'en donne pas. On réussit là où d'autres opérateurs ont échoué, et cela à cause de l'augmentation de la surface d'absorption et à la facilité plus grande donnée à cette absorption.

Le seul inconvénient de la méthode est d'exiger beaucoup de temps et beaucoup de patience, conditions nécessaires et indispensables à la réussite de l'opération.

On est tellement persuadé en Allemagne que les vaccinateurs ne doivent point se presser, afin d'être plus certains des résultats, que l'on assigne une limite au nombre des opérations à effectuer dans un temps donné et la mesure est appliquée aux civils comme aux militaires.

En France, un médecin militaire doit vacciner le régiment dans un temps tellement court que la vaccination par grattage devient impossible pour ainsi dire, et que par suite il est permis de douter des résultats.

Pour démontrer la supériorité de la revaccination par grattage sur la revaccination par piqûre, nous allons donner les statistiques suivantes fournies dans notre dernier rapport de 1903 à l'Académie de médecine (prix de la vaccination) chiffres que depuis 1903 nous aurions pu augmenter en tant que nombre d'opérations, par suite de nos revaccinations opérées depuis cette époque, mais qui n'eussent point modifié le pourcentage des résultats.

Sur près de 7 000 vaccinations et revaccinations pratiquées depuis trente ans, nous avons pris 400 sujets *revaccinés* à tout âge, et nous avons trouvé sur 62 revaccinés *par piqûre* :

39 succès dont 10 faux vaccins, 7 insuccès.
16 non vérifiés.

Et sur 338 revaccinés *par raclage* :

112 succès dont 11 faux vaccins, 81 insuccès.
145 non vérifiés.

161 opérations sur les 400 n'ont pu être vérifiées.

De plus nous avons obtenu :

Sur *101 succès par raclage*, 35 succès (non compris les 11 cas de faux vaccin) chez des enfants de cinq ans et au-dessous, soit 34,65 p. 100.

Sur 81 insuccès par raclage, 26 insuccès chez des enfants de cinq ans et au-dessous, soit 32,10 p. 100.

Sur *29 succès par piqûre* simple, 3 succès (non compris les 10 cas de faux vaccin) chez des enfants de cinq ans et au-dessous, soit 10,34 p. 100.

Sur 7 insuccès par piqûre simple, un insuccès chez un enfant au-dessous de cinq ans, soit 14,30 p. 100.

Chez les enfants de cinq ans et au-dessous, les succès par raclage sont donc *3 fois et demie plus nombreux* que par piqûre.

Les insuccès sont 2,3 de fois plus nombreux par piqûre que par raclage.

Les succès par piqûre simple chez les enfants de cinq ans et au-dessous, comparativement aux autres sujets plus âgés, sont environ dans la proportion de 1 sur 9,66.

Les succès par raclage chez les enfants de cinq ans et au-dessous, comparativement aux autres sujets plus âgés sont environ dans la proportion de 1 sur 2,88.

Ce deuxième résultat confirme le premier.

C'est-à-dire que la revaccination par raclage donne près de 4 fois plus de résultats positifs que par la piqûre chez les enfants au-dessous de cinq ans, et 3 fois et demie plus de résultats comparativement aux autres sujets au-dessus de cinq ans.

Nous avons noté :

1 succès de revaccination		......	à 9 mois.
3	—	......	à 1 an.
4	—	......	de 2 à 3 ans.
7	—	......	de 3 à 4 ans.
26	—	......	de 4 à 5 ans.

Puis *26 insuccès* et 3 non vérifiés sur 81 insuccès de tout âge, d'un an à cinq ans. Ces chiffres indiquent bien l'affaiblissement progressif de l'immunité, à partir de la première vaccination.

Cette immunité est déjà très affaiblie de quatre à cinq ans, d'après nos chiffres, elle le serait dans la proportion de 58 p. 100 environ.

Ainsi nous avons 35 p. 100, exactement 34,65, de succès chez les enfants au-dessous de cinq ans, par rapport à tous les revaccinés et 58 p. 100 par rapport aux enfants revaccinés au-dessous de cinq ans.

La revaccination réussit donc mieux chez les *tous jeunes* enfants, que chez les plus âgés. Nous avons expliqué le fait plus haut.

Signalons en passant un insuccès chez un enfant de cinq ans revacciné par grattage au cinquième jour d'une varioloïde.

Nos résultats sont confirmés par d'autres opérateurs. C'est ainsi que dans le *Concours médical* (1895, p. 39), nous trouvons une statistique de M. Chambon dont voici les chiffres :

332 enfants revaccinés par la piqûre :

Succès, 28 ; insuccès, 304 ; 8,5 p. 100.

379 enfants revaccinés par grattage :

Succès, 127 ; insuccès, 252 ; 33,5 p. 100.

D'après ces faits et ces chiffres, il nous est permis de dire et de poser en principe que la revaccination par raclage donne le *maximum* de résultats, et que toute personne, en temps d'épidémie ou non, qui n'est pas revaccinée par grattage, n'est pas sûre d'être garantie contre la variole.

L'on ne peut réellement être en sécurité et se croire à l'abri de la variole que lorsqu'on a été revacciné par raclage ou grattage.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 AVRIL 1907)

Tuberculose inflammatoire à forme néoplasique; les lipomes d'origine tuberculeuse. — Il y a un an, dans une communication à l'Académie de médecine, MM. Antonin Poncet et René Leriche avaient envisagé le rôle que pouvait jouer la tuberculose inflammatoire dans la production de certaines néoplasies bénignes et ils avaient spécialement montré comment elle engendre parfois dans les glandes, non seulement l'hypertrophie et la sclérose, mais aussi l'adénome typique avec toutes ses formes évolutives.

Cette conception que leur avait indiqué la clinique, et qui s'affirmait par elle seule, devait, dans leur esprit, être généralisée à bien d'autres néoproductions bénignes, à toutes celles qui, de l'avis unanime, semblent exister en marge des tumeurs, et aux limites d'action des processus infectieux.

Depuis lors, MM. Poncet et Leriche ont poursuivi leurs recherches, et nulle part le rôle de la tuberculose ne leur a paru plus évident que dans l'étiologie des lipomes. C'est ce chapitre nouveau de la tuberculose inflammatoire qu'ils sont venus exposer hier à l'Académie.

MM. Poncet et Leriche n'entendent évidemment pas dire que tous les lipomes sont de la tuberculose. Mais ils pensent que dans quelques cas le lipome vrai est une reproduction inflammatoire, reconnaissant des facteurs multiples, parmi lesquels la tuberculose.

Après avoir passé en revue les différents lipomes et les théories nombreuses qui ont été émises à leur sujet, M. Poncet s'arrête à une pathogénie qui est d'autant plus séduisante qu'elle est explicite : celle qui fait du lipome une néoplasie d'ordre inflammatoire.

« Cette théorie est, en effet, de celles qu'on ne saurait concevoir d'emblée. On n'y peut arriver que par étapes. Surprenante à priori, elle s'affirme comme très vraisemblable lorsque, partant de la notion des obésités infectieuses, on songe aux lipomatoses péri-viscérales plus ou moins diffuses, aux masses graisseuses partiellement enkystées, cristallisées autour d'une épine irritative, tels certains lipomes ostéo-périostiques. En se rappelant encore les pseudo-lipomes des arthritiques dont le développement paraît lié à des flux congestifs répétés, on a, sous les yeux, toute une série d'échelons qui conduisent à risquer l'hypothèse d'amas lipomateux s'individualisant progressivement, au fur et à mesure que décroît de virulence le foyer d'irritation chronique.

Au terme ultime, on est donc naturellement porté à concevoir la tumenr comme résultant d'un encapsulement plus ou moins parfait (et c'est là un simple phénomène physique de condensation périphérique) de lobules adipeux néoformés sous l'influence d'un agent infectieux distant. Des troubles vasculaires seraient l'intermédiaire histogénétique nécessaire entre l'inflammation et la néoproduction.

En décrivant ainsi les faits, Pierre Delbet, qui a brillamment défendu cette théorie, pouvait affirmer, dès 1896, comme incontestable le rapport de causalité entre l'inflammation et les lipomes.

Depuis lors, son hypothèse s'est progressivement affirmée comme très logique. »

Plus récemment Schwartz et Chevrier étaient amenés à écrire : « Toutes les inflammations aseptiques et les inflammations par infection très atténuée, banale ou spécifique, semblent pouvoir se terminer par une agglomération lipomateuse. La preuve de la nature primordiale de l'inflammation, cause de la tumeur, ne peut être faite. On peut le tenter du moins par examen direct : culture ou inoculation. »

« Ces quelques mots, dit M. Poncet, résument parfaitement l'état actuel de la question. Il en est de tous les lipomes comme du lipome périostique. Ils sont très probablement d'origine inflammatoire, mais la démonstration rigoureuse n'en est pas encore produite.

Est-ce à dire qu'il faille abandonner l'hypothèse? Nous ne le croyons pas, ajoute M. Poncet, et quand bien même les inoculations et les cultures resteraient habituellement négatives, nous serions tentés de poursuivre dans cette voie. En matière d'infection atténuée, les procédés de laboratoire peuvent être insuffisants, l'agent infectieux agit souvent à distance par ses seules toxines ; l'action locale du microbe échappe à toute investigation précise. En bien des cas, c'est donc par la clinique seule que s'avérera une notion étiologique, et c'est à elle qu'il faut s'adresser pour résoudre le problème.

En portant la question sur ce terrain, il est curieux de relever la tuberculose latente assez fréquemment chez des porteurs de lipomes : une fois sur cinq ou sur quatre, sinon plus, d'après des observations prises au hasard. »

Et la clinique amène M. Poncet à conclure ainsi :

« Étant donné le caractère fluxionnaire, congestif et hyperplasique de la tuberculose inflammatoire, il faut, *a priori*, penser qu'il existe des lipomes d'origine tuberculeuse. Leur étiologie doit s'affirmer par la nature du terrain sur lequel ils apparaissent et se développent, l'anatomie pathologique et les inoculations étant impuissantes à en établir le mode de production.

Et passant dans le domaine clinique, pour vérifier par des faits une théorie déductive, nous nous sommes convaincu qu'en cherchant systématiquement la tuberculose fruste chez de tels malades, on la trouve fréquemment.

Il nous est impossible, pour le moment, de donner des chiffres. Nos observations anciennes sont, en général, trop brèves, trop purement morphologiques pour être utilisables et nous sommes orientés depuis trop peu de temps dans cette voie, pour pouvoir apporter des stastistiques étendues avec des faits nouveaux. Nous dirons simplement que sur 10 lipomes vus à la clinique depuis trois ans, 4 étaient survenus chez des tuberculeux et que, d'autre part, bien souvent, en cherchant dans la littérature, nous avons relevé des manifestations bacillaires incidemment notées. En procédant ainsi, le docteur Roussel a justifié, dans sa thèse (1), notre façon de voir pour les lipomes des os, pour les lipomes intra-musculaires et pour ceux, beaucoup plus fréquents, du tissu cellulaire.

Ainsi donc, il existe des lipomes d'origine tuberculeuse, et la

(1) *Lipomes d'origine tuberculeuse*, Lyon 190[illegible].

tuberculose doit prendre place à côté des autres infections dans l'étiologie des néoplasies d'ordre inflammatoire.

Quelle part lui revient dans ce groupement nouveau, qui tend à morceler les tumeurs? Nous ne saurions le dire. Il nous suffit d'avoir attiré l'attention sur ce point, éclairci une pathogénie jusqu'ici imprécisée et, une fois de plus, élargi le domaine, encore partiellement inexploré, de la *tuberculose inflammatoire.* »

ANALYSES

MEDECINE

Fièvre typhoïde avec localisation rénale (néphro-typhus). (A. NAPIER et BUCHANAN. *Glasgow med. Journ.*, déc. 1906, p. 401.) — Un homme de vingt-six ans, mal portant depuis le 1er juillet, présenta le 14 et le 15 une éruption morbilliforme au niveau de la face et des mains. Le 16 et le 17, l'urine devint rouge. Elle s'éclaircit ensuite sans que l'état général du malade s'améliorât. Le 30, elle devint rouge-brun et le 2 août, le sujet s'alita et fit venir le médecin.

La peau était rouge et couverte de sueur. La langue était saburrale, le pouls atteignait 100 pulsations et la température était de 40°5. Il y avait une légère céphalée avec douleur sourde dans la région lombaire ainsi qu'au niveau de la cicatrice d'une ancienne blessure dans le flanc droit. Les selles étaient fréquentes et de coloration foncée. Le ventre était légèrement distendu, mais on ne constatait ni gargouillement dans la fosse iliaque, ni hypertrophie splénique, ni tâches rosées lenticulaires. Les urines étaient rares, ressemblant, comme couleur et consistance à du chocolat épais, et laissant déposer un sédiment abondant formé d'hématies et de tubes granuleux hyalins et épithéliaux.

Enfin on y trouvait une seule espèce microbienne, mais en très grande abondance. Son aspect inusité fit penser tout d'abord à une bactérie d'origine atmosphérique. C'était un bacille large et épais, légèrement incurvé, arrondi à chaque extrémité, présentant dans sa continuité une substance granuleuse et quelques vacuoles. Il se colorait facilement avec le bleu de méthylène de Lœffler et ne prenait pas le gram. Mis en culture il reprit son aspect typique et on reconnut le bacille d'Eberth. Le sang donna la réaction de Widal.

Regardée d'abord comme un cas de néphrite aiguë à forme atypique (la température restant très élevée et l'œdème faisant défaut) cette maladie ne fut identifiée comme fièvre typhoïde que grâce à la découverte du bacille dans l'urine. Le diagnostic fut d'ailleurs confirmé par ce fait que deux personnes de l'entourage du malade contractèrent une fièvre typhoïde typique.

On sait actuellement que les bacilles se montrent dans l'urine dans environ un tiers des cas de fièvre typhoïde. Ils apparaissent au plus tôt vers la fin de la seconde semaine et souvent pas avant la convalescence. Ils peuvent être peu nombreux ou au contraire en quantité énorme. Leur présence peut coïncider avec une légère albuminurie et même un peu de sang. Elle peut, comme dans le cas présent, s'accompagner de troubles rénaux graves et d'hémorragies abondantes et répétées.

La vessie est habituellement indemne et une bacillurie profuse peut ne déterminer aucun trouble fonctionnel. Passant inaperçue, elle constitue une cause importante de dissémination de la maladie.

La pathogénie reste à élucider. Konjajeff estime qu'une colonisation de bactéries dans le rein et la formation de petits foyers métastatiques précèdent l'apparition des bacilles dans l'urine. A. HOUSQUAINS.

Peau tigrée; tatouage par les piqûres intradermiques de morphine et de chlorhydrate de cocaïne, dû au fer réduit. (M. René HORAND. Soc. des sciences méd. de Lyon, séance du 20 mars 1907.) — L'auteur, préparateur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon, a présenté un lambeau de *peau tigrée*, véritable tatouage, abservé chez les morphinomanes. C'est le huitième des cas connus, *depuis l'observation de Moutard-Martin*, parue dans la *Gazette des hôpitaux* en 1897 (p. 706), celles de Thibierge (*Gaz des hôpit.*, 1899, p. 1305), de Deuc et Roussille (Th. de Lyon, 1907).

L'auteur, après avoir donné une étude symptomatique et diagnostique de ces taches bleues, laissées au hasard, là où l'aiguille a porté la morphine; après avoir constaté la présence du pigment dans la gaine externe des vaisseaux; après avoir reconnu qu'il s'agissait de paillettes métalliques et non de charbon, donne le résultat des recherches qu'il a poursuivies au laboratoire de toxicologie, avec MM. Déléage et G. Horand, et conclut qu'il s'agit du fer réduit.

Comment ce fer se trouve-t-il là? L'auteur suppose qu'il a été apporté par l'aiguille de fer, oxydée par le chlorhydrate et par la négligence des malades. Il se réserve d'approfondir cette question. L. GAYARD.

CHIRURGIE

Fibrome de l'ovaire à pédicule tordu ayant simulé l'appendicite. (MASSABUAU. Soc. des sc. méd. de Montpellier, 22 fév. 1907.) — Il s'agit d'une malade de soixante-deux ans, entrée dans le service de M. le professeur Forgue le 17 janvier 1907 à la suite d'accidents subits qui auraient permis de penser à une appendicite subaiguë avec abcès péri-appendiculaires, soit à un cancer du cæcum resté longtemps latent et compliqué soudain d'accidents aigus d'obstruction avec phénomènes de péritonite adhésive péricæcale. L'intervention chirurgicale et l'examen anatomo-pathologique de la tumeur montra qu'on se trouvait en présence d'un fibrome pur de l'ovaire présentant de gros vaisseaux dilatés et de nombreux foyers hémorragiques récents. Un long pédicule formé par la trompe droite et le ligament de l'ovaire reliait à la corne utérine droite la tumeur qui adhérait fortement au fond du cæcum à l'appendice et à l'intestin grêle. L. GAYARD.

OBSTETRIQUE

Avortement globo-amniotique. (GUÉRIN-VALMALE. Soc. des sc. méd. de Montpellier, 1er fév. 1907.) — M. Guérin-Valmale rapporte trois observations d'avortement où l'expulsion de l'œuf se fit suivant un mécanisme très spécial.

Dans les trois cas M. Guérin put constater l'expulsion du globe amniotique intact avec son contenu et extraire artificiellement un placenta, retenu par la rupture du cordon hors de l'amnios, près de son insertion placentaire.

L'auteur analyse cette variété très rare d'avortement dont M. Surrel (Th. de Paris, 1900) a pu réunir à peine quelques cas, que l'on pourrait appeler *avortement globo-amniotique.* Une rupture isolée du chorion suivie de la rupture du cordon est évidemment le mécanisme qui a permis à l'utérus de chasser hors du col l'œuf amniotique et son contenu.

Cette forme d'avortement prête à d'assez importantes considérations pratiques. L'avortement globo-amniotique revêt pour un observateur superficiel l'allure d'un avortement en

un temps et cependant il se fait au contraire en deux temps, le placenta, le chorion et la cadupue n'étant expulsés que postérieurement au globe membraneux et liquide au point de vue médico-légal. Cette forme d'avortement ne peut en rien servir à préjuger de la spontanéité de l'avortement ou des manœuvres abortives. L. GAYARD.

Agglutination du col au moment du travail chez une spécifique. Dilatation spontanée après rupture des adhérences de l'orifice externe. Placenta de poids normal. Apparition chez l'enfant trois jours après de manifestations syphilitiques qui entraînent la mort. (DEVÈZE. Soc. des sc. méd. de Montpellier, 8 fév. 1907.) — Il s'agit d'une femme âgée de trente-huit ans, spécifique, dont le col au moment du travail présenta un défaut de dilatation. Il y aurait au niveau de l'orifice externe des adhérences fibreuses que le doigt put rompre assez aisément ce qui permit la dilatation spontanée du col. Nous pensons qu'il y avait là un état particulier du col appelé agglutination par Nœgelé, plutôt qu'une rigidité spécifique.

Le placenta était normal comme poids, à peu près égal au sixième du poids de l'enfant. Rien ne faisait soupçonner la syphilis, néanmoins le troisième jour, l'enfant présenta une éruption bulleuse généralisée, de l'ascite, du coryza et succomba. Ce cas montre donc que le poids normal du placenta ne permet pas d'écarter le diagnostic de syphilis.

L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutische Technik für die Arztliche Praxis (1), publié par Julius SCHWEILBE (premier demi-volume).

Ce livre est, comme son titre l'indique, conçu dans un esprit essentiellement pratique et les personnalités médicales les plus éminentes d'Allemagne s'en sont partagé les chapitres. La technique du massage, de la gymnastique et de l'orthopédie est due au professeur Hoffa; la technique de l'hydro et de la thermothérapie au professeur Vierordt, la radiothérapie à E. Schmidt, la technique de la préparation et de l'administration des médicaments au professeur Kobert. Le professeur Hildebrandt et le docteur Bruno Bosse traitent de certains points de technique chirurgicale : anesthésie générale, anesthésie locale, anesthésie par voie rachidienne, asepsie et antisepsie chirurgicales, traitement des plaies, injections de sérum, saignée générale et locale, hyperémie par la méthode de Bier, ponctions, sutures de la peau, des tendons et des nerfs, greffes épidermiques, injections de paraffine, traitement des fractures et des luxations, etc.

Enfin un chapitre concernant le traitement des affections oculaires : pansements, saignées locales, instillations, incisions d'abcès, extraction des corps étrangers, cathétérisme des voies lacrymales, électrothérapie, massage, porte la signature du professeur Eversbuch.

Comme on le voit la composition très éclectique de ce volume intéresse indistinctement les médecins et les chirurgiens. Les différents sujets sont traités sobrement et clairement sans luxe de détails touffus et de bibliographie. De très nombreuses gravures en rendent la compréhension plus aisée.

A. LEMIERRE.

(1) Leipzig, librairie Georg Thieme.

La gangrène des membres par artérite syphilitique (1), par M. DRUELLE.

De l'étude de deux cas personnels, communiqués par M. le professeur Gaucher, et des faits analogues épars dans la littérature, M. Druelle conclut que la gangrène des membres par artérite syphilitique est rare, qu'elle affecte la forme sèche, et frappe généralement des sujets jeunes. D'après l'évolution des accidents, on peut lui décrire deux formes : une à début lent et progressif, où la gangrène est précédée pendant longtemps de symptômes indicateurs de l'artérite; une où les phénomènes d'artérite et de gangrène évoluent rapidement. Ce pronostic est grave. Quant au traitement, il ne peut être que préventif. Il sera donc nécessaire de reconnaître le plus tôt possible l'artérite syphilitique du membre. Un index bibliographique soigné termine cette intéressante mise au point d'une question sur laquelle les classiques n'insistent pas toujours suffisamment. L. BABONNEIX.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance du 23 février 1907.*) — DEMOOR : Rôle des fonctions cellulaires dans le réglage de la circulation pulmonaire. — HEYMANS : La vaccination antituberculeuse chez les bovidés. — DESGUIN : Du traitement des fractures obliques de la jambe.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (No 3, mars 1907.) SABOURAUD : Nouvelles recherches sur les microsporums. — J. HALLÉ et CIVATTE : Contribution à la bactériologie des glandes sébacées. — Ludwig SPITZER : Association de lupus érythémateux et de lupus tuberculeux. — FRUHINSHOLZ : Un cas de malformation cutanée à type cicatriciel héréditaire. — Ch. AUDRY : Sur un cas de xeroderma pigmentosum de Kaposi sans pigmentation.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Mars 1907.) Louis LEBRUN : Etude médico-légale des homicides par blessures du cœur. — ETIENNE : La fièvre typhoïde dans la population ouvrière de Nancy au cours des dernières années du XIXe siècle. — F. BROUARDEL : Le viol. — AUBERT : Le gaz à l'eau dans l'éclairage de la ville de Paris.

Annales médico-psychologiques. — (No 2, mars-avril 1907.) A. GIRAUD : La revision de la loi du 30 juin 1838 à la Chambre des députés. — Jules SOURY : Nature et localisation des fonctions psychiques chez l'auteur du *Traité de la maladie sacrée*. — C. ROUGÉ : De l'aliénation mentale consécutive à la fièvre typhoïde (*fin*). — SOUTZO fils : Encore la question de la démence précoce (*à suivre*)

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (No 209, 10 mars 1907.) H. GUILLEMINOT : Traitement des rétrécissements de l'urètre par un procédé mixte, bougies

(1) In 8. — Paris, Bonvalot-Jouve.

ordinaires dilatant mécaniquement et bougies Bergonié agissant électrolytiquement. — H. JUDET : Des renseignements fournis par la radiographie dans la fracture du col chirurgical de l'humérus chez l'enfant. — H. BORDIER : Action des rayons X sur l'hémoglobine *in vitro*. — NOGIER : La lampe Cooper-Hewitt à vapeur de mercure; son utilisation pour le diagnostic des éruptions cutanées naissantes et de l'érythème radiographique.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVI, n° 9, 28 fév. 1907.) Arthur Tracy CABOT : Contribution à l'étude de l'hydronéphrose. — F. S. WATSON : Le traitement chirurgical de la tuberculose rénale. — Paul THORNDIKE : Quelques notes sur plusieurs cas de tuberculose rénale. — Oskar KLOTZ : Etudes expérimentales sur l'artériosclérose. — Harlows BROOKS : L'artériosclérose des viscères. — (N° 10, 7 mars.) Maurice H. RICHARDSON : Sur le diagnostic des tumeurs, principalement au sujet des résultats déplorables d'une trop grande confiance ou des atermoiements. — Fred. T. MURPHY : Remarques sur les incisions expérimentales de la paroi abdominale des chats. — Hasket DERBY : Sur l'inspection particulière des immigrants et des enfants des écoles au sujet de la possibilité du trachome. — W. Sohier BRYANT : La conservation de l'ouïe après les opérations sur la région mastoïdienne.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 11, 16 mars 1907.) KLIENEBERGER : Sur l'action des préparations de surrénale sur l'aorte des lapins, pendant l'administration concomitante d'iode et d'iodure de potassium.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 11, 14 mars 1907.) BECK : Sur la gangrène pulmonaire. — ROSENHEIM : Sur la colite infiltrante et la sigmoïdite. — HOFFA : Traitement de la coxalgie. — HIRSCHBERG : Un cas d'extraction de cataracte. — JELLINEK : Pathogénie, traitement et prophylaxie des accidents électriques. — ZWEIG : L'hydrothérapie du chinakterium. — BRÜNING : Nouvelles expériences sur l'huile de chenopode comme vermifuge chez les enfants. — WALBUM : Un nouveau saccharimètre.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 15, 3 fév. 1907.) Gino MASINI : L'état actuel de la thérapeutique spécifique de la tuberculose. — G. GUYOT : Sur la démonstration des formes dégénératives des leucocytes circulant dans le sang. Méthode pour colorer les préparations faites par glissement et fixées. — Massimo CHIADINI : La saccharosurie et la lévulosurie alimentaires et l'élimination du bleu de méthylène dans les maladies du foie. — Stefano REBAUDI : L'orchite ourlienne et son importance dans la genèse de la stérilité. - Carlo TOSSATTI : A propos de la géophagie infantile. — Carlo MARIANI : L'hépatopexie complémentaire aux opérations sur les voies biliaires. — (N° 24, 24 fév.) Oreste MARCHESINI : Les tout derniers progrès de l'anesthésie médullaire. — Nicolo MARINI : Les causes prédisposantes de l'endocardite aiguë. — Antonio DE CORTES : Comment on peut pratiquer économiquement dans les petits centres et en clientèle la stérilisation d'un matériel médical suffisant par la vapeur sous pression. — (N° 27, 3 mars.) Edoardo IMPARATI : La syphilis héréditaire à la seconde génération. Hérédo-hérédo-syphilis. — Eutimio GUASONI : Emploi de la méthode Bossi dans trois cas de placenta prævia. — Carlo GENNARI : La présence du bacille d'Eberth dans le sang des convalescents de fièvre typhoïde. — Luigi DELLA VALLE : Nouvelle méthode de gastrolyse. — Ugo FABRIS : Emphysème sous-cutané du cou et de la poitrine chez un enfant au cours d'une broncho-pneumonie. — (N° 30, 10 mars.) Gino MASSINI : L'état actuel de la thérapeutique spécifique de la tuberculose. — G. C. MIRANO : A propos d'une nouvelle combinaison de l'iode, l'olivénol iodé. — Ferruccio BINDI : Un nouveau cas d'échinocoque du poumon. Extraction du kyste précédée de pleurotomie. Guérison. Absence de réaction éosinophile. — A. BARLOCCO : Observations expérimentales sur l'agressine diplococcique. — Gaetano CAPONETTO : Intervention opératoire dans l'ascite par cirrhose hépatique. — (N° 33, 17 mars.) Prof. PACINOTTI : Rein flottant avec hydronéphrose et anémie. — S. VALLIVERO : L'importance du rôle buccal pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — Gustavo PADOA : Recherches séméiologiques sur le triangle de Grocco dans les pleurésies avec épanchement. — Cesare Scavonetto MATERAZZI : Diagnostic différentiel clinique et bactériologique entre la fièvre typhoïde, la paratyphoïde et la fièvre sudorale. — P. VOLTA : L'anesthésie mixte par l'héroïne et le chloroforme.

Medical Record. — (Vol. LXXI, n° 5, 2 fév. 1907.) John BEARD : L' « intermède » du cancer. — Austin W. HOLLIS : Théorie de l'origine toxique de l'anémie pernicieuse. — Frederick PETERSON : Le psychomètre électrique. — George Franklin SHIELS : Quelques remarques sur le témoignage des médecins experts. — O'CONNOR : Veines variqueuses des extrémités inférieures et leur traitement. — (N° 6, 9 fév.) G. THOMPSON : Le traitement par l'air frais dans les salles d'hôpital. — J. MC GRATH : Résection de l'anse sigmoïde. — Hiram VINEBERG : Chirurgie conservatrice dans les inflammations graves des annexes de l'utérus. — DELOS : Cause de la calvitie commune. — NEUSTAEDTER : Quelques facteurs étiologiques importants chez les enfants arriérés. — HARTZELL : Un cas de leucoplasie extensive débutant dans l'enfance, accompagnée dans les premières périodes de kératose folliculaire de la peau et suivie de carcinome de la langue. — (N° 7, 16 fév.) Colin K. RUSSEL : Côtes surnuméraires cervicales et leurs effets sur le plexus brachial et l'artère sous-clavière. — Robert BELL : La victoire prochaine sur le cancer. — Hudson MAKUEN. Etat des fosses nasales; influence sur l'étiologie des maladies des oreilles. — MC CASKEY : Pneumonie streptococcique. — Ch. J. DILLON : Relation de trois épidémies de rougeole; le signe de Koplik dans ses rapports avec le rash et la fièvre initiale. — Alexis MOSCHCOWITZ : Cure radicale de la névralgie du trijumeau par des opérations périphériques. — Parker WORSTER : Pneumonie chez les enfants; succès thérapeutiques des moyens hydrothérapiques. Une observation typique. — (N° 8, 23 fév.) Charles DANA : Névralgie brachiale et douleurs du bras. — Richard DOUGLAS : Traitement de la péritonite aiguë généralisée. — William MEYER : Emulsion de bacilles de Koch dans le diagnostic de la tuberculose thoracique au début. — J. MC COURT : Le traitement de la grippe.

Medizinische Blatter. — (N° 11, 16 mars 1907.) LÖN : Progrès en syphiligraphie.

Policlinico. — (Mars 1907.) *Partie médicale.* — Prof. Guido BACCELLI : A propos d'un anévrisme de l'artère cœliaque surmontant un ancien anévrisme plus considérable de l'aorte. — Fabio RIVALTA : Artériosclérose traumatique précoce. — Prof. R. MASSALONGO : L'inégalité pupillaire dans les affections pleuro-pulmonaires aiguës et chroniques. — Prof. Pietro GIOELLI : Nouveaux moyens pour obtenir un développement rapide du bacille de la tuberculose; emploi d'un liquide non glyceriné. — Guido D'ORMED : Contribution aux recherches sur l'action bactéricide des rayons Becquerel. — Antonino LONGO : Sur un cas de poly-arthrite et de méningite purulente par bactérie hémophile. — (Fév. 1907.) *Partie chirurgicale.* — A. CIMORONI : Sur les tumeurs kystiques de l'ovaire. — Enrico MARTINI : Sur un cas exceptionnel de tumeur adéno-kystique siégeant dans une thyroïde erratique. — Andrea COSENTINO : A propos du lymphangiome papillaire circonscrit de la langue.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 40. — SAMEDI 6 AVRIL 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 6 AVRIL 1907. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Ministère de l'intérieur. — La médaille d'argent des épidémies est accordée à M. le docteur Carpanetti (de Guelma).

La médaille de bronze à M. le docteur Quintard (de Bône).

— MM. les docteurs Bire et Ramès sont admis à l'examen d'aptitude aux emplois d'inspecteur et de sous-inspecteur de l'Assistance publique.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu les 14 et 15 avril prochain, à deux heures précises, dans la salle des concours de l'Assistance publique (ancienne Académie de médecine), rue des Saints-Pères, 49.

On sait que d'après les statuts chaque Société composée de 50 membres, ou au-dessous, est représentée par un délégué; celles qui se composent de 51 à 100 membres peuvent avoir deux degrés; de 101 à 150 membres, trois délégués, et, à partir de ce chiffre, un délégué de plus par chaque fois 50 membres ou fraction de 50 membres.

Les présidents des Sociétés unies font partie de droit de la délégation.

Ordre du jour de la 48e assemblée générale. — La séance sera ouverte à deux heures (1).

Première partie. — 1° Lecture du procès-verbal de la dernière assemblée générale (voir *Bulletin*, n° 22, p. 153 à 213);

2° Rapport de M. Ch. Périer, au nom de la Commission chargée de faire le recensement des votes émis le 16 décembre 1906 pour la nomination du président de l'Association, en remplacement de M. Brouardel, décédé;

3° Allocution de M. L. Lereboullet, président;

4° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Blache, trésorier général;

5° Rapport sur la gestion financière du trésorier, par MM. Hallopeau et Périer, et approbation des comptes de l'exercice 1905-1906, publiés dans le *Bulletin*, n° 23, p. 239-262);

6° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1906, par M. G. Lepage, secrétaire général provisoire.

Deuxième partie. — 7° Election de deux vice-présidents, du secrétaire général, de deux secrétaires et de sept membres du Conseil général. Candidats présentés par le Conseil général : vice-présidents, MM. Bucquoy et Lande, vice-présidents sortants, arrivés au terme de leur mandat; secrétaire général, M. G. Lepage, secrétaire, proposé en remplacement de M. Lereboullet, élu président; secrétaires, M. Laugier, secrétaire sortant, arrivé au terme de son mandat; M. Ch. Darras, membre du Conseil, présenté en remplacement de M. Lepage, proposé pour secrétaire général; membres, MM. Berger, Chauffard, Dieu, Gairal, Olivier et Rist, membres sortants, arrivés au terme de leur mandat; M. Bouloumié, membre de la Société centrale, présenté en remplacement de M. Ch. Darras, proposé pour secrétaire. Les membres du Bureau et du Conseil sont immédiatement rééligibles (statuts, art. 9);

8° Rapport de M. de Ranse, sur les pensions viagères demandées à l'Assemblée; discussion et vote des propositions;

9° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1907;

10° Rapport de M. A.-J. Martin, au nom de la Commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis par les Sociétés unies à la prise en considération de l'Assemblée générale;

11° Rapport et conclusions présentées à l'Assemblée au sujet du projet de loterie médicale par la Commission chargée de l'étude de ce projet;

12° Assistance aux veuves par le travail;

13° Nomination des médecins et chirurgiens dans les hôpitaux de province;

14° Projet d'impôt sur le revenu appliqué au corps médical;

15° Questions diverses.

Le dimanche 14 avril, à sept heures et demie précises, le banquet aura lieu au palais d'Orsay (hôtel de la nouvelle gare d'Orléans, en face le Palais de la Légion d'honneur). Tenue de ville.

(1) Les questions qui n'auront pas pu être résolues dans la séance du dimanche 14 avril seront discutées le lundi 15.

VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES, STATIONS HYDROMINÉRALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE. — V. E. M. 1907. — Le IX[e] voyage d'études médicales organisé par le docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris, aura lieu sous la direction scientifique du professeur Landouzy, du 1[er] au 12 septembre 1907.

Il comprendra les stations de l'Est et du Jura : Sermaize, Vittel, Contrexéville, Martigny, Bourbonne, Luxeuil, Bains, Plombières, Gérardmer, La Schlucht, Bussang, Le Ballon d'Alsace, Besançon-Mouillère, Salins, La Faucille, Divonne.

Le programme détaillé sera publié en mai 1907.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. le professeur Nestor Gréhant commencera son cours de physiologie générale le mercredi 10 avril 1907, à quatre heures, dans son laboratoire, situé quai Saint-Bernard, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivant à la même heure.

Dans la première partie du cours, le professeur démontrera complètement sa nouvelle technique eudiométrique et ses applications physiologiques.

Dans la seconde partie du cours, il s'occupera de la répétition d'expériences relatives au système musculaire et au système nerveux.

COURS LIBRE SUR LES NÉVROSES ET PSYCHOSES DES ÉCOLIERS. (DEUXIÈME SEMESTRE DE L'ANNÉE SCOLAIRE 1906-1907.) — M. le docteur Jacques Roubinovitch, médecin de la Salpêtrière, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, expert près les tribunaux, reprendra ce cours à l'amphithéâtre Cruveilhier (École pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), le jeudi 25 avril 1907, à cinq heures, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

ENSEIGNEMENT PRATIQUE DE L'ORTHOPÉDIE INDISPENSABLE ET DU TRAITEMENT DES TUBERCULOSES EXTERNES, EN 12 LEÇONS SUIVIES DE DÉMONSTRATIONS ET D'EXERCICES PRATIQUES. — COURS DE VACANCE DU 10 AU 29 AOUT 1907. — Pour répondre à la demande qui lui en a été faite par des médecins et des étudiants, M. Calot exposera à l'Institut orthopédique de Berck, avec l'assistance des docteurs Privat et Fouchou, le traitement des tuberculoses externes et l'orthopédie indispensable au praticien.

PROGRAMME DU COURS. — I. *19 août* : M. CALOT. Technique des appareils. Appareils plâtrés (membre inférieur et supérieur). Appareils amovibles. Manière de faire un appareil en celluloïd.

II. *20 août* : M. CALOT. Traitement des abcès froids et des tuberculoses externes : forme sèche, suppurée, fistuleuse, injections et liquides modificateurs. Traitement des adénites, de la tuberculose du testicule et de l'épididyme.

III. *21 août* : M. CALOT. Traitement du mal de Pott, les corsets plâtrés.

IV. *22 août* : M. CALOT. Traitement de la coxalgie.

V. *23 août* : M. CALOT. Traitement des tumeurs blanches : genou, pied, épaule, coude, poignet; tuberculose costale, spina ventosa. Appareils de ces régions.

VI. *23 août (soir)* : Docteur PRIVAT. Traitement marin des enfants anémiques, prétuberculeux, tuberculeux et rachitiques, balnéation, massothérapie, électricité médicale.

VII. *24 août (matin)* : Docteur FOUCHOU. Le matériel et les notions indispensables à la radiographie et à la radiothérapie.

VIII. *24 août (soir)* : M[lle] LARSON (diplômée de l'Institut orthopédique royal de Stockholm, professeur de gymnastique suédoise). Gymnastique médicale. Séance de gymnastique suédoise. Traitement par la gymnastique de la scoliose essentielle de l'adolescent.

IX. *26 août* : M. CALOT. Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

X. *27 août* : M. CALOT. Traitement du pied-bot congénital, traitement du pied-bot paralytique et de la paralysie infantile.

XI. *28 août* : Traitement des déformations rachitiques : sclérose rachitique, genu valgum, coxa vara. Traitement du torticolis congénital.

XII. *29 août* : M. CALOT. Traitement de la maladie de Little, traitement de la tarsalgie, du genu valgum des adolescents. Un mot des autres malformations congénitales ou acquises : ostéomyélite, calvicieux, etc.

Sont admis les médecins et étudiants français et étrangers.

Chaque élève inscrit sera exercé individuellement à la construction des appareils plâtrés et aussi dans la mesure du possible aux diverses opérations, soit par M. Calot, soit par les docteurs Privat et Fouchou.

Pour l'inscription, les renseignements et le mode d'installation à Berck, s'adresser dès maintenant au docteur Privat, à l'Institut orthopédique, Berck-Plage (P.-de-C.).

Prix du cours 100 francs pour les 12 démonstrations et les exercices pratiques.

Le nombre des places étant limité, on est prié de s'inscrire à l'avance.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie générale des articulations, par H. MORESTIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris. In-18 colombier, cart. toile, tête rouge, de 600 p., avec 59 fig. dans le texte (bibliothèque de chirurgie contemporaine). — Prix : 7 fr. — Paris, O. Doin.

Etudes cliniques. Maladies infectieuses. Maladies des voies respiratoires, par le docteur Alexis PISSAVY, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 écu. — Prix : 5 francs. — Paris, Plon-Nourrit et C[ie].

Thérapeutique des maladies du système nerveux, par le professeur J. GRASSET (Encyclopédie scientifique, bibliothèque de neurologie et de psychiatrie). In-18 jésus, cart. toile, de 600 p. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Le microorganisme de la syphilis, *Treponema pallidum* (SCHAUDINN), par le docteur LÉVY-BING (Encyclopédie scientifique, bibliothèque de microbiologie et de parasitologie). In-18 jésus, cart. toile, de 350 p., avec fig. dans le texte et une pl. en coul. hors texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

La pleurésie purulente aiguë de l'enfant. Traitement chirurgical simplifié, par M. le docteur P. VIGNARD, chirurgien de la Charité, à Lyon, et M. G. MONOD, interne des hôpitaux. In-8 de 165 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Descendance de l'homme, par Guillaume BOLSCHE. In-8 avec 23 fig. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Schleicher frères.

Religion et évolution, par Ernest HÆCKEL. In-8. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Schleicher.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENTS OPÉRATOIRES DES PHLÉBITES

Par M. SÉNÉCHAL,
Interne de la Maison départementale de la Seine (Nanterre).

Depuis que Virchow a établi la fréquence de la fragmentation du thrombus phlébitique, depuis sa démonstration de la migration de l'embolie, les chirurgiens ont cherché à opposer un obstacle mécanique aux accidents qu'elle provoque.

Trousseau fut un des premiers à signaler, sinon à recommander la ligature des veines en aval du caillot.

Avant lui, Hunter et Breschet avaient recommandé une manœuvre analogue pour enrayer la propagation de l'infection purulente. En 1773 Hunter pratique la compression méthodique au-dessous des phlébites. En 1818 Breschet réalise l'isolement d'un foyer phlébitique par section des veines efférentes.

Abernethy en 1825, puis Sédillot, dans sa thèse d'agrégation en 1832 reprennent les idées de Hunter. En 1849 Sédillot propose de déterminer un caillot qui mettra obstacle à l'envahissement de l'infection en sectionnant les veines enflammées par des « raies de feu ».

Lee en 1865 rapporte deux cas de blessures de la main, suivies de thromboses de la veine céphalique. Il pratique l'oblitération de celle-ci au delà du caillot à l'aide d'une épingle qu'il passe sous la veine. La compression est assurée par un fil serré en huit de chiffre autour de l'épingle. Ces deux cas furent suivis de guérison.

En 1870 Raynaud pratique la ligature de la veine fémorale.

Rigaud, en 1875, dans un cas de phlébite de la cuisse, dénude la saphène, passe sous elle une bandelette de linge qui tombe spontanément cinq jours après l'intervention. La veine s'est rompue. Guérison.

Mendel (in *Arch. gén. de méd.* publiées sous la direction de S. Duplay, 1894) rapporte 2 cas de phlébites syphilitiques tertiaires, siégeant, l'une sur la veine jugulaire externe, l'autre sur la veine fémorale, prises pour des tumeurs malignes et opérées en 1881 par Langenbeck.

En 1881 Demons publie, dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*, un cas de phlébite des veines du pli du coude, suite de traumatisme, et qui avait déjà donné naissance à des accidents septicémiques. Il ouvre les vaisseaux malades, les vide de caillots et les lave, ainsi que la plaie opératoire, avec du chlorure de zinc au douzième. Il pratique ensuite le pansement de Lister. Le malade guérit.

Laveran et Tissier rapportent un cas où Guéneau de Mussy pratiqua une ligature pour embolie.

En 1884 Tuffier présente à la Société anatomique une phlébite du creux poplité extirpée par Verneuil.

Longuet et Balthazard édifient l'historique de la phlébectomie dans la période qui s'étend entre 1891 et 1898.

Ce sont :

En 1891 Schwartz et Quénu, 3 cas;

En 1893 Isch Wall, 1 cas; Mérieux (thèse), 2 cas;

En 1894 Segond, croyant avoir affaire à une hernie crurale étranglée, se trouve en présence d'une phlébite et la résèque; Quénu, Sébileau publient 2 observations. Finotti, dans la *Wiener medical Presse* publie une observation de résection des veines du pli du coude;

En 1896 Schwartz puis Quénu 4 cas, dont 2, publiés par Quénu, sont relatifs à des femmes enceintes; évolution normale de la grossesse;

En 1897 une observation de Schwartz rapportée dans la thèse de Guériteau;

En 1898 Schwartz présente 2 cas à la Société de chirurgie; Guériteau publie dans sa thèse une deuxième observation de Schwartz; Picqué, puis Quénu; enfin Robineau, à qui nous ferons de nombreux emprunts dans cette étude, rapporte dans sa thèse 15 cas empruntés à Schwartz et à Quénu. Ces cas ont été signalés ci-dessus aux dates auxquelles ils ont été publiés pour la première fois;

En 1903 paraît la thèse d'Aubin Etienne dans laquelle nous trouvons l'historique suivant :

En mars 1899 Morestin présente 2 cas à la Société anatomique;

En novembre Auvray y apporte 1 cas de phlébite suppurée, Morestin à la même séance apportait 3 nouveaux cas de phlébites réséquées;

En 1902 Longuet et Péraire, Wagon et Bouchet, Riche, puis Ricard publient 4 cas nouveaux;

En 1903 Le Dentu en apporte 1.

Depuis, nous n'avons relevé qu'un cas publié par Terrier et Reymond en 1904 et un autre cas présenté en 1905 à la Société anatomique par Reymond et nous-même.

Nous voyons l'hésitation avec laquelle les chirurgiens sont intervenus, exclusivement d'abord contre les accidents septicémiques ou emboliques consécutifs aux phlébites. En 1885 C. Vinay, dans son article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, déconseille encore les interventions. Ce n'est pas avant 1891 que Schwartz et Quénu tentent de systématiser l'ablation des phlébites.

En 1898 Robineau, dans sa thèse inaugurale, lutte encore pour démontrer l'innocuité et les avantages du traitement sanglant et ce n'est que vers cette époque que les auteurs s'accordent, quoique timidement encore, à le conseiller (*Traité de thérapeutique chirurgicale*, Forgue et Reclus).

I

Valeur thérapeutique de la méthode opératoire. — A priori, nul traitement ne peut théoriquement prévaloir sur l'ablation d'un foyer septique. Depuis l'exploration microbiologique des phlébites, tout le monde est d'accord sur leur origine infectieuse. A ceux qui pensent cependant, que l'organisation parfaite du caillot endoveineux met à l'abri le malade de toute complication embolique, à condition d'observer le repos suffisamment prolongé du membre malade, il est aisé de citer Trousseau qui signale une embolie pulmonaire suivie de mort, survenant *trois mois* après le début d'une phlébite.

La *récidive* de la migration embolique est la *règle*.

Lejars, à la Société de chirurgie, proclamait que la mort par embolie est « le sort commun des phlébitiques ». Briquet, dans la *Gazette de médecine et de chirurgie*, rapporte le cas d'un malade mort à la *troisième* récidive d'embolie. Lancereaux signale les *embolies à répétition*.

Toutes autres complications se trouvent, du fait même de l'ablation, écartées du tableau clinique des phlébites :

La stase circulatoire et l'œdème provoqués par l'extension des caillots aux rameaux afférents et efférents de la veine lésée ;

Les septico-pyohémies dont Robineau, Valette, Broca, Lejars, Escallier, Vallin citent des cas à l'envi.

Les suppurations périphlébitiques, particulièrement étudiées par Broca, et Lejars qui signale une série de récidives se poursuivant pendant huit mois.

Par contre, tous les chirurgiens qui se sont occupés de la question sont unanimes pour vanter l'innocuité de l'intervention sanglante, la rapidité de la guérison, l'absence totale d'accidents, en suivant une technique aussi simple que rassurante.

Nous-même, avons vu pratiquer dans le service du docteur Reymond à Nanterre, et pratiqué personnellement un grand nombre de résections de phlébites des membres inférieurs, sans jamais avoir constaté la moindre alerte, ou le moindre retard de cicatrisation.

Les auteurs admettent que quinze jours, trois semaines au maximum, sont suffisants pour que le malade puisse se lever et reprendre ses occupations. Quel brillant résultat en comparaison des mois de traitement nécessaires à la guérison, si guérison il y a, par les procédés médicaux !

L'intervention a été proposée ou exécutée pour les phlébites d'origine les plus diverses.

Francis Sagot, dans sa thèse soutenue en 1902, propose la résection des phlébites goutteuses et rhumatismales. Il cite, à l'appui de cette manière de voir, Daguillon, qui en aurait été partisan.

Robineau va plus loin encore. Dans les cas de *phlegmatia alba dolens* des maladies aiguës, accompagnées d'embolies ou de pyohémie, il envisage comme légitime et devant être tentée, la ligature de la veine iliaque externe, voire même celle de l'iliaque primitive.

Certains auteurs considèrent cependant comme *noli me tangere* un certain nombre de phlébites suivant leur origine, leur localisation, ou le terrain sur lequel elles évoluent.

Robineau déconseille l'intervention dans le cas de tuberculose avancée du sujet, de cancer, d'albuminurie grave, chez les diabétiques cachectiques.

Il la regarde comme impossible dans les cas de thrombose de la veine cave ou de la veine porte.

Il déconseille l'*extirpation*, lorsque la veine baigne au milieu d'un foyer purulent, pour recommander l'évacuation pure et simple du foyer.

Gaucher, dans ses *Leçons cliniques* de Saint-Louis, s'oppose à la résection dans les cas où l'origine de la phlébite se trouve dans un ulcère variqueux.

Hermieux et Mérieux refusent l'intervention dans les cas de nutrition insuffisante du membre, particulièrement dans les cas de pieds-bots avec amyotrophies.

Quénu s'oppose à l'ablation lorsqu'il existe des névrites concomitantes.

Nous croyons bon, avant d'aborder la description des méthodes suivies au cours de l'ablation des phlébites, de classer les différentes formes de thromboses pour lesquelles le chirurgien aura à intervenir.

Nous distinguerons d'abord :

1° La petite inflammation chronique ou subaiguë, survenant dans une veine propice à l'inflammation et dont la varice est le type. Nombreux sont les auteurs qui considèrent la thrombose qui l'envahit comme l'aboutissement fatal de la varice, sans que l'infection y joue un rôle bien actif. Nous pensons cependant, que ces cas sont eux aussi justiciables de l'intervention, sans aller jusqu'à croire que Trousseau, Lejars, Briquet et Lancereaux envisageaient cette catégorie de phlébites en poussant leur cri d'alarme ;

2° L'inflammation bien localisée à la veine, s'étendant parfois aux tissus environnants, mais sans réagir considérablement sur l'état général à la façon d'une septicémie ;

3° La petite phlébite, très localisée chez un individu profondément infecté, et dont les cas, survenant au cours de septicémies puerpérales, pourront servir de type. Cette complication peut alors jouer le rôle d'infection surajoutée, et nous avons vu des cas où l'ablation du foyer phlébitique a correspondu à une défervescence très nette ;

4° Enfin, l'inflammation en large territoire veineux, si large qu'il est impossible d'en définir les limites, tant au point de vue du nombre des veines touchées par le processus, qu'à celui de l'étendue de leur trajet thrombosé : la *phlegmatia alba dolens*. Pour elle, le traitement audacieux proposé par Robineau ! Mais, à notre connaissance, sa technique, préconisée par tous les classiques, n'a été mise à exécution par aucun chirurgien.

Lorsque la supériorité du traitement chirurgical a été admise, il est nécessaire d'opérer dans le plus bref délai possible.

Le Dentu insiste pour que l'opération soit pratiquée « aussitôt que le moindre signe de phlébite a éclaté » et Longuet s'exprime ainsi : « Le traitement de choix de la phlébite variqueuse est la phlébectomie faite à la phase préphlébitique, c'est-à-dire à celle de varice non encore infectée. »

Si bien que Léon Pauly propose, à titre de prophylaxie chez les femmes enceintes, de *réséquer systématiquement* les varices pendant la grossesse.

III

Techniques opératoires. — *A.* Technique générale. — Opérer avec la plus stricte asepsie est la condition primordiale du succès.

Les opérateurs sont divisés sur la technique à suivre pour l'incision de la peau. Les uns (Longuet) conseillent de pratiquer une incision linéaire et de disséquer ensuite la veine sous-jacente ; les autres préconisent quatre incisions, réunies deux par deux,

et limitant un large losange de peau de façon à ce que la suture cutanée détermine la formation « d'un vrai bas élastique naturel » (Schwartz).

Les deux procédés ont leurs indications. Il est constant que la dissection pure et simple d'une veine thrombosée est parfaitement suffisante lorsque l'opérateur ne se trouve pas en présence d'un membre variqueux, ce qui est relativement fréquent.

Le plus souvent, les varices concomitantes justifient le *bas élastique* de Schwartz; mais cette thérapeutique, excellente en principe, n'est-elle pas illusoire dans la réalité? L'élasticité naturelle de la peau tend à permettre au bout de quelques mois le retour à la dilatation primitive des veines. Robineau cite un cas, constaté dans le service de Monod, de récidive de varicocèle après résection de la peau du scrotum.

Cette technique sera rendue nécessaire toutes les fois que la périphlébite aura envahi le membre si l'on veut obtenir une réunion de la plaie par première intention. Au point de vue même de l'acte opératoire il est beaucoup plus aisé, lorsque la peau est adhérente à la phlébite, de ne pas chercher à disséquer et d'enlever en masse peau, tissu cellulaire et veine.

Quoi qu'il en soit, et aussitôt ce premier temps achevé, on procédera à la ligature de la ou des veines efférentes en aval de la thrombose. Il est nécessaire de lier en tissu sain, aussi est-il prudent de ne jamais poser les ligatures à moins de 3 centimètres au-dessous du caillot.

Certains chirurgiens préfèrent inciser la peau et lier la veine en aval de la phlébite avant de poursuivre l'incision cutanée. Cette méthode est souvent indiquée et devient une simple mesure de prudence dans le cas où l'on se contentera d'une incision linéaire sur le trajet de la phlébite. Dans le cas d'excision cutanée losangique, ce mode opératoire est moins formellement indiqué.

On procède alors à l'ablation de la veine. Celle-ci sera poursuivie soit à l'aide du bistouri; soit à l'aide des ciseaux. Une pince à forcipressure sera avantageusement placée sur la veine, proche de la ligature. Elle aura le double avantage d'obturer le foyer septique constitué par la phlébite et de faciliter la tension de la veine à enlever en fatiguant beaucoup moins les doigts de l'opérateur que la préhension de la pince à disséquer. Elle évite d'autre part de placer une double ligature.

On sectionne la veine entre la ligature et la pince. On confie celle-ci à un aide qui aura pour mission de maintenir constante la tension du vaisseau au cours des manœuvres qui vont suivre.

L'opérateur pince successivement, *loin du foyer septique*, au cours de sa dissection qui doit être méthodique et large, les collatérales du tronc veineux. Deux pinces doivent être placées sur chacune d'elles de façon à éviter tout écoulement dans la plaie d'un sang d'une asepsie au moins suspecte. Section entre les deux pinces.

Peu à peu, disséquant et pinçant, le chirurgien parvient en amont du caillot. Il poursuit la libération de la veine à 3 ou 4 centimètres au-dessus, place une pince et lie au delà. L'opération est terminée.

Restent l'hémostase définitive et la réfection des plans sus-jacents.

Les ligatures peuvent se faire à la soie, au catgut; Longuet tord simplement les veines. Nous avons vu employer les deux premiers procédés : tous deux ont donné les mêmes bons résultats.

Dans les phlébites incluses dans les plans profonds les sutures se feront suivant les procédés habituels employés dans les différentes régions. Dans les cas où la peau seule recouvre la phlébite, on pourra réunir les lèvres de la plaie, soit aux crins, soit avec le simple fil blanc de couturière, soit à l'aide des agrafes de Michel.

Dans les cas où l'on croirait à la possibilité d'une complication suppurative, inutile d'ajouter que ces sutures pourront être incomplètes et que l'on aura soin d'établir un drainage dans la plaie opératoire. Le tube en caoutchouc fenêtré paraît être le drain de choix. Son ablation pourra être hâtive si les craintes ne se réalisent pas; de toutes façons, il sera bon de l'enlever le plus tôt que faire se pourra.

Pansement aseptique sec, légèrement compressif.

Tout autre sera la méthode à suivre dans le cas de phlébite suppurée. Tous les auteurs sont d'accord pour conseiller l'incision pure et simple du foyer, comme s'il s'agissait d'un abcès chaud vulgaire, après avoir pris soin, cependant, de réséquer en aval un segment du tronc veineux correspondant.

Tous les cas signalés d'ablation de phlébite ont été suivis de guérison. Nous-même, n'avons jamais vu s'établir aucune suppuration. Un seul cas de mort a été signalé par Damalin. Il s'agissait d'une incision de phlébite suppurée.

B. Techniques particulières aux régions. — 1° *Membres.* — Les phlébites rencontrées aux membres, surtout aux membres inférieurs, sont presque toujours d'origine variqueuse. Robineau cite un cas de phlébite, logée dans le sillon delto-pectoral, développée aux dépens de varices congénitales des veines du membre supérieur.

Nous n'entreprendrons pas d'énumérer les différentes étiologies des phlébites. Nous mentionnerons simplement l'importance de la puerpéralité.

Les phlébites occupent le plus fréquemment les veines superficielles des membres. Les veines profondes sont cependant capables d'inflammation et peuvent aussi être traitées chirurgicalement avec le plus grand avantage, témoin les cas de Verneuil, rapportés par Tuffier à la Société anatomique, et de Quénu au Congrès français de chirurgie de 1892 où la veine poplitée fut réséquée.

C'est dans ces cas de phlébites des membres que la technique générale, ci-dessus énoncée, doit être appliquée dans toute sa rigueur. Les veines sont facilement abordables. La peau peut être réséquée largement si cette résection est commandée par les circonstances.

On devra se souvenir que pour faciliter la circulation de retour et éviter les stases œdémateuses périphériques, il est indispensable d'élever sur des coussins le membre opéré.

Les résultats sont magnifiques. La guérison est

rapide. Les récidives n'ont jamais été signalées. Les varices sont guéries par l'intervention même. Jamais de suppurations ni d'embolies.

2° *Organes génitaux.* — A. PHLÉBITE DU VARICOCÈLE. — Cette complication du varicocèle est extrêmement rare. Les cas rapportés n'ont été signalés que pour mettre en garde contre les erreurs de diagnostic. Escallier en 1851 en publie deux cas, tous deux suivis de mort, où le diagnostic de hernie étranglée avait été porté. Vallin en 1871 publie un fait analogue survenu chez un gendarme de la Guadeloupe. Miflet en 1879 a vu une thrombose du plexus veineux pour laquelle avait été diagnostiquée une vaginalite suppurée. Schwartz en 1897 signale une phlébite consécutive à une opération de hernie.

Les interventions pratiquées dans ces cas n'ont pas donné tous les résultats qu'on en attendait. Dans le cas de Miflet où ne fut pratiquée qu'une simple incision jusqu'au testicule, suivie de drainage, le malade guérit, mais après nécrose de son testicule. Forgues et Reclus rapportent deux observations de Pott, suivies d'atrophie du testicule. Vidal (de Cassis), Kocher, l'un avec trois observations, l'autre avec une seule, sont plus encourageants. Il est juste de remarquer que, dans les cas précédents, les auteurs se trouvaient en présence de phlébites suppurées.

Robineau propose la technique suivante :

On pratiquera une incision intéressant le trajet inguinal qui sera ouvert. On réclinera ou incisera les muscles comme dans le cas de hernio-laparotomie. On explorera le plus haut possible le plexus veineux.

Deux cas pourront alors se présenter. Ou bien on trouvera la limite supérieure de la thrombose. On liera le paquet variqueux et on pratiquera la résection en même temps que l'ablation du testicule. Ou bien ne la trouvant pas, on poursuivra la laparotomie latérale, on liera les veines le plus haut possible, on les sectionnera et on pratiquera le drainage consécutif.

Quénu a publié une observation de résection de phlébite consécutive à une infection blennorragique suivie de guérison sans incident. Il s'agissait de phlébite adhésive.

B. PÉNITIS. — Peut succéder à une thrombose. Monod et Brun en signalent un cas dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Le traitement à employer sera le débridement précoce au bistouri ou au thermocautère. Reclus, dans le *Traité de chirurgie*, préconise cette dernière méthode. On fera suivre l'évacuation du pus de pulvérisations antiseptiques.

C. VARICOCÈLE OVARIEN. — Nous n'avons eu connaissance que d'un seul cas, appartenant à Lancereaux et qui constitue une découverte d'autopsie. On se trouvait en présence d'une phlébite bilatérale avec phlébolithes.

D. PHLÉBITE VULVAIRE. — Extrêmement rare. Il ne faudra pas la confondre avec une phlébite consécutive à un thrombus non incisé et infecté. Nous signalerons l'exemple de Michaux. Celui-ci fut suivi de la mort de la malade.

3° *Phlébite hémorroïdaire.* — Nous devons à Quénu l'étude de ces phlébites. La douleur extrême accompagnant la thrombose des hémorroïdes externes les complications telles que suppurations et fistules qui lui forment cortège commandent au chirurgien de ne pas rester inactif. S'il se trouve en présence d'une phlébite d'hémorroïdes internes, l'indication est encore plus impérieuse ; les douleurs deviennent alors intolérables, les ulcérations et même la gangrène de la muqueuse peuvent lui succéder.

Il n'y a pas d'exemple d'embolies consécutives à cette affection. Sa situation anatomique, le spasme du sphincter concomitant s'opposent à la migration du caillot. Il est cependant prudent de pincer et lier les veines efférentes.

La conduite à tenir sera variable suivant que l'on sera obligé d'intervenir immédiatement, à chaud, ou que l'on pourra refroidir l'inflammation. Ce que nous avons dit au sujet des embolies nous permet de poursuivre ce dernier but.

A chaud, dans le cas de phlébites d'hémorroïdes externes, on se contentera d'incisions évacuatrices, de désinfection soignée des veines, suivies ou non de cautérisations au chlorure de zinc et de sutures ou de ligatures du bourrelet.

Dans le cas de phlébite d'hémorroïdes internes, on devra chercher à employer un procédé plus radical. On a proposé l'opération de Whitehead, mais Quénu et Hartmann la rejettent. Dans ces cas en effet, la muqueuse est extrêmement friable, son abaissement et sa coaptation à la peau sont des plus difficultueux. On devra le plus fréquemment se contenter d'excisions multiples suivies de sutures.

Quel avantage par contre d'opérer à froid lorsqu'on est parvenu à la sédation des phénomènes inflammatoires ! Les tissus ont repris suffisamment de souplesse pour permettre l'opération de Whitehead, formellement indiquée maintenant et de mettre ainsi le malade à l'abri de la récidive.

Dans les phlébites internes gangrénées, on devra cautériser largement au thermocautère.

Après toutes ces interventions, les soins consécutifs seront les mêmes que ceux qui succèdent aux opérations d'hémorroïdes simples : soit la constipation du malade par l'opium pendant cinq ou six jours avec une alimentation réduite à un litre de lait par jour pendant ce laps de temps. Inutile de dire que l'on devra mettre le malade à la diète lactée pendant les jours qui précéderont l'opération si les circonstances le permettent.

4° *Phlébite des sinus craniens.* — A. SINUS LATÉRAL. — Dès 1880, Zaufall, pour lutter contre la phlébite du sinus latéral propose de lier la veine jugulaire au cou, de la couper et de drainer le sinus par l'intermédiaire du bout supérieur de la veine qui sera maintenu béant. Après avoir trépané la mastoïde et s'être assuré de la thrombose du sinus par une ponction capillaire, il réalisa cette technique en 1884. Nous citerons après lui Horsley, Ballance, Shattock, Salzer, Lancial.

Jansen et quelques autres auteurs se sont contentés de trépaner la mastoïde et d'ouvrir le sinus sans lier la veine jugulaire.

Schwartz, Hecke, Lane, Knapp, etc., n'ont même pas touché au sinus et se sont contentés de la trépanation.

A l'heure actuelle les auteurs (Robineau, Delbet, etc.) sont d'accord sur la nécessité d'ouvrir, de désinfecter et de tamponner le sinus.

Doit-on lier la jugulaire? Oui, dit Robineau, même si au cours d'une trépanation pour mastoïdite, on vient à ouvrir le sinus, à plus forte raison, si la phlébite est suppurée.

Delbet partage cette opinion. La ligature offre les avantages suivants : elle arrête les embolies septiques, elle permet une désinfection plus complète, elle empêche la pénétration de l'air vers l'oreillette droite.

La veine jugulaire n'est cependant pas la seule voie que puisse suivre l'embolie partant du sinus. Elle peut fuser par le sinus pétreux, le pressoir d'Hérophile, les veines rachidiennes, les jugulaires externe et postérieure. Ces voies sont exceptionnelles (Forselles); par contre, outre son diamètre plus grand, la jugulaire interne est la prolongation directe du sinus infecté. La ligature aura encore l'avantage de permettre un lavage de la plaie mastoïdienne vers le cou.

Lefort, Lehmann reprochent à la trépanation mastoïdienne d'ouvrir une brèche trop étroite et trop profonde pour la facilité des manœuvres ultérieures.

Ball et Chipault l'accusent de mettre les méninges en contact avec un foyer septique. Ce grief est peu fondé, car si l'opération est prudente, si elle correspond juste aux lésions anatomiques, on n'ouvrira la dure-mère que là où elle est adhérente, ce qui ne peut présenter aucun inconvénient.

Chipault donc, et avec lui Jones, conseillent d'attaquer plus en arrière et de lier le sinus près du pressoir d'Hérophile. La trépanation portera sur un point situé à côté de la protubérance occipitale. Elle pourra être agrandie à la pince-gouge autant que l'opérateur le jugera utile. Le sinus sera ouvert, désinfecté. On lavera vers le cou et on terminera par le tamponnement du sinus. Cette méthode serait fort séduisante si l'on devait ainsi atteindre toujours la limite de l'infection. Il n'en est rien. Rivière et Etiévant, Lambott, Newton Pitt, Charles Martin ont montré que la thrombose atteignait et dépassait même le pressoir d'Hérophile.

La trépanation mastoïdienne a d'autre part des avantages réels. Elle désinfecte la caisse du tympan et la mastoïde, foyers initiaux de l'infection. Elle permet d'aborder, si l'infection a dépassé la veine, le cerveau ou le cervelet, en déterminant le minimum de traumatisme, et en permettant de faire tout le nécessaire.

Il est d'ailleurs souvent facile (et on devra toujours le tenter) d'enlever les caillots du côté du pressoir (Parker, Pritchard, Cheatle).

Nous ne citerons que pour mémoire les voies préauriculaire, sus-auriculaire, sus-mastoïdienne, qui ont été préconisées tour à tour et nous décrirons la technique à suivre par la voie mastoïdienne.

Ligature de la jugulaire. — La jugulaire peut être indemne, thrombosée jusqu'au niveau du tronc thyro-linguo-pharyngo-facial ou oblitérée totalement.

Dans les deux premiers cas, on liera au-dessus du tronc thyro-linguo-pharyngo-facial et on sectionnera la veine à un centimètre au-dessus de la ligature. Celle-ci sera faite en suivant la technique de la ligature de la carotide, en prenant soin de pratiquer l'ablation des ganglions hypertrophiés s'il y en a.

Dans le troisième cas, on liera le plus bas possible. Sur la ligne partant en bas d'un travers de doigt en dehors de l'articulation sterno-claviculaire, répondant à l'espace compris entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien, et aboutissant en haut à la dépression sous-angulo-maxillaire, on pratiquera une incision empiétant franchement sur la clavicule. On arrivera rapidement sur le sterno dont on écartera les deux chefs. On parviendra aisément et sûrement sur la veine, le plus près possible de son embouchure. Ligature. Section de la jugulaire.

Traitement du sinus. — *a*. Trépanation habituelle de la mastoïde par le procédé qui convient le mieux à l'opérateur (gouge et maillet ou perforateur mécanique). Inutile d'insister sur la nécessité du nettoyage de l'antre et de la caisse du tympan;

b. Découverte du sinus, en agrandissant prudemment le trou de trépanation en arrière, à la hauteur du méat auditif. Ce temps pourra avantageusement être exécuté au ciseau et au maillet;

c. Exploration du sinus. Celui-ci apparaît nettement thrombosé : ouvrir franchement. La thrombose est douteuse? Deux méthodes ont des partisans également convaincus. Les uns (Broca, Robineau) conseillent d'attendre, de se contenter du nettoyage actuel de la mastoïde et de réintervenir à quelques jours de distance si les symptômes de phlébite se précisent. Les autres veulent inciser quand même, la ponction exploratrice ne pouvant suffire à donner une certitude et présentant le danger d'infecter un sinus sain;

La première méthode tend à prévaloir.

d. Désinfection du sinus. Incision de 3 à 4 centimètres de longueur. Résection de la paroi externe du vaisseau dans toute cette étendue. Le caillot de la jugulaire, s'il y en a, est moins adhérent en général que celui du sinus; on procédera donc tout d'abord à son extraction, puis on cherchera à extraire la thrombose du sinus en exerçant sur elle à l'aide d'une pince des tractions douces, sans brusquerie aucune. Si, malgré ces précautions, le caillot se rompt, on procédera au curetage des parois internes du vaisseau; si l'on est en présence du pus on fera un lavage. En général, il s'écoule peu de sang. Parfois, au contraire, apparaît brusquement un jet de sang qui ne survient que lorsque le pressoir d'Hérophile est débouché. Faut-il systématiquement rechercher ce jet de sang par le bout cranien? Oui, disent Broca et Maubrac. Non, répond Robineau, un nouveau caillot de sang devant succéder au précédent. En tous les cas, drainer, après tamponnement à la gaze ou au catgut si le sang apparaît.

Avant de refermer la plaie cutanée, on lavera abondamment la veine, en faisant passer le courant de la mastoïde vers la jugulaire, à l'aide d'une solution de sublimé à 1/2000.

Au cours des pansements ultérieurs, qui seront renouvelés tous les jours d'abord, puis tous les deux

jours, on ne pratiquera de lavages que dans les cas de suppuration abondante.

Broca rapporte les résultats suivants obtenus à l'aide de cette technique :

Macewen...	20 succès sur	27	interventions.
Jansen.....	6 —	13	—
Lane.......	8 —	10	—

Nous avons discuté ci-dessus l'opportunité de la recherche de la limite supérieure du caillot et l'utilité de la ligature du sinus au delà. Jones, Chipault, Lambotte insistent sur ce point et voici la technique décrite par Chipault :

A 2 centimètres de l'extrémité postérieure de la ligne réunissant l'inion au tubercule rétro-orbitaire, trépanation de 2 centimètres carrés.

Inciser horizontalement la dure-mère en bas du trou de trépanation.

Introduire une aiguille fine courbe qui, traversant la tente du cervelet, ressortira à la limite supérieure de l'orifice. Passer un fil et lier.

B. Golfe de la jugulaire. — Le retour à la perméabilité de cette région est des plus difficiles à réaliser. Pour y parvenir, on a successivement employé le lavage transsinuso-jugulaire, le drainage pur et simple, le curetage du vaisseau, la combinaison de ces divers procédés.

Laurens, dans sa thèse publiée en 1904, en fait une critique sévère. *Lavage :* Si le liquide ne passe pas, il est inutile, et même dangereux d'insister et de chercher à forcer le passage sous pression. Si le liquide passe, plus encore s'il ne passe qu'avec difficulté, le lavage est insuffisant. Laurens s'est livré à des expériences cadavériques qui ont montré que des caillots, *même non organisés*, ne sont pas tous entraînés, même dans le cas de lavage facile.

Cathétérisme ou drainage. — La sonde de Nélaton a le plus souvent servi dans ce but. Sur le cadavre, le cathétérisme est très difficile à réaliser. Dans les trois cas où cette technique a été tentée sur le vivant, il fut impossible de la mener à bien. L'extrémité de la sonde bute dans la fosse jugulaire, et il est impossible de la faire pénétrer plus avant.

Le *curetage* est très malaisé à exécuter, soit par le sinus, soit par la jugulaire.

Tamponnement. — Grünert le juge ainsi : « Si nous avons trouvé que le traitement par le tamponnement a réalisé un progrès énorme dans la thrombophlébite d'origine otique, comparativement à ce qui existait auparavant, nous lui trouvons encore une imperfection qui est la suivante : nous ne pouvons attaquer directement la thrombose qui est dans le golfe. Or cette thrombose est fréquente et dangereuse. Notre idée de tamponner à partir de l'incision du sinus jusqu'au bulbe, de séparer ainsi la thrombose de la circulation était une erreur. Dans un cas anatomique, on a trouvé que le tampon, qui paraissait pendant l'opération très convenablement placé, atteignait à peine le bulbe. Ce dernier, pas plus que l'orifice du sinus pétreux inférieur ne se trouvait tamponné. D'autre part, l'expérience clinique nous enseignait que les rétentions de masses thrombosées dans le bulbe, après large nettoyage du sinus et après ligature de la jugulaire n'étaient pas tout aussi inoffensives que certains le prétendaient. De plus, nous avons observé plusieurs fois qu'après ce tamponnement, il se formait plus tard des métastases qui causaient la mort, et on pouvait présumer qu'il restait une thrombose dans le golfe, qui en était la cause. »

Actuellement, on tend à aborder directement le golfe. Deux voies ont été tour à tour en faveur : la voie transtympanique et la voie transmastoïdienne.

a. *Voie transtympanique.* — On passera à travers le plancher de la caisse, entre le bord antérieur de la mastoïde, l'articulation temporo-maxillaire et la branche montante du maxillaire inférieur.

Un malade a été opéré par Piffl (Congrès de Karlsbad 1902), suivant cette méthode :

Incision dans le pli rétro-auriculaire ou un demi-centimètre en arrière, partant du haut du pavillon et aboutissant à la pointe de la mastoïde.

Prolongation de l'incision pour la ligature de la jugulaire.

Décollement du périoste, en arrière, de façon à mettre à nu une partie de la corticale mastoïdienne, en avant, en découvrant le bord postérieur du méat osseux.

Décollement du conduit membraneux, comme pour un évidement.

Incision transversale du conduit au-devant du tympan.

Trépanation de la mastoïde, ou évidement pour l'ouverture de l'antre.

Décoller aussi loin que possible en avant le conduit membraneux. Mettre à nu le cadre osseux du conduit auditif. Récliner la parotide en bas pour y parvenir, ce qu'il est très difficile de réaliser sans tirailler le facial.

Trépanation des parois antérieure et inférieure du conduit auditif osseux (ouverture de la caisse par la trépanation inférieure). On abat l'apophyse styloïde à sa base. On est arrivé sur le golfe limité en avant par le pavillon et l'articulation temporo-maxillaire, en arrière par le bord de la mastoïde trépanée, en haut par le pourtour supérieur du méat auditif osseux en bas par la parotide réclinée. On ne peut la confondre avec la carotide interne.

Ponction, ou mieux incision et curetage du golfe.

On peut, avant ce dernier temps, prolonger l'incision et lier la jugulaire au-dessous de la thrombose.

On referme après avoir pratiqué le tamponnement et l'autoplastie du pavillon.

Cette intervention donne très peu de jour. Le curetage est malaisé. Elle nécessite un délabrement et des sacrifices considérables. Enfin, on peut toujours craindre, en attaquant le plancher de la caisse, des échappées du ciseau ou du perforateur dans l'oreille interne.

Enfin on laisse toujours un pont osseux au niveau du coude sinuso-jugulaire.

b. *Voie transmastoïdienne.* — Jansen, Chipault se contentent d'indiquer la voie. Grünert a réalisé plusieurs fois cette intervention. Après lui, Stenger, Piffl. Plus récemment Bellin et Laurens la suivent à Saint-Antoine. Enfin Laurens lui consacre sa thèse inaugurale.

En principe, il s'agit de constituer une demi-gouttière ouverte à l'extérieur. Nous décrirons la technique de Grünert modifiée par Laurens. Quelques instruments spéciaux sont nécessaires à savoir : une pince de Lombard, un protecteur de Stacke, un éclairage frontal de Clar. Celui-ci n'est peut-être pas indispensable. Nous avons eu la curiosité de réaliser nous-même sur le cadavre l'opération que nous allons décrire. La lumière naturelle nous a été parfaitement suffisante.

Incision dans le pli rétro-auriculaire ou un demi-centimètre en arrière jusqu'à la pointe de la mastoïde en suivant autant que possible le bord antérieur de cette pointe. On prolonge immédiatement l'incision le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien.

Trépanation de la mastoïde. Désinsertion du périoste, du sterno, du petit complexus et du splénius. Trépanation au point habituel. L'antre ouvert, on se dirige vers la pointe de la mastoïde qu'on ouvre tout entière en se tenant à quelques millimètres en arrière du bord postérieur du méat osseux.

Se porter en arrière du ventre postérieur du digastrique.

Recherche du sinus sigmoïde. Trépaner en arrière. On trouve le sinus souvent très voisin de l'antre (rarement à plus d'un centimètre en arrière du trou de trépanation primitive). Suivre en avant et en bas. Détacher le ventre postérieur du digastrique (prendre garde aux artère et veine occipitales).

La saillie de l'apophyse transverse de l'atlas, les faisceaux musculaires du splénius serviront de repères.

Découverte et ligature de la jugulaire. Si le tronc thyro-linguo-pharyngo-facial est en amont de la ligature, le lier également.

Trépanation du bord postérieur du trou déchiré. Passer entre l'apophyse styloïde et le sommet de l'apophyse transverse de l'atlas.

Incision de la paroi du segment veineux sinuso-jugulaire, en partant de la ligature de la jugulaire et remontant jusqu'à ce que l'on provoque une hémorragie. Nettoyage du vaisseau à la curette ou avec des tampons. Lavage à l'eau oxygénée. Mèche hémostatique dans le sinus. Tamponnement de la gouttière.

Mèche dans l'antre et dans le conduit auditif externe.

On peut généralement enlever la mèche sinusienne au bout de quatre jours.

C. Sinus caverneux. — La chirurgie des phlébites du sinus caverneux ne semble pas très encourageante quant aux résultats obtenus. Il est vrai que les interventions pratiquées jusqu'ici ne se sont pas adressées directement à la lésion. Lancial a tenté de lutter contre l'infection en pratiquant le curage de l'orbite. Horsley en 1887 a pratiqué la ligature de la jugulaire interne ; ces deux tentatives n'ont ni l'une ni l'autre été couronnées de succès.

Robineau propose d'intervenir directement sur le sinus après résection temporaire de l'os malaire. On trépanerait alors le sphénoïde au niveau du trou grand rond en se donnant du jour vers la fente sphénoïdale, et au besoin vers le trou ovale.

Voici la technique qu'il préconise :

Tailler un lambeau quadrilatère dont la base correspond au bord interne de l'os malaire et dont les autres côtés intéressent d'une part l'arcade zygomatique et l'apophyse orbitaire externe, d'autre part le rebord de l'orbite, enfin la suture maxillo-malaire.

Ceci fait, ruginer le plancher de l'orbite. Faire pénétrer une scie à chaîne dans la fente sphéno-maxillaire qui ressortira par la région temporale, sous le tubercule malaire. Scier. Scier de même l'apophyse orbitaire externe, un peu au-dessus du milieu. Sectionner la paroi externe de l'orbite à la cisaille, en se dirigeant vers la fente sphéno-maxillaire. La section du zygoma permettra la bascule de l'os malaire.

L'orbite est ouverte. Dans la fosse ptérygo-maxillaire, récliner le nerf maxillaire supérieur, lier l'artère maxillaire interne, suivre le nerf jusqu'au trou grand rond. Ruginer et écarter le temporal et le ptérygoïdien externe. Trépaner juste en dehors du trou grand rond avec la fraise de Doyen ou à la gouge et au maillet, agrandir l'orifice vers le trou ovale et la fente sphénoïdale.

Décoller le nerf maxillaire supérieur de la base du crâne. Pénétrer dans le sinus caverneux, agrandir vers la fente sphénoïdale. On pourra drainer par la partie antérieure de la région temporale.

D. Veine ophtalmo-faciale. — Nous avons rattaché à l'étude des phlébites des sinus, celles de la veine ophtalmo-faciale, voie de propagation si fréquente de l'infection au sinus caverneux. Ici l'intervention est tout bénéfice, les risques si minimes qu'on les peut considérer comme réduits à rien. Cette phlébite est généralement consécutive à l'anthrax de la lèvre supérieure. Le traitement prophylactique sera l'ouverture hâtive et la désinfection de l'anthrax. Il sera bon de pratiquer une incision cruciale à son niveau, de disséquer soigneusement les quatre lambeaux du centre vers la périphérie jusqu'à la limite ultime de l'infiltration du derme, puis se rabattant vers la profondeur, d'enlever en un seul bloc, à la façon d'une tumeur, la masse purulente.

Un pansement humide à l'eau oxygénée, ou mieux des pulvérisations antiseptiques renouvelées trois à quatre fois dans les vingt-quatre heures, compléteront et parachèveront le traitement.

Lancial, dans un cas de propagation veineuse n'hésita pas à inciser au thermo-cautère tous les tissus jusqu'au delà de la veine enflammée, le long du bord inférieur de l'orbite. Cette tentative fut pleinement couronnée de succès.

Nous croyons préférable actuellement de lier la veine angulaire le plus haut possible et de la réséquer dans la plus grande étendue que faire se pourra. On se conformera dans cette intervention à la technique générale des ablations de phlébites. L'intervention sera décidée et exécutée aussitôt que l'inflammation sera soupçonnée. Il est indiqué de traiter en même temps l'anthrax par le procédé ci-dessus énoncé.

E. Sinus longitudinal supérieur. — Nous n'avons pu trouver dans la littérature médicale de cas où le

diagnostic de cette affection ait été posé. Encore moins avons-nous trouvé l'indication d'une technique réglée à opposer à un cas semblable.

Robineau pense cependant que dans cette conjoncture, on devrait lier le sinus au niveau du pressoir d'Hérophile et en pratiquer la section.

Nous avons déjà touché quelques mots de la phlegmatia alba dolens. Nous répétons à dessein que jamais à notre connaissance, aucun chirurgien ne s'est aventuré à réaliser aucune intervention contre elle. Celle-ci serait-elle véritablement justifiée? Et les risques que courrait la malade du fait de l'intervention, justifient-ils les appréhensions que l'on peut concevoir à son sujet? Nous ne le pensons pas. Tous les praticiens connaissent la tendance que possède cette infection à ne pas sortir du domaine qu'elle a envahi et il est exceptionnel qu'elle cause la mort de la patiente. Il n'y a pas encore bien longtemps, il était pour ainsi dire de règle, dans de nombreuses maternités de province, de voir la phlegmatia régner en maîtresse sur les parturientes, et le préjugé vulgaire voit encore la phlébite comme une des suites presque naturelles des couches.

Combien de morts à enregistrer parmi toutes ces infectées? Nous croyons donc plus sage de se contenter du traitement médical. Il est juste de remarquer que Robineau ne recommande la technique suivante et que nous allons rapporter que pour les cas extrêmes où l'apparition d'embolies à répétition ou de pyohémie ne laissent plus au patient d'espoir de guérison par les voies médicales.

Le malade sera mis en position de Trendelenburg. Ses jambes reposant sur des rallonges seront dans la continuité du corps.

Laparotomie médiane. Deux doigts comprimeront respectivement la veine cave et la veine iliaque saine. La ligature sera placée au delà de la lésion, que celle-ci porte sur l'iliaque externe, l'iliaque primitive ou la veine cave. Cette ligature sera double. La section sera faite entre les deux fils, au thermocautère.

Si la phlébite est suppurée, on ouvrira la veine fémorale sous l'arcade crurale. Il sera facile de laver, ou de drainer simplement par cet orifice.

Quénu a proposé de compléter l'intervention par l'ouverture de la veine ischiatique, à son entrée dans l'échancrure sacro-sciatique, en dedans du nerf sciatique.

Nous ne signalerons qu'à titre documentaire le travail de Commandeur (de Lyon) sur le traitement des phlébites puerpérales par les abcès de fixation qui diminueraient la durée d'évolution des phlébites (treize jours, vingt jours, quarante-cinq et trente-cinq jours), qui faciliteraient le rétablissement des fonctions du membre, diminueraient les œdèmes chroniques, les raideurs articulaires et les douleurs à la marche. Nous ne nous étendrons pas davantage sur ces moyens qui rentrent dans le groupe des interventions de petite chirurgie, laissées intentionnellement dans l'ombre, et sortant du cadre de cette revue.

P. S. — Depuis le moment où notre revue a été rédigée, ont paru les articles de Lejars : Traitement opératoire des thrombo-phlébites septiques utéro-pelviennes d'origine puerpérale (*Semaine gynécol.*, 18 oct. 1906), et de Faix : Traitement chirurgical de la pyohémie puerpérale par la ligature des veines du bassin (*Gaz. des hôpit.*, 2 fév. 1907).

Nous nous bornons actuellement à les signaler.

BIBLIOGRAPHIE

1851. Escallier. *Mém. de la Soc. de chir.*

1862. Briquet. *Gaz. de méd. et de chir.*

1869. Lelong. Th. de Paris.

1872. Nicaise. Th. d'agrégation.

1876. Rigaud. *Mém. de la Soc. de chir.*

1877. Vallin. *Gaz. heb.*

1879. Miflet. *Arch. f. klin. Chir.*

1881. Desmons. *Mém. de la Soc. de chir.* — Lejars. Soc. de chir.

1882. Trousseau. *Leçons de clin. méd.*, t. III.

1884. Tuffier. *Bull. de la Soc. anat.*

1885. Ch. Vinay. Art. veines, *Dict. de méd. et de chir. prat.* publié sous la direction de Jaccoud. — Kraussold. Ueber eine operative methode zur Bekämpfüung beginnender Pyämie. *Arch. f. klin. Chir.*

1892. Quénu. Résection de la veine poplitée dilatée et thrombosée, Cong. français de chir.

1893. Isch-Wall rapp. par Reynier. *Bull. de la Soc. anat.* — Schwartz. Extirpation de phlébite variqueuse, *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 146-388; — *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, p. 758 et 403. — Méheux. Th. de Paris. — Quénu. *Revue de chir.*; — *Bull. de la Soc. anat.*; — *Chirurgie du rectum.*

1894. Daguillon. Th. de Paris. — Finotti. *Wien. med. Presse*, juin; — *Revue des sc. méd.* — Mendel. *Arch. gén. de méd.*, publ. sous la direction de S. Duplay. — Segond. Soc. de chir.

1895. Jaccoud. *Bull. méd.*, 28 juillet.

1896. Schwartz. De la phlébite variqueuse, *Presse méd.* — Broca et Maubrac. *Traité de chir. cérébrale.* — Lancial. Phlébite faciale et phlébite ophtalmique guéries par la section hâtive au thermocautère de la veine angulaire et des tissus sous-orbitaires, Cong. français de chir. — Mérieux. Th. de Paris.

1897. Guériteau. Th. de Paris. — Schwartz. *Traité de chir. clin. et opér.*, t. IV, p. 423.

1898. Robineau. Th. de Paris. — Longuet et Balthazard. *Presse méd.*, 7 déc. — Heuzard. Th. de Paris. — Forgue et P. Reclus. *Traité de thérap. chir.*

1899. Auvray. Extirpation de phlébite variqueuse suppurée, *Bull. de la Soc. anat.*, p. 928. — Broca. Phlébite variqueuse, *Revue de chir.*, p. 638 à 728. — Morestin. *Bull. de la Soc. anat.* — Delbet. *Leçons de clin. chir.*

1902. Longuet et Péraire. *Bull de la Soc. anat.* — Fr. Sagot. Th. de Paris. — Monod et Vanverts. *Technique opératoire.* — Jouglard. Th. de Paris.

1903. Wagon et Bouchet. *Bull. de la Soc. anat.* — Aubin Etienne. Th. de Paris. — Ricard et Launay. *Traité de thérap. chir.*

1904. Laurens. Th. de Paris. — Terrier et Reymond. Soc. anat.

1905. Reymond et Sénéchal. *Bull. de la Soc. anat.* — Traités classiques de médecine et de chirurgie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 41. — MARDI 9 AVRIL 1907. 80e ANNÉE. MARDI 9 AVRIL 1907. — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Beltrami, Bizard, Clairfond, Lucas, Toledano et Weber (de Paris), Michaux (d'Aubervilliers), Raoult (de Raon-l'Etape), Stœber (de Saint-Dié), Louis Gaucher, Gervais de Rouville Lapeyre (de Montpellier), Lasserre (de Bordeaux), Legendre (de Paris), Moreau (de Sens), Reboul (de Nimes), et Roussy (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Beretta, Govin, Lévy, Roche, Stepinski et Vincent (de Paris), Aubert (d'Adrar, Sahara), Drouineau (d'Amiens), Dupoux (de Saint-Ouen), Julia de Roig (de Cauterets), Lascoutx (de Sens), Sénique (de Verdun), Toussaint (de Saint-Dié), Bégouin (de Bordeaux), Faucon (de Montpellier), Grosset et Piot (de Paris), Soubeiran (de Montpellier), Vallet, médecin-major ; Venot (de Bordeaux), et M. Fromont, pharmacien-major.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Léon Bezard (de Tours), Eugène Guillard (de Paris), Micé, recteur honoraire, ancien professeur à la Faculté des sciences et à l'École de médecine de Bordeaux ; Paux (de Lille), décédé à quatre-vingt-cinq ans, en faisant la Faculté de médecine de Lille sa légataire universelle à charge de créer des bourses pour les étudiants ; Renard, médecin principal de première classe en retraite, décédé à Alger, et M. Pierre Baudouin, interne en médecine des hôpitaux de Marseille.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Le docteur Louis Rénon commencera ses conférences pratiques sur les *Maladies du cœur et des poumons* (diagnostic, thérapeutique, diététique, médecine professionnelle), le lundi 15 avril, à dix heures du matin, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Enseignement pratique de la médecine. — Visite des malades, avec interrogation des élèves, tous les matins à neuf heures, salles Piorry et Lorain.

Examen des malades nouveaux, le mercredi et le jeudi.

Consultation sur les maladies du cœur et des poumons, le mardi à neuf heures et demie, salle Piorry.

Démonstrations pratiques de bactériologie, de cytologie et d'urologie cliniques, le vendredi à dix heures et demie, au laboratoire.

COURS PRATIQUE DE LABORATOIRE. — M. Agasse-Lafont, chef de clinique adjoint à l'hôpital Saint-Antoine, commencera le mardi 16 avril une série de dix conférences sur les méthodes de laboratoire les plus simples et les plus rapides, applicables au diagnostic.

Les élèves seront individuellement exercés à ces recherches qui porteront sur le sang, l'urine, le suc gastrique, les matières fécales, les liquides pleural, ascitique et céphalo-rachidien, le pus, les crachats.

Le droit à verser est de 50 francs.

S'adresser à M. Agasse-Lafont, chef de clinique adjoint à l'hôpital Saint-Antoine, 14, rue d'Amsterdam.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

PATHOGÉNIE
DE LA
DILATATION DES BRONCHES
DÉFORMATIONS KYSTIQUES

Par MM. J. THIROLOIX et Robert DEBRÉ.

Pour la plupart des auteurs, s'il est en pathologie une question de pathogénie simple, c'est bien la pathogénie de la dilatation des bronches. Pour les classiques, la dilatation des bronches est due à une lésion bronchique *destructive* qui succède à des attaques répétées et tenaces d'infection bronchique descendante. Sous l'influence de la pression de l'air pendant l'expiration et des efforts de toux, la bronche sans résistance cède : ainsi prennent naissance les déformations cavitaires bronchiques, même l'ectasie sous forme anévrismatique. Aussi logiquement, la description de la bronchite chronique, maladie d'observation banale, précède-t-elle toujours celle de la dilatation des bronches, affection rarissime.

Le problème pathogénique semble ainsi résolu, et il est inutile de chercher une explication nouvelle pour la genèse d'un processus qui a été l'objet de tant d'interprétations; le mieux est de se borner à faire parmi ces interprétations une sélection raisonnée.

Telle n'a pas été notre opinion, et notre divergence s'appuie sur les motifs suivants qui nous ont incité à soumettre au contrôle expérimental la pathogénie de la dilatation des bronches.

La dilatation des bronches qui, à juste titre, devrait porter le nom de maladie de Laënnec (1818), est une affection rare, très rare même : elle ne nous a pas paru, dans les services hospitaliers, d'observation plus fréquente que le cancer du poumon. Cette rareté contraste étrangement avec la fréquence si grande dans nos services, des affections chroniques tussigènes des poumons.

L'étude des lésions anatomiques, leur histogenèse révèlent l'existence d'un processus d'inflammation chronique, constitué par l'association d'éléments destructeurs (dissociation des fibres élastiques, désinsertion des fibres musculaires, résorption des placards cartilagineux discontinus) et d'éléments néoformateurs sur lesquels on n'a pas attiré suffisamment l'attention, selon nous. La couche épithéliale bronchique subit par places (les fermentations intrabronchiques secondaires expliquent sa destruction en d'autres points) l'hypergenèse, végète, envoie dans la lumière bronchique des prolongements villeux et dans la paroi chroniquement modifiée des culs-de-sac tapissés de même épithélium.

Mais cette hypergenèse ne porte pas que sur cet élément fondamental, elle porte encore sur les fibres musculaires, véritable myomatose, les capillaires qui forment de petits angiomes et des groupes glandulaires qui subissent la transformation adénomateuse.

Il nous a donc semblé que, derrière le processus de suppuration intra-bronchique, processus adénomateux de destruction, qui accapare toute la scène morbide, il existait un autre processus d'inflammation chronique, processus bien spécial, essentiel, qui commande cette double évolution des lésions destructives et néoformatives que l'on constate histologiquement.

Eh bien, c'est ce processus inflammatoire chronique, point de départ de toute la série morbide, substratum anatomique du syndrome clinique, que nous avons essayé de reproduire expérimentalement.

Mais il est indispensable, pour qu'il n'y ait pas de contestation dans l'assimilation des faits cliniques et des résultats expérimentaux, que je fixe les caractères du type morbide anatomo-clinique que j'entends envisager sous la dénomination de dilatation des bronches.

Sous cette étiquette, je comprends une affection qui, cliniquement, se traduit de la façon suivante : un début insidieux qui correspond à la phase de *péribronchite*, des hémoptysies, une toux fréquente et quinteuse, une expectoration muco-purulente, inodore ou fétide, énorme (150 à 500 centimètres cubes par jour), la constatation par les procédés cliniques ordinaires et la radiologie d'une ou plusieurs cavités intra-pulmonaires, enfin la conservation pendant des années d'un bon état général. L'évolution est lente, continue, fatale.

Les caractères anatomo-pathologiques sont complexes, et il n'est pas un élément constituant de l'appareil broncho-pneumo-pleural qui ne soit pas intéressé ; de cette complexité d'altérations, est née cette flore luxuriante d'interprétations pathogéniques que les auteurs ont donné pour expliquer la genèse de la dilatation des bronches.

Le territoire bronchique intéressé est bien spécial : il commence au delà des grosses bronches cartilagineuses intra-pulmonaires avec arcs cartilagineux complets, bronches qui, même altérées, resteront inextensibles ; il comprend les bronches moyennes, lobulaires et acineuses.

Jusqu'au lobule, la bronche comprend une couche cartilagineuse discontinue, fragmentée, englobée dans un manchon fibro-élastique, en dedans, une couche musculaire réticulée à prédominance annulaire dont les fibres s'insèrent sur la face interne de la première membrane fibro-cartilagineuse, enfin une muqueuse à épithélium cylindrique stratifié vibratile avec cellules caliciformes interposées. Quand la bronche pénètre dans le lobule, sa paroi se réduit à un cylindre conjonctivo-élastique, revêtu de quelques faisceaux musculaires circulaires et d'un épithélium cylindrique à une seule couche.

Les alvéoles et les bronches sont plongés dans un tissu conjonctif lâche, origine des vaisseaux lymphatiques.

Ce territoire bronchique cartilagineux discontinu et purement membraneux est intéressé en totalité (ectasie bilatérale) ou en partie (ectasie unilatérale, lobaire) ou par parcelles.

La forme des ectasies est variable, tantôt elle est la même sur tout le territoire bronchique, cartilagino-membraneux intéressé; elle est cylindrique, cylindro-conique à base pleurale, ou enfin fusiforme avec ampoules terminales (lésion qui répond à la dilatation, à la gangrène curable des extrémités

bronchiques). Tantôt au contraire, il y a association de déformations de formes variées, mélange de cylindres et d'ampoules bi-orificiels (type moniliforme), mélange de cylindres et de sacs mono-orificiels.

Ce dernier type, type anévrismatique, est celui qui nous a le plus intéressé, puisque du mode de formation de ces ampoules latéro-bronchiques, formation que crée la néoformation épithéliale, découle la pathogénie générale des ectasies bronchiques.

Simultanément (car jamais, même chez le nouveau-né, on ne constate la *péri-bronchite* exclusive que nous avons obtenue), on constate des lésions dans tout le domaine lymphatique pulmonaire, de la péri-alvéolite, de la pneumonie interstitielle, une sclérose irradiante bronchique, enfin de la pleurite adhésive et des adénopathies du hile. Je compléterai ce tableau en ajoutant qu'à ces désordres infectieux primitifs, on trouve associées des lésions infectieuses secondaires (broncho-pneumonie, pneumonie et gangrène) et des lésions mécaniques (emphysème, atélectasie, stases passives).

Si l'on veut subordonner tous ces désordres complexes, les sérier par leur mode d'apparition chronologique, on divisera leur évolution totale en trois stades : un premier stade d'altération pariétale bronchique, le seul spécifique, substratum anatomique du syndrome, un deuxième de fermentations intra-bronchiques, stade banal qui est à la dilatation bronchique ce que la suppuration cavitaire est au processus tuberculeux pulmonaire, enfin le dernier stade est marqué par l'apparition des complications mécaniques et infectieuses.

Ces caractères anatomo-pathologiques (intrication d'éléments destructifs et néoformateurs) permettent d'éliminer du cadre de la dilatation des bronches, les ectasies passagères, curables, de la broncho-pneumonie des enfants (car nous pouvons nous adresser à la cause infectieuse intra-bronchique), et surtout les ectasies bronchiques par rétro-dilatation qui succèdent à l'oblitération mécanique accidentelle (déglutition erronée d'un corps étranger par l'enfant) ou cicatricielle, syphilitique ou autre d'une bronche. Il s'agit là de rétro-dilatation que Claisse, en 1895, a reproduite expérimentalement.

Cette ectasie par obstacle n'est pas plus la dilatation bronchique spontanée, vraie, sans obstacle, que la dilatation des canaux excréteurs d'une glande, après ligature de ces canaux, n'est l'altération kystique de cet organe.

Le type anatomo-clinique, que je veux étudier, étant ainsi bien délimité, je puis aborder l'exposé des lésions histologiques des ectasies bronchiques humaines. Je les mettrai, avant de conclure en parallèle avec les désordres des ectasies expérimentales.

La muqueuse peut, sous l'influence des infections secondaires destructives, avoir disparu ; mais le plus souvent (il suffit qu'en un point, elle le soit), elle est conservée, *épaissie* (1). Sa surface bronchique est irrégulière, hérissée de plis, de saillies, de papilles, de végétations, de polypes fongueux.

(1) Bourée. Th. de Paris, 1905, n° 233.

Tout ce derme et ses prolongements sont riches en vaisseaux sanguins néoformés, distendus (angiome) : il est farci de leucocytes.

Toute cette surface bourgeonnante est recouverte par un épithélium cylindrique très haut qui a conservé ses cils; par places, cet épithélium a subi la transformation cubique ou pavimenteuse mono ou poli-cellulaire. Enfin, on constate dans la paroi des traînées de cellules épithéliales, des boyaux épithéliaux, ébauche des dilatations sacciformes. Les glandes, ici disparues, sont là adénomateuses.

Les noyaux cartilagineux sont atrophiés ou disparus, rarement proliférés.

Les fibres élastiques sont résorbées ou fragmentées; la musculature est dissociée, mais par places, en îlots, en plein tissu scléreux ou embryonnaire, on trouve des amas de fibres musculaires hypertrophiées (myomes).

J'ajoute, à ces lésions pariétales bronchiques, les scléroses pulmonaires et pleurales, l'accumulation de muco-pus dans les ectasies.

La constatation de ces lésions complexes, disparates, a conduit les auteurs à donner de la genèse des lésions, — la rareté de la maladie explique peut-être cette richesse, car chaque observateur a tenu à publier l'observation recueillie et à fournir une explication pathogénique, — des interprétations nombreuses, variées, exclusives.

Je les passe rapidement en revue sans m'astreindre à l'ordre chronologique.

Les partisans d'une origine mécanique invoquent l'accumulation des sécrétions bronchiques (Laënnec), les efforts de toux (Broussais), la force d'expansion des gaz intra-bronchiques (Blachez). C'est là une genèse simple, qui ne tient que médiocrement compte des désordres anatomiques.

Les auteurs qui, au contraire, incriminent une lésion anatomique comme cause des ectasies peuvent être rangés en trois catégories : pleurale, pulmonaire et bronchique.

Pour Barth (1856) la pleurite est responsable de la bronchectasie; les adhérences attirent sans cesse l'un vers l'autre le poumon et la paroi thoracique.

Pour Corrigan (1838), la sclérose pulmonaire est la cause des ectasies. Les tractus fibro-celluleux insérés au pourtour de deux bronches voisines vont se rétracter et tendre à rapprocher les parois d'un tube vers un autre tube : la dilatation est fatale. Les partisans de l'origine bronchique incriminent des éléments différents.

Stokes, faisant une application de la loi qu'il a formulée, admet que la phlegmasie bronchique paralyse les muscles de Reisessen. Privée de son puissant appareil de soutènement, la paroi bronchique cède et se dilate.

Pour Trojanowski, la fibre musculaire n'est pas paralysée, mais atrophiée.

Avec Coyne, Balzer, Hanot et Gilbert, le problème approche de sa solution. Ces auteurs constatent, en effet, qu'un tissu embryonnaire, vascularisé, dissocie les éléments normaux résistants de la bronche qui cède sous l'influence des efforts de l'expiration. L'interprétation que formule Marfan est le reflet exact

des opinions émises et admises actuellement, lorsqu'il dit : l'inflammation bronchique pour entraîner la dilatation doit être destructive, suppurative; lorsque tous les éléments résistants de la bronche qui forment son armature, son squelette, ont disparu sous l'influence de ce processus suppuratif destructif, la bronche ne peut plus résister aux efforts de la toux et se dilate.

J'arrive maintenant à l'exposé des résultats expérimentaux que nous avons obtenus et je débute par le détail du déterminisme expérimental.

Les agents parasitaires qui causent la bronchectasie banale sont inconnus. Il n'en est pas de même des agents spécifiques, et, dans les antécédents des malades, on relève parfois la syphilis, le paludisme, la tuberculose, en un mot des parasites qui dans d'autres organes provoquent des inflammations chroniques associées ou non à des processus de néoformation.

Nous ne pouvions nous adresser à ces agents : aussi avons-nous choisi un parasite *non pyogène* pour l'espèce animale soumise à l'expérience, un staphylocoque blanc que nous avons obtenu par la mise en culture de parcelles néoplasiques humaines et qui offrent les grandes analogies avec le micrococcus neoformans de Doyen.

Pour faire parvenir à l'appareil broncho-pulmomaire le parasite en question, nous nous sommes inspirés des travaux de Behring sur l'origine intestinale des infections pulmonaires; aussi, avons-nous injecté, pour franchir à coup sûr et d'une façon massive l'étape intestinale, quelques centimètres cubes de bouillon de culture dans la cavité péritonéale de rats blancs (8) : quelques animaux, comme moyen de contrôle de la route suivie par les microbes, reçurent en même temps, dans le péritoine, une émulsion de suie de cheminée dans l'huile.

Huit mois après, les animaux ,en excellente santé apparente, furent sacrifiés : je vous donne rapidement les résultats obtenus.

Sur les poumons de rats charbonnés, on aperçoit un semis de granulations noires, tandis que les poumons des autres animaux sont d'une couleur blanche normale. Tous ont une adénopathie médiastinale très appréciable. L'incision des bronches permet d'apprécier macroscopiquement l'augmentation de calibre des bronches intra-pulmonaires, mais aucune bronche ne renferme de pus. On y trouve un mucus incolore.

Les coupes microscopiques montrent que le système bronchique est seul intéressé, que le parenchyme pulmonaire et les plèvres sont intacts.

L'épithélium est partout conservé, normal le plus souvent; mais, en d'autres points, il a subi de profondes modifications. Ici, il forme de grandes végétations avec strates multiples, dans la lumière de la bronche, là il forme des culs-de-sac, des bourgeons inclus dans la paroi bronchique modifiée.

En d'autres endroits, l'épithélium cylindrique stratifié a disparu et est remplacé par un épithélium cubique, puis pavimenteux à une seule couche. On assiste dans une même bronche au passage successif, par transitions insensibles, de ces diverses variétés d'épithélium. La cavité bronchique ne renferme aucun élément anormal, ni mucus abondant, ni leucocytes, ni cellules desquamées. Rien ne trahit un processus infectieux intra-canaliculaire. Le derme de la muqueuse bronchique est épaissi et forme des saillies très vascularisées, angiomateuses. Elle est le siège d'une hyperdiapédèse énorme.

Les fibres musculaires ont disparu en grande partie, mais, par places, elles sont hypertrophiées en placards, en trousseaux épais.

Le processus de l'hyperdiapédèse occupe aussi la couche fibro-élastique, la couche fibro-cartilagineuse et gagne la périphérie juxta-alvéolaire; mais les alvéoles sont intacts. Sur un seul poumon, nous avons trouvé un gros foyer de pneumonie interstitielle avec retour à l'état cubique de l'endothélium alvéolaire.

Le calibre des bronches est partout, mais inégalement, très augmenté.

Rapprochant ces résultats expérimentaux des constatations faites sur l'homme, nous pensons qu'on peut en tirer les conclusions suivantes :

1° La dilatation des bronches est un type morbide caractérisé en anatomie pathologique par l'*ectasie bronchique*, en clinique par une *expectoration muco-purulente* énorme, mais ces deux éléments constitutifs du syndrome relèvent de mécanismes différents, successifs, qu'on a eu tort de confondre. L'ectasie est due à une péribronchite chronique embryonnaire qui suscite un travail d'hypergenèse épithéliale. C'est là ce qu'on constate expérimentalement, par la mise à mort des animaux, à des époques variées, et chez le nouveau-né, en cas d'ectasie congénitale : l'expectoration muco-purulente n'est que l'effet des fermentations cavitaires secondaires à des infections descendantes;

2° La dilatation des bronches est une maladie que peuvent seuls provoquer des agents parasitaires capables de créer des inflammations chroniques comme le spirochæte pallida, l'hématozoaire du paludisme, certaines races de bacilles tuberculeux, enfin des microbes analogues au staphylocoque blanc que nous avons injecté. Ainsi s'explique sa rareté.

3° Ces microbes parvenus dans l'épaisseur de la paroi bronchique, sous l'épithélium, par les voies artérielles-bronchiques ou lympho-veineuses (mode qui explique mieux les ectasies parcellaires), déterminent un double processus de *destruction* et d'*hypergenèse* localisé à la bronche : au premier se rattache la disparition de l'appareil de soutien de la bronche cartilagineuse discontinue et de la bronche membraneuse, au second l'hypergenèse épithéliale, glandulaire, capillaire et musculaire. Mais dans ce travail, l'hypergenèse épithéliale domine.

Le processus qui préside à la formation des ectasies de toutes formes, cylindrique, ampullaire et *sacciforme*, est un processus essentiellement actif.

L'hypergenèse épithéliale ordonnée (comme dans la formation des cavités kystiques de tous les autres organes glandulaires) ne peut s'épanouir que si elle ne rencontre aucun obstacle périphérique, après destruction de l'armature bronchique; elle s'arrête quand la péri-bronchite s'organise en tissu fibreux.

Ces conclusions diffèrent donc des interprétations classiques, puisque nous admettons que la dilatation des bronches est due à une infection sanguine et que son substratum anatomique est une *péribronchite* chronique, qui amène d'une part une destruction de l'armature bronchique, d'autre part suscite une hypergenèse ordonnée de l'épithélium de revêtement. L'air et le muco-pus ne jouent qu'un rôle secondaire de renforcement dans la production de l'ectasie. L'infection causale irradiante extra-bronchique et les infections buccales descendantes expliquent la complexité des lésions constatées chez l'homme.

Ces données expérimentales expliquent notre impuissance thérapeutique, puisque, jusqu'à ce jour, les indications thérapeutiques sont tirées non de la cause et du substratum anatomique essentiel, mais de la complication la plus facile à observer, la suppuration intra-bronchique, élément secondaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 AVRIL 1907)

Sur l'activité néphro-poiétique du sang et du rein au cours des régénérations rénales. — MM. P. Carnot et A. Lelièvre. Au cours des régénérations rénales il existe, dans le sang circulant et, plus abondamment encore, dans la glande régénérée, un excitant de la prolifération cellulaire rénale, capable de provoquer cette même prolifération chez des animaux neufs.

Cette substance, que l'on peut nommer provisoirement néphro-poiétine, doit exister en faible quantité à l'état normal, car le rein se régénère constamment. Mais elle existe en abondance dans le rein fœtal, au cours de la prolifération embryonnaire.

Ces données physiologiques paraissent susceptibles d'applications thérapeutiques : l'injection du sérum néphro-poiétique d'une part, l'ingestion d'extrait provenant de l'organe en régénération ou de l'organe embryonnaire d'autre part, ont provoqué notamment, chez certains malades, la cessation d'albuminuries intenses et tenaces, après un délai de dix à quinze jours nécessaire à l'hyperplasie régénératrice du rein.

FORMULAIRE

L'EAU OXYGÉNÉE A L'INTÉRIEUR

Pour la diarrhée infectieuse des adultes, certaines affections pulmonaires (gangrène du poumon), le traitement palliatif du cancer des organes digestifs, M. Novikow prescrit :

Eau oxygénée...........	6	grammes.
Eau.....................	85	—
Sirop simple............	15	—

A prendre une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Pour le choléra infantile, la diphtérie :

Eau oxygénée........	5 à 6	grammes.
Eau................	85	—
Sirop simple........	15	—

A prendre une cuillerée à café toutes les deux heures.

Chez les enfants plus grands et les adultes, on remplace cette potion par des gargarismes à l'eau oxygénée (deux cuillerées à bouche dans un verre d'eau ordinaire). En outre, on badigeonne la gorge deux ou trois fois par jour, avec de l'eau oxygénée pure.

Dans tous ces cas, il s'agit d'eau oxygénée à 10 ou 12 volumes. (*Nouveaux remèdes.*)

ANALYSES

MEDECINE

L'hémoptysie tuberculeuse chez les enfants. (Inst. de clin. méd. de Gênes, séance du 23 nov. 1906.) — Le professeur O. Cozzolino a observé une fillette de quatre ans foudroyée en deux minutes par une hémoptysie tuberculeuse. La littérature ne compte que 47 cas de cet accident au-dessous de sept ans. L'auteur conclut de ses observations :

L'hémoptysie profuse et mortelle dans la tuberculose de la première enfance est rarissime, presque autant que le pneumothorax tuberculeux; elle appartient exclusivement à la période avancée de la maladie, étant en effet inconnue au stade initial.

L'hémoptysie est constamment liée à la présence d'une caverne pulmonaire (26 fois sur 39 autopsies), ou d'une caverne ganglionnaire trachéo-bronchique, ou encore d'une caverne mixte ganglio-pulmonaire.

Les anévrismes de Rasmussen peuvent expliquer l'hémorragie aussi bien que l'ouverture d'un rameau de l'artère bronchique et pulmonaire. Dans 18 autopsies sur 39 les recherches les plus minutieuses ne purent révéler la lésion vasculaire ayant entraîné l'hémoptysie, ce qui n'autorise pas à la nier.

L'hémoptysie est le plus souvent foudroyante et mortelle. Il n'y a pas de signes prémonitoires, ni même de symptômes cliniques de cavernes tuberculeuses, celles-ci étant d'un diagnostic très difficile chez l'enfant.

La rareté extrême des hémoptysies tuberculeuses infantiles est en partie explicable, d'après le professeur Cozzolino, par ce fait que la tuberculose détermine surtout chez les enfants des phénomènes d'hépatisation et d'occlusion vasculaire plutôt que de la désintégration des tissus et la formation de cavernes.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Le pneumothorax chez les enfants. (Inst. de clin. méd. de Gênes, séance du 23 nov. 1906.) — Le professeur O. Cozzolino expose l'histoire d'une fillette de deux ans chez laquelle un pneumothorax évolua de manière insidieuse; les signes physiques étaient au complet, les signes fonctionnels et subjectifs totalement absents. De l'examen des 41 cas connus jusqu'à ce jour il tire les conclusions suivantes :

Le pneumothorax en général est très rare chez les enfants, et toujours secondaire. Chez eux, et contrairement à ce qui a lieu chez l'adulte, le pneumothorax tuberculeux est le moins fréquent de tous; 4 p. 100 environ seulement des cas de pneumothorax infantiles seraient dus à la tuberculose.

Le diagnostic est fréquemment rendu difficile par l'insidiosité du début, et aussi parce que plusieurs signes importants peuvent manquer ou passer inaperçus, l'enfant respirant mal; tels sont le souffle amphorique, le tintement métallique, la succussion hippocratique, etc. D'autres signes ont une valeur moindre, tels que la douleur costale, le tympanisme thoracique, et parfois même le souffle amphorique et le tintement

métallique, parce que chez l'enfant ils peuvent accompagner les cavernes pulmonaires, la pleurésie et la pneumonie.

Le pneumothorax tuberculeux de l'enfant est dû soit à la rupture d'une caverne dont les parois s'amincissent, soit à la compression exercée sur le poumon par des ganglions trachéo-bronchiques tuméfiés ou caséifiés, ou, ce qui est plus rare, à la rupture d'une bulle d'emphysème pulmonaire.

Le pronostic est absolument sombre par suite de la maladie originelle que le pneumothorax vient encore aggraver.

Le point d'élection de la perforation pulmonaire est la base du poumon gauche.

Qu'il soit ou non tuberculeux, le pneumothorax infantile est presque toujours total; la pénétration dans la plèvre de matière caséeuse puriforme et liquide le transforme rapidement en pyopneumothorax. A. GAULLIEUR L'HARDY.

NEUROLOGIE

Adipose douloureuse ou maladie de Dercum. (HASKOVU. *Revue neurol.*, 15 déc. 1906, p. 1101-1104). — Ce cas est intéressant par la coexistence d'une adipose douloureuse survenue à la ménopause et respectant la face et les extrémités, avec des troubles vaso-moteurs, une augmentation de volume du corps thyroïde, de l'asthénie, des crises de faiblesse et divers troubles d'ordre sympathique. ALQUIER.

Contribution clinique à la connaissance d'Erb-Goldflam. (Ettore LEVI. *Riv. di patol. nerv. e mentale*, 1906, fasc. IX, p. 404, et fasc. X, p. 443-476.) — Ce travail contient neuf observations cliniques de myasthénie bulbo-spinale (syndrome d'Erb-Goldflam); sept de ces malades sont des israélites, pour les deux autres, la race d'origine n'est pas indiquée; quatre sont hystériques, deux neurasthéniques; trois fois, la maladie a commencé à la suite de fatigues; chez quatre autres, après un traumatisme psychique. Le début des accidents s'est fait une fois à quatre ans, deux autres à quarante et un ans, les sept autres fois, de dix-huit à vingt-quatre ans. Un seul cas semble d'un pronostic grave. Ceci n'empêche que, sur une statistique d'Oppenheim portant sur 58 cas, 26 se sont terminés par la mort, 8 seulement ont guéri complètement. Il n'y a pas de thérapeutique curative à proprement parler : le meilleur traitement est le repos absolu de tout le corps et le plus particulièrement des muscles atteints spécialement d'asthénie.

On trouvera l'exposé de l'état actuel de la question, assez détaillé au point de vue clinique, sommaire au point de vue pathogénique et anatomo-pathologique, avec une bibliographie suffisante, quoique pas absolument complète. ALQUIER.

CHIRURGIE

Sur la régénération des nerfs. (MOTT, HALLIBURTON et EDMUNDS. *Proceedings of the royal Soc.*, LXXVIII, B., p. 525.) — La doctrine classique autrefois était que le nerf se régénérait par bourgeonnement du bout central, et, que le bout périphérique ne faisait rien que de fournir des gaines vides. Dans ces dernières années, plusieurs auteurs ont soutenu que la régénération était autogénique, et que le bout périphérique était, lui aussi, actif. Les expériences des auteurs sont tout à l'appui de l'ancienne théorie, qui veut que les tubes néoformés soient d'origine centrale. Dans une série d'expériences, l'on empêcha la réunion des deux bouts en les coiffant d'une enveloppe de caoutchouc. Au bout de cent à cent cinquante jours, il n'y avait pas trace de régénération dans le bout périphérique. Dans une seconde série d'expériences, on transplanta un bout de nerf réséqué dans l'épaisseur de la paroi stomacale. Après cent cinquante jours, au lieu de régénération, il y avait dégénérescence complète. Dans une troisième série, on sectionna un gros tronc nerveux et on le sutura immédiatement. Après un laps de temps suffisant pour la régénération, on rouvrit et on réséqua un bout de nerf d'un centimètre de long un peu en aval du point où on avait pratiqué la première section. Dix jours après la seconde opération, l'animal fut sacrifié; l'examen du nerf au-dessus et au-dessous du point de la seconde section montra qu'au-dessus, il n'y avait point de dégénérescence, tandis qu'au-dessous, il y en avait une wallérienne typique. Et d'une quatrième série d'expériences destinées à apprécier la vitesse de la myélinisation dans un nerf qui se régénère, les auteurs concluent que l'apparition tardive de la gaine de myéline dans les portions les plus éloignées du foyer de la section nerveuse démontre à l'évidence que la régénération s'est faite du centre vers la périphérie. Les nouvelles fibres d'après une cinquième série d'expériences, destinées à démontrer l'influence de l'excitation sur la régénération, poussent aux dépens des axones centraux et non point autogéniquement.

Voici comment se régénère un nerf : Les cellules du névrilème se multiplient, s'allongent et s'unissent en de longues chaînes. Ce processus est plus vigoureux à l'extrémité du bout central qu'à celui du bout périphérique : c'est un processus de phagocytose et de nutrition. Du côté du bout central, ce processus est formateur et nourrit les cylindre-axes qui s'allongent activement. Dans le bout périphérique, ce processus est infructueux au point de vue de la production des fibres nerveuses, mais lorsque l'extrémité du cylindre-axe néoformé atteint le bout périphérique, il en assure la nutrition.

F. GARDNER.

Hernie de la fossette iléo-colique. (Edward Reginald SECORD. *Ann. of Surg.*, vol. XLIV, n° 5, nov. 1906, p. 683-86, avec figures.) — Voici le premier cas publié de cette variété d'étranglement interne. Homme de quarante ans, violentes crampes abdominales depuis deux jours, vomissements, tympanisme modéré, résistance du muscle droit du côté droit, et sensibilité dans le quadrant droit inférieur de l'abdomen. Dans ce quadrant, tumeur pâteuse, sensible, tympanique, arrondie et de la grosseur d'une orange, gargouillant pendant les paroxysmes douloureux. A l'incision, on trouva le cæcum et une partie du côlon étranglés par les replis péritonéaux limitant la fossette iléo-colique. La constriction était telle que la paroi intestinale était déjà gangrenée. L'état du malade ne permettant pas une résection, l'étranglement fut levé et le gros intestin ouvert à l'endroit gangrené. Fistule fécale qui se réduisit peu à peu et fut fermée par une seconde intervention. F. GARDNER.

LARYNGOLOGIE

Huit cas de trépanation du système sphéno-ethmoïdal par la voie orbitaire. (GUISEZ. *Revue hebd. de laryngol.*, 13 oct. 1906.) — L'auteur relate les observations de sinusite ethmo-sphénoïdale accompagnée ou non de sinusite voisine maxillaire, frontale ou fronto-maxillaire; ces observations ont pour but de mettre en relief la valeur d'un procédé thérapeutique préconisé par l'auteur : l'ethmoïdectomie par voie orbitaire.

Dans une seule des huit observations relatées, il s'agissait d'ethmo-sphénoïdite sans participation du sinus frontal ou maxillaire; la sinusite sphénoïdale s'accompagnait toujours d'ethmoïdite; l'ethmoïde au contraire pouvait être pris pour son propre compte.

L'intérêt de la voie orbitaire pour atteindre l'ethmoïde et le sinus sphénoïdal du même côté ou même du côté opposé, en passant à travers la cloison nasale, est mis en relief par ces observations. Le traitement complémentaire par voie nasale doit être longtemps prolongé; le déblayage des polypes attachés aux débris de l'ethmoïde ou encombrant les orifices des sinus sphénoïdaux exige notamment une surveillance parfois prolongée. Les résultats définitifs de ces traitements bien conduits sont le meilleur plaidoyer en faveur de la méthode.

L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de pharmacologie et de matière médicale (1), par G. Pouchet.

Cédant aux sollicitations de ses élèves, M. le professeur Pouchet vient de publier un *Précis de pharmacologie* qui résume et synthétise l'état actuel de nos connaissances en ce qui concerne l'histoire naturelle des principaux médicaments et l'étude de leurs actions pharmacodynamiques. Après quelques *généralités sur l'art de formuler*, l'auteur entre d'emblée dans son sujet en divisant les médicaments en cinq grandes classes. La première concerne les *modificateurs du système nerveux* qui peuvent se répartir en trois classes : les uns modifient le système nerveux central (hypno-anesthésiques, analgésiques, hypnotiques, antithermiques-analgésiques, antipyrétiques et antithermiques); les autres modifient le système nerveux périphérique (hypocinétiques généraux tels que la ciguë ou le colchique, médicaments cardio-vasculaires); les autres, enfin, sont, soit des sédatifs, soit des stimulants de l'action nerveuse. Dans la deuxième classe, rentrent les *modificateurs de la nutrition*, dont les uns modèrent la nutrition générale : ce sont les médicaments dits *altérants*, tandis que les autres, excitant cette nutrition, méritent le nom de *toniques*. La troisième classe est formée par les *modificateurs des sécrétions et des excrétions* : diurétiques, purgatifs, vomitifs. La quatrième a trait aux *parasiticides* : anthelminthiques et antizymotiques; la cinquième, enfin, traite des *modificateurs locaux* topiques et caustiques. Dans chacune de ces catégories, M. le professeur Pouchet s'attache surtout à la description des médicaments dont la connaissance importe le plus au praticien, étudiant successivement leurs caractères physico-chimiques, leur action physiologique, leur mode d'administration et leurs doses, les accidents d'intoxication auxquels ils peuvent donner lieu. Ainsi conçu, ce Précis essentiellement pratique réalise son but : il permet au lecteur, en présence d'une affection donnée, de savoir exactement ce qu'il veut faire, et de connaître les moyens à employer pour y aboutir.

Maladies familiales et maladies congénitales (2), par E. Apert.

On appelle *maladies familiales* les maladies qui réunissent les caractères suivants : 1° elles frappent habituellement plusieurs sujets d'une même famille; 2° elles affectent, dans une même famille, une forme et une évolution identiques chez tous les sujets atteints; 3° elles apparaissent, chez ces sujets, indépendamment de toute cause extérieure, agissant, soit pendant la vie intra-utérine, soit pendant la vie extra-utérine. Ce sont donc des maladies du germe. Ces maladies peuvent frapper tous les organes, tous les appareils. Jusqu'à présent, elles n'avaient donné lieu à aucune étude d'ensemble. La monographie de M. Apert vient donc combler une importante lacune. Elle passe successivement en revue : les *malformations cardiaques par endocardite fœtale* et *par compression*; les *dispositions vicieuses des gros troncs vasculaires primitifs*; les *malformations des extrémités*; la *malformation congénitale de la hanche*; l'*achondroplasie* et les *autres dysostoses familiales*; l'*hermaphrodisme*; les *maladies familiales du système locomoteur* (hérédo-ataxie, maladie de Friedreich, etc.), des *organes sensoriels*, de la *peau* et du *tissu cellulaire sous-cutané*, du *sang*, des *viscères*; elle envisage ensuite la *disposition familiale à certaines toxi-infections*; les *modes héréditaires variables des affections familiales*; les *tempéraments familiaux* et les *diathèses, considérées comme amorces des maladies familiales*. Ces diverses affections congénitales et familiales, comment les expliquer? Il est indispensable, si l'on veut les comprendre, de rapprocher les maladies familiales des malformations familiales, d'admettre que la maladie familiale est parfois la conséquence évidente d'une conformation vicieuse familiale, de conclure, enfin, que l'hérédité morbide, en ce qui concerne les maladies familiales, est soumise aux mêmes lois que l'hérédité physiologique. C'est ce qu'a fait M. Apert. Il a eu de plus le mérite de souligner les analogies que présentent les conformations vicieuses familiales avec ces modifications morphologiques que les biologistes, dans la série animale, désignent sous le nom de variations et de mutations, et de considérer les mutations comme la conséquence de variations progressives qui, d'abord insensibles, entraînent, quand elles évoluent toujours dans le même sens, une rupture brusque de l'équilibre morphologique. Ces considérations empruntées à la physiologie générale éclairent d'un jour singulier la pathogénie des maladies familiales. Elles rendent des plus intéressantes la lecture du livre de M. Apert, que précèdent quelques lignes élogieuses de M. le professeur Dieulafoy.

(1) In-8. — Paris, O. Doin.

(2) In-8. — Paris, 1907, J.-B. Baillière et fils.

Traité des torticolis spasmodiques (1), par R. Cruchet.

M. R. Cruchet, qui a déjà fourni la plus large contribution à l'étude des tics, et qui a publié, sur ce sujet, divers mémoires du plus grand intérêt, a eu, dans ces dernières années, l'idée de recueillir systématiquement les observations de tous les malades atteints de torticolis spasmodique qui se trouvent actuellement dans les hôpitaux de Bordeaux; il a noté les signes communs à tous ces malades, et aussi les signes que seuls, présentèrent tel ou tel d'entre eux; il a revu avec soin la bibliographie de la question, et, de tous ces documents, il a tiré un livre des plus curieux. Exposant les diverses variétés de torticolis, torticolis spasmodiques, névralgiques, torticolis professionnels, paralytiques, francs ou essentiels, symptomatiques, rythmiques symptomatiques ou essentiels, tics du cou, torticolis d'habitude et torticolis mental, l'auteur conclut que le torticolis spasmodique n'est pas une maladie autonome mais un syndrome relevant de causes diverses et revêtant des apparences cliniques différentes selon qu'il dépend de telle ou telle condition pathogénique. De superbes figures illustrent cette œuvre éminemment originale qui éclaire l'un des sujets les plus controversés de la neurologie, et que liront, avec le même plaisir, lettrés, médecins et artistes.

L. BABONNEIX.

(1) In-8°. — Paris 1907, Masson et Cie.

Le médecin et la loi sur les accidents du travail (1), par le docteur Léon Imbert, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.

Si l'application de la loi de 1898 sur les accidents du travail a développé dans une large mesure, le rôle social du médecin, on est obligé de reconnaître qu'elle a aussi parallèlement augmenté ses responsabilités. Il n'est guère de médecin qui ne soit appelé, plus ou moins souvent, parfois quotidiennement, à donner une solution au moins provisoire à des litiges de ce genre. Or les difficultés qu'il voit se dresser devant lui sont les unes purement médicales et il est apte à les surmonter, les autres résultent du peu de connaissance des médecins pour le droit et la jurisprudence.

C'est pour guider les étudiants et les praticiens au milieu de ces difficultés, que le professeur Imbert vient de réunir en une brochure les leçons si documentées qu'il a faites à l'Hôtel-Dieu de Marseille à la fin de 1906.

Ces leçons se divisent en trois parties : dans la première le professeur donne un commentaire de la loi en se plaçant, bien entendu, sur le terrain de la pratique médicale; dans la seconde, il indique quel est le rôle juridique du médecin, ce qu'on lui demande et ce qu'il peut donner; dans la troisième enfin, il étudie à un point de vue très général, les bases d'évaluation des incapacités et la recherche médicale de la simulation.

Ces leçons devront être lues et méditées par les jeunes étudiants et par les praticiens, elles sont d'une lecture facile et agréable, et comme tout ce qu'écrit le professeur Léon Imbert, elles sont d'une clarté et d'une précision remarquables.

F. L.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

MODE D'ADMINISTRATION DES BROMURES

Lorsqu'on veut utiliser la seule influence médicamenteuse du brome, il faut avoir recours au *bromure de sodium* que l'on peut administrer à doses assez élevées (5 contre 4 de KBr) sous la forme du sirop de Henry Mure. Ce sel ne produit pas de dépression cardiaque comme le bromure de potassium et peut être utilisé à doses un peu plus fortes que ce dernier. Le *bromure de strontium* possède la même action que le bromure de sodium et s'emploie aux mêmes doses. Il est surtout intéressant par la provocation des doubles décompositions mobilisant et mettant en train l'action médicamenteuse, influence physico-mécanique à laquelle M. le professeur Pouchet attache une importance considérable dans la production de l'action pharmacodynamique. Le strontium, que l'on pourrait comme le sodium qualifier d'élément neutre au point de vue de l'influence médicamenteuse, n'intervient pas autrement que pour solliciter les échanges d'éléments électro-positifs et électro-négatifs qui sont le début nécessaire de toute action dynamique aboutissant à une modification moléculaire : utiliser ce bromure à l'état de pureté, condition essentielle, telle qu'on le trouve dans le sirop de Henry Mure.

(1) Broch. in-8°. — Marseille 1907, Impr. marseillaise, 39, rue Sainte.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 3, mars 1907.) Arnavielhe : Morbidité comparée des troupes de la garnison d'Antibes. — Jacob : Expériences d'éclairage du champ de bataille, faites pendant les exercices spéciaux du service de santé du gouvernement de Paris en 1906. — Leguellinel de Lignerolles : Transport des blessés à bicyclette (support-brancard à bicyclette et brancard roulant à roues de bicyclettes). — Long : Cacolet unique adoptable aux divers modèles de bâts. — Dubujadoux : Deux cas d'appendicite à forme rare. — Gauthier : Fracture compliquée du fémur avec écrasement de la cuisse. Pseudarthrose. Ostéotomie tardive. — Grenier : Blessures multiples produites par l'explosion d'un détonateur au fulminate de mercure. — Daireaux : Un cas de méningite cérébro-spinale épidémique. — Folly et Lombard : Fractures multiples de la colonne vertébrale à la région dorso-lombaire par chute d'un lieu élevé. Résection de l'arc postérieur de la douzième vertèbre lombaire. Mort.

Archives de médecine navale. — (N° 2, fév. 1907.) Couteaud : Des traumatismes du rein. — Mercier : Traitement de l'entérite chronique par la nèfle. — Le Méhauté : Hygiène des marins à bord du *Duguay-Trouin* (*suite*). — Bertrand : Dysenterie bacillaire et abcès du foie.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 7, 8 mars 1907.) Thomas (de Genève) : Contribution à la médication thyroïdienne. — (N° 8, 15 mars.) A. Robin : Traitement du tic douloureux de la face, de la sciatique et des névralgies du zona. — Foveau de Courmelles : Traitement électrique et radiothérapie des névralgies.

Bulletin médical. — (N° 19, 13 mars 1907.) Leven : L'hyperesthésie en pathologie générale et en clinique. — (N° 20, 16 mars.) Robert-Simon : Les déprimés au réveil. — Jean Poujol : Confirmation de la loi d'alternance dans la grossesse syphilitique. — (N° 21, 20 mars.) Raymone : Neurasthénie-syndrome. Neurasthénie simple, acquise ou accidentelle. — (N° 22, 23 mars.) Mayet : Lipomatose symétrique et lipome périostique. — Laroyenne : Contribution au traitement des polyadénomes du gros intestin. — Debrie : Accidents gastro-intestinaux et fièvre typhoïde à la suite d'ingestion d'huîtres.

Écho médical du Nord. — (N° 10, 10 mars 1907.) Potel : La douleur en chirurgie. — R. Le Fort : Un cas de genu recurvatum d'adaptation fonctionnelle chez un coxalgique ancien. — (N° 11, 17 mars.) Gaudier : Torticolis congénital gauche traité par la résection partielle du muscle sterno-mastoïdien (méthode de Mikulicz). — Malméjac : Sur les renseignements qui doivent accompagner les échantillons d'eau soumise à l'analyse.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 10, 10 mars 1907.) Aubaret : A propos des scotomes par éclipse solaire. — Lafon : Hémorragie de l'orbite par contusion. — (N° 11, 17 mars.) Anglade : La réforme du régime des aliénés. Examen du projet Dubief.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 10, 10 mars 1907.) Fieux : Les bassins asymétriques dans la pratique obstétricale. — (N° 11, 17 mars.) P. Lande : Cours de médecine légale. Leçon d'ouverture. — Fieux : Les bassins asymétriques dans la pratique obstétricale (*suite*).

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (N° 5, 10 mars 1907.) Just-Lucas-Championnière : Les tractions

rythmées de la langue et l'asphyxie. — CALOT : La manière de faire un appareil plâtré.

Journal des praticiens. — (N° 10, 9 mars 1907.) CALOT : Le traitement des adénites cervicales et les marques du cou. — (N° 11, 16 mars.) Paul RECLUS : Du rôle du médecin dans les accidents du travail. — CALOT : Le traitement des adénites cervicales et les marques du cou (*fin*). — HUCHARD : Sur la médication hypotensive. — (N° 12, 23 mars.) JOFFROY : La perte de mémoire du calcul comme signe précoce de l'affaiblissement intellectuel des paralytiques généraux. — GAUCHER : L'impétigo. — KIRMISSON : La macroglossie congénitale. — MONTEUUIS : Les bains d'air, de lumière et de soleil.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 10, 9 mars 1907.) J. GRASSET : La claudication intermittente des centres nerveux. — (N° 11, 16 mars.) H. DESPLATS : Du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. — H. GILLOT : Abcès latéro-pharyngiens d'origine bacillaire.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 10, 7 mars 1907.) DE MEYER : Sur un nouveau moyen de diagnostic des maladies du cœur. — (N° 11, 14 mars.) CANTINEAU : Ponction lombaire et cyto-diagnostic. — VANDERVELDE et NOEVER : Un cas de monothermie. — (N° 12, 21 mars.) VERHOOGEN : L'extirpation totale de la vessie. — Fritz DE BEULE : Un kyste volumineux du vagin observé et opéré. — DE GRAUWE : Note à propos des cas d'appendicite traités pendant les années 1905-1906.

Lyon médical. — (N° 10, 10 mars 1907.) René HORAND : Tuberculose inflammatoire de l'aponévrose palmaire. — (N° 11, 17 mars.) GOULLIOUD : Du cancer de l'ovaire au cours des cancers de l'estomac, de l'intestin et des voies biliaires.

Marseille médical. — (N° 6, 15 mars 1907.) BIDON : Symptomatologie des troubles du sommeil. — MONGES : Un cas de maladie de Hirschprung. — RISS : Un cas d'encéphalocèle traité par l'excision.

Montpellier médical. — (N° 5, 3 fév. 1907.) RODET et DELANOE : Recherche du bacille de Koch dans les poussières. — FUSTER : Le képhir. — (N° 6, 10 fév.) GRASSET : Appendicite, fièvre typhoïde, hystérie (*suite*). — FONZES-DIACON : La qualité du lait à Montpellier.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 12, 19 mars 1907.) MANCHOT : Sur la nutrition phosphorée et la thérapeutique phosphorée pendant l'enfance. — HANS : Causes primitives et secondaires du décanulement difficile au temps du sérum. — HAENTJENS : Sur le défaut de phagocytose dans la formation du complément. — TESCHEMACHER : Sur la continuation de la polyurie chez les diabétiques après la complète disparition de la glycosurie; transformation du diabète sucré en diabète insipide. — BAEUMLER : Rapport sur 350 extirpations du sac lacrymal. — DEUTSCHMANN : Traitement du décollement de la conjonctive. — LEICK : Traitement de la fièvre typhoïde par le pyramidon. — EISENBERG : L'iodofan. — BULL : Méningocèle vertébrale compliquée de tératome. — WAGNER : Un cas de polysérosité. — NAECKE : Contributions dermatologiques. — HORNUNG : L'aspirial comme analgésique dans la colique néphrétique. — VORSCHUTZ : La méningite et son traitement par la stase de Bier et la ponction lombaire.

Nord médical. — (N° 299, 15 mars 1907.) GALLOIS : A propos de deux cas de rétrécissement de l'urètre d'origine congénitale.

Pédiâtrie pratique. — (N° 6, 15 mars 1907.) PRIVAT : Comment, en pratique, on peut faire le diagnostic du mal de Pott chez les enfants. — BABONNEIX et BERTEAUX : Association chez une même malade d'une hémiplégie infantile ancienne et de symptômes récents d'une tumeur cérébrale.

Presse médicale. — (N° 21, 13 mars 1907.) COTTON et MOUTON : Les ultramicroscopes et les objets ultramicroscopiques. — HARET : Névralgie faciale et radiothérapie. — (N° 22, 16 mars.) PROUST : L'opération de Schuchardt-Schauta. Colpohystérectomie totale par voie vulvo-périnéale. — DESFOSSES : Examen clinique des régions scapulaires. — M. LETULLE : La stomatite mercurielle. — (N° 23, 20 mars.) BRAULT et AMEUILLE : Cancer massif du pancréas et diabète. — DESFOSSES et MARTINET : La sclérose ionique. — (N° 24, 20 mars.) HUCHET : Traitement chirurgical des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. — Paul LONDE : Hygiène infantile. Principes d'élevage au biberon. Prophylaxie de l'entérite infantile.

Province médicale. — (N° 10, 9 mars 1907.) ODDO et MONGES : Ictère grave dans un cas de lithiase biliaire. — PERRETIÈRE : Les causes médicales des maladies de la voix. — (N° 11, 16 mars.) P. CAVAILLON et A. CHABANON : Les suppurations rétro-péritonéales d'origine appendiculaire.

Revue de chirurgie. — (N° 3, 10 mars 1907.) TUFFIER, JARDRY et GY : De la calcification pleurale. — GUIBÉ : Volvulus de l'intestin grêle et de la partie initiale du gros intestin (*à suivre*). — BAUMGARTNER et HUGUIER : Les luxations sous-astragaliennes [14 fig. (*à suivre*)]. — MERCADÉ et LEMAIRE : Pathogénie de l'épanchement traumatique de sérosité. — DELAGE : L'évolution latente du pincement latéral de l'intestin dans les hernies étranglées (*à suivre*). — CAUBET : Sur l'architecture du cal (4 fig.). — DAMBRIN : Etude sur les luxations des cartilages semi-lunaires du genou (7 fig.) — LENORMANT : La colopexie, contribution à l'étude thérapeutique du prolapsus du rectum (*fin*). — BRÉCHOT : Contribution à l'étude de la pylorectomie dans les sténoses bénignes du pylore (*fin*).

Revue de médecine. — (N° 3, 10 mars 1907.) HAURY : L'épidémie de suette miliaire des Charentes (mai-juillet 1906), avec 4 cartes (*fin*). — LAIGNEL-LAVASTINE : La psychologie des tuberculeux. — MOLLARD et PETITJEAN : A propos d'un cas de lipomatose diffuse symétrique à prédominance cervicale. — DMITRENKO : Le rétrécissement mitral relatif. — VAPHIADÈS : Un cas de diabète insipide guéri par des injections mercurielles. — BUSQUET : Un cas de pouls lent permanent avec respiration périodique.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 10, 9 mars 1907.) NOQUET : Un cas de syphilis tertiaire précoce du voile du palais. — BONAIN : Pratique oto-rhino-laryngologique. — (N° 11, 16 mars.) Richard LUKE : Opérations pour vertiges et bourdonnements. — Richard H. JOHNSTON : Rhinite fibrineuse.

Revue neurologique. — (N° 4, 28 fév. 1907.) Henri LAMY : Deux observations cliniques de paralysie pseudo-bulbaire sans paralysie des membres. — Georges GUILLAIN et LAROCHE : Sur la pathogénie du tremblement mercuriel.

Revue scientifique. — (N° 10, 9 mars 1907.) G. LE BON : La lumière et les actions antagonistes des divesers parties du spectre. — R. LEGENDRE : La question du neurone. — J. ESCARD : Sur la formation du diamant et les moyens les plus propres à sa préparation artificielle. —(N° 11, 16 mars.) Armand GAUTIER : Ce qu'il convient de manger. — G. LE BON : La lumière et les actions antagonistes des diverses parties du spectre (*suite*). — Daniel BELLET : La marine de guerre japonaise et son expansion.

Semaine gynécologique. — (N° 11, 12 mars 1907.) PICHEVIN : Hystérectomie vaginale pour cancer utérin. — (N° 12, 19 mars.) PICHEVIN : Diagnostic et traitement de la rupture et de l'avortement tubaires. Avortement tubo-utérin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Billets simples de France en Espagne. — Les principales gares du réseau P.-L.-M. (Paris, Dijon, Lyon, Marseille, etc.) délivrent des billets directs simples pour Barcelone. Consultez le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M.

— La Compagnie P.-L.-M. vient de publier un album artistique intitulé : *Mont-Cenis.*

Cet album, qui se compose de vingt vues reproduites en phototypie, est mis en vente au prix de 1 franc dans les bibliothèques des principales gares du réseau; il est envoyé également à domicile sur demande accompagnée de 1 fr. 15 en timbres-poste et adressée au service central de l'exploitation, 20, boulevard Diderot, à Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT DE L'HOSPICE DE BRÉVANNES. — Question donnée : « Col de l'utérus. — Cancer de l'utérus. »

Ordre de lecture des copies : MM. Castéran, Bougeant, Lemercier, Vouzelle, Gosselin, Lenormand, Presbéanu, Ferté, Sicard, Cloquet, Lerat, Dessaix, Renault, Brenac, Séguinot.

Séance du 8 avril. — MM. Castéran, 26 ; Lemercier, 25 ; Bougeant, 21 ; Gosselin, 20 ; Vouzelle, 16.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 5 avril 1907 :

M. Messerer, médecin-major de première classe aux salles militaires de l'hospice mixte d'Epinal, est désigné pour être détaché pendant les saisons thermales de 1907, à l'hôpital de Bourbonne-les-Bains, en remplacement de M. le médecin-major de première classe Bazin.

— Par décision de 9 avril 1907 :

MM. les médecins principaux de deuxième classe André, affecté, pour ordre, à l'hôp. milit. de Bourges ; Boisson, nommé médecin-chef de l'hosp. mixte de Dijon.

M. le médecin-major de première classe Martin, nommé major de l'Ecole milit. de Lyon.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Arnavielhe, passe au 98e d'inf. ; Althoffer, au 2e étr. ; Jaulmes, au 7e bat. de chass. à pied ; Trutié de Vaucresson, au 7e d'art. ; Uzac, au 23e d'art. ; Gimazane, au 34e d'inf.

MM. les médecins aides-majors de première classe Thollon, passe au 83e d'inf. ; Julien-Laferrière, aux hôpit. de Tunisie ; Flach, au 4e bat. d'inf. légère d'Afrique.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Camus, passe au 23e bat. de chass. à pied ; Saffores, à l'hosp. mixte de Dijon ; Barthès, au 132e d'inf.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. le professeur E.-T. Hamy commencera son cours d'anthropologie le jeudi 11 avril 1907, à trois heures, dans l'amphithéâtre des nouvelles galeries, rue de Buffon, n° 2, et le continuera les samedis, jeudis et mardis suivants, à la même heure.

Le professeur exposera les progrès les plus récents accomplis dans l'étude de l'anthropologie de l'ancien monde, en insistant plus spécialement sur les questions relatives aux populations de l'Europe occidentale et de la France en particulier.

SOCIÉTÉ VÉGÉTARIENNE DE FRANCE [24, rue Charlot, Paris (IIIe)]. — Une conférence sera donnée le 20 avril 1907, à huit heures et demie précises du soir, à la Société des agriculteurs de France, 8, rue d'Athènes, par M. le docteur Suarez de Mendoza : « Ce que les mères de famille doivent savoir pour défendre leurs foyers contre les grands fléaux du XXe siècle. »

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie organise, avec le concours de l'agence des voyages modernes, les excursions suivantes :

1° *Dalmatie, Bosnie, Herzégovine.* — Départ de Paris, le 19 avril. Retour le 24 mai 1907. Durée de l'excursion : 37 jours. Prix en 1re classe (tous frais compris) : 1 800 francs.

2° *Corse.* — Départ de Paris le 20 avril. Retour le 6 mai. Durée de l'excursion : 17 jours. Prix (tous frais compris) : 1re classe, 590 francs ; 2e classe, 530 francs.

3° *Venise. Les lacs italiens.* — Départ de Paris le 18 mai. Retour le 31 mai. Durée de l'excursion : 14 jours. Prix (tous frais compris) : 1re classe, 550 francs ; 2e classe, 480 francs.

S'adresser pour renseignements et billets aux bureaux de l'agence des voyages modernes, 1, rue de l'Echelle, à Paris.

RÉSECTION TOTALE DE L'ESTOMAC

POUR

CANCER EN NAPPE

MORT

Par Victor PAUCHET (d'Amiens),

et le professeur HAUTEFEUILLE,

Médecin des hôpitaux d'Amiens.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer une quarantaine de résections de l'estomac ; presque toutes ont trait à des gastro-pylorectomies plus ou moins étendues. Nous pratiquons l'opération de la façon suivante : ligature de la coronaire stomachique et de la gastro-épiploïque gauche. Section de la petite tubérosité de l'estomac à deux ou trois doigts des lésions. Fermeture en cul-de-sac de l'estomac, après avoir jeté dans sa cavité une pièce du bouton de Murphy. Libération de la masse gastro-pylorique malade. Ligature de la gastro-épiploïque droite. Section du duodénum. Fermeture en cul-de-sac du duodénum après avoir jeté la seconde pièce du bouton dans sa cavité. Forage d'un trou au thermo dans la paroi postérieure de l'estomac et sur la paroi antérieure du jéjunum. Coaptation des deux pièces du bouton à travers ces trous. L'opération complète demande trois quarts d'heure. Les résultats immédiats et éloignés sont très bons.

Nous avons pratiqué deux fois seulement la résection totale de l'estomac. Le premier cas relaté, il y a cinq ans à la Société de chirurgie, est celui d'une femme de trente-six ans qui mourut de récidive hépatique, six mois après l'opération.

Notre second cas fut opéré, il y a un mois. Il mourut le cinquième jour de congestion pulmonaire. L'autopsie montra l'intégrité de la séreuse péritonéale et la bonne coaptation produite par les boutons et les sutures. Voici l'histoire de ce malade (Hautefeuille) :

Il s'agit d'un homme de cinquante-six ans, de constitution très robuste, boulanger de profession, n'ayant eu aucune maladie antérieure. Son estomac a toujours bien fonctionné. Il n'a jamais eu de vomissements ni de troubles dyspeptiques d'aucune sorte. Brusquement, au mois de novembre 1906, il commence à perdre l'appétit, et en très peu de temps l'anorexie devient absolue. Ses forces diminuent, il maigrit rapidement. Cependant l'estomac tolère les liquides. Les œufs, potages, purées, pris en petite quantité sont conservés, mais les aliments solides, pain, viande, sont souvent rejetés presque aussitôt après le repas.

Le malade a des pituites continuelles, il crache continuellement une sécrétion visqueuse.

A intervalles périodiques de plus en plus rapprochés, d'abord tous les dix jours, puis tous les quatre ou cinq jours, il a une sorte de débâcle ; il vomit en trois ou quatre reprises, un demi-litre environ de liquide glaireux ne contenant pas ou peu de résidus alimentaires.

Il ne se plaint d'aucune douleur à l'estomac, il a de la constipation explicable par son inanition relative.

Nous examinons le malade au mois de janvier.

Il est assez émacié, un peu pâle, mais n'a nullement la teinte jaune paille des cancéreux. Ni à l'inspection, ni à la palpation, on ne constate de saillie anormale dans l'abdomen.

L'estomac est plutôt petit, il ne clapote pas.

Par le cathétérisme fait à jeun, nous ne retirons qu'une petite quantité de liquide visqueux, pas de résidus alimentaires.

Le contenu stomacal retiré une heure après un repas d'épreuve comprenant 125 grammes de pain et 300 grammes de thé, est analysé par M. Pancier, professeur de chimie à l'Ecole de médecine. L'analyse donne les résultats suivants :

Liquide filant, de couleur jaune pâle, d'aspect louche, contenant du pain non digéré, à réaction nettement alcaline. L'analyse qualitative donne :

Pas d'acide chlorhydrique libre.
Pas d'acides lactique, butyrique ni acétique.
Traces de glucose.
Pas de peptone.

L'analyse quantitative donne comme résultats :

A (acidité) : 0 (la réaction est alcaline).
T (chlore total) : 0,454.
H (chlore de HCl) : 0.
C (chlore combiné organique) : 0,064.
F (chlore des chlorures) : 0,390.

Des fragments d'albumine ont été soumis à la digestion artificielle :

α. 10 centimètres cubes de liquide gastrique : pas de digestion ;

β. 10 centimètres de liquide gastrique + III gouttes d'HCl : digestion très lente ;

γ. 10 centimètres cubes de liquide gastrique + III gouttes d'HCl + 0,05 pepsine : digestion rapide.

L'examen microscopique montre : des filaments de mucus, quelques cellules épithéliales, de nombreux grains d'amidon, des cellules de levure.

Le liquide d'un vomissement pituiteux matinal a également été examiné.

Sa réaction est également alcaline.

Il contient une très grande quantité de mucus, pas de résidus alimentaires.

Des essais de digestion artificielle ont donné un résultat en ajoutant une quantité d'HCl suffisante pour acidifier le liquide.

La conclusion de ces analyses chimiques est donc hypochlorhydrie très marquée, hypersécrétion de mucus, hypopepsie mais non apepsie, indiquant une atrophie très marquée des glandes et leur transformation muqueuse.

L'absence de stase alimentaire, la petitesse de l'estomac nous font écarter la sténose du pylore.

Les résultats de l'examen du suc gastrique peuvent aussi bien se rapporter à une gastrite qu'à un cancer de l'estomac.

Nous n'avons ni douleurs, ni hématémèse, ni tumeur palpable.

Cependant, le début brusque chez un homme bien portant, l'évolution extrêmement rapide, l'anorexie absolue, la gastrosuccorrhée muqueuse survenue très rapidement nous font penser plus volontiers à un cancer au début.

Le traitement médical par HCl et la dyspeptine n'ayant amené aucune amélioration, l'intervention chirurgicale est décidée.

Laparotomie médiane (Pauchet). — On trouve un estomac de volume inférieur à la normale, rouge, vascu-

larisé, œdémateux, épaissi. La consistance ferme et l'épaisseur de l'organe vont en diminuant depuis le pylore jusqu'au cardia, mais l'ensemble de l'organe, même dans la partie la moins malade, donne l'impression de carton mouillé.

Nous prévoyons une ablation laborieuse. Pas de semis cancéreux sur le péritoine, pas de ganglions prévertébraux, pas de ganglion sus-hépatique.

Pour faire cette gastrectomie, nous ne la pratiquons pas comme habituellement. Nous exécutons cette opération comme l'hystérectomie vaginale, c'est-à-dire de bas en haut en hémostasiant et en coupant au fur et à mesure les attaches sérovasculaires. Nous commençons à sectionner et à fermer en cul-de-sac le duodénum, puis nous « accouchons » peu à peu et péniblement l'estomac, en sectionnant ses ligaments péritonéo-vasculaires. Nous arrivons ainsi jusqu'au cardia, jusqu'au diaphragme. Nous conservons une collerette stomacale haute de deux travers de doigt à peine, juste pour enfouir sur un surjet la pièce du bouton de Murphy.

Nous prenons ensuite une anse jéjunale et l'adaptâmes au moignon stomacal à l'aide de la seconde pièce du bouton. Cette coaptation est extrêmement délicate. Un second bouton (très petit modèle) est placé entre l'anse ascendante et l'anse descendante du jéjunum. Nous pratiquons sur la paroi abdominale une contre-ouverture punctiforme, au ras du rebord costal gauche, sur la ligne axillaire postérieure. Nous passons un drain par ce trou, et le ventre est fermé par un plan de suture.

L'opération dura une heure quarante. Le malade se remonta très vite. Il but immédiatement et absorba pendant quatre jours 7 à 8 litres de liquide sans éprouver de régurgitation. Le troisième jour, l'oppression commença. Le malade présenta à droite des signes de pneumonie et succomba le cinquième jour.

L'autopsie ne révéla que de la congestion pulmonaire. Boutons et sutures avaient très bien tenu.

Examen macroscopique (Hautefeuille). — L'estomac est petit, il mesure 24 centimètres le long de la grande courbure, 14 centimètres le long de la petite courbure, 9 centimètres de diamètre vertical.

Ouvert suivant la grande courbure, il ne nous montre aucune tumeur saillante. Sa paroi est épaissie, elle est dure, crie à la coupe.

La face interne de la muqueuse est seulement ridée, de couleur jaune pâle, et présente une grande plaque violacée, ecchymotique à l'endroit de la grosse tubérosité.

Le pylore est un peu rétréci. La muqueuse dans cette région est mamelonnée, présente des bosselures irrégulières anormales.

En somme, pas de tumeur nettement apparente, muqueuse d'aspect normal, sauf dans la région pylorique.

L'examen histologique montre d'abord dans la région pylorique :

La muqueuse très épaissie avec des lésions de gastrite interstitielle prédominante; les tubes glandulaires sont rares, étouffés par une infiltration embryonnaire abondante.

Par endroits on trouve encore des débris de tubes pénétrant en profondeur jusqu'à la muscularis mucosæ, mais les cellules glandulaires sont dégénérées, transformées pour la plupart en cellules muqueuses.

Dans presque toute l'étendue de la muqueuse pylorique on trouve seulement des infundibulums courts tapissés de cellules cylindriques. En dessous les tubes glandulaires sont remplacés par des boyaux allongés parallèles, représentant des tubes pleins, comblés par des éléments épithéliaux, petits, polyédriques, à noyaux volumineux. Ces amas cellulaires ont l'aspect caractéristique d'un épithélioma cylindrique tubulé.

Ces bourgeons épithéliaux ont pénétré à certains endroits à travers la muscularis mucosæ. On trouve inclus entre les fibres musculaires des amas épithéliaux alvéolaires.

La sous-muqueuse elle-même est infiltrée dans presque toute son étendue de cellules épithéliales atypiques, n'ayant plus l'aspect glandulaire. Ces éléments cancéreux forment par places des îlots distincts.

Dans la région cardiaque la muqueuse n'est pas épaissie. Les tubes glandulaires sont peu atrophiés. On distingue encore des cellules principales et des cellules bordantes intactes. Cependant certains tubes présentent un grand nombre de cellules muqueuses.

Dans la partie profonde de la muqueuse, on trouve des amas lymphoïdes nombreux, indiquant l'inflammation interstitielle.

Ces amas se retrouvent dans la sous-muqueuse; ils semblent avoir passé au travers de la muscularis mucosæ.

Nous trouvons de plus disséminés dans le tissu conjonctif des petits amas de cellules épithéliales atypiques. En quelques endroits ces cellules ont détruit la muscularis et commencent à envahir la muqueuse. Nous avons donc affaire à un cancer diffus paraissant avoir son point de départ dans la région pylorique sous forme d'épithélioma cylindrique tubulé.

Ces éléments en pénétrant dans la sous-muqueuse ont pris la forme de cellules atypiques.

L'infiltration s'est transmise par les lymphatiques de la sous-muqueuse dans toute l'étendue de l'estomac jusque dans la région cardiaque. Dans cette région, la muqueuse est encore peu altérée; les éléments cancéreux commencent seulement à y pénétrer à travers la muscularis mucosæ.

SOUDURE COMPLÈTE DU VOILE DU PALAIS
A LA
PAROI POSTÉRIEURE DU PHARYNX

Par M. BONNETTE,
Médecin-major de deuxième classe.

Le soldat L..., d'un régiment d'infanterie, se présente un jour à notre visite, se plaint de quintes de toux, qui l'empêchent de dormir depuis plusieurs nuits.

En présence de signes d'auscultation négatifs et

frappé par le timbre de sa voix « amygdalienne »; nous examinons aussitôt son arrière-gorge et nous constatons une *soudure complète du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx.*

Au régiment depuis quatorze mois, cet homme a régulièrement accompli son service et n'a fait que deux courts séjours à l'infirmerie pour des bronchites légères.

Antécédents héréditaires et personnels. — Fils d'un père rhumatisant et d'une mère morte probablement tuberculeuse, L... ne se rappelle pas avoir été malade avant l'âge de dix ans.

A cette époque, il fait une chute sur le tibia gauche, qui détermine une ostéo-périostite de longue durée. Sur la crête du tibia on voit encore une cicatrice brillante, nacrée de 10 centimètres de long sur 3 centimètres de large.

A dix-huit ans, il contracte un chancre, qui fut bientôt suivi d'angine, d'enrouement, de déglutition pénible. Sous l'influence du repos et du régime lacté les phénomènes inflammatoires s'amendaient pour reparaître ensuite avec une nouvelle intensité. Ce qui l'effraya le plus fut le rejet par le nez des boissons ingérées.

Les douleurs devenant intolérables et sa gorge étant *en feu*, L... va consulter un médecin qui lui ordonne des gargarismes, des pilules et des frictions mercurielles.

Ce traitement régulièrement suivi pendant trois mois calme assez vite les douleurs, améliore l'état local et général, mais ne modifie guère les symptômes fonctionnels déjà observés (anosmie, catarrhe naso-pharyngien, ozène, obtusion de l'ouïe et nasonnement de la voix).

En quatre mois ce processus ulcératif avait donc provoqué et créé la malformation pharyngienne que nous allons décrire :

Actuellement, la luette, les amygdales, les piliers n'existent plus et sont remplacés par un voile fibro-musculaire rigide, tendu entre la voûte palatine et la paroi postérieure du pharynx.

Ce diaphragme, très peu dépressible à la pression, est constitué par des bandes musculaires rosées, unies et séparées par des bandes fibreuses, blanchâtres. Ces bandes sensiblement parallèles partent du bord postérieur de la voûte palatine, se ramifient sur leur parcours et descendent verticalement en bas et en arrière, pour se souder à la paroi postérieure du pharynx.

Les bandes musculaires prédominent sur les côtés et les bandes fibreuses au centre.

A la partie supérieure et médiane du voile du palais, il existe une petite dépression fibreuse, des dimensions d'un pois, que le stylet ne peut franchir et qui nous paraît être le dernier vestige de la perforation palatine.

Les troubles fonctionnels intéressent à la fois la respiration, l'olfaction et l'audition.

La *respiration* est buccale. Le malade vit et dort avec la bouche ouverte. Au réveil, il se plaint d'une sensation pénible de sécheresse à la gorge. Pas de susceptibilité pulmonaire particulière.

La *voix* est un peu modifiée par le défaut de résonnance, résultant de l'obturation des fosses nasales. Le timbre des labiales et des gutturales n'est guère changé, mais celui des nasales est au contraire profondément altéré. Néanmoins le malade s'exprime assez clairement.

L'*olfaction* n'est point abolie, mais par suite de la suppression du courant d'air nasal, les particules odorantes ne viennent plus impressionner la muqueuse de Schneider. Pour percevoir les odeurs, le malade est obligé de recourir au stratagème suivant : quand il fume, par exemple, il projette la fumée de sa cigarette dans ses fosses nasales.

Cette occlusion complète du nez a pour conséquences d'abolir chez lui le sens du goût et de créer un peu d'ozène, pas trop gênant pour ses voisins de lit.

L'*ouïe* est assez affaiblie : à l'exercice L... est obligé d'être très attentif aux gestes et surtout aux mouvements des lèvres de ses instructeurs. A l'otoscope, les tympans ne présentent rien d'anormal, la transmission osseuse est intacte, aussi cette diminution auditive semble être due à l'atrésie des orifices palatins des trompes d'Eustache.

L'examen des divers appareils ne donne lieu à aucune remarque spéciale : l'état général du malade est bon, malgré cette malformation pharyngienne.

Dans cette observation médicale, deux faits nous paraissent devoir être mis en lumière : d'une part la rareté de cette obstruction complète, d'autre part sa compatibilité exceptionnelle avec le service militaire.

Les cas de symphyse totale du pharynx sont en effet plus fréquents et avec Julien nous pouvons répéter que *si les cas de diaphragme incomplet s'observent journellement, les cas d'adhérence complète sont très rares.*

Julius Paul (de Breslau) en 1865 et Mauriac, dans son *Traité de la syphilose pharyngo-nasale*, ont les premiers décrit quelques cas de cette grave malformation.

Depuis lors, Meyer dans *The New-York medical Record*, Leroux dans le *Journal des connaissances médicales*, 1880, Fournier dans les *Annales de dermatogie et de syphiligraphie* ont publié de nouvelles observations.

Enfin en 1904, Cartaz a étudié dans les *Archives de laryngologie* cette terminaison fâcheuse des affections ulcéreuses de la gorge. Il a pu en réunir une quarantaine de cas dont un lui est personnel.

Dans toutes ces observations d'occlusion complète les troubles fonctionnels sont portés à leur maximum : la parole, la déglutition, la respiration sont profondément modifiées et gênées. Tel n'est pas le cas de notre malade, puisque L... a pu accomplir ses trois ans de service, sans fatigue bien marquée.

Ce qui nous surprend, c'est que cette malformation ait pu être dissimulée et passer inaperçue au conseil de revision et à la visite d'incorporation.

Nous voulions présenter cet homme à la réforme, mais devant les supplications réitérées de ce malheureux, qui préférait selon son expression « la caserne à la rue », devant l'absence de toute perturbation organique sérieuse, devant son ozène peu marqué, nous avons cru devoir céder à ses désirs

par humanité, tout en le surveillant attentivement et en lui faisant donner à l'infirmerie une douche nasale journalière, pour éviter l'accumulation des mucosités dans ses fosses nasales closes.

De plus, comme les troubles fonctionnels n'étaient pas très profonds chez notre malade, nous n'avons pas jugé utile de lui proposer une staphylo-uranoplastie dont les nombreux procédés sont trop souvent impuissants *à maintenir à l'état permanent la voie qu'ouvre l'instrument tranchant au milieu de ces tissus cicatriciels, qui ont la plus grande tendance à s'unir de nouveau* (*Journal* de Lucas-Championnière, art. 15573).

L'évolution de cette affection a été particulièrement rapide (quatre mois), mais ce fait a été déjà signalé dans plusieurs observations antérieures.

Seule, la syphilis héréditaire ou acquise peut créer un tel processus ulcératif dans l'isthme du pharynx.

Enfin, le traitement spécifique paraît ici avoir enrayé promptement la fonte du voile du palais, mais il semble aussi avoir favorisé la soudure complète de ces débris palatins au pharynx.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 AVRIL 1907)

La sérothérapie dans le traitement de la dysenterie bacillaire. — M. VAILLARD, en son nom et au nom de M. Dopter, nous a fait une nouvelle communication très intéressante sur ce sujet.

Les auteurs avaient présenté l'an dernier les premiers résultats obtenus chez l'homme par l'emploi du sérum de cheval immunisé par le bacille dysentérique ; depuis lors ils ont traité 243 cas de dysenterie bacillaire ainsi répartis : 200 d'entre eux concernant des adultes, des enfants traités par eux ou des praticiens dans divers centres épidémiques, les 43 autres concernent des dysentériques observés dans des asiles d'aliénés.

Dans le premier groupe, 99 cas appartenaient à des formes très graves ; 25 étaient considérés comme voués à une mort certaine ; 10 décès seulement ont été enregistrés, en y comprenant ceux qui sont survenus chez des sujets presque mourants au moment où le sérum a été injecté (6 cas). La mortalité a donc été fortement abaissée.

MM. Vaillard et Dopter insistent sur le soulagement presque immédiat survenant à la suite de l'injection de sérum et sur la rapidité de la guérison. En quelques heures les douleurs abdominales, les épreintes, le ténesme sont apaisés ; le nombre parfois colossal des selles fléchit brusquement pour s'abaisser bientôt à quelques unités, puis à une selle normale en vingt-quatre heures. L'état général se modifie parallèlement. Cette amélioration rapide se fait sentir d'une façon saisissante dans les cas traités antérieurement sans succès par les méthodes habituelles. De semblables résultats ont été enregistrés non seulement par les auteurs, mais aussi par les praticiens auxquels le sérum antidysentérique a été confié.

Dans le deuxième groupe se rangent les cas traités dans les asiles d'aliénés où la dysenterie est particulièrement grave, surtout quand il s'agit d'aliénés infirmes, gâteux, cachectiques ; les résultats ont été moins satisfaisants, bien que, ici encore, la mortalité ait été très amoindrie.

Les effets du sérum sont d'autant plus prompts et décisifs qu'ils interviennent plus près du début de la dysenterie ; plus tôt il est injecté, plus la guérison est rapide et sûre. Il importe encore de proportionner les doses à l'intensité de l'affection et si la détente n'est pas jugée suffisante, de renouveler les injections au besoin pendant plusieurs jours consécutifs. C'est à ces conditions que le sérum, rationnellement utilisé, peut juguler les formes les plus rebelles et les plus graves ; la sérothérapie antidysentérique constitue le seul remède vraiment spécifique de la dysenterie bacillaire. Il est destiné à soulager beaucoup les souffrances des malades et à épargner un certain nombre de vies humaines.

M. F. WIDAL rapporte le fait d'un malade atteint d'une dysenterie bacillaire très grave auprès duquel il ne fut appelé qu'un mois après le début des accidents. Il le soumit aussitôt aux injections sous-cutanées de sérum antidiphtérique à la dose de 40 centimètres cubes par jour. Dès le lendemain, les selles qui étaient sanglantes et très abondantes se modifièrent ou diminuèrent, les coliques qui étaient très vives cédèrent. Ce malade reçut en quinze jours environ 200 centimètres cubes de sérum et fut complètement guéri.

Il est bien entendu qu'il faut, dans les cas de dysenterie bacillaire, recourir le plus tôt possible à la sérothérapie. Mais le fait de M. Widal prouve, que même après un mois, ce mode de traitement peut encore se montrer très efficace.

M. CHAUVEL qui a été témoin, en Bretagne, d'épidémies locales très graves et très meurtrières de dysenterie bacillaire, émet le vœu que les médecins de ce pays et en particulier M. Marchais reçoivent une quantité de sérum suffisante pour traiter leurs malades.

M. VINCENT cite plusieurs faits qui viennent à l'appui de l'opinion soutenue par M. Vaillard. Il semble bien établi que la sérothérapie se montre très efficace contre la dysenterie bacillaire. Mais à côté des cas graves dont on a parlé, il y a les formes chroniques, rebelles. Ces formes sont-elles également justiciables de la sérothérapie ? Telle est la question que pose M. Vincent. On sait que le sérum antidiphtérique se montre moins efficace contre certaines formes de diphtéries chroniques. Il se pourrait qu'il en fût de même pour le sérum antidysentérique. Cependant M. Vincent cite le cas d'un gendarme atteint depuis cinq mois de diarrhée dysentérique qui fut très rapidement guéri après quelques injections de sérum antidysentérique.

ANALYSES

MEDECINE

Ophtalmie purulente due au bacille fusiforme de Vincent, consécutive à une rougeole. (Accad. dei Fisiocritici di Siena, 24 nov. 1906.) — Chez un enfant de neuf mois guéri d'une rougeole typique, A. BERTOZZI vit survenir une ophtalmie purulente de l'œil droit. L'enfant étant vigoureux et ne présentant aucun trouble général, comme d'autre part l'état local n'était pas alarmant, on se contenta d'appliquer des compresses froides au formol. Pendant quelques jours une légère amélioration se produisit, puis l'état de l'œil empira, la fièvre

s'alluma et l'enfant devint agité ; on intervint donc chirurgicalement.

Une partie des tissus enflammés ayant été recueillie aseptiquement, on en fit des examens microscopiques et on pratiqua des ensemencements; les deux procédés démontrèrent la présence du seul bacille fusiforme de Vincent.

Il est probable que la porte d'entrée, en ce cas d'ophtalmie purulente métastatique, fut la muqueuse buccale, toujours intéressée dans la rougeole. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Description de deux nouveaux cas de granulome à coccidies. (Philips King BROWN. *The California State Journal of Medicine*, déc. 1906, vol. IV, n° 12, p. 324.) — Ces deux cas constituent les dix-septième et dix-huitième observations de cette curieuse affection spéciale à la Californie. Brown a réuni tous les cas publiés en un tableau, et de l'étude de ces 18 observations on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Cette affection se montre chez des sujets de n'importe quelle origine, mais ayant tous séjourné en Californie, surtout aux environs de Los Angeles. Sur les 18 malades 14 avaient séjourné pendant un temps plus ou moins long à San Joaquin Valley ;

2° L'affection a débuté 5 fois par des lésions de la peau, 12 fois par des lésions pulmonaires;

3° Ces lésions ressemblent à la syphilis ou à la tuberculose et évoluent lentement;

4° Elles se propagent soit de proche en proche par les lymphatiques (chaînes ganglionnaires, adénites, abcès, nodules), soit à distance (lésions viscérales, osseuses, nodulaires ou suppurées);

5° L'affection a duré toujours plusieurs mois et s'est toujours terminée par la mort, sauf dans un cas où le diagnostic des lésions siégeant sur la peau du cou-de-pied ayant été fait, une amputation précoce de jambe a enrayé la marche de la maladie;

6° La culture du pus recueilli a, d'une façon constante, donné lieu à la pullulation de coccidies. M. LANCE.

La pression sanguine chez les phtisiques. (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 9 déc. 1906, n° 147.) — D'une série d'expériences minutieusement contrôlées, le docteur Gaetano BOSCHI tire les conclusions qui suivent :

Chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire on n'observe jamais d'hypertension.

L'hypotension existe dans 71 p. 100 des cas.

Il est très probable que la pression sanguine la plus élevée se rencontre dans les cas où le processus ulcératif a la marche la plus lente et où il est combattu par une tendance notable à la sclérose, et encore mieux là où la tendance à la sclérose l'emporte. Quand donc chez un phtisique on trouve une tension artérielle normale, il est probable que les lésions pulmonaires ulcératives sont accompagnées d'un notable processus sclérosant ou que celui-ci tend à l'emporter.

On ne peut établir un rapport entre l'état de la pression sanguine et l'émission de stases sanguinolentes dans les crachats.

Il n'existe aucun rapport entre l'état de la pression sanguine et la fréquence du pouls, de la respiration, la marche de la température chez le même sujet tuberculeux.

Les différences que la moyenne de la pression sanguine présente entre un sujet tuberculeux et un sujet qui ne l'est pas n'ont aucun rapport avec les différences que présentent chez les mêmes individus les moyennes de la fréquence du pouls et de la respiration, le degré des températures matutinale et vespérale. A. GAULLIEUR L'HARDY.

CHIRURGIE

A propos d'un cas de cirrhose de l'estomac. (John G. SHELDON. *Annals of Surgery*, vol. XLIV, n° 5, nov. 1906, p. 666-668.) — L'existence de la sclérose totale non néoplasique de l'estomac, admise par Andral, Cruveilhier, Brinton, Einhorn, niée aujourd'hui par beaucoup d'autres, Allemands surtout, est affirmée par Sheldon d'après un cas où il y avait douleur intense, vomissements constants et émaciation considérable; et où la laparatomie pratiquée il y a près de quatre ans (janv. 1903) montra un estomac très petit, à parois très épaisses et indurées, présentant à la coupe l'aspect fibreux. La muqueuse était lisse et atrophiée. Une gastro-entérostomie fut pratiquée. Comme aujourd'hui le malade se porte parfaitement bien, l'auteur ne peut admettre qu'il s'agisse là de carcinome diffus de l'estomac, affection à laquelle les théories modernes s'efforcent de rattacher la linite plastique et autres scléroses de l'estomac. Il y a dans la rétraction de l'estomac entraînant avec elle une presque totale oblitération du pylore, assez pour justifier les phénomènes d'obstruction et de cachexie que présentait le malade. F. GARDNER.

OTO RHINO-LARYNGOLOGIE

Résection cranienne pour ostéomyélite diffuse de la mastoïde et de l'écaille occipitale. Phlébite du sinus latéral et du golfe de la jugulaire. (G. LAURENS. *Revue hebdom. de laryng.*, 6 oct. 1906.) — Il s'agit d'un enfant de six ans, atteint d'accidents aigus de mastoïdite compliquée de nécrose osseuse de la plus grande partie de l'écaille de l'occipital; opéré, le lendemain, l'enfant est pris de frisson, d'agitation, de fièvre élevée; on ouvre le sinus latéral au niveau de son coude, on y trouve du pus sur une longueur de 1 centimètre environ.

Le sang faisant irruption, après son incision, par le bout périphérique et le bout central, on tamponne sans lier la jugulaire. La température persistant, quatre jours après, on dénude la jugulaire au-dessus du tronc thyro-linguo-facial, elle n'est pas thrombosée, on ne la ligature pas.

Les accidents septicémiques augmentant d'intensité : frissons, sueurs, température de 41 degrés, hépatomégalie, etc., on se décide à explorer la partie descendante du sinus latéral et du golfe de la jugulaire, on trouve le sinus manifestement thrombosé jusqu'au golfe; il est incisé, vidé de ses caillots et cureté. Le golfe est ouvert au bistouri et comme il n'est pas thrombosé, la jugulaire n'est pas liée.

Le tableau clinique le lendemain est celui de la méningite la plus typique : cris continus, céphalée extrême, photophobie, attitude en chien de fusil, raideur intense et très douloureuse de la nuque, inégalité pupillaire, agitation, respiration de Cheyne-Stockes, pouls 180, température 41 degrés. Ces symptômes durent deux jours puis, font place à des symptômes de septicémie pure, frissons, pâleur infectieuse et syncopale, oscillations de 4, 5 ou même 6 degrés de température dans la même journée; un mois après, les symptômes s'amendèrent et la convalescence s'établit d'une manière définitive. A noter la la reconstitution de la paroi cranienne aux dépens du périoste qui avait été conservé pendant la rugination des os.

P. VIOLLET.

Kératose oblitérante. (G. Sterling RYERSON. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, vol. XLVII, 22 déc. 1906, n° 25, p. 2051-2052.) — C'est le nom donné par Wreden aux proliférations

épidermiques qui oblitèrent l'oreille externe. Elles sont rares, mais peuvent donner au praticien quelques ennuis. Elles sont alliées au cholestéatome. Généralement elles apparaissent après une longue suppuration de l'oreille; l'auteur relate deux cas, où il ne semblait pas y avoir de participation de l'oreille moyenne; tous les symptômes s'amendèrent après l'ablation du bouchon épidermique. Dans un des cas, les symptômes étaient aigus et faisaient craindre une mastoïdite. La thérapeutique est parfois difficile : les injections ne donnent pas grand'chose. Le mieux est de les enlever à la pince, mais souvent le simple contact d'un instrument sur ce bouchon est horriblement douloureux. Souvent le centre dégénère et devient graisseux. Alors en appliquant sur ce milieu un tampon de coton, monté au bout d'un stylet et imbibé de potasse caustique, on le transforme en savon que l'on peut dissoudre et enlever, puis on attaque les strates d'épithélium de dedans en dehors avec les instruments. F. GARDNER.

LIVRES NOUVEAUX

Le béribéri (1), par JEANSELME.

Le béribéri fait, chaque année, d'innombrables victimes parmi les races de couleur. Maladie de misère et de famine, il éclate dans les agglomérations de travailleurs indigènes toutes les fois que ceux-ci se trouvent dans des conditions défectueuses d'hygiène, et, frappant de préférence des hommes en pleine maturité, il constitue une des affections exotiques les plus meurtrières. Or, le béribéri est évitable, et l'on peut arrêter presque à coup sûr le développement des épidémies, à condition de le reconnaître de bonne heure. Aussi doit-on louer M. le docteur Jeanselme d'avoir écrit, sur cette maladie, une monographie des plus complètes et qui peut rendre les plus grands services aux médecins de nos colonies. Cette monographie, après avoir défini ce qu'il faut entendre par béribéri, en étudie le *domaine géographique*, les *symptômes moteurs*, et les *formes cliniques*, l'*évolution* et le *pronostic*. Au sujet du *diagnostic*, l'auteur mentionne les *polynévrites mépiédiques observées soit à bord des voiliers*, soit en Europe, *dans les asiles d'aliénés*. Au chapitre *anatomo-pathologique*, M. Jeanselme admet, conformément à l'opinion classique, l'origine polynévritique des troubles observés, tout en remarquant que, très vraisemblablement, le poison béribérique peut toucher, suivant les cas, soit le système nerveux tout entier, soit l'une seule de ses parties. L'*étiologie* distingue des causes prédisposantes, liés à la race, au sexe, à l'âge, et des causes efficientes d'origine alimentaire ou infectieuse. L'étude *prophylactique* et *thérapeutique* termine ce livre dont la lecture joint, selon la formule antique, l'utile à l'agréable.

La chimie alimentaire (2), par M. ROESER.

La chimie alimentaire est l'étude des transformations que subissent les aliments pendant le temps de leur séjour dans l'organisme. Ces transformations ne consistent pas, comme on l'a cru longtemps, en un simple choix des matières en vertu duquel l'animal sélectionne, dans ce qui lui est présenté tout ce qui est semblable à ses éléments constitutifs pour se l'adjoindre. Elles aboutissent, en réalité, à la désintégration plus ou moins complète de la substance ingérée et à la reconstitution, avec les éléments ainsi désagrégés, de composés d'une structure plus adéquate à celle de l'organisme. M. Roeser les étudie d'abord dans leurs moindres détails, examinant successivement la *digestibilité*, la *chimie digestive des hydrocarbonés*, celle *des albuminoïdes*, l'*absorption intestinale*, la *chimie du foie*, les *sucres de l'organisme*, les *albumines alimentaires*, les *aliments inorganiques*, les *aliments d'épargne*, l'*alcool*. Ces études lui permettent de déterminer *ce que nous devons demander aux aliments* et de conclure, avec l'ensemble des médecins, des hygiénistes et des physiologistes, qu'il ne peut y avoir d'aliment unique. L'alimentation complète, qui répond exactement aux exigences de la nutrition, devra donc se composer d'hydrates de carbone variés, sucrés et féculents, accompagnés des sels inorganiques abondants que fournit le règne végétal, de graisses et d'albuminoïdes également variées, de provenance animale et végétale, parce nous avons l'expérience de cette alimentation, et que nous ignorons les conditions d'une substitution rationnelle et profitable des divers albuminoïdes. L. BABONNEIX.

(1) In-8. — Paris, 1907, Masson et Cie.
(2) In-8°. — Paris, Maloine.

L'activité psychique et la vie (1), par M. BECHTEREW, traduit et adapté du russe par M. KÉRAVLA.

Pour Bechterew, la vie et le psychisme sont de simples dérivés de l'énergie. Toutes leurs manifestations relèvent de la seule énergie. Grâce au lien intime qui attache au métabolisme les phénomènes subjectifs, les phénomènes intérieurs que nous appelons psychiques sont les déterminants internes de tous les besoins en général, dits vitaux, et les stimulants des mouvements extérieurs de l'organisme. Telle est, en quelques mots, la théorie que l'auteur développe dans son livre. Il est facile d'en déduire que, chez les êtres rudimentaires, les phénomènes psychiques ne consistent qu'en un sens intime plus ou moins différencié, tandis que. chez les animaux supérieurs, le développement du système nerveux et des phénomènes intérieurs plus différenciés, aboutit au processus complexe de la pensée. L. GAYARD.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
DU 15 AU 20 AVRIL 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 15 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

1er (oral, 1re série) : MM. Delens, Cunéo et Macaigne; — (2e série) : MM. Walther, Rieffel et Branca.

3e (2e partie, oral) : MM. Brissaud, Roger et Marcel Labbé; — M. André Broca, suppléant.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Legueu et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Gaucher, Claude et Balthazard; — M. Proust, suppléant.

Mardi 16 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Fernand Bezançon et Maillard.

1er (oral, 1re série) : MM. Berger, Thiéry et Launois; — (2e série) : MM. Albarran, Retterer et Rieffel.

4e : MM. Chantemesse, Richaud et Balthazard; — M. Langlois, suppléant.

(1) In-8°. — Paris 1907, Coccoz.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Ricard et Morestin ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Marion et Auvray ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Dupré et Renon ; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 17 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Sébileau et Cunéo.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Legry et Macaigne.

1er (oral, 1re série) : MM. Delens, Retterer et Proust ; — (2e série) : MM. Lejars, Rieffel et Branca ; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 18 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Retterer et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Fernand Bezançon et Maillard.

1er (oral, 1re série) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Auvray ; — (2e série) : MM. Albarran, Launois et Morestin.

3e (2e partie, oral) : MM. Dieulafoy, Gouget et Carnot ; — M. Langlois, suppléant.

Vendredi 19 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Gaucher et Macaigne.

1er (oral, 1re série) : MM. Blanchard, Delbet et Rieffel ; — (2e série) : MM. Brissaud, Walther et Cunéo ; — (3e série) : MM. Auguste Broca, Sébileau et Branca.

2e : MM. Gariel, Ch. Richet et Retterer.

3e (2e partie, oral) : MM. Déjerine, Claude et Balthazard ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Mauclaire et Gosset ; — (2e série) : MM. Delens, Legueu et Proust ; M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Legry, suppléant.

Samedi 20 avril, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Retterer et Thiéry.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Desgrez et Fernand Bezançon.

1er (oral) : MM. Berger, Launois et Marion.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Méry et Renon ; — (2e série) : MM. Robin, Thiroloix et Jeanselme ; — M. Morestin, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Brindeau ; — M. Langlois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 17 avril 1907, à une heure. — M. Chirie. L'hypertension artérielle dans ses rapports avec les accès éclamptiques. (MM. Pinard, président ; Blanchard, Reclus et Potocki.) — M. Porée. Etude clinique de la maladie d'été des nourrissons. (MM. Blanchard, président ; Pinard, Reclus et Potocki.) — M. Lamotte. Des ruptures traumatiques de la vessie consécutives aux contusions abdominales. (MM. Reclus, président ; Pinard, Blanchard et Potocki.) — M. Lagrive. De la manière irraisonnée de comprendre la contagion de la tuberculose. (MM. Landouzy, président ; Brissaud, Roger et Marcel Labbé.) — M. Chopinet. La situation matérielle du médecin et les lois nouvelles. (MM. Brissaud, président ; Landouzy, Roger et Marcel Labbé.) — M. Gebert. De la valeur relative des injections locales et à distance dans les traitements de la sciatique. (MM. Roger, président ; Landouzy, Brissaud et Marcel Labbé.)

Jeudi 18 avril 1907, à une heure. — M. Le Roux. Cardiopathies et allaitement. (MM. Hutinel, président ; Robin, Vaquez et Brindeau.) — M. Roux. Valeur symptomatique et diagnostique des névralgies et en particulier de la névralgie iléo-lombaire dans les anévrismes de l'aorte descendante. (MM. Robin, président ; Hutinel, Vaquez et Brindeau.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVI, n° 11, 14 mars 1907.) F. H. Verhœff : Sclérite tuberculeuse, une forme de tuberculose communément méconnue (avec 2 fig.). — Boris Sidis : Etudes de psychopathologie (avec 1 fig.). — Douglas Graham : La valeur relative du massage, des exercices physiques et des bains dans le traitement des maladies du cœur. — James J. Putnam : De l'estimation de la pression sanguine des pulsations. — William E. Chenery : Une nouvelle disposition pour orienter aseptiquement le miroir frontal (1 fig.). — Harry C. Parker : Les symptômes oculaires et généraux dans l'obstruction nasale. Description d'un cas singulier.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 12, 21 mars 1907.) Lœffler : Le vingt-cinquième anniversaire de la découverte du bacille tuberculeux. — Starck : Le traitement par la strophantine intraveineuse. — Jordan : Traitement interne de l'appendicite et les indications opératoires. — Joseph : Un cas de carcinome gastrique métastatique. — Schereschewsky : Recherche du spirochæte pallida dans les frottis. — Mayer : Découverte de spirochètes dans le frambœsia tropica. — Schüler : Nouveaux appareils de cristal de roche pour le traitement des muqueuses par la lumière. — Klose : Un cas d'eczéma aigu après l'emploi de la lotion capillaire le « Javol ».

Semaine médicale. — (N° 11, 13 mars 1907.) Vaquez : Eclampsie puerpérale et tension artérielle. — (N° 12, 20 mars.) Cavaillon et Leriche : Mécanisme et pathologie des hernies du cæcum.

Tribune médicale. — (N° 10, 9 mars 1907.) Cornil : Sur deux cas de tuberculose musculaire. — Tuffier : Sur une méthode du traitement des vieilles fistules ano-rectales. — (N° 11, 10 mars.) Vaquez : La digitale. — (N° 12, 23 mars.) M. Dupré : Revue polyclinique des psychoses alcooliques (intoxication et dipsomanie). — (N° 13, 30 mars.) Broca : Fracture de cuisse avec cal angulaire. — Nobécourt et Rivet : Syndrome addisonien au cours de gastro-entérites infantiles graves.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 5, 15 mars 1907.) Bichaton : Trois cas de mycose des amygdales. — Holger Trautner : Etude sur l'étiologie et la pathologie générale de la goutte (*suite*).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 11, 14 mars 1907.) Eiselsberg et Hochenegg : L'institut impérial et royal de Vienne. — Winiwarter : Il y a trente-six ans. — Clairmont : Sur l'appendice vermiforme et la vessie comme contenus de hernie. — Bœse : Sur un cas de torsion pédiculaire d'un testicule ectopique sarcomateux. — Bass : Contribution à l'étude des rétrécissements de l'œsophage.

NOTES POUR L'INTERNAT

CAROTIDES PRIMITIVES

Les carotides primitives droite et gauche ont une origine distincte : en effet tandis que la droite émane du tronc artériel brachio-céphalique, la gauche émerge directement au niveau de la face supérieure de la crosse aortique : on conçoit que la carotide droite sera plus courte, elle sera uniquement cervicale, tandis que l'autre sera thoracique, puis cervicale.

DÉVELOPPEMENT. — Les deux carotides sont le vestige du troisième arc aortique, ou plus exactement de la partie antérieure du troisième arc ; les anomalies relativement fréquentes sont explicables par un vice de développement, soit que la carotide gauche naisse d'un tronc brachio-céphalique, soit que la carotide droite ait son origine sur la convexité de la crosse.

DIRECTION. TRAJET. — La carotide gauche est légèrement oblique, de droite à gauche, tant qu'elle est profonde, puis devient superficielle ou cervicale, elle est alors sensiblement verticale. La portion oblique de la carotide droite est beaucoup moins nette. Dans les cas habituels, les carotides se terminent au niveau d'une ligne horizontale menée par le bord supérieur du cartilage thyroïde; en ce point la carotide primitive se divise en carotide externe et interne, présentant toujours un point dilaté. Anel insiste sur cette augmentation de calibre, peut-être est-elle constante chez le vieillard, ou marque-t-elle un premier pas vers la dilatation anévrismale.

Bourgery faisait remarquer que la bifurcation carotidienne pouvait être très abaissée ou au contraire élevée, atteignant l'angle du maxillaire inférieur.

LONGUEUR. CALIBRE. — Longueur, 12 à 15 centimètres. Calibre, 12 millimètres.

COLORATION. — Sur le vivant, gris terne. Sur le cadavre, blanc mat.

RAPPORTS. — I. La portion thoracique de la carotide gauche est très profonde ; pour la découvrir, après avoir fait une brèche intéressant les trois premières pièces chondro-costales gauches, on trouve la graisse disposée en couches épaisses, et où l'on peut reconnaître des vestiges des lobules thymiques, puis ce sont les languettes pulmonaires droite et gauche, se portant à la rencontre l'une de l'autre, plus ou moins fusionnées, même réunies pour Dupuy par un ligament interpleural antérieur. On dilacère ce tissu et on arrive sur une grosse veine, coupant obliquement la région, se dirigeant de la moitié gauche vers la moitié droite du thorax; c'est la *veine innominée gauche* formant avec la veine innominée droite la veine cave supérieure.

La veine innominée gauche est rejointe par des affluents nombreux : veines thymiques, veines mammaires internes, veines thyroïdiennes inférieures.

Il est donc nécessaire pour isoler la carotide primitive de sectionner le tronc innominé entre deux ligatures.

Alors seulement nous trouvons la carotide primitive gauche et on est frappé de la direction antéro-postérieure de la crosse aortique, direction bien plus nette que ne le disent les auteurs classiques, parfois même il semble que la carotide gauche se détache au point culminant de la convexité de la crosse.

En *dedans* de la carotide, c'est la face latérale gauche de la trachée : en arrière de celle-ci la face latérale gauche de l'œsophage (portion sus-azygo-aortique), trachée et œsophage sont fusionnés l'un à l'autre par des muscles trachéo-œsophagiens ; on peut en même temps constater que la gouttière trachéo-œsophagienne est déjà bien apparente, qu'il nous suffise de rappeler qu'elle est produite par l'impulsion que la crosse aortique imprime à l'arbre aérien.

En *dehors*, c'est le nerf pneumogastrique gauche qui vient de la région cervicale, il est latéro-carotidien, parfois même très adhérent à la paroi de la carotide gauche ; surtout le rapport intéressant est constitué par une branche collatérale du pneumogastrique gauche, le nerf récurrent gauche : celui-ci s'enroule autour de la face inférieure de la crosse aortique, constituant ainsi sa crosse ; mais cette opinion classique n'est pas admise par tous les auteurs, c'est ainsi que pour Chaput et Cannieu, la crosse est beaucoup plus éloignée de la carotide gauche et se fait autour du ligament artériel vestige de canal homonyme, c'est là un point discutable; le ligament est filamenteux, très réduit chez l'adulte, presque fusionné à la face inférieure de la crosse aortique, on ne saurait donc préciser ce point, sauf chez le fœtus, l'enfant nouveau-né où le canal artériel est encore bien isolé.

Quoi qu'il en soit, dès que la crosse récurrentielle est constituée, le nerf monte en arrière de la crosse aortique et se porte dans la gouttière trachéo-œsophagienne : il est donc devenu interne par rapport à la portion thoracique de la carotide gauche : il lui est en même temps postérieur, nous le retrouverons dans un instant.

En dehors du pneumogastrique gauche, de nombreuses veines affluent des veines médiastines.

Enfin la portion thoracique de la sous-clavière gauche, mais celle-ci est déjà bien postérieure à la carotide gauche : nous dirons qu'elle lui est postéro-externe. Enfin nous trouverons la partie la plus élevée de la face interne du poumon gauche.

En arrière. — La carotide primitive gauche regarde la colonne vertébrale, mais elle en est séparée par plusieurs organes :

1° Le canal thoracique qui monte en arrière de la crosse aortique, en dehors de la carotide gauche pour « enjamber » plus haut la sous-clavière gauche, décrire sa crosse, et se jeter dans la veine sous-clavière gauche. Le canal thoracique est volumineux, car il a reçu de nombreux affluents intercostaux et médiastinaux ;

2° Les veines péri-œsophagiennes, pleurales, pleuro-pulmonaires : les affluents de la petite azygos supérieure gauche ;

3° Les artères branches de l'intercostale supérieure venue de la sous-clavière ;

4° Les ganglions lymphatiques appartenant à la chaîne récurrentielle dite de Gouguenheim ;

5° Les filets allant constituer le plexus cardiaque : ces filets viennent de toute la hauteur du sympathique cervical ; les uns viennent du ganglion cervical supérieur, les moyens du ganglion moyen ; les inférieurs émergent du ganglion cervical inférieur.

Portion cervicale. — RAPPORTS AVEC LA GAINE VASCULAIRE. — Dans ce deuxième segment, la carotide aussi bien à droite qu'à gauche est enveloppée dans une gaine appelée gaine des vaisseaux du cou ; cet étui s'étend de la région claviculaire à la base du crâne, c'est un cylindre complet dans lequel sont contenus veine jugulaire interne, carotide ou ses branches, nerf pneumogastrique ; il a été possible de suivre cette enveloppe fibro-celluleuse jusqu'à la cavité thoracique, dans le thorax, mais elle diminue d'épaisseur à mesure que l'on descend ; c'est là la gaine primordiale. Dans l'intérieur de cette gaine sont des cloisons séparatives, si bien qu'en coupe transversale on aurait une sorte de T, la branche horizontale postérieure représenterait la limite de la loge nerveuse ; à droite et à gauche de la branche longitudinale seraient les loges vasculaires pour la jugulaire interne et pour la carotide primitive : rappelons que cette cloison s'appelle *septum vasorum* de Langenbeck.

Nombre de théories, très complexes, ont été émises pour expliquer la gaine : retenons seulement la théorie de Charpy : la gaine vasculaire du cou doit être rattachée, comme le montre la dissection, à la gaine péri-œsophago-trachéale : il existe en effet entre les deux formations des tractus scléreux, parfois difficiles à arracher.

La gaine vasculaire du cou est admise par tous les auteurs : elle est parfois difficilement isolable, car elle est entourée par du tissu graisseux chez les sujets de fort embonpoint, formant un coussinet adipeux diffluent, parfois cause d'erreur en médecine opératoire.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONGRÈS DES PRATICIENS. — Le Congrès des praticiens a tenu vendredi matin sa première séance. Le grand succès qu'il a remporté, obtenant l'adhésion de 1400 praticiens et plus de 100 sociétés médicales a obligé le comité d'organisation à rechercher un local plus grand que la Société de géographie, et c'est aux Sociétés savantes qu'a eu lieu la première séance.

Le bureau du comité d'organisation réélu par acclamation, la parole a été donnée à M. Leredde, secrétaire général, pour la lecture de son rapport.

Le Congrès a abordé ensuite la discussion des rapports. Successivement MM. Caussade, Huchard, Jayle et Sorel sont venus parler de la réforme des études médicales.

Nous reviendrons longuement comme il convient sur ces questions qui ne peuvent être analysées en quelques lignes. Constatons cependant que l'agrégation a passé un mauvais quart d'heure, les rapporteurs étant unanimes à demander sa suppression pure et simple, et son remplacement par le privat-docentisme.

La séance du vendredi soir est consacrée au *Libre choix.*

Samedi 13 avril, neuf heures du matin.— Discussion des rapports (*suite*) : Les cours de vacances et l'enseignement complémentaire (M. Barbarin); — L'encombrement médical et les réformes des études (MM. Gouffier et Lacroix); — Le P. C. N. et l'instruction scientifique préparatoire (MM. Gillet et Vignard); — Organisation des examens. Les examens cliniques (Association des étudiants en médecine de Paris); — C. E. M. S. Les nouveaux diplômes de Facultés (Coppens).

Samedi, deux heures. — Discussion des rapports (*suite*) : Organisation des écoles étrangères (MM. Jayle, Jarvis et Kœnig). — Enseignement : de la chirurgie (M. Montprofit); de la dermatologie (M. Bodin); de l'ophtalmologie (MM. Morax et Motais); de la laryngologie (MM. Heckel et Luc); de la pédiatrie (M. Rist); de la gynécologie et obstétrique (M. Berthod); de la neurologie et psychiatrie (M. Gasne); de l'urologie (M. Minet); de l'odontologie (M. Mahé).

Dimanche 14 avril, neuf heures du matin. — Séance de clôture.

CONCOURS DE L'INTERNAT DE L'HOSPICE DE BRÉVANNES. — *Deuxième séance de lecture.* — *Séance du 10 avril.* — MM. Ferté, 27; Cloquet et Presbéanu, 24; Lenormand, 23; Sicard, 22.

Prochaine séance lundi 15 avril, à cinq heures du soir, rue des Saints-Pères, 49.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. (CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS.) — *Epreuve de trois quarts d'heure.* — Séance du 12 avril : MM. Martin (Montpellier) : « Blessures du rein; » Potel (Lille) : « Infiltration d'urine; » Baudet (Paris) : « Angiomes de la face. »

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux sera ouvert le lundi 24 juin 1907, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire à l'administration centrale (service du personnel) à partir du lundi 27 mai, jusqu'au samedi 8 juin inclusivement, de onze heures à trois heures.

NOMINATIONS. — Par décret du 6 avril 1907, M. Hanriot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé directeur des essais à l'administration des monnaies et médailles, en remplacement de M. Riche, nommé directeur honoraire.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Jacquemet, médecin-adjoint de l'hôpital général, à Montpellier, est nommé officier d'Académie.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la quatorzième semaine, 1162 décès, au lieu de 1099 pendant la semaine précédente et au lieu de 1047, moyenne ordinaire de la saison.

Les maladies de l'appareil respiratoire (grippe, phtisie, maladies aiguës de l'appareil respiratoire) sont les principales causes de cette aggravation. La scarlatine conserve le même degré de fréquence relative. La variole n'a causé aucun décès.

Les autres maladies épidémiques sont rares.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux est de 55, au lieu de la moyenne 42.

La variole n'a causé aucun décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 12, au lieu de 14 pendant la semaine précédente (moyenne 16); mais après vérification faite par les médecins des épidémies, il a été reconnu que les cas nouveaux de variole ne sont qu'au nombre de 5.

La scarlatine a causé 10 décès (moyenne 2); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 316, il s'élevait à 353 pendant la semaine précédente (moyenne 77).

REVUE GÉNÉRALE

LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE

OU

MALADIE DU SOMMEIL

Par LÉVI-SIRUGUE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les entreprises coloniales dans les contrées équatoriales et tropicales ont amené à connaître des maladies nouvelles qui déciment ces contrées et que le devoir et l'intérêt des peuples colonisateurs est de chercher à combattre. Parmi ces maladies, l'une des plus terribles dans les régions équatoriales de l'Afrique est la maladie du sommeil qui existe à l'état endémique dans les populations nègres de ces régions. L'étude de ces maladies tropicales et de celle-ci en particulier a eu pour résultat de démontrer scientifiquement le rôle soupçonné déjà depuis longtemps de certains insectes, en particulier des moustiques, des mouches, comme agents de propagation.

Si l'on ne peut encore que soupçonner le rôle pathogène des punaises, et peut-être des puces et des poux, celui des moustiques dans les contrées chaudes où règnent le paludisme et la fièvre jaune a été expérimentalement démontré pour le paludisme depuis les beaux travaux de Ross, qui ont permis de constater dans le corps du moustique la présence de l'hématozoaire de Laveran et celui de la *mouche tsétsé*, déjà nettement affirmé par le voyageur Livingstone pour ce qui est des épizooties tropicales qui frappent les chevaux et les bestiaux, a été aussi nettement démontré pour ces affections ainsi que pour la maladie du sommeil, qu'on a reconnues comme causées toutes par des parasites du sang ayant des caractères très analogues, par des *trypanosomes*. Ce n'est donc pas à tort que nous voyons dans les pays chauds, dès l'antiquité, la crainte inspirée par les mouches, témoignée soit par les représentations du chasse-mouches qui dans les monuments de la Perse et de l'Inde antiques fait avec le parasol partie du cortège des rois, soit par les croyances des anciens peuples, qui à Ekron chez les Philistins vénéraient un dieu des mouches, le « Baalzebub », lequel dénaturé est devenu le « Belzébuth » des auteurs chrétiens, qui de même en Cyrénaïque avaient une divinité, chargée, au dire de Pline l'Ancien, de veiller spécialement sur les mouches, qui à Olympie avaient un autel consacré à Zeus qui écarte les mouches, « Zeus apomuios, » autel que la tradition rapportée par Pausanias disait avoir été élevé par Hercule pour écarter les mouches des fêtes Olympiques, par Hercule, dit lui-même « apomuios ». Les auteurs nous disent qu'en immolant à ces divinités, les maladies pestilentielles que les mouches avaient apportées s'en allaient avec elles; dans ces vieilles fables il peut y avoir un fonds de vérité.

Nous ne nous proposons ici que l'étude de la trypanosomiase humaine, mais cette étude est trop intimement liée à celle des trypanosomiases animales pour qu'il n'y ait pas intérêt, tant au point de vue de la pathologie générale qu'à celui même de la thérapeutique, à faire une incursion dans le domaine de la pathologie vétérinaire, qui peut servir à éclairer la pathologie humaine. C'est en effet ici l'étude des trypanosomiases animales qui a tracé la voie aux médecins qui ont étudié la maladie du sommeil, aussi en donnerons-nous d'abord un aperçu.

I

Les trypanosomiases animales. — Déjà il y a longtemps Gruby avait reconnu chez les grenouilles la présence d'un parasite auquel il donne le nom qui a fait fortune de *trypanosome* (corps en forme de vrille). Mais ce n'est que dans ces dernières années que l'étude des trypanosomiases est entrée dans le domaine de la médecine vétérinaire. Bruce étudie au Zoulouland le *nagana*, maladie due à la mouche tsétsé qui sévit aussi ailleurs en Afrique et décime les chevaux, mulets, ânes, chiens, chats, et sévit même, quoique moins fatalement, sur les bovidés. Frappant presque tous les mammifères sauf l'homme, le nagana a une évolution aiguë chez les petits animaux, ainsi que chez les chiens et les singes, une marche subaiguë chez les équidés, chez qui on voit des enflures des membres postérieurs avec maigreur, dépression de l'animal, tout cela contrastant avec la conservation de l'appétit, une marche chronique chez les bovidés où l'on ne note que des hypertrophies de la rate et des ganglions lymphatiques. Si nous signalons ces symptômes, c'est qu'on pourra en relever les analogies avec la maladie humaine.

A côté du nagana on a décrit un état morbide très voisin, le *surra*, qui frappe les chevaux dans l'Inde et en Indo-Chine, ainsi que les chameaux, les bovidés, les chiens de chasse. Ici ce qui domine, c'est un état analogue aux anémies pernicieuses avec fièvre rémittente ou intermittente, de la maigreur, des œdèmes, des lésions oculo-palpébrales, un état profond d'apathie, l'animal finit par se cachectiser et mourir. L'agent pathogène, trypanosoma Evansi, est très voisin de celui du nagana, du trypanosoma Brucei, cependant d'après le résultat d'inoculations M. Laveran admet que l'immunité vis-à-vis d'un des états morbides n'est pas efficace, à l'égard de l'autre. Il est vrai qu'à cela Koch objecte qu'on s'est servi d'animaux très peu réceptifs (chèvres), ce qui ne démontrerait rien.

Dans l'Amérique du Sud sévit chez les équidés le *mal de Caderas*, maladie des chevaux qui doit son nom aux troubles particuliers de la marche (cadencement de la croupe) auquel il donne lieu; plus tard l'animal tombe, il est en proie à la fièvre, et présente une éruption exsudative avec croûtes, qui est à rapprocher des érythèmes que nous verrons dans la maladie du sommeil; là il manque les œdèmes du nagana. Cette trypanosomiase est due à un trypanosome qui présente quelques particularités morphologiques qui le distinguent des autres.

On décrit sous le nom de *trypanosomiase des chevaux de Gambie* une maladie étudiée par Dutton et

Todd, due à un parasite spécial, *trypanosoma dimorphon*, où il n'y a pas d'œdème mais de la maigreur, de la fièvre, de l'apathie. Enfin en Europe, sur les côtes méditerranéennes et aux Etats-Unis, les équidés sont sujets à une maladie curieuse, la *dourine ou mal du coït*, qui revêt des allures aiguës ou chroniques, et se montre surtout sous cette dernière forme. On voit de dix à vingt jours après un coït infectant un œdème qui gagne l'abdomen en partant du fourreau ; chez la jument il y a de l'œdème vulvaire et de la vaginite. Plus tard se montrent de l'essoufflement et, fait curieux, des plaques variant de largeur depuis celle d'une pièce de 2 francs jusqu'à une paume de la main ; ces plaques saillantes sont dues à des embolies de trypanosomes, qui y sont visibles à leur début. En même temps survient de l'anémie, une espèce de paralysie de l'arrière-train ; les ganglions sont hypertrophiés, et quelquefois les inguinaux suppurent ; malgré cela, comme dans les autres trypanosomiases, l'appétit est plutôt exagéré. Ce qui singularise cette trypanosomiase due à une variété spéciale, *trypanosoma equiperdum*, c'est son étiologie ; il n'y a pas ici comme pour presque toutes les autres trypanosomiases transport par des mouches (tsétsé pour le nagana, stomaxis ou taons pour les autres), lesquelles piquant le sujet lui inoculent le parasite. Ici le trypanosome s'est adapté au passage à travers des muqueuses saines ; peut-être le faible nombre des parasites dans le sang, la maladie sévissant en Europe, aurait-il rendu difficile le transport par des intermédiaires. La *trypanosomiase des rats* due à une variété spéciale (*trypanosoma Lewisi*) paraît se propager par les puces et les poux. Ces trypanosomes du rat ainsi que ceux de la *galziekte*, ou maladie de la bile qui frappe les bovidés, ont des caractères très fixes à l'encontre de ceux des autres trypanosomiases humaine ou animale (R. Koch).

Nous venons de parcourir rapidement les principales variétés de trypanosomiases animales, et comme on le voit, si elles peuvent frapper presque tous les mammifères, c'est le cheval qui en est la plus fréquente victime et après lui les grands bovidés. Il y a des régions de l'Afrique où il est presque impossible de préserver de ce fléau ces animaux si utiles pour l'œuvre colonisatrice. Les autres classes du règne animal peuvent être aussi atteintes de ces affections parasitaires. On en a vu chez les oiseaux, les reptiles, les batraciens, les poissons,

II

La trypanosomiase humaine ou maladie du sommeil. — Historique. — Si la symptomatologie de la maladie du sommeil est connue depuis longtemps par les travaux de Winterbottom datant déjà de 1803, puis à partir de 1840 par ceux de Clark, Guérin (1), Corre (2), Nielly (3), Le Dantec (4), la cause ne nous en est connue que depuis peu. On soupçonnait l'origine parasitaire de cette affection, mais on la croyait due soit à des microbes, soit à des filaires. C'est en 1901 que Dutton (1) découvrit l'existence d'un trypanosoma qu'il appela *trypanosoma gambiense* dans le sang d'un Européen de quarante-deux ans, atteint de fièvre sans avoir l'hématozoaire du paludisme. Ce fait établissait l'existence, jusque-là mise en doute, de trypanosomiase humaine. Bientôt la découverte de Dutton fut corroborée par les recherches de Manson, Backer (2), Broden (3), Brumpt (4). Mais jusque-là rien n'établissait de lien entre la découverte de ce trypanosome et la maladie du sommeil cliniquement connue depuis longtemps. C'est Castellani (5) qui trouva un trypanosome qu'il appela *trypanosoma ugandense* dans le liquide céphalo-rachidien des nègres de l'Ouganda atteints de maladie du sommeil. Bientôt cette découverte fut confirmée par Bruce (6) qui trouva le trypanosome 8 fois sur 38 cas dans le liquide céphalo-rachidien de ces malades et 12 fois sur 13 dans le sang, et par Brumpt (7) qui les vit 12 fois sur 15. Ainsi était bien établie la relation de cause à effet entre la présence du trypanosoma ugandense et de la maladie du sommeil, relation dont les inoculations positives faites aux animaux vinrent encore appuyer la réalité. Restait à se demander si ce trypanosome était différent de celui qu'avait trouvé Dutton en 1901 et qu'il avait dénommé trypanosoma gambiense ; or, les études comparatives ont montré une identité absolue entre les deux, identité de forme, identité d'action sur les animaux, efficacité de l'immunité pour l'un vis-à-vis de l'autre. C'est à la question de la prophylaxie et du traitement que s'attachent maintenant les chercheurs. Outre les travaux que nous aurons l'occasion de citer au cours de cette revue, il est juste de mentionner spécialement le beau livre de MM. Laveran et Mesnil : *Trypanosomes et trypanosomiases*, (Paris, Masson 1904) et l'article *Trypanosomiase* de M. Laveran, qui avec le paludisme forme un fascicule du *Traité de médecine* de MM. Brouardel et Gilbert (fasc. 5, 1905).

Etiologie. — L'agent parasite de la maladie du sommeil est un protozoaire flagellé du genre trypanosome. Il est voisin des agents morbides des *piroplasmoses*, dont nous connaissons bien l'hématozoaire de Laveran dans le paludisme, et celui de Th. Schmith dans la fièvre du Texas, maladie également propagée par une mouche. D'ailleurs le champ des piroplasmoses animales commence aussi à s'étendre par les travaux de Lignières dans l'Argentine, et de Koch en Afrique sur la fièvre de Rhodésia. Des trypanosomes se rapproche également l'agent morbide du *Kala-azar*, cachexie fébrile des tropiques avec ou sans splénomégalie, due aux corpuscules de Leishmann-Donovan, parasite endo-cellulaire don-

(1) Guérin. Th. de Paris, 1869.
(2) Corre. *Arch. de méd. nav.*, 1877.
(3) Nielly. *Pathol. exotique*, 1881.
(4) Le Dantec. *Pathol. exotique*, 1900.

(1) Dutton. *Journ. of tropical med.*, 1er déc. 1902.
(2) Backer. *Brit. med. Journ.*, 30 mai 1903.
(3) Broden. *Bull. de la Soc. d'études colon.*, 1903 et 1904.
(4) Brumpt. Acad. de méd., 17 mars 1903.
(5) Castellani. *Brit. med. Journ.*, 23 mai et 30 juin 1903.
(6) Bruce. *Brit. med. Journ.*, 21 nov. 1903.
(7) Brumpt. Congr. hyg. de Bruxelles, 1903.

nant dans les cultures des formes flagellées, qui, d'après Laveran, se distingueraient des trypanosomes, qui seraient identiques pour d'autres [Martini, Schaudinn (1)].

Le *trypanosoma gambiense* est un parasite de 18 à 28 μ de long, de 1,40 à 2 μ de large, c'est-à-dire ayant deux à trois fois le diamètre d'un globule rouge. Sa forme rappelle celle d'un poisson. On y voit deux masses qui prennent les matières colorantes, l'une en avant d'où part la ligne qui va en s'ondulant et se continue pour former le flagelle; c'est le *centrostome*; l'autre au milieu est le *noyau*. Le flagelle se colore comme ces deux parties et différemment du protoplasme. Il n'y a pas de pigment dans ces organismes. Leur multiplication se fait par bipartition. Pour les cultures il semble d'après les recherches de Mac Noal et Novy qu'il faille la présence d'hémoglobine. Les inoculations se sont montrées positives chez les animaux, mais l'évolution varie sensiblement selon l'espèce choisie. Chez les singes à l'exclusion des cynocéphales, surtout chez les macaques on provoque la mort en un délai variable de trente à soixante jours avec des symptômes analogues à ceux de l'homme, et cela même après inoculation du sang d'une trypanosomiase fébrile; le chien meurt en cinq à six semaines, mais peut guérir; chez le cobaye et le lapin la marche est lente; et chez le premier on trouve dans le sang beaucoup de trypanosomes alors qu'il y en a peu chez le second; le rat et la souris y sont également sensibles; chez les équidés l'évolution est lente, quelquefois mortelle, par contre la chèvre, le mouton, les bovidés se montrent réfractaires.

La maladie du sommeil a une *distribution géographique* bien définie. Elle existe sur la côte occidentale de l'Afrique équatoriale du Sénégal à Saint-Paul de Loanda, en Sénégambie, dans le Congo portugais, français et dans l'Etat indépendant du Congo. A Berghe Sainte-Marie (confluent de la rivière Cassaï et du Congo), dit M. Laveran, dans une colonie scolaire la mortalité s'est élevée de 13 p. 100 en 1896 à 73 p. 100 dans le premier trimestre de 1900. On voit combien deviennent rapidement effrayants les ravages de cette maladie dont la contagion est justement facilitée par nos moyens de civilisation, en particulier le chemin de fer. L'Ouganda est parmi les régions les plus atteintes.

Il semble que l'âge et le sexe n'ont guère d'influence. La maladie frappe surtout les nègres occupés au travail des champs et vivant misérablement; les Européens n'en sont cependant pas exempts.

Le *mode de propagation* de la maladie est aujourd'hui nettement établi. Il ne semble pas que ce soit par contagion directe d'homme à homme ni héréditairement qu'elle se propage. Dans cet ordre de recherches, Brumpt (2) a constaté d'abord la fréquence de la maladie chez les populations qui habitent au bord des fleuves et des sources ombragées, ou qui par leurs occupations telles que la pèche, sont amenés à fréquenter ces régions. Dès 1903, date de la découverte dans le sang humain du trypanosome par Castellani, Brumpt avait pensé à incriminer une *mouche tsétsé*. C'est ce qu'ont confirmé Bruce et Nabarro, Dutton et Best, qui ont démontré le rôle pathogène de la variété dite *glossina palpalis*. Cette tsétsé est une mouche moins grosse que l'abeille, qui a comme caractère d'avoir les ailes repliées sur le dos dans un plan horizontal. Mais si la tsétsé est un agent de transmission indéniable elle ne paraît pas la seule; il est certain que d'autres espèces voisines (*glossina fusca*, *glossina tachyroïdes*) encore mal fixées ont un rôle analogue. En tout cas la distribution géographique de la tsétsé répond à celle de la maladie du sommeil en Afrique, et sa fréquence répond à la fréquence de la maladie.

Cette glossina palpalis reste confinée aux bords ombreux des rivières tandis que la glossina morsitans pénètre dans les steppes et va inoculer les animaux. Les cas qui se sont produits loin des rivières sembleraient dus à la glossina fusca.

A une période avancée de la maladie il se fait des *infections secondaires* qui avaient trompé les observateurs dont les recherches ont précédé la découverte de Castellani. Marchoux avait incriminé le diplocoque de Fraenkel; la mission portugaise qui croyait à une intoxication alimentaire due au manioc et analogue à la pellagre, avait décrit un streptodiplocoque spécifique. Broden signalait un bacille peu mobile, non agglutinable par le sang des malades; Castellani lui-même a souvent trouvé vers la fin de la maladie un streptocoque dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, rarement dans les viscères. Ce sont là vraisemblablement des infections secondaires, et à titre d'infections associées on peut rencontrer des parasites qui avaient été tout d'abord incriminés, tels que la filaria perstans (Manson), le rhabdonema strongyloïdes (Forbes), l'ankylostome duodénal (Ferguson).

En résumé il est bien établi aujourd'hui que le trypanosome est l'agent pathogène de la maladie du sommeil; il n'existe que chez ces malades, comme l'ont montré les recherches négatives de Bruce et Nabarro, Wiggins, faites chez des sujets atteints de troubles nerveux d'autre origine, on peut dire qu'il y existe toujours, car si Castellani ne l'avait trouvé que dans 20 cas sur 34, par contre Bruce et Nabarro, Wiggins l'ont toujours trouvé. Dans les pays exempts du fléau on ne trouve pas le parasite.

Le trypanosome d'abord dans le sang pendant la phase purement fébrile passe ensuite dans le liquide céphalo-rachidien, où il est généralement plus petit que dans le sang.

Quant au rôle de la mouche tsétsé, l'expérimentation est venue là aussi démontrer les hypothèses émises, car on a pu en enfermant dans une même cage des singes et des mouches tsétsé prises dans des endroits contaminés, constater la présence du trypanosome dans le sang des singes. On pensait que le trypanosome subissait peu de modifications dans l'estomac de la mouche, cependant d'après les recherches de Koch le trypanosome s'y multiplie par division longitudinale. Puis on voit se différencier

(1) Martini et Schaudinn. XVe Congrès intern. de méd. à Lisbonne, avril 1906.

(2) Brumpt. *Presse méd.*, 6 juin 1906.

deux types, l'un massif, l'autre allongé, ce qui répondrait à des formes sexuelles. On voit des formes grosses à plusieurs noyaux qui semblent des parasites fécondés. Fait curieux, on n'a pu infecter les mouches qu'en les mettant en contact d'animaux dont le sang renfermait peu de parasites. Les animaux réfractaires joueraient peut-être un rôle à ce point de vue. Il en serait peut-être ainsi du crocodile (Koch).

Symptomatologie. — Qu'il s'agisse de nègres ou de blancs, l'évolution de la maladie est la même et présente deux stades : le premier, qui répond à la localisation sanguine du trypanosome, est le stade de *fièvre trypanosomiasique* ; le second qui répond à la pénétration du parasite dans le liquide céphalo-rachidien répond en propre à la *maladie du sommeil.* Les symptômes de la trypanosomiase humaine tiennent un peu comme nous verrons de ceux des diverses formes des animaux.

Première période. Fièvre trypanosomiasique. — L'*incubation* est longue, peut-être de plusieurs mois, peut-être même de quelques années, car on peut constater pendant très longtemps des trypanosomes dans le sang de sujets indemnes de tout phénomène morbide. Chez l'Européen cette incubation est moins longue.

Le *premier stade* évolue sous le mode aigu ou chronique; ce qui le caractérise en tout cas c'est une *fièvre rémittente,* donnant lieu à des poussées d'une durée de deux à quatre jours, et *qui ne cède pas à la quinine.* Rarement on observe au début une période de fièvre continue d'une quinzaine de jours. Le frisson est nul ou peu marqué ; la fièvre débute à midi pour atteindre son acmé à six heures du soir; elle ne dépasse guère 38°5; rarement elle va à 40 degrés. Après deux à quatre jours de fièvre la température revient à la normale ou au-dessous pendant quatre à cinq jours. La défervescence se fait la nuit sans sueur. Les accès sont généralement irréguliers. L'apyrexie peut durer des mois; Nattan-Larrier a vu deux malades, restés, l'un six mois, l'autre quatre, sans fièvre.

L'*accélération des respirations* existe surtout pendant la fièvre, mais même en dehors d'elle. On compte de vingt-cinq à trente respirations à la minute.

Plus importante est l'*accélération du pouls*, qui est plus constante que la fièvre. Le pouls oscille entre 90 et 110, il est instable, dépressible. Il peut s'accélérer indépendamment de la fièvre (fièvre dissociée).

Les *œdèmes* qui existent dans les trois quarts des cas, sont partiels ; ils portent sur la face, le tronc ou les membres, et sont surtout localisés aux paupières et aux malléoles. Ils sont mous, indolores, variables.

Les *érythèmes* ont des sièges analogues et revêtent comme l'a vu Nattan-Larrier (1), des aspects divers selon le stade d'évolution des éléments : placard d'aspect urticarien, érythème circiné géant, médaillons pigmentaires. Ces exanthèmes rappellent les plaques saillantes qui apparaissent dans le mal de Caderas ou la dourine, où elles sont dues comme elles à des embolies parasitaires; Nattan-Larrier et Tanon (1), qui ont examiné par scarification des placards d'érythème circiné chez un blanc atteint de fièvre trypanosomiasique, y ont vu de nombreux trypanosomes, alors qu'on n'en trouvait pas dans le sang de la circulation générale.

(1) Nattan-Larrier. Soc. méd. des hôpit., 19 oct. 1906.

L'éruption peut être vésiculeuse et prurigineuse et rappeler la gale. S'il s'agit d'érythème circiné, il se fait par poussées siégeant au moignon de l'épaule en haut du thorax, aux hypocondres.

Les *adénopathies* comptent parmi les symptômes les plus constants. Elles siègent surtout au sterno-mastoïdien, à la fosse sus-claviculaire, à l'épitrochlée; elles sont moindres à l'aisselle et à l'aine ; ces ganglions indolores sont durs, mobiles, non adhérents, peu volumineux.

De cette hypertrophie ganglionnaire doit être rapprochée la *splénomégalie* fréquente (deux tiers des cas), mais qui peut être due au paludisme, ainsi que l'*hépatomégalie.*

Parmi les *symptômes nerveux* qui plus tard deviendront dominants, mais qui ne sont encore ici qu'à l'état d'ébauche, on note la *céphalée* continue, l'*asthénie* quelquefois avec asthénopie, des *douleurs* vagues, surtout au thorax, à la tête, aux articulations des *tremblements* de la langue, des mains, des jambes qui gênent la parole, la préhension des objets et la marche. Ces tremblements s'accentuent tellement que Low et Castellani ont donné à la période suivante le nom de période de tremblement.

L'*anémie* (3 millions et demi de globules rouges) et une *leucocytose* des grands mononucléaires sont des phénomènes constants. L'appétit est conservé ou augmenté; il y a de la constipation et quelquefois un peu d'état saburral du tube digestif.

Deuxième période. — *Maladie du sommeil.* — C'est à la période qui nous reste à décrire que s'applique à vrai dire seulement le nom de maladie du sommeil, donné à une époque où on ne connaissait pas encore la période fébrile que nous venons de décrire et qui peut chez le blanc constituer seule toute la maladie. Alors que tout à l'heure dominaient les signes d'infection générale, ici dominent les troubles nerveux. Le *tremblement* s'aggrave ; la langue a une trémulation continue qui donne au parler quelque ressemblance avec celui du paralytique général; aux mains le tremblement a le caractère intentionnel; il est plus rare, moins marqué aux membres inférieurs. Plus tard il y a des *contractures* à la nuque, ainsi qu'au niveau des fléchisseurs de la hanche et du genou. Il n'est pas rare de voir des accès vertigineux ou des *convulsions épileptiformes* partielles ou généralisées, qui laissent une longue torpeur. L'*asthénie* due à l'amyotrophie peut s'accompagner de troubles tabétiformes (incoordination, signe de Romberg). Il y a peu de *troubles sensitifs*; on peut cependant voir une hyperesthésie du trijumeau, de la céphalée, surtout sus-orbitaire, des douleurs. Les *réflexes* superficiels sont normaux; les profonds, d'abord aug-

(1) Nattan-Larrier et Tanon. Soc. de biol., 23 juin 1906.

mentés, diminuent ensuite; il n'y a pas de troubles sensoriels. L'*intelligence* est un peu affaiblie; le malade répond lentement, cependant il y a conservation de la mémoire, rarement il y a du délire maniaque ou chez l'enfant un état choréique. Il y a plutôt au début de la somnolence, d'où on tire facilement le malade. Il peut y avoir du ptosis.

Troisième période terminale. — Plus tard les périodes de *somnolence* deviennent plus longues. Sicard et Moutier (1) ont vu un malade qui dormait de dix-huit à vingt heures par jour. Alors la fièvre est irrégulière, elle prend le *type hectique* qui oscille de 37 à 39 degrés. Vers la fin la température s'abaisse; cette hypothermie est d'un mauvais pronostic; en même temps le pouls se ralentit, la respiration accélérée prend le type de Cheyne-Stokes. Le malade très amaigri tombe dans le gâtisme avec de l'incontinence d'urine et des fèces; des escares surviennent au sacrum et il meurt dans le coma ou il est emporté par une *complication* telle que laryngo-bronchite, congestion et œdème pulmonaires, broncho-pneumonie. A cette période la ponction lombaire montre une forte lymphocytose du liquide céphalo-rachidien (Sicard et Moutier).

La *durée* est très variable, souvent de quatre à sept mois; quelquefois la période latente peut à elle seule durer des années. Rarement cependant l'évolution de la maladie confirmée dure plus d'un an. Il peut y avoir des rémissions et des rechutes.

La *terminaison*, disaient Low et Castellani dans leur rapport de la commission anglaise de la maladie du sommeil (2), est toujours fatale. Aujourd'hui on peut espérer, quoique jusqu'ici les recherches sérothérapiques n'ont donné que de médiocres résultats, que dans l'avenir la gravité de ce pronostic s'atténuera. Il doit se faire naturellement une trypanolyse intra-vasculaire qui explique la rareté des parasites du sang et la longueur d'évolution. Cette trypanolyse a été admise chez le chien par Rodet et Vallet (3) pour expliquer la chute brusque du nombre des trypanosomes dans le sang du chien infecté de nagana.

Formes. — D'après les récents travaux de Koch, il y aurait deux formes : la *forme légère*, qui ne paraît pas seulement une période de début, car le syndrome peut rester des années sans modification, est marquée par de la faiblesse musculaire, des douleurs et l'adénopathie cervicale. Dans la *forme grave*, il y a du tremblement; l'asthénie est extrême; on note des troubles psychiques (éréthisme ou plutôt dépression), de l'incontinence d'urine. L'adénopathie cervicale existe là aussi.

Diagnostic. — A la période avancée le diagnostic est facile dans les régions où la maladie est endémique; chez des blancs dans nos régions il faudrait éliminer la *paralysie générale*, les *tumeurs cérébrales*, les *méningites syphilitiques*, *tuberculeuses*, *paludéennes*, le *béribéri*, les *névrites périphériques*, la *maladie d'Addison*, en raison de l'asthénie. On pourra s'aider de la *recherche du trypanosome dans le sang, les ganglions hypertrophiés, le liquide céphalo-rachidien*, tout en se rappelant que chez le blanc cette recherche n'est pas toujours positive; on pourra alors faire des inoculations aux animaux. Dans ces diverses recherches on devra procéder de la manière suivante.

Le *sang* peut être examiné à l'état frais, mais si, comme c'est la règle, il y a peu de parasites et s'ils sont enchevêtrés dans des globules rouges on les voit difficilement; mais quelquefois on peut les voir glisser entre les globules. On distingue mieux leur forme si leurs mouvements se ralentissent. Pour examiner à sec on étale le sang, on fixe par un séjour de trois quarts d'heure dans l'alcool absolu et on colore à la fuchsine alcoolique ou à la thionine phéniquée, ce qui suffit en pratique; on peut aussi employer le bleu de Giensa à 1/6 qui colore au bout d'une heure le noyau et le centrosome en rouge vif, la membrane et le flagelle en rose et le corps en teinte bleutée. Il faut bien savoir que la recherche des parasites est souvent infructueuse ou très laborieuse. Nattan-Larrier a vu un parasite après examen de 23 lames; chez un autre malade 50 lames ont été examinées inutilement. Broden a eu 80 résultats négatifs p. 100. Par contre les résultats ont été positifs dans 91 p. 100 des examens chez un malade de Manson et Daniels, et dans 81 p. 100 des cas chez un sujet de Broden. Le nombre des parasites disséminés sur une préparation est toujours faible, rarement plus de 5. Pour examiner rapidement le plus de sang possible, M. Laveran a conseillé de faire des lames épaisses, qu'on fixe et dont on dissout l'hémoglobine par immersion dans l'acide acétique à 1 p. 100. On peut aussi, selon le procédé de Bruce et Nabarro, recueillir dans un tube contenant 5 à 10 centimètres cubes d'une solution à 5 p. 100 de citrate de soude ou de potasse, et à 5 p. 100 de chlorure de sodium dans l'eau distillée, égale quantité de sang pris dans une veine; on centrifuge dix minutes; au bout de dix autres minutes on recentrifuge et ainsi quatre fois de suite; enfin on examine la couche de leucocytes qui se forme au-dessus des hématies.

La *ponction des ganglions cervicaux* donnerait *toujours* des résultats d'après Grieg et Gray (1), Martin, Kopke (de Lisbonne). Par contre Nattan-Larrier dans un cas, il est vrai peu avancé, n'a vu que des parasites déformés presque méconnaissables. Koch, sur 356 ponctions des ganglions cervicaux, a eu 347 fois des résultats positifs.

L'*examen du liquide céphalo-rachidien*, dont le résultat est nul au début peut au contraire être positif à une période avancée, quoique le fait soit loin d'être constant. Cet examen peut se faire par le procédé préconisé par Castellani, Bruce et Nabarro. Par ponction lombaire on prélève 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, qu'on centrifuge un quart d'heure, et dont on examine le dépôt à un grossissement de 200 diamètres. Il y a toujours peu de trypanosomes.

(1) Sicard et Moutier. Soc. méd. des hôpit., 30 juin 1905.
(2) Harrison and Sons, Londres, 1903.
(3) Rodet et Vallet. Acad. des sc., août 1906.

(1) Grieg et Gray. *Brit. med. Journ.*, 28 mai 1904.

Si ces diverses recherches sont restées négatives on peut recourir aux *inoculations*. On injecte dans le péritoine du cobaye ou du rat 10 centimètres cubes de sang citraté ou de liquide céphalo-rachidien, en s'étant assuré que l'animal n'avait pas préalablement de parasites. Les résultats sont plus rapides chez le rat, chez qui il y a des trypanosomes dans le sang au bout de quinze jours et qui meurt au bout de trois mois. Sicard et Moutier ont eu ainsi un résultat positif alors que les examens directs n'en avaient donné que de négatifs. Ces manipulations doivent être faites avec prudence, comme le recommande à juste titre Nattan-Larrier.

Au stade de fièvre le diagnostic s'aidera des mêmes recherches, sauf la ponction lombaire qui ne donnerait aucun résultat. S'il existe des érythèmes on ne manquera pas de scarifier la peau pour y chercher le parasite. Nattan-Larrier a obtenu ainsi des résultats très nets. On aura soin d'examiner le sang pendant les périodes fébriles. Ainsi on différenciera à ce stade la maladie du *paludisme* dont la réaction de la fièvre à la quinine peut déjà faire soupçonner le diagnostic, et qui est d'ailleurs souvent associé, et de l'*ankylostomiase*. Rarement la trypanosomiase évolue d'emblée comme maladie du sommeil. Brumpt a vu un cas débuter par un accès de manie aiguë suivi de coma, puis des symptômes de la maladie du sommeil.

Anatomie pathologique et pathogénie des symptomes. — La constatation de lésions méningées est contemporaine des premières recherches relatives à la maladie qui nous occupe. Les lésions sont d'intensité variable. Le liquide céphalo-rachidien est augmenté; il est limpide ou trouble. Si on le centrifuge on y trouve beaucoup de mononucléaires et de rares trypanosomes. On voit une infiltration de mononucléaires sur le cerveau et dans les sillons le long des vaisseaux. Il y a du liquide dans les ventricules latéraux.

Les organes lymphoïdes sont hypertrophiés; il en est ainsi des ganglions de la rate et du foie.

Dutton, Todd et Christy ont vu des trypanosomes dans les liquides péricardique, pleural, péritonéal, dans le liquide d'hydrocèle.

On trouve souvent à l'autopsie des lésions d'infection secondaire.

Les lésions des centres nerveux, comparables au ramollissement médullaire qu'on trouve dans la dourine semblent suffire à rendre compte des troubles nerveux. Pour Lorand [de Carlsbad (1)] la maladie du sommeil serait due à un état myxœdémateux; en faveur de cette hypothèse, l'auteur invoque la ressemblance clinique, l'analogie des lésions nerveuses, la ressemblance de l'étiologie infectieuse, et surtout l'amélioration par le traitement thyroïdien. Il y aurait entre l'état de la thyroïde et le sommeil un rapport direct; s'il y a hypothyroïdie comme dans certaines obésités il y a de la somnolence; si au contraire il y a hyperthyroïdie comme dans la maladie de Basedow, il y a insomnie; le traitement thyroïdien peut provoquer de l'insomnie. Il y aurait donc dans la maladie du sommeil une dégénérescence thyroïdienne, conséquence de l'action des toxines sécrétées par le trypanosome.

(1) Lorand. VIIIe Congrès français de méd., Liège, sept. 1905.

Prophylaxie et traitement. — Nous arrivons maintenant aux graves problèmes qui n'ont pas encore reçu la solution qui serait à souhaiter pour l'avenir des colonies européennes. A celui qui aborde la question en hygiéniste et en thérapeute bien des difficultés se présentent.

La longue période de latence qui est si fréquente est une importante cause de danger en faisant considérer comme sains des individus qui sont contagieux et en puissance du mal. D'autre part détruire les tsétsé est un problème insoluble; on pourra cependant par le débroussaillement en diminuer le nombre, ces insectes recherchant les lieux d'ombre. La destruction du gibier sauvage, hôte habituel des trypanosomes et nourriture des mouches, sera utile. Il en est ainsi surtout des buffles et antilopes et aussi des sangliers, des rhinocéros, crocodiles (Koch).

Il faut aussi songer d'une part à préserver de leurs atteintes les habitants des régions dangereuses, et d'autre part à éviter le contact des malades avec les individus sains. Pour arriver à se préserver des piqûres des tsétsé, il faut éviter le voisinage des marécages où elles abondent, et en outre établir une protection par des toiles metalliques.

Si on traverse une région ombragée à tsétsé, on portera un moustiquaire en tulle sur les parties découvertes, aux mains des gants en fil épais, au cou-de-pied des guêtres. On aura soin aussi de dormir sous une moustiquaire quoique les tsétsé ne piquent pas la nuit. Si l'on a à traverser des régions broussailleuses il sera bon de voyager de nuit.

En second lieu on évitera l'arrivée de malades dans des régions saines, ce qui contaminerait les tsétsé de la région. Malheureusement les nécessités des communications et leur plus grande facilité qui vont de pair avec l'œuvre civilisatrice vont à l'encontre de ce qu'il faudrait faire. Les échanges ne devraient se faire qu'entre régions saines ou contaminées [Brumpt (1)]. La maladie n'étant pas héréditaire pourrait être enrayée par des mesures sévères. Le danger est dans ce fait que des individus sains en apparence peuvent héberger le parasite. On a compté que 27 p. 100 des natifs de l'Ouganda en sont porteurs. La maladie peut même ne se déclarer que longtemps après que le sujet a quitté les régions dangereuses.

Le *traitement* par le fer, la quinine, n'a pas donné de grands résultats. Les deux meilleurs médicaments sont l'arsenic et le trypanroth.

L'*acide arsénieux* fait disparaître pendant quelques jours les trypanosomes du sang sans amener de guérison. On a employé soit l'acide arsénieux, soit les arsénites de soude ou potasse.

Le *trypanroth* couleur d'aniline aurait une action utile, du moins chez certains animaux (souris). Laveran, n'en ayant pas eu de bons résultats, a

(1) Brumpt. *Arch parasitol.*, 1905.

recommandé de l'associer à l'arsenic ; il aurait guéri ainsi (1) des animaux atteints de surra, ou infectés par le trypanosoma gambiense. D'après Ehrlich et Shiga (2) le trypanroth développerait une immunité active persistant une vingtaine de jours. Dans sa méthode M. Laveran fait des traitements successifs à une dizaine de jours d'intervalle et au nombre d'environ trois à quatre. Il donnait à un singe pesant 1 580 grammes de 1 à 2 milligrammes d'acide arsénieux en solution au 500e additionnée d'égale quantité de bicarbonate de soude, et 3 à 4 centigrammes de trypanroth par injection. Mais il faut que les reins soient normaux, et que la maladie ne soit pas à la période terminale d'envahissement nerveux.

Mesnil et Nicolle (3) ont essayé une autre couleur de benzidine, la couleur *dichlorobenzidine + acide H* qui semble la meilleure. Ce serait l'agent le plus actif contre le surra, le nagana et le mal de Caderas ; sur six souris injectées avec cette couleur soit pendant, soit après l'infection, seule la souris injectée soixante-douze heures après l'injection a présenté des trypanosomes dans le sang.

Wendelstadt (4) a employé le *vert de malachite* qui aurait donné chez les rats une certaine survie, mais c'est là une substance très dangereuse.

On a essayé les *rayons de Röntgen*. Mense (5) se base sur l'action destructrice de ces rayons sur les spermatozoïdes analogues comme structure aux trypanosomes, et d'autre part sur l'heureux effet des rayons X dans la leucémie où il y a comme ici leucocytose mononucléaire. Les trypanosomes étant surtout dans les vaisseaux périphériques, les ganglions superficiels pourraient être ainsi atteints, mais ce n'est là qu'une hypothèse, que ne sont pas pour appuyer les résultats négatifs de Nobele et Gwbel qui n'ont pas vu de modifications in vitro par les rayons X ou le radium sur les trypanosomes du nagana.

La *sérothérapie* a été étudiée par M. Laveran. Il a vu que le sérum humain a des propriétés microbicides vis-à-vis du nagana. Des animaux atteints d'une infection d'ordinaire mortelle guérirent définitivement par des injections de sérum humain. On aurait pu songer à la sérothérapie chez l'homme avec du sérum de cynocéphale réfractaire, mais il faut de trop fortes doses [20 centigrammes de sérum desséché pour une souris de 20 grammes (6)]. Au récent Congrès international de Lisbonne (avril 1906), M. Laveran disait que le sérum des animaux ayant résisté à une certaine activité peut empêcher l'infection, mais que même chez les animaux hyperimmunisés le sérum a une action trop faible pour être utilisé en pratique. Mieux vaudrait essayer d'une immunité active. Koch et Schilling ont cherché à immuniser des bovidés contre le nagana en leur inoculant du virus ayant subi des passages par chiens ou rats, mais ainsi la virulence est peu atténuée et on expose les animaux recélant le trypanosome à l'état latent, à créer des foyers d'infection analogues à ceux que représentent les grands quadrupèdes (buffles, antilopes), naturellement réfractaires. Cependant cette étude d'atténuation des virus mérite d'être poursuivie.

(1) Acad. des sc., 4 juillet 1904.

(2) Ehrlich et Shiga. *Berl. klin. Wochens.*, 1904, nos 13 et 14.

(3) Mesnil et Nicolle. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1906, juin-juillet, nos 6 et 7.

(4) Wendelstadt. *Deuts. med. Wochens.*, 1905, no 47.

(5) Mense. *Arch. f. Schiffs und Tropenhyg*, 1905, p. 306.

(6) Acad. des sc., 18 juillet 1904.

A ce même Congrès de Lisbonne, M. de Magalhaes (de Lisbonne) ayant étudié dans quatre cas la perméabilité méningée à l'iodure de potassium et au bleu de méthylène a vu une imperméabilité absolue de dehors en dedans. Il en conclut à l'inutilité de l'injection des parasiticides par voie hypodermique ou de leur ingestion, et qu'il faut les introduire par injection sous-arachnoïdienne.

Tous ces traitements donnent des résultats bien inférieurs à l'*atoxyl* qui, sous forme d'injections, a donné à Koch de très beaux résultats. Ce corps (anilidmétarsénieux) renferme 37,69 p. 100 d'arsenic et est quarante fois moins toxique que son poids d'arsenic. Expérimentalement l'atoxyl a donné en général de bons résultats (Thomas, Uhlenhuth). Seuls Mesnil et Nicolle ont été moins heureux.

Chez l'homme, Koch rapportait dans une récente communication (1) les résultats chez 986 sujets ainsi traités. Koch distingue les cas légers et les cas graves. Les premiers étaient traités par deux injections à vingt-quatre heures d'intervalle. Ces injections de 5 centigrammes étaient faites au dos. Six heures après, les trypanosomes diminuaient dans les ganglions, pour disparaître à la huitième heure. L'injection abdominale ou crurale donnait les mêmes résultats.

Parmi 180 malades graves traités, et la plupart à un état très avancé, on en vit de si bien améliorés, au bout de deux mois, qu'ils n'étaient plus somnolents et pouvaient marcher. Les trypanosomes avaient disparu du liquide céphalo-rachidien. Leur disparition n'implique pas le retour *ad integrum* des lésions qu'a amenées une évolution trop ancienne. Le résultat est néanmoins très important au point de vue de la prophylaxie. La disparition des trypanosomes dure au moins dix jours après l'injection et leur réapparition est exceptionnelle, même trente à quarante jours après. Il semble que la résorption des trypanosomes modifiés par l'atoxyl crée une sorte d'immunité.

Il est donc à espérer que, par les efforts réunis de la mission allemande dirigée par Koch et de la mission française dirigée par le docteur Gustave Martin, et qui emploie avec succès l'atoxyl et les couleurs de benzidine, on arrivera à enrayer la marche envahissante du terrible *mal africain*.

(1) *Deutsche med. Woch.* 1906 ; no 51, 1907, no 2.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 AVRIL 1907)

Un rapport de M. Lejars sur une communication de M. Cramwel (de Buenos-Ayres) et une présentation de pièces par M. Michaux, tel est le bilan de cette séance qui, contrairement aux habitudes de la Société, a dû être levée avant quatre heures et demie.

Nous devons reconnaître que le Bureau n'est en rien responsable de cette pénurie de communications. Plusieurs membres s'étaient fait inscrire pour prendre la parole dans l'une des discussions en cours; tous furent appelés par le président, mais aucun ne répondit à l'appel. Espérons que les quelques observations, sévères mais justes, de M. le président Quénu seront écoutées et que la Société de chirurgie va s'empresser de reprendre ses vieilles et bonnes habitudes de travail.

Kystes hydatiques des os. — M. LEJARS analyse une intéressante communication de M. Cramwel sur deux cas de kystes hydatiques de l'humérus avec fracture spontanée de l'os au niveau du hyste. Ces faits-là sont rares, puisque sur 970 observations de kystes hydatiques on ne trouve que 4 cas dans lesquels le kyste siégeât dans les os.

Dans les deux cas relatés par M. Cramwel, il s'agissait de kystes hydatiques de l'humérus avec fracture spontanée. Le diagnostic, dans l'un de ces cas, avait été porté. M. Cramwel intervint, trépana, arriva sur les kystes qu'il put extraire en totalité, injecta ensuite dans la cavité osseuse une solution de formol et ferma la plaie, après avoir assuré un bon drainage. Le résultat obtenu fut excellent, la fracture se consolida et la guérison fut complète.

M. Lejars présente quelques considérations sur le mécanisme de la fracture spontanée dans ces cas. Elle se fait généralement par suite de l'amincissement de la paroi osseuse. Ces fractures sont généralement indolentes, quand il s'agit de kystes hydatiques non infectés. Ces fractures ne crépitent pas; en effet, l'os est détruit au niveau du kyste; il n'y a pas d'épaississement et il n'y a, conséquemment, aucune tendance à la consolidation. Ce sont ces signes qui permettent de faire le diagnostic de fracture spontanée par kyste hydatique. Ces kystes ont une grande tendance à s'accroître; il faut donc faire la trépanation, bien nettoyer la cavité osseuse de toutes les hydatides qu'elle peut contenir, y faire passer une solution de formol, drainer et fermer.

Tuberculose ganglionnaire intestinale. — M. MICHAUX présente un gros tuberculome ganglionnaire de l'angle iléocæcal qu'il a extrait le matin même. Il a fait une résection du cæcum et de la partie terminale de l'intestin grêle, puis une anastomose latérale. Ce ganglion était très mobile. Le diagnostic porté avait été celui de tumeur intestinale. Il s'agissait d'un homme de trente-cinq ans qui, deux mois auparavant, avait reçu une violente contusion dans le côté droit du ventre et qui attribuait à cette contusion la production de la tumeur. Il n'y avait évidemment aucune relation. Il s'agissait, en somme d'un ganglion nettement tuberculeux et présentant une extrême mobilité.

M. DEMOULIN doit faire un rapport sur un cas analogue. Il a déjà étudié cette question de l'adénite tuberculeuse péri-cæcale avec Gérard-Marchant. Dans le cas dont il s'agit et qui avait présenté tous les symptômes de l'appendicite, il s'agissait d'une adénite péri-cæcale. La tumeur fut enlevée, l'examen histologique et les inoculations faites sur des cobayes montrèrent qu'il s'agissait bien réellement d'une adénite tuberculeuse. Il n'y avait rien au cæcum et cependant les phénomènes observés avaient été ceux de l'appendicite.

LIVRES NOUVEAUX

Dictionnaire de médecine et de thérapeutique médicale et chirurgicale (1), par MM. les docteurs E. BOUCHUT et Armand DESPRÉS, (7e édition), revue et mise à jour par MM. Marion et F. Bouchut.

L'excellent *Dictionnaire de médecine et de thérapeutique médicale et chirurgicale* des regrettés Bouchut et Després se trouve depuis nombre d'années entre les mains de tous les médecins et chirurgiens et de tous ceux qui ont à s'occuper des malades, dans les pharmacies, hôpitaux, infirmeries et maisons de santé.

La sixième édition de ce dictionnaire faite par MM. Després et E. Bouchut étant épuisée, une septième édition vient d'être publiée par les soins de MM. les docteurs Marion, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, et Fernand Bouchut.

Tout en respectant la devise des auteurs : *Multa paucis*, les nouveaux collaborateurs ont introduit dans cette édition de nombreuses et intéressantes modifications. La bactériologie, l'électrothérapie, l'hygiène, l'opothérapie, la sérothérapie, dans leurs applications, y ont pris une place importante. En chirurgie, l'instrumentation la plus moderne, les appareils de fractures et de prothèse, les indications et la description des opérations chirurgicales accompagnées de figures nouvelles et originales, ont reçu les développements que comportent les idées et les progrès les plus nouveaux.

On y retrouvera, mis au courant des découvertes de la science, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontotechnie, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales, et *un formulaire spécial pour chaque maladie*; 1097 figures ornent ce superbe ouvrage qui est certain de trouver, auprès du grand public médical, la même faveur que ses aînés.

L. BABONNEIX.

Hygiène individuelle du travailleur (Etude hygiénique, sociale et juridique), par le docteur René MARTIAL, avec préface de M. le sénateur STRAUSS. In-18 (Bibliothèque internationale d'assistance, de prévoyance et d'hygiène sociale, publiée sous la direction du docteur A. MARIE [Hygiène I]). — Prix : relié toile, 4 francs. — Paris, V. Giard et E. Brière.

(1) In-8, 1097 fig. dans le texte. — Prix : broché, 25 fr.; relié, 30 fr. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'hygiène moderne, par le docteur HÉRICOURT. In-18. (Bibliothèque de philosophie scientifique). — Prix : 3 fr. 50. — Paris. Ernest Flammarion.

N° 44. — MARDI 16 AVRIL 1907. 80e ANNÉE. MARDI 16 AVRIL 1907. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, le 15 avril 1907.

Le Congrès des praticiens vient de se terminer en remportant un succès d'autant plus éclatant qu'il était inattendu pour certains.

C'est là un fait dont il convient de souligner toute l'importance et que n'ont pas méconnu les professeurs qui, comme MM. Blanchard, Brissaud, Hayem et Pinard, n'ont pas hésité à descendre dans l'arène pour y défendre très courageusement en même temps que très courtoisement leurs idées.

Il serait évidemment prématuré de vouloir tirer des conclusions pratiques des débats qui viennent d'avoir lieu. Les rapports présentés étaient tous intéressants, quelques-uns même étaient remarquables, mais malgré la bonne volonté des organisateurs, la discussion en a été souvent tumultueuse et confuse. L'assemblée, emportée par des élans juvéniles et généreux, s'est quelquefois laissé surprendre au point de voter des vœux inattendus, quelquefois étranges ou contradictoires.

C'est ainsi que nous avons vu demander la suppression de l'enseignement officiel et un peu plus tard réclamer des ressources nouvelles pour les facultés et écoles, et l'autonomie des universités.

Autre exemple, vendredi soir 26 votants contre 22 sur 1400 inscrits ont *décidé* que le repos hebdomadaire serait applicable pour le médecin en 1908.

Incohérences et exagérations qui montrent que certains congressistes, tout au moins, n'ont pas, ainsi que l'a sagement fait remarquer M. le professeur Hayem, suffisamment mûri des questions qui ont besoin d'être longuement, très longuement étudiées.

Ce sera sans doute le rôle de la commission de vigilance qui va survire au Congrès et aura pour mission de faire entendre la voix des praticiens de France à l'autre commission, la commission officielle qui siège au ministère de l'Instruction publique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. (CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS.) — *Epreuve de trois quarts d'heure.* — Séance du 12 avril : MM. Thévenot (Dijon) : « Mal perforant plantaire ; » Riche (Montpellier) : « Plaies des veines ; » Hallopeau (Paris) : « Traitement du cancer du sein. »

Séance du 13 avril : MM. Caubet (Toulouse) : « Fractures du rocher ; » Alglave (Paris) : « Corps étrangers de l'œsophage ; » Duroux (Lyon) : « Phlegmons de la paume de la main. »

— BORDEAUX. — Un concours pour la place de chef de clinique d'accouchements sera ouvert à la Faculté de médecine de Bordeaux le 24 juin 1907, à dix heures et demie du matin. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 19 juin, à midi.

GUERRE. — M. le médecin-inspecteur Billet, directeur du service de santé du 7e corps d'armée, est placé, à dater du 14 avril 1907, dans la 2e section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs.

ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉES DE BORDEAUX. — Un concours s'ouvrira le 6 juin 1907 pour la nomination de deux internes titulaires.

Conditions : être pourvu du grade de docteur en médecine ou de seize inscriptions de doctorat.

Les étudiants susceptibles de prendre leur seizième inscription en juillet 1907 sont, à titre exceptionnel, admis à s'inscrire.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction de l'asile.

ASSOCIATION AMICALE DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES EN MÉDECINE DES HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association aura lieu le samedi 27 avril, à quatre heures et demie du soir, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau).

Ordre du jour : 1° allocution du président; 2° rapport du secrétaire ; 3° compte rendu financier du trésorier; 4° rapport de la commission de vérification des comptes; 5° propositions diverses intéressant l'Association ; 6° élections. Renouvellement partiel du Comité. Election de quatre membres nommés pour quatre années.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Claude Béclère, décédé à Paris dans sa quatre-vingt-onzième année. Nous adressons à son fils, le docteur A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, nos bien sincères condoléances; — Brand (de Saint-Laurent-du-Gorre); Donnadieu (de Bordeaux); Rabuel (de Paris), mort victime du devoir professionnel pour avoir pratiqué la respiration artificielle bouche à bouche à un enfant diphtérique.

SUR UNE VARIÉTÉ RARE ET TARDIVE

DE

TUMEURS CONGÉNITALES

SACRO-COCCYGIENNES

Par MM. MOLIN, ancien interne des hôpitaux de Lyon,
et GABOURD, interne des hôpitaux de Lyon.

Notre intention n'est pas de refaire ici l'étude des tumeurs sacro-coccygiennes, les articles classiques de Kirmisson(1), Rieffel(2), Tourneux et Hermann (3), les ont décrites d'une manière aussi parfaite que possible dans l'état actuel de nos connaissances. Mais, à l'occasion d'un malade fort intéressant qui présentait à l'âge de trente-deux ans une tumeur de cette région sacro-coccygienne et qui, enlevée assez largement par l'un de nous il y a un an et demi, n'a pas récidivé depuis, nous nous sommes demandé si, à côté des tumeurs sacro-coccygiennes classiques, dont la nature congénitale n'est pas douteuse puisqu'elles surviennent à la naissance et présentent toutes le caractère de s'extérioriser en se pédiculisant ou en formant des végétations ou des ulcérations, donc, si, à côté de cette variété bien connue, il n'en existait pas une autre, dont l'origine serait analogue, malgré un développement tardif et l'absence apparente de tout caractère congénital.

En un mot, ces tumeurs seraient, aux tumeurs classiques de la région sacro-coccygienne, ce que les épithéliomas branchiogènes ou branchiomes malins (anciens ganglions néoplasiques primitifs) *sont aux kystes dermoïdes ou mucoïdes de la même région.*

C'est donc l'existence de pareilles tumeurs que nous allons essayer de démontrer par l'observation personnelle dont nous venons de parler et aussi par quelques autres, malheureusement trop rares, que nous avons pu découvrir dans la littérature médicale.

Observation personnelle. — H. P..., charcutier, trente-deux ans. Début de l'affection, remontant vraisemblablement à deux ou trois ans, marqué par des signes de constipation chronique.

Au commencement de 1905 le malade commença à souffrir le long de la colonne lombaire; des douleurs sourdes et continues ne tardèrent pas à se localiser à la région sacrée, sans irradiations fixes, ni du côté de la vessie ou du rectum, ni le long des membres inférieurs.

Un médecin consulté fit le diagnostic de *sacro-coxalgie* et conseilla un traitement en conséquence.

Les souffrances devenant de plus en plus vives, le malade vint à Lyon consulter M. Gangolphe, qui, par le toucher rectal, reconnut une tumeur de la face antérieure de la région sacro-coccygienne. Cette tumeur, bien circonscrite, de la grosseur d'une orange, repoussait le rectum en avant sans lui adhérer; elle paraissait dure, légèrement rénitente, sans fluctuation.

En arrière, en haut du sillon interfessier, la grosseur était très peu apparente; tout au plus pouvait-on, en regardant bien et par comparaison avec le côté opposé, noter une légère voussure des parties molles, le long du bord droit de la colonne sacro-coccygienne. La palpation profonde seule réveillait de la douleur.

En présence de ces signes, M. Gangolphe adressa le malade au docteur Molin, qui le suppléait dans son service, en lui demandant de pratiquer une ponction exploratrice qui trancherait le diagnostic entre un abcès ossifluent et une tumeur d'origine osseuse, ostéo-sarcome probablement. La ponction vérifia la seconde hypothèse en ne donnant issue qu'à quelques gouttes de sang.

M. Gangolphe confia le traitement chirurgical réclamé par le malade à M. Molin, lui conseillant de tenter une exérèse très large par la voie sacrée.

Après quelques jours de préparation : purgatifs, lavements, diète hydrique de trois ou quatre jours, on pratiqua une intervention très simple comme manuel opératoire.

Opération le 21 septembre 1905 :

1° Tracé de deux incisions perpendiculaires : l'une verticale parasacrée longue de 20 centimètres, l'autre horizontale, de 12 centimètres, branchée sur la première à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs;

2° Les lambeaux disséqués et relevés, exploration de la tumeur après section bilatérale des ligaments sacro-coccygiens; le rectum reconnu est très facilement relevé;

3° Section au ciseau de Mac-Ewen du sacrum au niveau du troisième trou sacré; section ou libération des nerfs de la queue de cheval;

4° Enucléation de la tumeur par section à distance de ses attaches musculaires ou aponévrotiques avec le releveur de l'anus. Le champ opératoire apparaît comme une excavation énorme que parcourt de haut en bas le rectum flottant, mais intact;

5° Hémostase par des mèches et des tampons entremêlés de gros drains ressortant à travers, et en dehors des lignes de suture qui réunissent les bords de la plaie par devers ce tamponnement très serré.

Suites opératoires immédiates. — La plaie, qui a suinté énormément les huit premiers jours, n'a jamais été infectée grâce à des soins minutieux pendant les pansements et continués au lit du malade. La température n'a jamais dépassé 38°2. Immédiatement après l'intervention, rétention d'urine complète. Le malade est sondé aseptiquement. Au bout de quatre jours apparition de phénomènes de *cystite trophique*, caractérisés par l'élimination au cathétérisme d'un dépôt vésical muco-membraneux très abondant, très épais, ressemblant à un potage de semoule mal délayé. Ces phénomènes s'amendèrent au bout de quinze jours. A sa sortie de l'hôpital le malade émettait des urines très claires.

Constipation opiniâtre établie dès les premiers jours. Le malade ne peut aller à la selle qu'après l'ingestion de purgatifs ou la prise de lavements. Cette constipation ne s'est pas améliorée à la sortie de l'Hôtel-Dieu.

La plaie réunie par première intention, sauf à sa partie inférieure, est complètement cicatrisée au bout de vingt-cinq jours.

Quinze jours après l'intervention, apparition de douleurs névralgiques dans les mollets; les muscles fléchisseurs des orteils présentent même, pendant une semaine, de la contracture permanente.

Zone d'anesthésie périnéale très nette, le long du scrotum, à la face inférieure de la verge qui diminue progressivement

(1) Kirmisson. *Traité des maladies congénitales*, p. 39.
(2) Rieffel. *Traité de chirurgie* Duplay et Reclus.
(3) Tourneux et Hermann. *Journ. d'anat. et de phy. iol.*, 1905.

d'étendue et d'intensité, pour n'être plus qu'insignifiante lorsque le malade quitte le service.

Suites opératoires éloignées. — Le malade est revu plusieurs fois par M. Molin en parfaite santé sans traces de récidive. Le dernier examen a été fait le 5 février 1907; à ce moment, le champ opératoire n'est plus marqué que par des cicatrices souples sans trace de récidive; la région déprimée laisse explorer une vaste excavation où l'on ne relève aucun noyau suspect. Le toucher rectal est négatif.

H. P... a pu reprendre toutes ses occupations journalières depuis quinze mois.

Il urine facilement, avec plus de lenteur cependant qu'avant l'intervention.

Les fonctions génitales sont satisfaisantes; il a guéri entre temps d'une blennorragie sérieuse.

Le seul trouble qui n'ait jamais disparu ou été amélioré est la constipation dont les purgatifs, administrés régulièrement tous les cinq jours, peuvent seuls avoir raison.

Il nous semble difficile, ne sachant pas exactement le nombre des branches du plexus sacro-coccygien qui ont été sacrifiées, de déterminer la nature exacte de la constipation; peut-être s'agit-il d'obstacle mécanique à l'évacuation résultant de la désinsertion ou de la section du releveur de l'anus, qui n'offre plus de plancher résistant, de point d'appui, à l'effort de l'expulsion.

Examen de la pièce. — A. *Macroscopique.* — Tumeur de la grosseur d'un œuf d'autruche, bien encapsulée, appendue à l'extrémité de la colonne sacro-coccygienne qui semble s'y enfoncer. Sur la coupe le néoplasme apparaît avec une coloration pâle uniforme, *de structure homogène*, sans kystes ni alvéoles. Par-ci, par-là, quelques taches ecchymotiques clairsemées.

Le tissu, osseux à la partie supérieure, se fond insensiblement dans le tissu néoplasique avec lequel il fait corps; la palpation révèle des aiguilles osseuses, seul vestige du coccyx et des vertèbres sacrées qui ont été dévorés par la tumeur.

On a l'impression très nette, à tous les points de vue, d'un ostéosarcome très malin. Le squelette, dégagé de la tumeur par macération, montre, d'une part, que le coccyx tout entier et le sacrum jusqu'au niveau du bord inférieur du quatrième trou ont disparu complètement, et d'autre part que notre section a porté sur une ligne transversale affleurant le bord supérieur des troisièmes trous sacrés.

B. *Microscopique.* — Note de M. le professeur agrégé Paviot : « Sur les coupes, autour d'une aiguille osseuse dans un tissu fibro-hyalin rayonnent des boyaux pleins d'un épithélioma. Les cellules de ces boyaux présentent toutes une grosse boule hyaline claire que refoule le noyau latéralement, d'autant plus volumineuse que la cellule est plus grande. Il est difficile d'en indiquer la provenance, mais toutefois c'est une tumeur *secondaire* de l'os et les cellules ressemblent le plus à celles d'un *cancer du rein.* »

Les observations de tumeurs présacrées analogues à la précédente sont très rares chez les adultes. Et même la plupart de celles que l'on trouve, indiquent qu'il s'agissait d'une tumeur kystique analogue à la majorité des tumeurs sacro-coccygiennes des enfants, et comme ces dernières, elles cherchent le plus souvent à faire saillie à l'extérieur et à se pédiculiser, soit en arrière de l'anus, soit à travers le sacrum, soit sur les côtés de cet os ou quelquefois dans la région fessière. De plus, ces kystes sacro-coccygiens de l'adulte surviennent ordinairement chez des individus de vingt à trente ans, qui ont présenté des troubles au niveau de la région ano-sacrée. Il suffit pour le croire de lire les nombreuses observations publiées par Calbet dans sa thèse, et dont voici quelques exemples très résumés.

Observations très résumées (prises dans la thèse de Calvet, Paris, 1892-1893.) — 1. Obs. XLVI. Walzberg, 1878. — Fille de vingt-six ans portant entre l'anus et le sommet du coccyx une tumeur congénitale du volume des deux poings. A l'histologie, kystes et lipome.

2. Obs. XLIX. Bergmann, 1884. — Jeune fille de vingt-deux ans qui aurait remarqué depuis deux mois une augmentation de volume de sa fesse droite, qui en peu de temps présenta le volume d'une tête d'enfant.

3. Obs. LII. Wurtzberg, 1878. — Jeune fille de vingt-six ans, portant entre l'anus et le coccyx une tumeur du volume de deux poings. Aurait augmenté dans ces derniers temps.

4. Obs. LXVI. Leriche, 1886. — Jeune fille de dix-neuf ans, présentant une tumeur coccygienne qui vers l'âge d'un an était grosse comme un œuf de pigeon. Augmenta énormément.

5. Obs. LXXX. Schmidt, 1889. — Femme de quarante ans ayant depuis sa naissance une affection de l'anus. Une tumeur fut enlevée vingt-quatre ans auparavant par Bardeleben, il se forma une fistule qui persista depuis.

6. Obs. LXXXI. Bergmann, 1884. — Femme de cinquante et un ans, entre pour fistule ischio-rectale consécutive à incision d'une tumeur ayant débuté trois ans avant.

Les relations congénitales trop nettes que ces divers cas présentent font que nous les laisserons complètement de côté, notre intention en les publiant, a été de montrer que toutes les tumeurs congénitales sacro-coccygiennes ne se développent pas seulement au cours de la première enfance puisque certaines d'entre elles ont attendu vingt et même vingt-cinq ans pour se mettre à proliférer. On ne trouvera donc pas étonnant que chez l'adulte on puisse rencontrer des néoplasies ayant pris naissance dans les vestiges embryonnaires si abondants au niveau de cette région sacro-coccygienne, mais qui jusqu'alors sommeillaient.

D'ailleurs nous avons trouvé quatre autres observations de tumeurs analogues à développement présacré. La première a été publiée il y a déjà longtemps par Volkmann (1), deux autres se trouvent dans le *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris* dans le compte rendu de la séance du 27 juin 1900; elles sont de Walter et de Schwartz et ont été l'occasion d'une discussion fort intéressante, sur laquelle nous aurons à revenir plus loin. Enfin, la quatrième a été rapportée par Graff (2), en 1903, comme exemple de dégénérescence néoplasique de la paroi d'un kyste dermoïde.

Obs. II (résumée après traduction). — *Résection d'une pro-tion considérable du sacrum dans toute son épaisseur et avec*

(1) Volkmann. *Deut. med. Woch.*, 1876, n° 24.
(2) Graff. *Deut. Zeits. f. Chir.*, t. LXIV, p. 536.

ouverture du canal médullaire pour un ostéo-sarcome central (tumeur myéloïde). *Guérison.* (Richard VOLKMANN. *Deut. med. Wochens.*, 14 juin 1876, n° 24, p. 281.) — Mme Dorothée R..., âgée de vingt-trois ans, de constitution robuste et ayant eu un enfant il y a trois ans, se plaint d'une douleur dans le sacrum depuis plus d'un an. Il y a neuf mois une tumeur s'est montrée sur la face externe du sacrum, rendant de plus en plus impossible la marche, la station assise, et provoquant de vives douleurs au moment de la défécation.

Examinée pour la première fois six mois avant l'opération, on trouve par le toucher rectal sur la moitié gauche de la face antérieure du sacrum une tumeur de la grosseur d'un œuf.

Mais le rectum est mobile sur cette tumeur, il n'est pas soudé avec elle. On constate qu'il existe une véritable fluctuation transverse à l'extérieur sur la face externe du sacrum, et à travers cet os. Il doit donc y avoir destruction de l'os par la tumeur.

Une intervention réclamée par la malade à cause des souffrances qu'elle endure est pratiquée le 2 mars 1876.

L'incision contourne la tumeur allant de l'articulation sacro-iliaque gauche à l'extrémité inférieure du sacrum. De l'articulation sacro-iliaque, le conteau est introduit horizontalement, traverse la ligne médiane, puis au niveau des tubérosités se dirige en bas. De sorte que du côté droit il ne reste du sacrum qu'une bande large de 2 centimètres. Le coccyx qui est sain est laissé en place pour conserver les attaches du releveur de l'anus.

Le péritoine et le rectum sont respectés, mais deux nerfs du plexus sacré ont été intéressés par le bistouri.

On remplit la cavité opératoire qui est de la grosseur d'un poing avec de la gaze antiseptique. L'opération avait été faite sous le spray. Pansement et drainage minutieux.

L'évolution fut simple. Pas de suppuration. La malade put sortir six semaines après l'opération. Elle peut actuellement monter les escaliers et se promener une demi-heure dans le jardin.

Un seul symptôme a été difficile à expliquer, c'est une très longue rétention d'urine et en outre de vives douleurs au moment de la défécation, ressemblant à celles des fissures anales. Mais en ce moment (juin 1876) elles ont complètement disparu.

La tumeur se présentait comme un sarcome à cellules géantes, était très vascularisée et même pigmentée par places (ostéo-sarcome central, tumeur myéloïde), elle tirait son origine du périoste. D'après la nomenclature de Virchow, elle serait à classer dans les sarcomes myélogènes à cellules géantes.

Cette tumeur aurait pu mettre en danger la vie de la malade par son accroissement, mais son extirpation complète et l'absence de récidive font espérer qu'elle n'a plus rien à craindre.

OBS. III. — *Tumeur de la face antérieure du sacrum enlevée par laparotomie.* (WALTHER. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, séance du 27 juin 1900, p. 766.) — « La tumeur que je présente à la Société, a été enlevée ce matin dans les conditions suivantes :

Il s'agissait d'une malade, envoyée à l'hôpital avec le diagnostic de gros fibrome utérin, qui présentait une tumeur volumineuse, arrondie, dure et indépendante de l'utérus. Elle était enclavée dans le bassin entre le rectum et l'utérus, mais à gauche, elle semblait soudée à la paroi pelvienne. J'avais pensé à un fibrome de l'ovaire ou du ligament large enclavé dans le bassin.

A l'opération, après laparotomie médiane sous-ombilicale, je trouve derrière l'utérus une masse volumineuse remplissant le bassin. Cette tumeur était rétro-péritonéale située dans le méso-rectum.

Je tentai de l'enlever directement. Je fis sur la lame péritonéale qui recouvrait la tumeur une incision verticale de 7 à 8 centimètres de long. Puis avec le doigt je décollai les lames celluleuses, et ainsi je dégageai la face antérieure et les bords de la tumeur. En poursuivant je sentis nettement une très large insertion de la tumeur sur la face antérieure des quatre premières vertèbres sacrées.

J'essayai de fixer et d'attirer la tumeur comme un fibrome, à l'aide d'un tire-bouchon mais le tissu friable se déchira sous cette traction.

Je cherchai de nouveau à décoller la tumeur de son point d'implantation, je pus engager peu à peu les doigts au-dessous d'elle et finalement la désinsérer.

La tumeur ainsi enlevée, je tamponnai immédiatement et l'hémorragie d'abord assez abondante diminua rapidement.

Voici la tumeur : vous voyez qu'elle est formée en arrière d'une masse fibreuse avec petits noyaux lobulés en avant d'une véritable poche remplie de matière gris rougeâtre jaunâtre en certains points et qui ressemble absolument à de vieux caillots sanguins. L'examen histologique sera fait, qui nous renseignera sur la nature exacte de la tumeur, qui semble être à première vue un *fibro-sarcome d'origine périostique, né sur la face antérieure du sacrum et peut-être dû à la transformation d'une tumeur congénitale.* »

OBS. IV. — *Enorme tumeur épithéliale développée en arrière du rectum. Laparotomie d'abord, puis opération de Kraske et ablation du néoplasme. Résection du rectum. Invagination d'après Hochenegg. Guérison.* (SCHWARTZ. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, séance du 27 juin 1900, p. 771.) — Mme veuve C..., âgée de trente-neuf ans, entre dans le service du docteur Bouilly le 10 mars 1900. Réglée à dix-sept ans et régulièrement.

A un enfant actuellement âgé de neuf ans. Les couches furent bonnes. Jamais malade avant 1900.

Le 15 janvier 1900, douleurs rectales au moment de la défécation, d'abord sourdes et mal localisées, puis de plus en plus intenses. D'abord crises régulières de demi-heure à trois quarts d'heure. Ces douleurs sont plus intenses après les repas, dans la position assise et le décubitus dorsal. Cet état douloureux dure quinze jours, puis s'amende au commencement de février, puis revient plus intense.

Examen local. — Au toucher vaginal l'utérus est en bonne position, en arrière de lui on sent une masse fixe résistante de la grosseur d'une orange. Cette masse n'occupe pas le cul-de-sac de Douglas. Elle est en arrière du rectum et semble fixée à la paroi antérieure du sacrum.

Le diagnostic posé est kyste ou sarcome développé dans le tissu cellulaire rétro-rectal. Le 27 mars dernier, M. Bouilly pratique une laparotomie et fait l'ablation d'un petit fibrome kystique du fond de l'utérus par énucléation. Les organes du petit bassin sont couverts d'un léger voile d'adhérences que l'on rompt et derrière lequel on trouve les annexes gauches enflammées. L'opération a été faite dans le but de s'assurer des connexions du néoplasme et de l'impossibilité de l'enlever par laparotomie. Il est en avant du sacrum comme immobilisé par des adhérences ou une insertion directe.

Le 12 avril, M. Schwartz fait une deuxième intervention. Incision courbe rétro-sacrée rabattant un lambeau en haut.

Ablation du coccyx et de l'extrémité inférieure du sacrum. Enucléation de la tumeur qui adhère en avant au rectum sur une très grande étendue.

Ouverture du rectum au cours de cette dissection et ablation d'un morceau du rectum de 6 centimètres environ.

Invagination du bout supérieur dans l'inférieur par le procédé d'Hochenegg.

Suites bonnes malgré un fort état de shock. Il s'établit une fistule recto-vaginale, mais l'anus fonctionne bien.

Examen histologique pratiqué par le professeur Cornil. — Epithélioma à cellules cylindriques en forme d'alvéoles circinées, papillaire par places, le tout couvert d'un seul revêtement de cellules cylindriques longues. Au milieu des alvéoles on voit souvent des amas de cellules rondes mortifiées. Les parties étendues de la tumeur sont constituées par des alvéoles à parois minces et contenant des cellules mortifiées. Il est manifeste que la tumeur est une tumeur partie de la sous-muqueuse du rectum et développée en arrière. Il n'y a nulle part dans les coupes de tissu rappelant un tissu ganglionnaire.

Schwartz fait suivre son observation des réflexions suivantes :

Différentes hypothèses avaient été émises au sujet du diagnostic. L'idée de la tumeur rectale ne nous était nullement venue par suite de l'absence de toute lésion intra-rectale appréciable au toucher. S'agissait-il d'un ostéo-sarcome d'une de ces tumeurs pelviennes dermoïdes ou encore d'un tératome?

Obs. V. — *Tumeur dermoïde rétro-rectale avec dégénérescence adéno-carcinomateuse.* (H. Graff. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, t. LXIV, p. 526.) — Femme de trente-quatre ans présentant une tumeur grosse comme une tête d'enfant située entre le rectum et la face antérieure du sacrum et remontant jusqu'au niveau du promontoire.

Enlevée assez facilement par décollement des adhérences assez lâches avec le sacrum, la guérison paraissait complète au bout d'un mois. Mais six semaines après, douleurs violentes, tuméfaction de la cicatrice, atteinte rapide de l'état général et mort deux mois après l'opération.

L'examen histologique montra une dégénérescence adéno-carcinomateuse de la paroi d'un vieux kyste dermoïde. De même au niveau de la cicatrice.

On avait donc affaire à une tumeur congénitale dont l'évolution maligne avait débuté peu de temps avant l'opération quand survinrent les premiers symptômes douloureux.

Krukenberg, Montgomery, Czerny, etc., ont publié des cas analogues.

Si on compare ces quatre observations à la nôtre, on voit qu'elles se ressemblent par les caractères cliniques et aussi par l'aspect sarcomateux un peu grossier que présentaient macroscopiquement les coupes de ces tumeurs. Mais l'examen histologique qui a été fait dans les cinq cas, a donné cinq résultats différents. La tumeur enlevée par M. Schwartz serait d'après M. Cornil un cancer sous-muqueux du rectum, celle de M. Walther un fibro-sarcome, celle de Volkmann une tumeur osseuse, celle de Graff une dégénérescence adéno-carcinomateuse d'un kyste dermoïde et enfin la nôtre une tumeur sarcomateuse assez analogue aux néoplasies du rein.

Il semble, à première vue, que cette diversité soit difficile à expliquer, mais nous ferons remarquer, malgré la haute autorité du professeur Cornil, qu'il est curieux qu'une tumeur du rectum, même à début sous-muqueux, puisse acquérir d'énormes dimensions au point de nécessiter la résection du coccyx et d'une partie du sacrum sans avoir envahi la muqueuse rectale, sans avoir provoqué d'ulcérations. C'est là un fait assez fréquent dans les cas de sarcomes intestinaux, mais que l'on ne rencontre jamais dans les cancers épithéliaux du gros intestin, même chez ceux à début para-intestinal.

Peut-être s'agit-il de tumeurs osseuses, de tumeurs myéloïdes, puisque dans le cas de Schwartz et dans le nôtre il y avait fusion complète du sacrum et du coccyx dans la tumeur et que dans la tumeur que nous avons pu examiner comme dans celle enlevée par Volkmann, on constatait les lamelles et aiguilles osseuses si spéciales aux ostéo-sarcomes? Nous ne le croyons pas cependant à cause de la constitution même du tissu de ces tumeurs et surtout de leur peu de développement en arrière sur la face externe du sacrum, à l'exception cependant du cas de Volkmann.

Il semble plutôt que ces tumeurs tiennent leur origine ni du rectum, ni du sacrum ou du coccyx, mais des tissus assez variés qui résultent des modifications survenues pendant la période embryonnaire et qui siègent dans leur intervalle. C'est l'hypothèse que Walther formulait à la fin de son observation, c'est celle que nous croyons la plus vraisemblable, car elle permet de mieux comprendre les particularités que présente cette variété de tumeurs.

Mais quel est le tissu en cause? Est-ce la glande de Luchska, les restes de la chorde dorsale, l'intestin caudal ou postanal, ou encore les restes du corps de Wolff? Il est possible que tous ces restes d'organes transitoires puissent entrer en cause et avec Hermann et Tourneux nous pouvons dire : *que la provenance des tumeurs sera indiquée par l'analogie de la composition histologique*. C'est d'ailleurs une règle générale en pathologie des tumeurs, bien établie par Virchow et par Bard.

Dans ces dernières années cependant on a bien battu en brèche la structure de la glande de Luchska comme l'avait établie cet auteur et après lui Virchow, Braune, Arnold et Sertoli, on admet actuellement qu'elle n'est qu'un dérivé vasculaire analogue au corpuscule carotidien, et on lui a enlevé de ce fait tout pouvoir de prolifération. Peut-être a-t-on exagéré en sens contraire et peut-être existe-t-il des tumeurs provenant de la glande de Luschska comme il en naît du corpuscule rétro-carotidien [Reclus et Chevassu (1) et da Costa (2)]. Mais ce n'est qu'une hypothèse que nous n'avons pu d'aucune façon vérifier, aussi le rôle de cette glande est-il encore au moins douteux.

Avec Hermann et Tourneux il est mieux d'envisager les résidus embryonnaires qui se trouvent souvent en si grande quantité dans la concavité présacrée. Avec eux comme au cou avec les résidus branchiaux pour les branchiomes, il est possible

(1) Reclus et Chevassu. Des tumeurs du corpuscule rétro-carotidien, *Revue de chir.*, 1903, p. 149.

(2) Da Costa. Tumeur du ganglion carotidien, *Ann. of surg.*, sept. 1906.

d'expliquer les différences de structure de ces tumeurs. A ce niveau en effet se trouvent les restes de l'extrémité inférieure de la chorde dorsale, les résidus de l'intestin caudal du post-anal, du tube médullaire caudal, et de même que chez l'enfant, de cet *amas résidual* il peut se former des tumenrs complexes où l'on peut découvrir des amas de tissu nerveux, des productions conjonctives ou squelettiques, et même des néoformations analogues à l'intestin, de même chez l'adulte ces tissus qui ont sommeillé longtemps peuvent donner naissance à des néoplasmes végétants de malignité relativement faible, seulement locale puisque dans les observations que nous publions et qui ont pu être suivies longtemps (Volkmann, la nôtre), on n'a observé ni récidive, ni généralisation. Par conséquent dans notre observation il s'agira d'une tumeur originaire des débris du corps de Wolff, dans celles de Walther et peut-être même de Volkmann, de débris axiaux (chorde dorsale, segments caudaux, ligne primitive, etc.), enfin pour celui de Schwartz il est possible que la tumeur vienne des résidus intestinaux dont nous avons déjà parlé.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses il est un fait bien acquis c'est la symptomatologie de ces tumeurs, la façon dont elles se développent et se manifestent.

Dans toutes les observations nous voyons qu'il s'agit d'une tumeur qui bombe dans le rectum, le soulevant et faisant saillie dans le bassin. Ce n'est que plus tard que le sacrum et le coccyx sont envahis et se fondent avec la tumeur (cas de Volkmann et le nôtre).

Cette particularité du développement des tumeurs pré-sacrées se voit souvent dans la variété congénitale [Kirmisson (1)] mais aussi dans celles qui sont de nature bénigne (cas de Tillaux, chondrome et kyste hydatique dans le cas de Quénu) et même lors de la discussion qui eut lieu en 1900 à la Société de chirurgie de Paris. M. Quénu fit suivre son observation de réflexions que nous croyons très utiles à rapporter ici.

M. Quénu (Soc. de chir. de Paris, 17 juin 1900) : « Je désire appeler l'attention sur un point de clinique soulevé par la communication de M. Walther.

Dans son cas il y avait, si j'ai bien compris, cette apparente contradiction d'une tumeur refoulant le rectum d'arrière en avant et semblant par suite rétro-rectale, et d'autre part apparaissant dans la cavité abdominale contre la paroi antérieure, à l'instar d'une tumeur pré-rectale intra-péritonéale.

Or, ce mode de développement des tumeurs de la concavité du sacrum n'est pas exceptionnel, j'ai eu l'occasion de l'observer et de l'étudier expérimentalement sur le cadavre.

J'étais appelé auprès d'un jeune homme menacé d'occlusion intestinale par le développement d'une tumeur de la concavité du sacrum, qu'on sentait en arrière du rectum par le toucher rectal refoulant, aplatissant celui-ci d'arrière en avait. D'autre part, cette tumeur débordait le pubis et se rapprochait de l'ombilic en s'appliquant étroitement contre la paroi abdominale antérieure comme s'il se fût agi d'une tumeur du cœlome.

Par des expériences sur le cadavre (petits ballons en caoutchouc au-dessus du releveur de l'anus en arrière du rectum), je pus me convaincre qu'une tumeur rétro-rectale contourne ensuite le rectum par une sorte de développement spiroïde et peut lui devenir antérieure.

Puis je fis une incision para-sacrée, incisai le releveur de l'anus à ses attaches sacro-coccygiennes, luxai latéralement le coccyx après l'avoir séparé du sacrum et me fis ainsi une large voie vers ma tumeur qui se trouva être un énorme kyste hydatique multiloculaire du petit bassin.

Je remis le coccyx à sa place et le suturai. Les suites furent simples.

Je ne saurais trop recommander cette voie périnéale avec luxation temporaire du coccyx pour l'extirpation des tumeurs de la concavité du sacrum. »

A côté de ce symptôme caractéristique des tumeurs pré-sacrées, il s'en trouve quelques autres non moins utiles pour le clinicien. C'est d'abord l'évolution assez longue, les troubles de la défécation, les douleurs dans la marche et dans la station assise qui attireront l'attention du malade et l'engageront à consulter. Alors par le toucher rectal on délimitera une tumeur plus ou moins volumineuse qui fera saillie dans le rectum. Sa consistance sera plutô résistante, même dure lorsqu'il s'agira de tumeurs du tissu fibreux. Quelquefois enfin le palper abdominal pourra faire sentir la tumeur lorsqu'elle sera volumineuse, ou bien on constatera dans la région sacro-fessière une tuméfaction plus ou moins grande, mais ordinairement assez faible.

Cette symptomatologie, en somme, est assez vague, aussi le diagnostic reste-t-il bien souvent en suspens. On pourrait, en effet, penser d'un abcès froid du sacrum (Caubet) développé dans la concavité antérieure de cet os, mais la consistance sera beaucoup plus molle, on aura souvent un peu de fluctuation, enfin il est une dernière ressource très utile en pareil cas, c'est la ponction exploratrice. Quant à l'ostéo-sarcome du sacrum tous les auteurs s'accordent à dire qu'il est d'une très grande rareté; il en serait du sacrum comme pour la colonne vertébrale, les cancers y seraient toujours secondaires [Tripier, Batailler (1), Calbet (2)]; seule l'observation de Volkmann pourrait être donnée comme exemple, mais il est curieux qu'une tumeur aussi maligne qu'un sarcome myéloïde n'ait pas récidivé dans une région où son extirpation très large était impossible, et c'est pour cela que nous l'avons rangée de préférence dans le groupe des tumeurs que nous décrivons.

On a vu, en effet, que ces tumeurs, malgré leur aspect et leur structure, ont évolué d'une façon plutôt bénigne présentant uniquement une certaine mali-

(1) Kirmisson. *Maladies d'origine congénitale.* Au cours de l'étude des tumeurs (fibromes, sarcomes, cysto-sarcomes) cet auteur dit : « Elles se développent surtout à la face antérieure du sacrum et du coccyx en repoussant en avant rectum et anus. »

(1) Batailler. *Des ostéosarcomes du bassin,* Th. de Montpellier, 1897-1898.

(2) Th. de Paris, 1892-1893.

gnité locale qui cependant avait respecté leur encapsulement. En tout cas ces tumeurs (les deux qui ont été suivies) n'ont pas récidivé ni ne se sont pas généralisées. Peut-être est-ce à cause des interventions qui furent larges? Peut-être aussi est-ce à cause de leur encapsulement?

Aussi, lorsqu'on sera en présence d'une telle variété de néoplasmes ne devra-t-on pas désespérer du bon résultat de l'intervention. Il faudra toujours les opérer, quelque volume qu'elles paraissent présenter.

Quant à la voie qu'il faudra suivre, cela dépend bien entendu du mode de développement de ces tumeurs. Si elles ont envahi le petit bassin on même remonté au-dessus du détroit supérieur (Quénu, Schwartz), on pourra les enlever par une laparotomie.

Si au contraire leur développement est plutôt inférieur, sacro-périnéal, et c'est le cas le plus fréquent, c'est à la voie sacrée ou para-sacrée qu'il faudra avoir recours (1).

CONGRÈS DES PRATICIENS

ASSEMBLÉE NATIONALE DES MÉDECINS DE FRANCE

(12-14 avril 1907)

Le Congrès des praticiens a ouvert, ainsi que nous l'avons annoncé, ses séances sous la présidence de M. le docteur Dubuisson, député.

Après le discours d'inauguration prononcé par M. Gairal et le rapport de M. Leredde, secrétaire général, le Congrès commence ses travaux.

Réforme de l'enseignement. — MM. Hirtz et Caussade exposent les conclusions de leur rapport sur *l'hôpital, centre d'enseignement clinique*, rapport particulièrement intéressant, par sa documentation d'abord, et ensuite parce que ses conclusions traduisent les tendances qui se retrouveront dans la plupart des rapports sur la réforme de l'enseignement. Nous y insistons donc à dessein.

L'instruction clinique, disent les rapporteurs, ne peut s'acquérir qu'au lit du malade. L'enseignement théorique ou l'enseignement du livre n'ont qu'une valeur complémentaire.

Les hôpitaux peuvent être organisés, soit en se servant de l'internat actuel; tel qu'il existe à Paris, soit en créant des assistants de manière que l'étudiant puisse faire sous leur direction son éducation médicale pratique; il peut du reste recevoir à l'hôpital toute l'instruction scientifique dont il a besoin.

L'enseignement médical en France exige d'une manière impérieuse l'augmentation considérable du nombre des hommes qui en sont chargés. Nos facultés doivent être ouvertes à toutes les bonnes volontés, à tous les talents, comme celles d'Allemagne en particulier.

L'institution du privat-docentisme crée l'émulation nécessaire, de même que celle du paiement des professeurs par les élèves.

La multiplication des professeurs-adjoints permet la sélection des professeurs titulaires.

Pour ne parler que de Paris, une transformation large, franche, libérale de la Faculté, permettrait de refaire de notre école de médecine la première école du monde.

MM. Caussade et Hirtz demandent donc :

1° Que nos facultés de médecine soient largement ouvertes, et que tout homme dont la valeur aura été démontrée par ses travaux personnels ou le succès de son enseignement puisse parvenir au plus haut grade;

2° Que l'agrégation, qui ferme la porte de nos écoles, soit purement et simplement supprimée dans le plus bref délai;

3° L'institution du privat-docentisme, qui existe à peu près dans tous les pays du monde et permet de multiplier dans une mesure considérable le nombre des hommes adonnés à l'enseignement médical, et d'établir entre eux l'émulation nécessaire.

Les privat-docent ou professeurs-adjoints seraient rémunérés en grande partie par les élèves.

4° Que l'hôpital devienne le centre d'enseignement *au point de vue clinique et thérapeutique*.

Le professeur Blanchard reconnaît que l'enseignement clinique est indispensable, qu'il est insuffisant dans nos facultés mais que l'enseignement théorique d'autre part est nécessaire comme seul capable de donner une vue d'ensemble de la médecine générale. M. Blanchard fait un éloge particulier des écoles de médecine de province, notamment celles de Rennes, Nantes, Angers, Tours, où il estime que les étudiants devraient essaimer pour décongestionner les grands centres.

M. Huchard, aux applaudissements de l'assemblée, expose son rapport sur l'*agrégation* et le *privat-docentisme* dont voici les conclusions :

« Telle qu'elle existe en France, l'agrégation des facultés de médecine n'est pas une école d'enseignement. En limitant d'une façon trop exclusive et étroite le nombre des agrégés, elle interdit injustement l'accès au professorat de tous ceux qui ont donné la preuve de leurs aptitudes professorales et de leur valeur scientifique par le succès de leur enseignement libre, par leurs découvertes ou travaux originaux, de tous ceux qui « n'ont pas eu leur jury » au moment opportun; de tous ceux que la maladie ou les ressources insuffisantes de fortune ont momentanément éloigné du concours; de tous ceux qui ont le droit de prétendre aux plus hauts grades comme à la récompense de leurs efforts et de leurs mérites *en sortant du rang* et sans passer par les concours. »

Ce qui distingue le privat-docentisme de l'agrégation, c'est que le privat-docentisme n'est pas un concours de mémoire, mais un examen, et que les places n'y sont pas limitées comme pour l'agrégation.

M. Huchard explique le sens exact de cette motion. Il tient à bien spécifier que dans sa pensée il ne doit pas en résulter la suppression des facultés de médecine, bien au contraire, l'enseignement libre, par l'effet de l'émulation et de la concurrence, aura pour résultat de galvaniser les Facultés de l'Etat. Il ne s'agit pas d'avoir une Faculté de médecine libre sans contrôle pour remplacer une Faculté officielle sans contrôle, mais d'avoir simultanément un enseignement public et un enseignement privé.

M. Reymond, sénateur, expose ensuite son rapport sur l'hôpital, centre d'enseignement clinique au point de vue chirurgical, puis M. Lafontaine, au nom de l'Association corporative des étudiants, affirme que le favoritisme est la règle du concours de l'agrégation, et d'ailleurs de tous les concours de la faculté de médecine.

Le Congrès vote ensuite à une immense majorité les vœux suivants :

1° Que l'agrégation des facultés de médecine soit supprimée;

2° Que l'enseignement médical soit absolument libre;

3° Que l'Etat se réserve le seul droit des examens et de la collation des grades;

4° Que l'enseignement soit rétribué d'une part par l'Etat, la plus grande part ou la majorité par les élèves.

DEUXIÈME SÉANCE DU 12 AVRIL

L'ordre du jour appelle le rapport sur **le libre choix du médecin.**

Le docteur Gairal, rapporteur, parle du choix du médecin dans les mutualités. La loi de 1850, dit-il, n'est pas appliquée; le libre choix du médecin est entravé par les Conseils d'administration pour des raisons pécuniaires, en raison de la faiblesse des cotisations. Ainsi l'homme malade, malgré sa prévoyance, ne peut choisir son médecin. Et cependant, non seulement le rôle professionnel mais encore le rôle moral du médecin est considérable. Le docteur Gairal émet donc le vœu que « le service médical des sociétés de secours mutuels soit organisé de façon à respecter la liberté des sociétaires en laissant aux

(1) Voir la bibliographie complète sur les tumeurs sacro-coccygiennes congénitales dans l'article de MM. Hermann et Tourneux, *Journ. d'anat. et de physiol.*, 1905.

malades le libre choix du médecin ». La discussion s'engage.

Le docteur Bolliet propose : Que les mutualités aient le choix du médecin. Le service médical serait organisé suivant le système à la visite avec paiement intégral par la société.

Le malade participerait aux frais médicaux par le paiement des tickets donnant droit aux visites et aux consultations.

Le Congrès décide de faire demander au moment voulu l'insertion sous l'article 6 de la loi de 1898 du paragraphe suivant :

« S'il est créé des secours en cas de maladie, chaque membre participant aura le droit absolu de choisir librement son médecin et son pharmacien. Pour chaque consultation ou ordonnance la société ne sera tenue que jusqu'à concurrence de la somme fixée par elle. »

Pour le premier paragraphe de l'article 9 (ancien article 8), on proposerait la rédaction suivante :

« *a*. L'organisation, en faveur des membres participants, des secours énumérés à l'article 1er. »

Le docteur Albertin expose qu'à Lyon le syndicat des médecins a imposé son tarif aux sociétés de secours mutuels et dressé lui-même la liste des médecins mutualistes.

Le docteur Poinot fait observer qu'on ne peut pas demander aux sociétés plus qu'elles ne peuvent donner. Le seul moyen serait de demander aux mutualistes eux-mêmes le supplément d'honoraires.

Les conclusions de M. Gairal sont votées par le Congrès.

Le docteur Jeanne propose le texte suivant :

« Le Congrès donne mission aux délégués médecins de la commission médico-mutualiste de poursuivre les négociations sur les bases indiquées par les syndicats médicaux dans ces derniers mois, c'est-à-dire la liberté du choix des médecins et le tarif à la visite. »

Après une discussion assez vive à laquelle prennent part MM. les docteurs Lereboullet, Albertin, Gairal, Boillet, la motion de M. Jeanne, résumant les desiderata de l'assemblée, est également votée par le Congrès à l'unanimité.

Le Congrès adopte ensuite le texte suivant :

« Le Congrès des praticiens se déclare opposé à toute réduction de tarif concédée aux mutualistes. Il déclare que les médecins devront se faire rémunérer par les mutualistes suivant leur situation sociale et d'après le tarif syndical de la localité. »

M. Vallat présente son rapport sur le **libre choix du médecin dans les grandes compagnies**, et fait voter par le Congrès le vœu suivant :

« Qu'à l'avenir le service médical des grandes compagnies ne soit qu'un service administratif exercé en présence du médecin traitant. »

La résolution suivante est également adoptée :

« Il est contraire à l'ordre public et à la dignité humaine qu'en aucun cas une collectivité, de quelque ordre que ce soit, puisse imposer un médecin traitant à un malade. »

Repos hebdomadaire. — Vers la fin de la séance, le vœu suivant est voté par 26 voix contre 22, sur 1 400 inscrits.

« L'assemblée générale des médecins de France (Congrès des praticiens) réunie, à Paris, les 12, 13 et 14 avril 1907,

Considérant que, comme tous les travailleurs, le médecin praticien a le droit de se reposer le dimanche, et que, seul, un cas urgent de maladie ou de blessure lui crée le devoir social et humanitaire d'interrompre ce repos légitime,

Assimilant donc les visites faites le dimanche à des visites d'urgence,

Décide (!), à partir du 1er janvier 1908 :

Le prix de toute visite réclamée ou nécessitée le dimanche sera double de celui de la visite ordinaire.

Exception peut être faite pour toute visite effectuée sur le désir propre du médecin, à son heure, à un malade en cours de traitement. »

TROISIÈME SÉANCE DU 12 AVRIL

M. Dally présente les conclusions de son rapport sur le **libre choix du médecin pour les blessés du travail.**

Une discussion assez vive s'engage entre les docteurs Dally, Berruyer, Declercq, au sujet des cliniques organisées par les syndicats ouvriers. Certains orateurs estiment que le libre choix du médecin par les accidentés n'y est pas respecté.

Le congrès adopte ensuite les vœux suivants :

Vœu Berruyer : « Je propose que l'article 1er de la loi soit codifié dans les termes ci-dessous : Toutes les fois qu'une expertise médicale sera ordonnée soit par le juge de paix, soit par le tribunal civil ou par la cour d'appel, l'expert ne pourra être le médecin qui a soigné le blessé, ni un médecin attaché à la Société d'assurances à laquelle le chef d'entreprise est assuré, ou à une exploitation soumise à la présente loi, ni un médecin ayant ouvert une clinique d'accidents du travail. »

Vœu du docteur Régis : « Le congrès proteste contre le racolage des blessés du travail par les cliniques des accidents du travail au moyen de versements en espèces et regrette que de pareilles mœurs s'introduisent dans le corps médical. »

Vœu du docteur Dubreuil : « Le congrès exprime le vœu que le monopole des accidents du travail n'appartienne pas plus aux organisations ouvrières qu'aux assurances et que le libre choix du médecin soit réellement garanti aux accidentés. » (Adopté à l'unanimité.)

« Le congrès exprime le vœu qu'une démarche soit faite auprès du ministre du Travail afin que les statuts types des mutualités obligatoires selon l'article 5 de la loi pour les patrons qui substituent des mutualités à leur responsabilité légale soient modifiés de manière à les mettre d'accord avec l'article 4 de la loi en laissant le libre choix du médecin. » (Adopté à l'unanimité.)

Vœu du docteur Boudin : « L'hôpital de grande ville ne devra recevoir que les malades indigents. L'hôpital de petite ville ou de canton n'acceptera des blessés du travail qu'à titre de maison de santé, c'est-à-dire que le médecin traitant aura droit de toucher des honoraires conformément au tarif des accidents du travail. » (Adopté à l'unanimité.)

Le Congrès adopte à l'unanimité le vœu suivant :

Vœu Bertillon-Rozoy : « Le Congrès des praticiens, après avoir pris connaissance de tous les rapports relatifs au libre choix du médecin dans les mutualités, les grandes sociétés industrielles et de transport, pour les blessés du travail, pour les indigents dans les manufactures et administrations de l'Etat, adopte d'une façon générale ce principe du libre choix du médecin par le malade quel qu'il soit, laissant à la commission de vigilance nommée par le Congrès, le soin d'examiner et de prendre les décisions nécessaires pour arriver à une application pratique.

Le Congrès adopte à l'unanimité moins trois voix le vœu suivant :

Vœu du docteur Diverneresse : « Le Congrès des praticiens de France décide que les indigents de France, sans exception, aient le droit de choisir leur médecin. »

Le Congrès adopte à l'unanimité le vœu suivant :

Vœu du docteur Étienne : « Hors le cas de manquement grave au devoir professionnel et seulement après enquête contradictoire où devrait être convoqué le président du Syndicat et des Sociétés dont fait partie le praticien incriminé, dans aucun cas le préfet ne pourra faire défense aux pharmaciens d'exécuter ses ordonnances. »

SÉANCE DU SAMEDI MATIN 13 AVRIL

Réforme des études de l'enseignement médical. — M. Barbarin expose son rapport sur *les cours de vacances et l'enseignement complémentaire.*

Les conclusions suivantes du rapport sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité, moins une voix :

a. « Il est nécessaire d'organiser, en France, des cours de perfectionnement pour les médecins praticiens, à l'exemple de ceux qui existent en Allemagne et dans d'autres pays.

b. Ces cours seront : 1° des cours de vacances fait dans les grands centres universitaires, à des périodes fixes pendant une, deux, trois semaines ; 2° des cours de perfectionnement créés par les associations régionales, dans les services hospitaliers régionaux, et où pendant une grande partie de l'année, le médecin praticien, sans interrompre sa pratique, pourra se tenir au courant des progrès de la science.

c. Il convient enfin, de créer, au plus tôt, un mouvement en faveur de cet enseignement de perfectionnement dans les sociétés médicales françaises. »

M. le professeur Blanchard défend l'autonomie des facultés. Il estime que les Facultés ne pourront se développer qu'avec

la personnalité civile et la faculté de posséder, ce qui leur permettra de payer les professeurs.

M. Sorel estime que l'autonomie des Facultés et leur indépendance individuelle à l'égard de l'administration de l'Instruction publique s'impose. (*Applaudissements.*)

Sur la proposition de M. Gallois le Congrès demande cette autonomie.

M. le professeur Hayem propose les vœux suivants :

« Création dans tous les grands hôpitaux de cours de technique obligatoires pour les élèves des deux premières années.

Interrogatoire des élèves et notes.

Remplacement du stage par quatre années d'externat. »

M. le professeur Brissaud fait ressortir l'importance de l'obligation dans les études médicales.

Le Congrès adopte ensuite le vœu suivant :

« La répartition des élèves dans les différentes Universités provinciales dont le nombre serait augmenté et auxquelles serait accordée l'autonomie ainsi que les fonds et le personnel nécessaire à leur développement (Lefur). »

Sont également adoptées par le Congrès les conclusions suivantes de l'intéressant rapport du docteur Gouffier :

« 1° Prolongation de la scolarité d'une année au moins au profit de l'étude des grandes spécialités médico-chirurgicales.

2° Modification, dans un sens rigoureusement pratique, de l'enseignement et répartition des élèves dans tous les services hospitaliers et privés, où un enseignement pratique, utile, peut leur être donné, chaque élève devant être appelé, autant qu'il le sera possible, à exécuter sous la surveillance du maître les principales interventions qu'il aura à faire dans la clientèle.

3° Relèvement du niveau des examens qui doivent être plus sévères, la sévérité étant tempérée et justifiée par les notes des chefs de services consignées aux dossiers scolaires, ce qui implique une surveillance des études. La séparation du corps enseignant et du corps examinant serait également une mesure propre à rendre les examens de doctorat plus rigoureux. »

Enfin le Congrès adopte le vœu suivant présenté par M. le professeur Pinard et M. le docteur Gouffier :

« Organisation dans tous les services hospitaliers d'un service permanent de garde étendu à tous les élèves et rendu obligatoire pour eux. »

SÉANCE DU SAMEDI 13 AVRIL APRÈS-MIDI

Les docteurs Gillet et Vignard présentent leur rapport sur le P. C. N. et l'instruction scientifique préparatoire.

Le Congrès adopte les vœux suivants :

« 1° Les jeunes gens qui se destinent à la médecine devront être pourvus de diplôme attestant des études littéraires et scientifiques ;

2° Le P. C. N. sera remplacé par l'enseignement de la physique, de la chimie, et de l'histoire naturelle dans leurs rapports avec les sciences médicales;

3° Cet enseignement sera fait par des professeurs des facultés et écoles de médecine, et non par des professeurs des facultés des sciences;

4° Cet enseignement sera surtout pratique, c'est-à-dire donné principalement au laboratoire et même à l'hôpital pour certaines parties. »

Le Congrès adopte également les vœux suivants :

Vœu Montprofit et Declercq : « Le Congrès des praticiens émet le vœu que jusqu'à la suppression ou la transformation du P. C. N., aucune infraction ne soit plus faite aux conditions exigées pour l'inscription dans les facultés de médecine. »

Vœu Pinard : « Le Congrès émet le vœu que dans les études du P. C. N., il soit institué une section dite section médicale. »

Vœu Gassot : « Le Congrès émet le vœu que les questions médicales ne soient plus soumises au Conseil supérieur de l'Instruction publique incompétent.

Elles seront soumises à un Conseil supérieur de l'enseignement médical. »

M. Lafontaine, délégué de l'association corporative des étudiants de médecine de Paris, développe son rapport sur l'organisation des examens et les examens cliniques.

Le Congrès adopte les conclusions de son rapport dont voici le texte :

« 1° Institution d'un livret scolaire, contrôle rigoureux et permanent du travail de l'étudiant,

2° Examens de revision, qui, complétant les notes du livret, pourraient déterminer l'ajournement de l'élève.

3° Examens cliniques de fin d'études assez nombreux et assez sévères pour constituer une garantie de la compétence de praticiens. »

Est adopté ensuite le vœu suivant présenté par M. Lepage :

« Le Congrès exprime le vœu que les membres du corps médical des hôpitaux puisse faire partie des examens cliniques. »

Le docteur Coppens développe son rapport sur la brûlante question du certificat d'études médicales supérieur supprimé et remplacé par le certificat d'admissibilité à l'agrégation.

Le Congrès après avoir rejeté un amendement tendant au maintien du diplôme spécial de médecine légale de psychiatrie adopte les vœux suivants proposés par M. le docteur Coppens.

Le Congrès réclame :

« 1° *a*. Le retrait de l'arrêté ministériel du 20 février 1904 rétablissant, sous le titre « admissibilité à l'agrégation », le certificat d'études médicales supérieures abrogé ce même jour par décret. (*Unanimité.*)

b. La suppression pure et simple de tous les diplômes spéciaux, tels : le certificat d'hygiène, le certificat de médecine légal et psychiatrie, etc.

c. La refonte complète de l'enseignement. »

Le Congrès décide :

« La création d'un comité permanent de vigilance, chargé :

De continuer à éclairer l'opinion jusqu'à ce que satisfaction pleine et entière soit donnée aux légitimes revendications du corps médical, lequel défend ici, non seulement ses droits les plus sacrés, mais la santé publique et le prestige de la médecine française. »

Ce comité sera constitué par les membres du bureau qui s'adjoindront un certain nombre de praticiens de Paris et de province.

SÉANCE DU DIMANCHE MATIN. (*Séance de clôture.*)

M. le docteur Jayle expose son excellent rapport sur l'organisation des écoles étrangères et fait ressortir la pénurie des facultés françaises qui manquent des fonds nécessaires pour acheter les instruments et collections indispensables à l'enseignement. Il fait adopter le vœu suivant :

« Le budget de l'enseignement médical est insuffisant, le Congrès des praticiens demande à l'état d'augmenter les subventions dans une forte proportion qui permettent de mettre les ressources de l'enseignement à la hauteur des progrès de la science. »

Après avoir entendu les rapporteurs sur la question des diverses spécialités, le vœu suivant est adopte à l'unanimité :

« 1° Il y a lieu d'organiser l'enseignement élémentaire des spécialités dans toutes les facultés et dans les écoles;

2° L'enseignement comprendra le minimum exigé pour la connaissance de ces spécialités ;

3° Cet enseignement sera complété par le stage obligatoire ;

4° Il aura pour sanction un examen ;

5° Il ne donnera lieu à aucun diplôme ou certificat. »

Le Congrès adopte ensuite parmi plusieurs vœux moins importants celui présenté par M. Le Gendre et qui a trait à l'enseignement de la déontologie. Il est ainsi conçu :

« Que toutes les facultés et écoles organisent un enseignement de déontologie et de médecine professionnelle, sanctionné par un interrogatoire le jour de la thèse. »

Sage conclusion qui clôturera dignement le Congrès des praticiens.

Divers vœux sont ensuite votés aux milieu du tumulte de la fin de la séance, signalons notamment celui-ci :

« Le Congrès des praticiens, considérant que l'impôt sur le revenu (projet Caillaux) augmentera considérablement les charges des médecins et les obligera à violer le secret professionnel, engage tous ses membres à voter contre ce projet. »

Le Congrès est clos.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

... IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le diverticule de Meckel (appendice de l'iléon), son rôle dans la pathologie et la thérapeutique abdominales, par les docteurs Emile FORGUE, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Montpellier, et Vincent RICHE, chef de clinique chirurgicale à l'Université de Montpellier. In-8 jésus de 350 p. avec 70 fig. dans le texte. — Prix : 8 fr. — Paris, O. Doin.

Vingt-cinq leçons pratiques d'anatomie élémentaire et de petite chirurgie pour le personnel des hôpitaux et des dispensaires, par le docteur BARBARIN, chirurgien de la Fondation Anne-Marie. In-18 jésus de 250 p.. avec 84 fig. dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

N° 45. — JEUDI 18 AVRIL 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 18 AVRIL 1907. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'assemblée générale a eu lieu dimanche. Après une allocution de M. L. Lereboullet, président, l'assemblée générale a discuté, puis adopté les rapports de MM. G. Lepage, secrétaire général, et Blache, trésorier.

Ces rapports démontrent que l'Association générale, qui a devancé presque toutes les œuvres de solidarité et de mutualité, est en pleine prospérité. Elle compte plus de 9200 membres. Sa fortune dépasse 4 millions et demi et elle distribue chaque année près de 170 000 francs en secours, allocations ou pensions de retraite.

Cette année, elle a voté, sur le rapport de M. de Ranse, 10 pensions de 800 francs, ce qui porte à 93 le nombre de pensionnés, dont 5 à 1 000 francs et 88 à 800 francs.

L'annexion d'une caisse de retraites garanties et d'une caisse d'indemnité en cas de maladie lui a permis de faire œuvre de prévoyance en même temps qu'elle continue son rôle bienfaisant.

Un certain nombre de vœux ont été adoptés :

Sur la *question de la loterie.* — 1° Le principe de la loterie « au profit du corps médical » a été rejeté; 2° Le principe de la loterie « applicable aux veuves et orphelins dans la gêne ou la misère » a été renvoyé à l'examen des sociétés locales.

Sur la *question des médecins des hôpitaux et des commissions administratives.* — Vœu de M. Jeanne : « L'Assemblée émet le vœu que la nomination et la révocation des médecins d'hôpitaux proposées par les commissions administratives par leurs délibérations, ne soient prononcées qu'après approbation du ministre de l'Intérieur, résultant des avis de la direction compétente. »

Vœu de M. Jardet (de Vichy) : L'Assemblée :

« Pour éviter les révocations injurieuses pour la dignité des médecins ou chirurgiens des hôpitaux de province, révocations qui sont actuellement sous la dépendance absolue de commissions administratives, émet le vœu que ces mesures ne soient jamais prises qu'après réunion d'un conseil de discipline composé pour la majeure partie par leurs pairs. Elle charge son bureau de faire le nécessaire pour obtenir cette assurance des pouvoirs publics. »

Vœu de M. Pamard (d'Avignon) : L'Assemblée émet à l'unanimité le vœu suivant :

« Demander à l'autorité supérieure d'obliger les commissions administratives des hôpitaux à respecter les règlements approuvés et à ne pas modifier ceux-ci sans cesse, sans consulter le corps médical hospitalier et sans se préoccuper de l'approbation préfectorale. »

Sur la *question des médecins et des mutualistes.* — Vœu de M. Decourt (de Meaux) : « L'Association générale des médecins de France demande que les mutualistes soient considérés comme les clients ordinaires et qu'il leur soit appliqué le tarif de la localité d'après leur classe sociale.

Le syndicat de la localité pourra, en reconnaissance du paiement assuré par les sociétés mutualistes, leur accorder une subvention. Cette subvention sera débattue directement entre le syndicat médical et les mutualités. »

Un vœu sur le repos hebdomadaire relatif du médecin est renvoyé à l'examen des sociétés locales.

M. Lepage est élu secrétaire général en remplacement de M. Lereboullet élu président, M. Darras remplace M. Lepage comme secrétaire, et est remplacé au conseil par M. Bouloumié.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HOPITAUX. ADMISSIBILITÉ. — *Epreuve clinique.* — Séance du 13 avril (Hôtel-Dieu). — MM. Balthazard et Clerc, 20; Ribierre, 19.

Séance du 15 avril (Charité). — MM. Boidin et Laignel-Lavastine, 20.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 19 avril, à neuf heures du matin, à l'hôpital Laënnec.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Lecture des copies.* — La première séance de lecture est reportée au samedi 20 avril, à quatre heures et demie, à la Charité.

CONCOURS DE L'INTERNAT DE L'HOSPICE DE BRÉVANNES. — *Deuxième séance de lecture. — Séance du 15 avril.* — MM. Séguinot, 29; Dessaix, 28; Lerat et Renault, 27; Brenac, 20.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. (CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS.) — *Epreuve de trois quarts d'heure.* — Séance du 16 avril : MM. Péry (Bordeaux) : « L'accouchement dans la présentation de la face ; » Jeannin (Paris) : « Les vomissements de la grossesse ; » Rudaux (Paris) : « La procidence du cordon ombilical. »

La seconde épreuve (exposé des travaux personnels des candidats) commencera le mardi 23 avril à cinq heures. Le tirage pour l'ordre de passage de cette épreuve aura lieu le vendredi 19 avril à l'issue de la séance dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE LYON
(Professeur Auguste Pollosson.)

LES ADHÉRENCES PÉRITONÉALES DOULOUREUSES

Par Henri VIOLET (de Lyon).

Les adhérences péritonéales, reliquats d'une péritonite ancienne, produits de la réaction de défense péritonéale contre une inflammation, peuvent ultérieurement constituer à elles seules une affection qui ramène le malade au médecin. C'est quelquefois un accident d'occlusion intestinale aiguë, ailleurs c'est de l'occlusion intestinale chronique, ou bien encore des troubles digestifs ou seulement des phénomènes douloureux. Souvent il y a une telle discordance entre les symptômes subjectifs et les résultats de l'exploration abdominale qu'on traite ces malades pour des névropathes.

Ces adhérences peuvent survenir après une réaction péritonéale violente, ayant persisté pendant un certain temps, ayant attiré l'attention du malade et du médecin. Ici, le malade accuse dans ses antécédents une affection abdominale ayant présenté tous les caractères d'une péritonite circonscrite. Ailleurs l'affection qui a été le point de départ de ces adhérences a évolué sournoisement ou s'est traduite par une symptomatologie si insignifiante que le malade ne l'a pas conservée dans son souvenir comme quelque chose d'important. En vous racontant son histoire il ne fait aucune mention de cet accident initial. Entre ces deux cas extrêmes tous les intermédiaires peuvent se voir.

Il est inutile de faire remarquer combien cette notion d'une affection péritonéale ancienne facilite l'orientation du diagnostic.

On comprend que, dans les cas où l'histoire du malade est complètement négative, ces lésions ne soient que des trouvailles de l'ouverture du ventre et qu'on puisse être conduit à une laparotomie exploratrice lorsque les phénomènes somatiques (amaigrissement par exemple) font penser qu'il existe quelque chose qui nous échappe.

Le cas que nous allons rapporter est à ce point de vue très instructif.

Il s'agit d'une malade de vingt-trois ans habitant Besayes (Drôme), qui nous est adressée par son médecin, M. le docteur Juillan. Mariée depuis quatre ans et demi, elle a eu une fausse couche il y a trois ans, un enfant il y a deux ans.

Cette malade a déjà fait un séjour à la Charité, à la clinique gynécologique où je l'avais vue une première fois six mois auparavant. On lui avait trouvé une rétroversion qui fut corrigée à l'hystéromètre et maintenue à l'aide d'un pessaire. Toutefois le pessaire n'étant pas très bien supporté et l'utérus, grâce à son extrême mobilité, retombant facilement, la malade fut hospitalisée, traitée par la columnisation pendant une huitaine de jours, le pessaire replacé et la malade renvoyée avec un utérus paraissant parfaitement réduit et maintenu; trois mois après cette malade revient, elle n'a obtenu aucune amélioration. Elle souffre toujours des reins, du creux de l'estomac et du bas-ventre. Elle souffre au point qu'elle ne peut travailler; elle souffre autant la nuit que le jour, autant couchée que debout. Elle a surtout des *envies de vomir* très fréquentes, un état nauséeux constant. De temps en temps elle vomit de l'eau en assez grande abondance, des glaires, rarement des aliments. D'autre part elle mange peu, parce que dès qu'elle a mangé elle souffre davantage et est prise de nausées encore plus fortes. Les liquides déterminent un peu moins de malaises que les aliments solides. Pas de constipation. Les selles sont régulières, quotidiennes, sans glaires, ni fausses membranes. La malade pèse actuellement 40 kilos, elle a maigri de 12 kilos en l'espace de huit mois.

A l'examen on trouve une femme fluette, à ventre plat, facilement dépressible. L'examen des différentes régions de l'abdomen ne révèle aucune tumeur, aucun empâtement. La douleur à la pression est surtout vive à la région épigastrique, sur la largeur d'une paume de main à partir de l'ombilic. Il s'agit d'une douleur profonde, et ce n'est point le pincement de la peau qui est douloureux. C'est d'ailleurs cette zone qu'indique la malade lorsqu'on lui demande où elle souffre. Pas de douleurs à l'hypogastre.

A l'examen gynécologique la vulve est étroite. Le col légèrement déchiré sur son côté droit regarde en avant; l'utérus est en rétroversion, par-dessus le pessaire. Il s'agissait d'un pessaire en berceau qui s'était déplacé et avait sa concavité dans le Douglas au lieu d'y avoir sa convexité. L'exploration du reste de l'abdomen étant négative, nous n'hésitâmes point à attribuer tous les symptômes accusés par la malade à la rétroversion non réduite. Je pratiquai de suite une nouvelle réduction et plaçai un pessaire de Smith qui, comme l'enseigne notre maître, est le véritable pessaire de l'utérus rétrofléchi.

Le maintien de cet utérus fut en effet parfait, mais les symptômes ne s'améliorèrent pas. La malade fut hospitalisée, mise en observation. Elle persistait à avoir des vomissements aqueux et à accuser les mêmes douleurs abdominales.

Elle fut soumise à un interrogatoire précis. On ne trouvait rien comme signes d'ulcus gastrique, rien du côté du foie ou de la vésicule. La malade n'avait eu aucune affection pouvant rappeler une péritonite circonscrite péri-appendiculaire, péri-vésiculaire, péri-gastrique. Les suites de sa fausse couche avaient été pathologiques, mais rien de bien grave n'en était résulté au point de vue fonctionnel puisqu'elle était redevenue enceinte un an après. Les règles étaient restées douloureuses, un peu abondantes, durant six à sept jours. Mais ceci pouvait s'expliquer par la rétroversion. Au moment des règles les douleurs abdominales et les troubles gastriques subissaient une recrudescence. Mais toutes les affections péritonéales subissent le contre-coup de la congestion abdominale qui accompagne les époques menstruelles.

Devant ces phénomènes que rien d'objectif ne permettait d'expliquer on pensa naturellement à de la névropathie. Les réflexes furent examinés avec soin, ils étaient intacts; il n'existait aucune zone d'anesthésie cutanée.

Malgré cela la malade était considérée par tous ceux qui l'avaient examinée comme une névropathe. Aussi, quel ne fut point notre étonnement lorsqu'à l'ouverture du ventre nous trouvâmes des adhérences épiploïques sur tout le tiers supérieur de la ligne d'incision d'une laparotomie sous-ombilicale, tout autour de l'ombilic, sur la largeur d'une paume de main. Ces adhérences étaient fines, grêles. Les unes furent sectionnées entre deux ligatures, la plupart furent dissociées au

niveau de leur adhérence pariétale. Cette libération faite, la région sus-ombilicale de l'abdomen apparaissait entièrement libre, avec ses organes mobiles suivant les mouvements de la respiration. L'exploration de la portion élevée de l'abdomen de l'estomac, de la vésicule biliaire ne révèle rien d'anormal. Cette exploration au doigt fut complétée par une exploration à la vue, deux forts écarteurs soulevant la paroi abdominale dans l'angle supérieur de la plaie.

L'incision du péritoine étant agrandie vers le bas nous vîmes l'S iliaque rouge, distendue, venir faire saillie dans la plaie. Elle était à ce moment fortement dilatée par des gaz, ce qui permettait d'apprécier d'une façon manifeste une disposition du méso-sigmoïde qui nous a paru pathologique, liée à des formations adhésives et que nous avons trouvée signalée par Gersuny. Il s'agissait d'un certain nombre de brides résistantes à la base de l'éventail formé par le méso-sigmoïde, et partant des 2 à 3 centimètres qui suivent la portion fixe du côlon iléo-pelvien aux 2 à 3 centimètres qui précèdent l'origine du rectum; c'est dire que ces brides rapprochaient d'autant les points fixes de l'S iliaque, et formant une nouvelle corde plus proche de l'arc augmentaient la convexité de cet arc. Ces brides furent sectionnées, réséquées sur une certaine étendue; elles n'occupaient que la face inférieure juxta-ovarienne du méso-iliaque. La péritonisation fut obtenue par glissement du feuillet pariétal.

L'examen des organes pelviens permit de constater que l'utérus était sans adhérences, les annexes étaient saines; il existait, surtout du côté gauche, une dilatation considérable des veines utéro-ovariennes et dans l'aileron supérieur du ligament large un véritable varicocèle tubo-ovarien.

On termina par une fixation de l'utérus rétrofléchi. Cette opération fut faite à l'aide d'un fil de soie passé à l'origine utérine des ligaments ronds, suivant la technique de Carl Beck-Olshausen, très voisine de celle de Doléris-Richelot.

Les suites de cette intervention furent très simples. Opérée le 23 août la malade se levait le treizième jour et partait le 12 septembre. Dès le lendemain de l'intervention elle se déclarait guérie. Elle avait avalé quelques liquides et déjà elle avait reconnu qu'elle n'avait plus les mêmes douleurs. Les jours qui suivirent vinrent de plus en plus nous montrer que nous avions fait œuvre utile, et cette femme qui depuis huit mois n'osait, par crainte de réveiller ses douleurs, manger à sa faim, se sentait toute disposée à rattraper le temps perdu; le personnel fut immédiatement frappé de la transformation survenue chez cette malade.

Depuis nous avons eu de ses nouvelles et, aux derniers jours d'octobre, son médecin nous écrit : « L'état général de notre malade est parfait. Elle s'est pesée il y a quinze jours. Elle avait à ce moment pris 3 kilogs, depuis son retour de Lyon; l'appétit est excellent; elle fait son ouvrage sans peine, elle accompagne même son mari à la chasse. Elle m'a confirmé l'étiologie traumatique que vous aviez supposée d'une poussée de péritonite au début de sa maladie. Elle aurait fait à ce moment une course à pied de plus de 20 kilomètres dans la montagne avec de la neige, et aurait fait une chute dans les rochers à la suite de laquelle elle aurait souffert de son ventre et se serait mise au lit. »

Ce n'est en effet qu'après les constatations de l'intervention que nous réinterrogeâmes soigneusement notre malade. Nous lui demandâmes si elle se souvenait d'avoir reçu un coup dans le ventre : elle nous répondit par la négative, mais rentrée chez elle, elle raconta à son médecin l'histoire ci-dessus qui doit être considérée comme l'interprétation exacte de la cause de ces adhérences épiploïques à la paroi.

En résumé : traumatisme de la paroi abdominale ayant été suivi d'une faible réaction immédiate. Epiploïte légère avec adhérences pariétales antérieures, péri-ombilicales consécutives. Phénomènes douloureux, troubles gastriques et amaigrissement considérable avec légère hyperesthésie péri-ombilicale, tels étaient les symptômes observés.

Chez cette malade, l'intervention fut à la fois diagnostique et curative.

Nous avons en effet passé sous silence l'indication opératoire. Il était très difficile d'en poser une aussi nette sur une manifestation morbide aussi peu définie, si ce n'est celle d'une laparotomie exploratrice.

Nous nous décidâmes pour une laparotomie sous-ombilicale, la malade ayant en même temps une rétroversion utérine, difficile à maintenir par un pessaire.

La pathologie des adhérences péritonéales a pris une grande importance avec l'ère de la chirurgie abdominale qui a permis de vérifier leur fréquence, et d'établir leur séméiologie en constatant la suppression des effets avec la suppression de la cause.

A Paris nous trouvons tout d'abord une remarquable observation de M. Terrier (*Bull. de la Soc. de chir.*, 16 mai 1894), un travail de Nicaise (*Revue de chir.*, 1894).

Le remarquable article de M. Lejars (*Semaine méd.*, 1904) est une indication bibliographique classique pour ceux qui tiennent à étudier la question. Les observations de Crédé, de Riedel, de Lauenstein, de Fürbringer y sont rapportées.

Les travaux et communications de M. Walther, la thèse de son élève Levray, et la thèse de Leroy (Lille 1904-1905) sur les épiploïtes touchent par quelques points au sujet que nous traitons.

L'école lyonnaise a contribué pour une grande part à l'étude de cette question. Citons la thèse de Bouquet de Jolinière avec les observations de MM. Bouveret, Jaboulay; l'article de MM. Nové-Josserand et Goinard contenant une observation de notre maître M. Aug. Pollosson; la thèse de Langlais (Tournier, Mouisset, Duplant); le mémoire de Delaye et Cavaillon (*Revue* de Pozzi, 1901). Avec le livre de MM. Tripier et Paviot sur la péritonite sous-hépatique, cette question des adhérences péritonéales a eu un regain d'actualité.

Les accidents que déterminent ces adhérences peuvent se grouper en une série d'états cliniques fort complexes, fort malaisés à définir. Avec Lejars nous distinguerons : 1° Les accidents représentés surtout par des douleurs et des désordres fonctionnels frustes;

2° Des accidents d'étranglement intestinal avec ses formes;

3° Accidents typiques reproduisant en entier la

symptomatologie de telle ou telle affection, nettement caractérisée de l'abdomen.

Nous laisserons de côté ces deux dernières catégories dont l'étude est beaucoup plus complète, beaucoup plus classique, pour nous borner à l'étude des adhérences péritonéales douloureuses ou à manifestations frustes.

Tel quel le problème au point de vue étiologique reste le même, quelquefois avec une solution évidente, le plus souvent entouré des obscurités de l'infection causale, soit à cause des nombreux points de départ possibles, soit à cause de l'insidiosité ou de l'éloignement de l'infection causale. Ce peut être une péritonite localisée avec une phase aiguë, ayant eu comme origine un point du tractus gastro-intestinal, qui a pu parfaitement guérir spontanément et ne laisser derrière elle que des adhérences, épaves de la tempête qui a passé par là. Ce peut être une affection atténuée dont le malade n'a même point gardé le souvenir. Les réactions péritonéales d'origine tuberculeuse réalisent à merveille ces infections atténuées. Elles sont très fréquentes même en n'y comprenant que les tuberculoses signées ; que serait-ce à y comprendre ces péritonites à évolution purement fibreuse, dont la nature histologique est impossible à déterminer et que seule la clinique permet de rattacher à la tuberculose suivant la très juste conception de M. le professeur Poncet.

Laissant de côté l'origine post-opératoire d'un certain nombre d'adhérences péritonéales nous devons encore mentionner au chapitre étiologie, les traumatismes de l'abdomen.

Dans notre cas il s'agit en effet d'adhérences épiploïques, péri-ombilicales d'origine traumatique. Tout autour de l'anneau ombilical le péritoine est adhérent alors qu'il est lâche et glissant sur les autres points de la paroi. Cette adhérence facilite sa lésion, son éclatement par une contusion péri-ombilicale. Sur cet éclatement péritonéal l'épiploon est venu prendre adhérence. Telle est l'hypothèse que nous émettons pour expliquer les constatations anatomo-pathologiques de notre cas.

Dans quelles conditions ces adhérences épiploïques deviennent-elles douloureuses ? Lorsqu'il existe en même temps des adhérences intestinales troublant la circulation intestinale, on a une tendance bien naturelle à attribuer les douleurs aux contractions intestinales. Dans les cas où l'intestin ne présente aucune altération l'explication doit être cherchée ailleurs.

Dans quelles conditions certaines inflammations péritonéales restent-elles complètement indolentes ? Ou deviennent-elles douloureuses? C'est ce que cliniquement il est impossible de distinguer.

Ici on trouve des adhérences intestinales, épiploïques, considérables tout autour d'une trompe, d'une tumeur ovarienne ; et on se demande comment de pareilles lésions déterminaient si peu de troubles.

Dans les grosses hernies inguinales ou ombilicales, dans les éventrations, il existe toujours des adhérences en quantité considérable ; et avec les mêmes lésions on a une symptomatologie très variable.

Le péritoine et les organes viscéraux qu'il renferme, sont à l'état normal parmi les organes les plus insensibles de notre organisme. Les physiologistes nous l'ont appris ; les chirurgiens savent parfaitement qu'on peut faire une suture intestinale sans anesthésie une fois la paroi abdominale incisée, et que seul le péritoine pariétal paraît enregistrer les irritations douloureuses. Aussi certains, et M. Lennander [d'Upsala (1)] s'est fait le champion de cette doctrine, font dériver toutes les douleurs internes de l'irritation du péritoine pariétal.

Il explique ainsi la douleur dans la péritonite. Pour lui, la sensation de coliques est due au frottement contre la paroi abdominale, de l'anse intestinale contractée. Les douleurs de la lithiase biliaire tiendraient à la propagation de l'infection au péritoine antérieur ou à la lymphangite postérieure rétro-péritonéale. Toute la sensibilité du péritoine serait une sensibilité empruntée aux nerfs blancs, aux nerfs de la paroi abdominale. Avec cette conception les adhérences des viscères entre eux seraient indolentes ; les adhérences pariétales douloureuses.

On a fait remarquer, en face de cette doctrine, que la pathologie générale nous offrait tous les jours des exemples analogues. Ne voit-on pas les os, les articulations, les tendons, les muscles offrant à l'état normal une sensibilité obtuse, donner lieu à des douleurs très vives dès qu'ils sont atteints par l'inflammation ?

« On pourrait penser, dit Cl. Bernard, qu'il n'y a pas de sensibilité dans les organes internes. Nous n'avons en effet aucune conscience de leurs manifestations sensibles; mais bien que les nerfs qu'ils reçoivent soient d'ordinaire impuissants à transmettre les impressions d'une sensibilité consciente ; dans les inflammations il est certain qu'il existe une sensibilité qui d'obscure est devenue évidente. Il est donc infiniment probable que dans les organes de la vie organique, comme dans ceux de la vie de relation, les deux modes de sensibilité existent. »

Les physiologistes ont démontré qu'il existe une grosse différence entre l'excitabilité du péritoine normal et celle du péritoine enflammé. Tarchanoff (2) a montré qu'en excitant le mésentère ou l'intestin d'une grenouille, il ne se produit aucun phénomène du côté du cœur, que si on laisse le péritoine exposé à l'air, lorsque les anses intestinales sont enflammées, il suffit de les toucher pour provoquer l'arrêt du cœur. Il est difficile malheureusement de faire dans cette expérience la part de l'exaltation de la sensibilité réflexe et celle de l'exaltation de la sensibilité à la douleur.

Que pendant son développement et son évolution une inflammation péritonéale s'accompagne de douleurs, cela s'explique avec cette notion de l'inflammation susceptible de multiplier une sensibilité obtuse, mais il est difficile de comprendre par là les sensations douloureuses, persistantes, qui résultent des adhérences chroniques, parfaitement éteintes.

(1) Lennander. *Mitheilungen aus den Grenggehetens der Medicin und Chir.*, 1901 et 1904.

(2) Tarchanoff, in Morat et Doyon. *Traité de physiol.* et *Gaz. méd.*, 1875.

Il faut faire appel ici à d'autres facteurs : l'irritabilité du sujet et les conditions mécaniques d'allongement, de distension ou de torsion, auxquelles peuvent être soumises ces adhérences.

D'abord l'irritabilité du sujet. On peut dire ici à propos de ces adhérences péritonéales peu étendues donnant lieu à des symptômes d'importance disproportionnée, ce qu'on a dit des varicocèles douloureux des noyaux de mastites à forme névralgique : ce n'est pas la lésion qui est douloureuse, mais le sujet qui est par trop irritable.

Les adhérences massives, fixes, sont assez souvent indolentes. Les adhérences grêles, mobilisables, sont davantage tiraillées par les mouvements de l'intestin; fixées à leurs deux pôles, elles peuvent même subir des mouvements de torsion. Chez notre malade les douleurs subissaient une recrudescence dès qu'un aliment solide arrivait dans l'estomac; elle souffrait aussi davantage pendant la durée des périodes menstruelles, et il est fort à croire que les poussées congestives font subir une exacerbation aux phénomènes douloureux.

Le traitement des adhérences épiploïques pariétales c'est la libération, avec ou sans résection des noyaux d'épiploïtes, suivant l'importance de ces derniers. Un point reste en suspens après cette intervention si simple, c'est la possibilité de la récidive.

Lorsque la surface qui résulte de cette libération ou de cette résection n'est pas trop dépéritonisée on peut tout abandonner ainsi, avec une parfaite hémostase, comptant sur la mobilisation indépendante des surfaces séparées pour prévenir la récidive. Dès que cette surface de libération est trop cruentée il vaut mieux réséquer, l'étendue correspondante du péritoine pariétal, si cela est possible, après mobilisation dans le plan sous-séreux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 AVRIL 1907)

Observations sur la graisse surrénale. — M. V. BABÈS. Les auteurs affirment que toutes les couches de la glande surrénale renferment de la graisse. Les observations de M. Babès lui permettent de conclure que ni la graisse, ni le pigment ne se trouvent dans la substance médullaire. Ce ne sont que des îlots, des trajets de substance corticale, qui se mêlent d'une manière plus ou moins intime avec la substance médullaire qui en renferment.

Dans certains états pathologiques la graisse augmente. Elle s'accumule ordinairement autour des tubercules ou des foyers inflammatoires ou nécrotiques produits par différentes infections ou intoxications. Dans le carcinome des organes splanchniques et surtout dans le carcinome du foie, M. Babès a trouvé une hypertrophie remarquable des capsules, et dans la moitié des cas des adénomes avec lipochromatose.

La graisse surrénale fait défaut, ou bien elle est très réduite dans la plupart des maladies septiques et putrides ; ainsi dans la fièvre typhoïde, dans le phlegmon, la fièvre puerpérale, les gangrènes et les infections putrides.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 AVRIL 1907)

Nous avons souvent constaté, dans ces comptes rendus, la pénurie des communications. Elle s'accentue de plus en plus, si bien que des bancs même de l'Académie, se sont élevées d'énergiques protestations par la voix autorisée de M. Delorme qui a exprimé le très vif regret que les membres ne fussent pas prévenus des ordres du jour et surtout de l'absence de tout ordre du jour. Il est temps, a-t-il dit, que cela change pour le bon renom et la dignité de l'Académie. En effet, après l'élection de M. Behal par 49 suffrages sur 67 votants, comme membre titulaire dans la section de pharmacie, sans le secours de M. Poncet, la séance était levée moins d'une demi-heure après son ouverture.

Actinomycose. — M. PONCET communique de la part de MM. Lacomme et L. Thévenot des *recherches* faites dans son laboratoire, *sur la toxicité des cultures d'actinomycose et la présence de leurs produits solubles.*

Il en résulte que le champignon rayonné provoque des lésions locales et générales par action de présence, et non par des toxines dérivées.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 12 AVRIL 1907)

Laryngite phlegmoneuse à entérocoques, chez une femme enceinte de huit mois et demi. Trachéotomie. Guérison. Accouchement prématuré spontané. Septicémie à entérocoques chez l'enfant. — MM. P. MENETRIER et J. CLUNET. L'observation paraît intéressante aux auteurs, parce qu'elle confirme l'existence d'un type morbide déjà décrit par l'un d'eux (Soc. méd. des hôpit., 1901), la laryngite aiguë phlegmoneuse à entérocoques. Comme dans ce premier cas, l'affection atteint un adulte, elle débute au cours d'un catarrhe des voies respiratoires qui date d'une quinzaine de jours, et en quatre jours, elle atteint son acmé : dyspnée laryngée allant jusqu'à l'asphyxie, fièvre intense, grosse albuminurie indiquant outre un obstacle respiratoire, une intoxication profonde de l'organisme. Si cette fois l'issue n'a pas été fatale, le fait est certainement dû à la trachéotomie pratiquée in extremis.

La septicémie n'a pas été recherchée dans le sang de la mère, mais la preuve de son existence au moins transitoire est donnée par la transmission du germe au fœtus qui naît vivant, mais meurt avant d'avoir respiré, et présente à l'autopsie une congestion généralisée de tous les viscères, avec suffusions sanguines sur les séreuses.

L'ensemencement du pus issu de la canule trachéale, et du sang du cœur de l'enfant, a donné des cultures pures d'un coccus qui prend la forme diplococcique sur agar, la forme chaînette sur bouillon, pousse à la température du laboratoire sur milieux ordinaires, donne des cultures vivaces repiquables après plusieurs semaines, prend le gram, n'est pas pathogène pour la souris, et est identifié par les auteurs avec l'entérocoque protéiforme de Thiercelin. Ils ont retrouvé sur les coupes traitées par la méthode de Gram, des diplocoques semblables à ceux des cultures, dans le rein et la rate de l'enfant.

Sporotrichose sous-cutanée et cutanée. — M. DE BEURMANN et son interne, M. GOUGEROT, apportent un nouveau cas (le sixième) de sporotrichose sous-cutanée et cutanée chez un jeune homme de vingt-six ans, qui a eu cinq gommes et qui n'est ni syphilitique, ni tuberculeux.

« Ce sixième cas, ajoutent les auteurs, justifie ce que nous avions annoncé dans notre mémoire de 1906, sur la fréquence des sporotrichoses.

Aux quatre premiers cas connus, tous observés dans notre service pendant les années 1903, 1906 et 1907, MM. Lesné et Monier-Vinard ont ajouté un cinquième cas qu'ils ont présenté ici même le 15 mars. A la dernière séance de la Société

de dermatologie du 8 avril, en même temps que nous présentions et résumions un sixième cas, MM. Gaucher et Monier-Vinard en montraient un septième dû, semble-t-il, lui aussi, au sporotrichum Beurmanni. Les observations de sporotrichose vont donc en se multipliant et nous constatons, avec plaisir, qu'en suivant la technique que nous devons à la grande expérience de M. Sabouraud, les dermatologistes et les médecins confirment nos résultats.

Ils retrouvent, dans les lésions semblables, le même agent pathogène, le sporotrichum Beurmanni, décrit et identifié en 1903 sur notre premier malade.

Au point de vue pratique il faut retenir : 1° que ces lésions guérissent rapidement par le pansement iodé et l'iodure de potassium à haute dose; 2° qu'il ne faut pas les traiter chirurgicalement; 3° que lorsqu'on se trouve en présence de gommes, chez un sujet sur lequel un examen attentif ne décèle ni syphilis, ni tuberculose, il faut penser à la sporotrichose. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 11 AVRIL 1907)

Prophylaxie de la scarlatine. — M. le professeur VINCENT, étudiant les conditions de la contagion de la scarlatine dans l'armée, montre combien il est nécessaire de prendre à l'égard des angines les plus simples, en temps d'épidémie, des mesures d'isolement, de prophylaxie et de désinfection aussi rigoureuses que vis-à-vis des cas les plus avérés.

Ces mesures sont les suivantes : inviter les hommes à se présenter à la visite dès les premiers symptômes de malaise; mettre les malades douteux en quarantaine à l'hôpital, et non dans une chambrée. La désinfection n'est efficace que si elle est complète et s'adresse à tous les objets souillés; un certain nombre de ces objets échappent à la désinfection en raison des inconvénients de la stérilisation par la vapeur d'eau surchauffée; ces inconvénients peuvent être évités par l'emploi de formol ou de formacétone.

Enfin, il serait désirable que chaque homme ne fût autorisé à partir en permission ou en convalescence que sur le vu d'une attestation du maire et du médecin de la localité, certifiant qu'il n'existe aucun cas de maladie contagieuse dans celle-ci ou dans la famille des militaires. La même attestation renouvelée le suivrait à son retour.

Prophylaxie de la syphilis. — La discussion sur ce sujet continue, les différents orateurs insistent sur la nécessité de faire l'éducation morale du soldat et de lutter contre la prostitution clandestine.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 13 AVRIL 1907)

Etude cytologique des selles au cours des gastro-entérites infantiles. — MM. P. NOBÉCOURT et L. RIVET, pratiquant l'examen microscopique journalier des selles dans 60 cas de gastro-entérite infantile, ont vu se produire dans 48 cas des poussées leucocytaires assez spéciales, les entérites dysentériformes avec selles sanglantes ou purulentes mises à part. Dans les entérites cholériformes, la présence de nombreux polynucléaires est la règle, et souvent ces leucocytes ont un protoplasma bourré de microbes phagocytés. Dans les entérites de moyenne intensité, les leucocytes apparaissent par poussées : souvent, on ne trouve pas de leucocytes dans les selles lors du premier examen, mais ceux-ci apparaissent le lendemain, après l'administration de calomel ou simplement après lavages d'intestin : ce sont alors des polynucléaires non altérés; le lendemain, ils présentent de très nombreuses figures de phagocytose; le surlendemain, l'enfant étant maintenu à l'eau d'orge ou au bouillon de légumes, ces leucocytes sont moins nombreux et très altérés, et ils disparaissent au bout de quelques jours; mais ils reparaissent passagèrement, coïncidant avec une poussée fébrile, dès qu'on commence à réalimenter l'enfant avec le babeurre, le képhir, un lait quelconque, la viande crue, et cet afflux leucocytaire, comme la fièvre, est d'autant moins important que la réalimentation est tentée plus longtemps après la période des accidents aigus initiaux. Ces poussées leucocytaires coïncident donc, soit avec une recrudescence des phénomènes infectieux intestinaux, soit avec une pratique thérapeutique, soit avec une tentative de réalimentation, dont elles traduisent dans une certaine mesure l'opportunité et le résultat plus ou moins heureux.

Les opsonines et le mécanisme de la crise dans la tick-fever. — On sait que la spirillose qui provoque chez le rat le spirille de la tick-fever, se termine par une disparition critique des parasites qui pullulent dans la circulation générale au moment des accès.

Or, il a été établi par les constatations récentes de Sawtchenko et Wright que l'englobement des micro-organismes pathogènes par les leucocytes est exagéré en grande partie par l'intervention de certaines substances dissoutes dans le sérum, jouissant de propriétés opsonisantes.

On peut donc se demander si la phagocytose intense des spirilles de la tick-fever, constatée pendant la crise, ne serait pas dans la dépendance de ces substances qui se formeraient dans l'organisme, au fur et à mesure que progresse l'infection spirillaire.

MM. C. LEVADITI et J. ROCHE ont entrepris une série d'expériences pour élucider cette question en étudiant par la méthode de Wright les propriétés des sérums prélevés à divers moments de l'infection, pendant et après la crise.

Ils ont constaté : 1° Que le sérum prélevé pendant l'infection maxima, se comporte presque comme le sérum de rat normal, et qu'il n'exerce aucune influence ni sur les spirilles, ni sur leur englobement par les leucocytes ;

2° Que le sérum pris pendant la crise n'a pas non plus de pouvoir opsonisant supérieur à celui du sérum normal;

3° Que ce n'est que trente-six heures, quarante-huit heures ou même trois jours après la crise, que le sérum contient une grande quantité de substances spirillolytiques spécifiques, et qu'il est doué en même temps de propriétés opsonisantes qui résistent à un chauffage à 60 degrés pendant dix minutes.

Ces faits montrent que la disparition critique des spirilles n'est liée ni aux bactériolysines, ni aux qualités opsonisantes des sérums, puisque ces substances et ces propriétés n'apparaissent très manifestement qu'après la crise : loin d'être la cause de la destruction des parasites, elles paraissent plutôt en être la conséquence.

Introduction à l'étude de la spécificité cellulaire. Transport des colloïdes à travers des colloïdes ou des lipoïdes. — Les expériences de M. H. ISCOVESCO prouvent qu'un colloïde ou un lipoïde ne se laisse traverser que par un colloïde ou un lipoïde de même espèce de charge électrique et de plus, seulement s'il existe une différence de potentiel. La nutrition d'une cellule vivante est donc fonction de sa paroi. Or, comme la charge et le signe électrique des enveloppes cellulaires sont fonction du milieu, on comprend que tout changement permettant d'inverser le signe entraînera comme conséquence pour cette même cellule l'impossibilité de se laisser pénétrer par les colloïdes qui servent à son alimentation normale et, au contraire, justement par ceux qui exercent une action délétère et même toxique. Or, on peut réaliser facilement tous ces changements. C'est dans l'étude expérimentale de ces phénomènes qu'on doit rechercher l'explication de toute une série de faits tels que : la spécificité cellulaire, l'action des toxines, des antitoxines, etc., de l'espèce de sélection alimentaire que semble posséder la cellule vivante, la fécondation, et enfin du mécanisme de certains processus pathologiques désignés sous le nom de maladies de la nutrition.

Crises éclamptiques à la suite de la ligature temporaire des veines rénales. — MM. J.-L. CHIRIÉ et André MAYER ont vu survenir après la ligature simultanée temporaire des deux veines rénales pendant seulement dix minutes chez le chien, 4 fois sur 7, des secousses cloniques généralisées avec par moment des crises convulsives systématisées affectant le type de la crise épileptique, éclamptique, urémique, épilepsie

par excitation directe de l'écorce cérébrale : période de convulsions cloniques exagérées, convulsions toniques, grandes convulsions cloniques, stertor, urination. La mort rapide des animaux (six à huit heures) est survenue dans le coma ou au cours d'une crise.

Les auteurs ont enregistré la pression artérielle pendant toute l'expérience. Ils ont constaté une pression un peu plus élevée pendant la ligature avec une chute rapide à la normale, après l'ablation du fil de ligature. Au moment des crises, le tracé de la pression artérielle était un tracé de pression au cours d'une crise d'épilepsie (origine corticale par exemple).

Enfin il existe des lésions hémorragiques dans le foie, la rate, le pancréas. Tous ces phénomènes dépendent des modifications apportées par l'expérience dans l'état et le fonctionnement des reins.

Epidémie alimentaire due à des bacilles du type paratyphique B. Précocité des accidents. — Dans une petite épidémie consécutive à l'ingestion d'un pâté de galantine dont l'histoire a été rapportée par M. Emile Sergent, MM. Netter et Ribadeau-Dumas ont pu, chez trois malades, isoler des selles et des urines un bacille ayant tous les caractères du bacille paratyphique B.

Le sang des malades agglutinait ce bacille onze jours après l'ingestion, tandis qu'il ne présentait aucune réaction le troisième jour.

L'agglutination était faible chez un malade atteint légèrement, élevée chez les deux autres plus gravement pris.

Le bacille d'Eberth, le paratyphique A, le Gærtner, n'ont pas été agglutinés, et réciproquement le bacille isolé chez les malades n'a pas réagi vis-à-vis des sérums d'animaux immunisés avec l'Eberth, le paratyphique A et le Gærtner, mais le résultat a été positif avec le sérum d'un animal immunisé contre le B.

Ces faits montrent qu'il y a bien eu infection, alors que les accidents ont éclaté dix heures après le repas. Il peut y avoir influence simultanée des toxines produites en dehors du corps humain par les microbes pathogènes et ces agents eux-mêmes.

Le fait n'est pas sans précédents et on ne connaît d'analogues dans d'autres épidémies alimentaires dues au paratyphique B.

Constipation et hypothyroïdie. — MM. Léopold Levi et Henri de Rothschild. Les auteurs rapportent soixante et un cas de constipation essentielle contre laquelle ils ont dirigé avec succès la médication thyroïdienne. Le plus jeune sujet a trois ans et demi, le plus âgé soixante-treize.

La constipation, symptôme essentiel dans sept cas, accessoire dans les autres observations, remontant souvent à l'enfance, a disparu parfois dès un, deux cachets, dès les premiers cachets ou a nécessité 53, 90 cachets et a cédé pendant le traitement pour revenir parfois ultérieurement et être réglée définitivement, dans certains cas, depuis dix-huit mois, un an.

Les sujets traités présentent une forme d'hypothyroïdie (migraine, rhumatisme chronique, hypothyroïdie bénigne, arriération, etc., etc.). Le traitement améliore, en même temps que la constipation, d'autres défectuosités du tempérament.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

L'ANTISEPSIE PAR UNE PRODUCTION PERMANENTE D'OXYGÈNE NAISSANT

Par M. le docteur Chovel.

Tandis que la thérapeutique intestinale porte son attention sur les ferments lactiques, l'antisepsie moderne s'occupe d'un nouveau ferment oxygéné : le trioxychlorométhyle de vanadium.

La physiologie de ce corps, appelé « Anios » par son auteur, explique aisément sa puissance. Constitué par l'association du deutochlorure de méthyle sodique avec un sel nouveau du vanadium, il représente un véritable ferment métallique, qui, en présence des germes infectieux ou de leurs toxines, abandonne progressivement et sans interruption de l'oxygène naissant.

La caractéristique de ce corps chimique consiste dans ce fait remarquable que *sa puissance antiseptique ne peut pas s'affaiblir*. En effet, à mesure que le vanadium donne aux tissus de l'oxygène, il en emprunte lui-même une quantité égale au deutochlorure et à l'air atmosphérique. Ce nouveau sel vanadique est à la fois un oxydant et un désoxydant de premier ordre.

C'est donc cette propriété physiologique qui donne à l'Anios son importance pratique, car elle rend possible les pansements oxygénés à demeure, avec cette supériorité que si le courant d'oxygène produit n'est pas très considérable (ce qui met les tissus à l'abri de toute irritation) il est permanent et régulier, agissant ainsi par une imprégnation complète des tissus infectés, et en définitive par une puissance germicide et kératinisante supérieure.

La pratique médicale, d'ailleurs, prouve le bien fondé de ces conclusions physiologiques données par les Auteurs sur la double action du trioxychlorométhyle de vanadium. Nous l'avons, utilisé chez quatre malades atteints d'abcès ou de phlegmons consécutifs à des accidents du travail. Nous avons employé chez eux, pour nos pansements humides, la solution de puissance germicide absolue, c'est-à-dire la solution à 2 p. 100. Elle s'obtient en versant dans un litre d'eau bouillie le contenu d'une division du flacon d'Anios.

En un temps qui varie entre sept et douze jours, la suppuration a tari et les plaies se sont complètement cicatrisées. Sur deux plaies contuses du cuir chevelu nettement infectées avec division assez considérable des téguments, des lavages également titrés, suivis d'une application de poudre d'Anios, ont amené en très peu de temps une restauration complète, sans que nous ayons eu à redouter la moindre complication streptococcique. Cette solution *dédoublée* nous a donné aussi de bons résultats dans le traitement de sept blennorragies aiguës, guéries en trois semaines environ, sans extension gonococcique. De même le docteur Le Fur (1) indique l'Anios comme pouvant donner de bons résultats dans le traitement des cystites. En aucun cas nous n'avons observé de phénomènes toxiques. L'oxygène d'ailleurs est inoffensif. De plus l'Anios est sans odeur, il ne tache pas le linge et n'oxyde pas les instruments.

Pour nous toute l'importance du trioxychlorométhyle de vanadium consiste en ce fait qu'il fournit au praticien la possibilité d'utiliser dans tous les cas une production régulière et permanente d'oxygène naissant ayant une puissance antiseptique et kératoplastique supérieure, et sans le moindre inconvénient.

LIVRES NOUVEAUX

L'enfant. Organes du nouveau-né, leurs fonctions pendant l'enfance, la croissance (2), par P. Bézy.

Dans cet ouvrage, l'auteur étudie la physiologie de l'enfance. Après un *aperçu général sur le nouveau-né*, il passe successivement en revue les divers appareils : circulatoire, respiratoire, digestif et nerveux, les organes hématopoiétiques, les appareils locomoteur et génital. A propos du système nerveux, il consacre quelques pages aux convulsions, aux affections spastiques de l'enfance et à l'hystérie juvénile. Quelques pages sur la croissance terminent cet intéressant opuscule, dont il faut recommander la lecture à tous ceux qui s'intéressent à la physiologie et à la pathologie de l'enfance.

L. Babonneix.

(1) Dr Le Fur. Maladies des voies urinaires, in *Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique*, Brouardel et Gilbert, p. 142, 1906.

(1) In-8. — Paris, J.-B. Baillière et fils; Toulouse, Ed. Privat.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 22 AU 27 AVRIL 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 22 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique,* épreuve pratique : MM. Gautier, Branca et Macaigne.

1er (oral) : MM. Delens, Rieffel et Cunéo.

3e (1re partie, oral) : MM. Walther, Thiéry et Wallich ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Déjerine et Legry ; — M. André Broca, suppléant.

5e (1re partie, *Hôtel-Dieu*) : MM. Kirmisson, Legueu et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Gaucher, Claude et Balthazard ; — M. Proust, suppléant.

Mardi 23 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique,* épreuve pratique : MM. Cornil, Balthazard et Maillard.

1er (oral) : MM. de Lapersonne, Launois et Rieffel.

3e (1re partie, oral) : MM. Berger, Thiéry et Demelin ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Renon.

4e : MM. Gilbert, Dupré et Méry ; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* : MM. Le Dentu, Auvray et Morestin ; — (2e partie) : MM. Raymond, Jeanselme et Fernand Bezançon ; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 24 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique,* épreuve pratique : MM. Gautier, Roger et Macaigne.

1er (oral) : MM. Kirmisson, Rieffel et Cunéo.

3e (2e partie, oral) : MM. Blanchard, Teissier et Claude ; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 25 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique,* épreuve pratique : MM. Troisier, Méry et Maillard.

1er (oral) : MM. Albarran, Launois et Rieffel.

3e (1re partie, oral) : MM. Le Dentu, Thiéry et Demelin ; — — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Gouget et Carnot ; — M. Langlois, suppléant.

Vendredi 26 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique,* épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

1er (oral) : MM. Delens, Sébileau et Rieffel.

2e (1re partie, oral) : MM. Kirmisson, Lepage et Cunéo ; — — (2e partie) : MM. Roger, Claude et Balthazard.

4e : MM. Pouchet, Landouzy et Macaigne ; — M. Gosset, suppléant.

5e (1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki ; — M. Proust, suppléant.

Samedi 27 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique,* épreuve pratique : MM. Cornil, Fernand Bezançon et Maillard.

1er (oral) : MM. Le Dentu, Retterer et Thiéry.

3e (2e partie, oral) : MM. Chantemesse, Gouget et Carnot ; M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Thiroloix et Méry ; — (2e série) : MM. Robin, Achard et Renon ; — M. Morestin, suppléant.

THÈSES

Mercredi 24 avril 1907, à une heure. — M. BARTHAS. Rapport de la tuberculose laryngée et de la grossesse. (MM. Pinard, président ; Segond, Legueu et Lepage.) — M. GIRON. Attitude des parturientes. (MM. Pinard, président ; Segond, Legueu et Lepage.) — M. QUINTARD. De la diarrhée au début de l'appendicite. (MM. Segond, président ; Pinard, Legueu et Lepage.) — M. COLLIÈRE. Le végétarisme et la physiologie alimentaire. (MM. Landouzy, président ; Reclus, Mauclaire et Marcel Labbé.) — M. COUFFON. Contribution à l'étude de la cure radicale des sinusites frontales chroniques. (MM. Reclus, président ; Landouzy, Mauclaire et Marcel Labbé.)

Jeudi 25 avril 1907, à une heure. — M. PALHAULT. Contribution à l'étude de l'ulcère de Cruveilhier. Son évolution chez les gens âgés. (MM. Debove, président ; Chantemesse, Jeanselme et Richaud.) — M. MARTINEAU. Le roman scientifique d'Emile Zola. La médecine et les Roujon-Macquart. (MM. Debove, président ; Chantemesse, Jeanselme et Richaud.) — M. GOURDONAN. Contribution à l'étude des régimes alimentaires dans la scarlatine. (MM. Chantemesse, président ; Debove, Jeanselme et Richaud.) — M. ROUCHY. Les eaux d'égout de Paris ; leur épuration par les lits bactériens de contact et par colonnes épuratrices. (MM. Chantemesse, président ; Debove, Jeanselme et Richaud.) — M. MAUMUS. Les altérations nucléaires. (MM. Cornil, président ; Poirier, Fernand Bezançon et Marion.) — Mme DE BONDAREFF. Etude sur l'anatomie pathologique de la rate. (MM. Cornil, président ; Poirier, Fernand Bezançon et Marion.) — M. ROBERT. Phlébites du membre inférieur gauche après appendicectomie à froid. (MM. Poirier, président ; Cornil, Fernand Bezançon et Marion.)

NOTES POUR L'INTERNAT

CAROTIDES PRIMITIVES (1)

Ayant envisagé ainsi la gaine vasculaire nous devons décrire maintenant les rapports viscéraux de l'artère.

Aussi bien à droite qu'à gauche le vaisseau est profond et pour l'aborder on doit traverser de nombreux plans musculaires et aponévrotiques. La tête étant donc placée dans l'extension, la face légèrement inclinée du côté opposé à celui où nous opérons : pratiquons en suivant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, une incision longue de 10 centimètres.

RAPPORTS ANTÉRIEURS. — Sous les téguments, on voit quelques lobules adipeux plus développés chez la femme : 1° des fibres pâles ou nettement rouges du muscle peaucier, ce plan est très variable, nous tenons à insister sur ce point car en médecine opératoire, bien que la direction des fibres ne soit pas identique à celle du sterno-mastoïdien, l'erreur a pu être commise ;

2° Puis sous le peaucier c'est l'aponévrose superficielle du cou, tendue entre les deux sterno-mastoïdiens. Sur cette aponévrose rampent quelques branches veineuses, appartenant au territoire de la veine jugulaire antérieure et les filets nerveux les plus internes, des branches sus-claviculaires ou branches descendantes superficielles du plexus cervical (Valentin) ;

3° Au-dessous de l'aponévrose, ce sont les muscles sous-hyoïdiens, nous rappellerons que l'homohyoïdien le plus long, le plus externe du groupe, est un excellent point de repère, ce muscle est formé de deux ventres : l'un inférieur, ou portion d'origine s'attache à 2 millimètres en dedans de l'échancrure coracoïdienne, longe le bord postérieur de la clavicule, se relève, présente un tendon intermédiaire, redevient charnu pour aboutir à la partie la plus externe de la corne de l'os hyoïde. En dedans de l'omohyoïdien, c'est le muscle sterno-cléido-hyoïdien qui a recouvert la face pos-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, no 42, p. 502.

térieure de l'articulation sterno-claviculaire à son origine, s'est fixé à la partie la plus interne de la face postérieuere de la clavicule.

Entre ces deux muscles nous ne trouvons pas toujours d'interstice : rappelons qu'au cours de l'œsophagotomie, on est obligé dans nombre de cas de les sectionner, ou de les isoler artificiellement à la sonde cannelée.

Nous trouvons comme troisième muscle le sterno-thyroïdien, mais celui-ci est profond sous le muscle sterno-cléido-hyoïdien.

L'ensemble de ces muscles ne repose pas directement sur la carotide primitive, car ils sont engainés par l'aponévrose moyenne du cou, considérée par M. Charpy comme ayant une structure complexe ; en effet ces muscles auront non seulement un revêtement aponévrotique, passant en avant et en arrière d'eux, mais sur leur face antérieure, s'étale une lame tendineuse prémusculaire. L'explication de ce dernier feuillet se rattache à la période embryonnaire, mais nous ne saurions en entreprendre la discussion.

Sur le bord externe de l'omohyoïdien on rencontrerait encore des branches nerveuses nées de la convexité de l'anse anastomotique formée par la branche descendante de l'hypoglosse et de la branche cervicale profonde venue de la troisième paire cervicale, ou de la quatrième, parfois des deux. Tous les muscles que nous venons de mentionner sont innervés par ces filets.

Souvent on met en rapport avec la face antérieure de la carotide les ganglions de l'omohyoïdien. Cette chaîne est si inconstante qu'on ne peut établir de rapports fixes.

RAPPORTS EN DEHORS. — Le contact de la jugulaire interne et de la carotide primitive est le fait capital : sans doute entre les deux organes existe un plan de clivage, mais étant donné le volume du tronc veineux, on conçoit, ainsi que le font remarquer tous les classiques, que la carotide peut être masquée, surtout chez le vivant.

La jugulaire interne est née au trou déchiré postérieur, a été située dans la région sous-parotidienne postérieure, est apparue dans la région cervicale, longeant la face externe de la carotide interne ; puis à la hauteur du cartilage thyroïde, quand nous sommes dans le territoire de la carotide primitive, elle reste externe, comme plus haut, par rapport au tronc artériel. Le calibre de la veine est loin d'être régulier ; elle est manifestement dilatée, puisqu'elle a reçu les gros affluents : veine linguale, veine faciale, une ou deux veines thyroïdiennes supérieures, des veines pharyngées.

En disant que la jugulaire interne est externe par rapport à la carotide primitive il faut entendre la partie supérieure de la région car à mesure que l'on descend, ainsi que l'a bien fait remarquer M. Poirier, la veine jugulaire interne tend à passer en avant de l'artère, à la croiser pour lui devenir interne, en se terminant la veine jugulaire interne est renflée, formant une dilatation en ampoule, à grand axe vertical se jetant dans la veine sous-clavière, celle-ci vient de croiser la face antérieure du tubercule de Lisfranc. De l'union des deux vaisseaux, résulte l'angle de Pirogoff.

La veine jugulaire interne, par l'intermédiaire de son étui fibreux, adhère à l'aponévrose moyenne du cou, d'où affaissement de la gaine dans les inspirations profondes. La carotide primitive n'est nullement influencée.

En dehors de la jugulaire interne, ce sont les faisceaux du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Nous rappellerons brièvement que le muscle naît par un chef sternal, aplati, fixé au manubrium sternal; ce chef aboutira à la base de la mastoïde ; les chefs claviculaires sont fixés à la face supérieure et au bord postérieur de la clavicule : le premier prend son insertion fixe à là ligne courbe occipitale supérieure; le deuxième sensiblement viscéral insinue sous le muscle sterno-mastoïdien et se termine au bord antérieur de la mastoïde. Entre les deux portions constituantes du muscle, il y a toujours une zone dépressible, c'est là que Erb a proposé de comprimer le nerf phrénique; c'est aussi en ce point que peuvent venir faire saillie les anévrismes artério-veineux de la carotide primitive et de la veine jugulaire interne (Boyer, Anel).

Au muscle sterno-cléido-mastoïdien est annexée la chaîne ganglionnaire sous-sterno-mastoïdienne. Mascagni avait déjà établi que ces ganglions sont plus volumineux même à l'état normal que les masses axillaires ou inguinales. Ces ganglions forment une chaîne ininterrompue de la base du crâne à l'orifice supérieur du thorax. Leur dégénérescence néoplasique en fait des organes de premier ordre, car ils adhèrent alors au paquet vasculo-nerveux.

RAPPORTS EN DEDANS. — Ceux-ci sont variables, suivant le côté examiné; par l'étude de la carotide gauche (segment thoracique) nous avons vu que la trachée s'était déplacée de la gauche vers la droite, découvrant la face antérieure de l'œsophage, du côté gauche à la région cervicale; cette disposition persiste, le vaisseau sera donc latéro-œsophagien et toute l'épaisseur du conduit alimentaire sépare la carotide de la gouttière trachéo-œsophagienne, où chemine le nerf récurrent gauche. Nous le répétons c'est un rapport normalement éloigné; naturellement au cas d'anévrisme, la carotide se développe en avant, peut léser le récurrent, la trachée, mais c'est un fait anormal; plus haut la carotide gauche se met en rapport avec le flanc gauche de l'appareil aéro-digestif, pièces laryngées, cricoïde et thyroïde en avant, pharynx en arrière. Le cricoïde est doublé du muscle crico-thyroïdien antérieur; la thyroïde et la partie postérieure du cricoïde ont servi d'attache au muscle constricteur inférieur du pharynx.

Du côté droit les rapports sont plus immédiats, la carotide est longée sur son bord interne par le récurrent qui est né du pneumogastrique au point de croisement du nerf X et de la sous-clavière. Le récurrent est souvent entouré par la graisse, difficile à isoler; d'autant plus qu'il existe dans cette région une chaîne récurrentielle de Gouguenheim.

Mais outre la trachée recouvrant l'œsophage, le muscle constricteur inférieur, nous apercevons le lobe latéral gauche du corps thyroïde, celui-ci est très variable par son pôle inférieur (extremitas obtusa), il peut recouvrir la carotide primitive. Schiff avait même pensé autrefois que cette contiguité de l'organe et de l'artère était la seule raison d'être du corps thyroïde, réservoir vasculaire. Il est probable que le contact intime entre les deux formations ne s'établit qu'après la mort, lorsque les phénomènes de stase se sont produits.

RAPPORTS EN ARRIÈRE. — 1° Le nerf pneumogastrique donnant sur tout son trajet dans l'angle dièdre séparant la veine jugulaire interne, la carotide primitive, des filets régionaux, pour le pharynx, le larynx, la trachée, l'œsophage.

A la partie inférieure de la région cervicale, le X s'écarte de la carotide qui cesse d'exister pour croiser la face antérieure de la sous-clavière.

2° La colonne vertébrale, sur laquelle reposent le muscle long du cou en dedans de lui le grand droit antérieur de la tête, recouverts par l'aponévrose prévertébrale. Le rapport important est constitué par le tubercule antérieur de l'apophyse transverse de la sixième cervicale ou tubercule de Chassaignac ; mais cette saillie est séparée de la carotide par une artère, branche de la sous-clavière, thyroïdienne inférieure qui dans ce segment est horizontale et recouvre le ganglion cervical moyen. La thyroïdienne inférieure est toujours entourée de tissu fibreux, en arrière de la thyroïdienne, c'est l'artère vertébrale, verticale ou légèrement oblique de bas en haut, de dehors en dedans. En résumé une artère antérieure, la carotide primitive verticale, une artère moyenne à grand axe horizontal, la thyroïdienne inférieure, une artère postérieure, verticale ou vertébrale ;

3° Le cordon du sympathique cervical en arrière et en dehors; c'est un cordon flexueux « ondulé » d'où se détachent ces rami communicantes sur son bord externe, les nerfs cardiaques sur son bord interne.

LIGATURE. — 1° Inciser sur une ligne dirigée de l'articulation sterno-claviculaire au creux parotidien, sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, sur une longueur de 7 centimètres au-dessous de l'os hyoïde;

2° Incision du peaucier et de l'aponévrose du sterno-mastoïdien. Mobiliser le muscle ;

3° Mettre la tête dans la rectitude. Rechercher le tubercule de Chassaignac ;

4° Reconnaître la veine, « agir près du larynx » (Farabeuf).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le rein. Les notions nouvelles sur sa physiologie, sa pathologie générale et sa thérapeutique, par F.-J. Collet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux, et Jacques Nicolas, docteur en médecine et en pharmacie, licencié ès sciences. In-18 jésus de 240 p. avec tracés dans le texte. — Prix : 3 fr. — Paris, O. Doin.

N° 46. — SAMEDI 20 AVRIL 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 20 AVRIL 1907. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. (Chirurgie et accouchements.) — *Epreuve de trois quarts d'heure.* — Séance du 17 avril : MM. Delestre (Paris) : « Pathogénie et traitement des accès éclamptiques ; » Macé (Paris) : « Indications et contre-indications de la version podalique; » Couvelaire (Paris) : « Des difficultés du dégagement du tronc après l'expulsion de la tête. »

Séance du 19 avril : MM. Garipuy (facultés de province) : « Le segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et la délivrance ; » Gonnet (Lyon) : « Rétroversion de l'utérus gravide ; » Pouliot (facultés de province) : « Grossesse et accouchement dans le cas d'hydrocéphalie. »

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hopitaux. Admissibilité. — *Epreuve clinique.* — Séance du 19 avril. — MM. Decloux et Terrien, 20 ; Courcoux, 19.

La prochaine séance aura lieu le lundi 22 avril, à neuf heures du matin, à la Charité.

— Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1907-1908. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49, à leur répartition dans les établissements de l'Administration, pour l'année 1907-1908, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 1er mai 1906) : Internes et internes provisoires, le vendredi 26 avril, à deux heures ;

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 15 mai 1907) : Ceux de septième année (militaires), de sixième, de cinquième et de quatrième année (externes ayant concouru en 1900, 1901, 1902, 1903), le vendredi 3 mai, à deux heures ; — ceux de troisième année (externes ayant concouru en 1904), le lundi 6 mai, à deux heures ; — ceux de deuxième année (externes ayant concouru en 1905), le vendredi 8 mai, à deux heures); — ceux de première année (externes ayant concouru en 1906), le vendredi 10 mai, à deux heures.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

— Concours pour le prosectorat. — Un concours pour la nomination à deux places de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux sera ouvert le lundi 8 juillet 1907, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, n° 17.

Les candidats qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration, à partir du lundi 3 juin, jusqu'au samedi 22 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures.

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — Le docteur Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le samedi 4 mai 1907 à dix heures et demie du matin et les continuera les samedis suivants à la même heure.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision du 9 avril 1907 :

MM. les médecins aides-majors de première classe Grenier, passe aux hôpit. d'Alger ; Yvernault et Capon, maintenus aux hôpit. d'Oran ; George et Perot, passent à la Comp. sahar. du Touat (Timmimoun).

M. le médecin aide-major de deuxième classe Mangenot passe au 78e d'inf.

— Corps de santé des troupes coloniales. — Par décret du 14 avril 1907, ont été nommés dans la réserve du corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe retraités Villette et Dérobert.

— Réserve et armée territoriale. — Par décret du 12 avril 1907, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve.

— M. le médecin principal de première classe de l'armée active retraité Carayon.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Pommay, Dupret, Marchand et Fabre.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active dont la démission a été acceptée Brunetière, Anthony et Humbert.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active démissionnaire Gaillard.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — M. le médecin aide-major de première classe de l'armée active démissionnaire Bailliart.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Touchard, Simonet, Debray, Beutter, Devraigne, Richard (de Lyon), Auburtin, Lafourcade, Samné, Boisseau, Latarjet, Rouquayrol, Béhurel, Lamorlette, Vidal, Gorse, Froment, Moris, Simon, Lévy, Meurice, Simounet, Michel, Calmels, Jacquet, Bonnabel, Leduc, Delbarre, Jaubert, Houy, Parazols, Moussaud, Richard (de Sotteville-les-Rouen), Lunet de Lajonquière, Lemée, Huré, L'Hirondel, Bellou, Gauthier, Bonnouvrier, Girault, Garcin, Estève, Colin, Hocquet, Chevalier, Halbron, Beutter (de Saint-Etienne), Cans, Chaboux, Bérenguier, Anthoine, Donnezan, Paupe, Monory, Leriche, Léothaud, Looten, Letorey, Jambon, Lapeyre, Girard, Faulong, Paliard, Flour, Caffort, Dubois, Pinchart, Adamistre, Bureau, Panier, Bertrand, Mathieu, L'Homme, Castex, Lambert, Mouriquand, Rougean, Bassard, Lavallée, Hocquette, Collin, Vieux-Pernon, Roblot, Diehl, Pioger, Musy, Petit, Bertrandon, Bricout, Vergnes, Borie-Labat, Debec, Dichamp, Ducros, Giffard, Fabre, Saudé, Cibrie, Barretta, Cros, Ehringer, Berthollet, Marlier, Nadal, Melcion, Carrière, Beltrami, Gérard, Guichard, Bressot, Mosnier, Vinceneux et Griffault.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Dorléans, Desjardins et Jully.

École d'instruction du service de santé du gouvernement militaire de Paris. — L'école d'instruction du gouvernement militaire de Paris sera ouverte à l'hôpital Saint-Martin à partir du 7 mai prochain.

Les cours y seront faits au nombre de 15 les mardis et vendredis de huit heures et demie à neuf heures et demie du soir.

Les officiers qui suivront ces cours bénéficieront d'une réduction de leur période d'instruction d'un nombre de jours égal aux séances auxquelles ils auront pris part jusqu'à concurrence de quatorze jours.

A l'issue des cours, les médecins et pharmaciens aides-majors de première classe dans leur sixième année de grade pourront, s'ils le désirent, subir l'examen d'aptitude au grade de médecin ou pharmacien-major de deuxième classe.

Les adhésions à cet examen devront parvenir avant le 27 avril courant au directeur du service de santé du Gouvernement militaire de Paris, 51, boulevard Latour-Maubourg.

Statistique. — Le service de la statistique a compté, pendant la quinzième semaine, 1092 décès, au lieu de 1 162 pendant la semaine précédente et au lieu de 1 047, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc meilleur; cependant les maladies de l'appareil respiratoire restent fréquentes. La variole continue à rester presque absente.

La fièvre typhoïde a causé 10 décès (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux est de 60, au lieu de la moyenne 42.

La variole n'a causé aucun décès, comme pendant la semaine précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 16, au lieu de 12 pendant la semaine précédente (moyenne 16).

La rougeole a causé 12 décès (moyenne 18); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 240, au lieu de 229 précédemment (moyenne 359).

La scarlatine a causé 8 décès (moyenne 2); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 350, il s'élevait à 316 pendant la semaine précédente (moyenne 77).

La coqueluche a causé 10 décès (moyenne 10).

Les autres maladies se maintiennent absolument dans la moyenne.

La **Société de l'Internat** donnera, le samedi 4 mai, dans les salons du ministère de l'Intérieur, gracieusement mis à sa disposition par M. le président du Conseil, une soirée-concert suivie de bal.

Œuvre d'enseignement médical complémentaire « E. M. I. ». — Le voyage d'enseignement médical complémentaire « E. M. I., 1907 » aura lieu du 7 au 23 août prochain. Après concentration à Nancy, les adhérents visiteront les installations sanitaires de Stuttgart, Munich, Nuremberg, Carlsbad, Marienbad, Prague, Vienne, Budapest, Salzbourg, Gastein, Innsbruck, Zurich, Baden en Suisse. La dislocation se fera à Besançon-la-Mouillière.

La bourse de voyage du fondateur de la Société sera attribuée cette année à un groupement professionnel de Paris, qui sera désigné en présence des délégués de tous les groupements parisiens : le groupe favorisé élira son bénéficiaire. Les groupements qui, par suite d'erreur ou d'oubli, n'auraient pas été avisés sont priés de considérer le présent comme une invitation régulière et de vouloir bien se faire connaître avant le 1er mai.

Les conditions et le programme détaillé du voyage d'études vont paraître très prochainement. Pour renseignements, écrire avec timbre pour réponse ou demander rendez-vous à l'administrateur de la Société : M. Etienne Bazot, 8, rue François-Millet, Paris.

École de psychologie. (*Semestre d'été 1907.*) — Cours de psychologie appliquée a l'éducation. — M. le docteur Bérillon, professeur, médecin-inspecteur des asiles d'aliénés, commencera son cours le jeudi 25 avril, à cinq heures (salle des conférences de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts) et le continuera les jeudis suivants, à cinq heures.

Sujet du cours. — Les maladies nerveuses des enfants et des adolescents. Applications de l'hypnotisme à la pédagogie.

Jeudi 25 avril : Le nervosisme chez les enfants. Surmenage scolaire et sédentarité. — Jeudi 2 mai : Les traitements préventifs de la neurasthénie. — Jeudi 9 mai : Congé de l'ascension. — Jeudi 16 mai : La mollesse et la paresse chez l'enfant. L'adaptation de l'organisme au travail. — Jeudi 23 mai : La question des enfants anormaux. Etablissements médicaux pédagogiques. — Jeudi 30 mai : L'hypnotisme et l'orthopédie morale. La méthode hypno-pédagogique. — Jeudi 6 juin : Applications de l'hypnotisme à la pédagogie des enfants nerveux et vicieux. — Jeudi 13 juin : La formation du caractère. La lutte de l'éducation contre l'hérédité. — Jeudi 20 juin : Le traitement psychologique des maladies sociales : alcoolisme, kleptomanie, perversité, etc.

REVUE GÉNÉRALE

LES SCLÉROSES DU PANCRÉAS

Par Etienne CHABROL,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Historique. — L'histoire des scléroses du pancréas est de date récente.

Elle commence avec les recherches expérimentales qui établirent le rôle physiologique de la glande, et, schématiquement, peut être divisée en trois périodes.

Dans une *première phase*, jusqu'en 1897, on ne relève que des observations isolées, tels le mémoire d'Ancelet (1864), les travaux de Lancereaux, Schlessinger, Birsch Hirschfeld, et la plupart se rapportent à la syphilis pancréatique.

La Revue générale de Deguy sur les pancréatites (7 oct. 1898) résume l'historique de cette première période.

Puis vient la *deuxième phase*, phase médicale où se fixent à la fois l'anatomie et la pathogénie des scléroses.

Klippel en donne la classification actuellement admise (1897-1899) et cette classification ne sera reprise par Opie qu'en 1902.

Il montre également les rapports de la sclérose avec les lésions des autres organes, et, en particulier, celles du foie.

Carnot dans sa thèse (1898) étudie la pathogénie des pancréatites, et la développe parallèlement à celle de la lithiase biliaire, dont la nature infectieuse vient d'être reconnue.

Troisième phase. — La pancréatite entre ensuite dans le domaine chirurgical.

En Angleterre avec Mayo Robson, qui précise au Congrès de chirurgie (1900) les indications opératoires et le diagnostic facilité plus tard par le procédé de Cammidge.

En Allemagne, après Riedel (1896 et 1903), Kehr et Körte étudient plus spécialement la chirurgie des voies biliaires (1903).

En France, Quénu et Duval appliquent à la cholélithiase compliquée de sclérose, les recherches de René Gaultier, et publient sur la pancréatite chronique de nouvelles observations.

De même l'école Terrier, et la thèse de Desjardins donnent de la question une étude d'ensemble, surtout chirurgicale (1905), tandis qu'au point de vue médical, se poursuit la discussion des lésions langerhansiennes (Thoinot et Delamarre, 1904) et de la pathogénie du diabète pancréatique (Gilbert et Lereboullet (1906).

II

Pathogénie. — L'ÉTUDE EXPÉRIMENTALE des scléroses permet de les répartir en trois groupes, et Carnot distingue des causes mécaniques, toxiques, infectieuses.

1° CAUSES MÉCANIQUES. — *a.* L'*oblitération vasculaire* donnerait, d'après Hlava, des lésions peu prononcées;

b. Par contre la *ligature des voies excrétrices* détermine une sclérose très accusée.

L'expérience réalisée en 1876 par Charcot et Gombault, pour le canal cholédoque, avait été reprise sur le canal de Wirsung successivement par Claude Bernard, Langendorff, Pawlow, Arnozan et Vaillard.

Ces derniers auteurs avaient montré comment, à la dilatation canaliculaire, faisait suite la desquamation épithéliale du canal, puis la prolifération scléreuse.

Plus tard, Thiroloix obtenait des calculs de Wirsung par simple ligature des voies excrétrices;

Mais Carnot, dans sa thèse, insista sur ce fait qu'à la sclérose mécanique, même aseptique, venaient s'ajouter deux nouveaux facteurs : les toxines, l'infection.

2° CAUSES TOXIQUES. — Arnozan et Vaillard avaient déjà signalé le rôle chimique des ferments pancréatiques retenus par la ligature.

Complétant des recherches antérieures de Claude Bernard et de Mouret, Carnot réalisa la sclérose sans obstruction par injections de :

a. *Diastases.* — La pepsine; la papaïne, trypsine végétale qui, à doses très faibles, produit la cirrhose cinq jours après.

b. *Toxines.* — La tuberculine, notamment par injections intra-glandulaires ou générales sous-cutanées.

La toxine diphtérique donne plutôt un processus hémorragique. Cependant par voie sanguine, Carnot a pu déterminer des scléroses.

c. *Poisons définis.* — L'action faible et prolongée de l'alcool naphtolé indiquée par Bouchard aboutit aux mêmes résultats, de même celle du plomb et du mercure. Le phosphore et l'arsenic ont également donné une hyperplasie considérable, surtout au niveau des îlots de Langerhans.

La morphine produit une pancréatite hémorragique (Carnot).

3° CAUSES INFECTIEUSES. — Les travaux de Gilbert et Dominici (1895), Mignot, Gilbert et Fournier (1897) qui montrèrent l'origine infectieuse de la lithiase biliaire, permettaient de concevoir une pathogénie analogue pour les scléroses pancréatiques.

Dès 1894, les infections canaliculaires expérimentales avaient fait obtenir de la glycosurie (Charrin et Carnot). Ce dernier, dans sa thèse, cite plusieurs observations où le colibacille, de virulence atténuée, injecté par voie canaliculaire (procédé de choix) produit la sclérose du pancréas.

Le bacille de Koch, virulent, entraîne une réaction glandulaire tardive (au septième jour, infiltration leucocytaire); peu virulent, il détermine une sclérose d'emblée.

Dès lors, on pouvait conclure au point de vue expérimental :

La sclérose est produite par des toxines ou une infection atténuée.

Elle est favorisée par la rétention mécanique, et l'hypothèse d'un rôle trophique des ganglions nerveux altérés était également soulevée par Carnot.

En clinique les germes infectieux ou toxiques arrivent au pancréas par différentes voies d'abord : voie sanguine, voie lymphatique, voie directe par contiguité, voie canaliculaire.

1° A la voie sanguine et plus spécialement à la voie artérielle se rattache la pancréatite au cours des infections générales mais, fait important, les infections produisent surtout des lésions parenchymateuses et rarement des lésions interstitielles. On cite les *fièvres éruptives* (variole), la *pneumonie*, la *fièvre typhoïde*.

Pour cette dernière, on peut signaler les deux observations de Charrin (1899), celles de Garnier (1903), de Chauffard (rapportées par Desjardins).

Daviau dans sa thèse relate les cas de Mayo Robson et de Moynihan, intéressants au point de vue bactériologique : de toutes ces observations, résulte la même conclusion : la sclérose est exceptionnelle, dans la dothiénenterie.

La *diphtérie*, dans une autopsie faite par Carnot, avait produit de la sclérose, cependant Girard et Guillain (1900) ont toujours trouvé normaux le tissu conjonctif et les îlots de Langerhans sur vingt-neuf pancréas d'enfants diphtériques.

Les *oreillons*, par leur localisation pancréatique, d'ailleurs discutée, déterminent des accidents aigus, rares, il est vrai, puisque Simonin n'a pu en relever qu'une dizaine sur 652 observations. Mais la résolution rapide en sept jours, l'absence de troubles ultérieurs, rendent très discutable la pancréatite chronique d'origine ourlienne (Simonin).

Par voie sanguine parviennent également au pancréas les toxines exo ou endogènes : à l'inverse des infections, elles sont susceptibles de déterminer une sclérose très prononcée.

Nous n'insisterons pas sur leur énumération. Citons surtout l'*alcoolisme* et les lésions du pancréas signalées par Klippel et Lefas dans la cirrhose de Laënnec (1899 et 1903), lésions pour eux indépendantes de l'altération hépatique, car la même cause toxique atteint en même temps les divers organes de l'appareil digestif.

L'*urémie* (Lefas, Garnier) — et Lefas signale les lésions consécutives à la néphrite chronique, il décrit aussi la *sclérose sénile* du pancréas (1898).

Ces altérations chroniques ont été également observées dans leurs rapports avec l'artériosclérose par Hoppe Seyler (18 observations dont 9 s'accompagnant de diabète).

La stase veineuse peut-elle produire la sclérose? Les expériences par ligature semblent contraires à cette hypothèse.

Cependant, dans l'*asystolie*, Klippel décrit le pancréas cardiaque, très congestionné et légèrement sclérosé.

Les scléroses périveineuses seraient fréquentes dans le *diabète*, d'après Lépine, Lemoine et Lannois, et Oser confirme cette opinion.

2° Par la voie lymphatique semblent survenir la *sclérose paludéenne* (Lancereaux) et surtout les lésions de la syphilis et de la tuberculose.

La *syphilis du pancréas* vient par fréquence en seconde ligne après celles du foie, de la rate et du système osseux.

Elle fut pour la première fois mentionnée par Verneuil (1855); étudiée ensuite par Lancereaux (1873-99), Karl Huber, Birsch Hirschfeld, Schlessinger, mais sa pathogénie est encore discutée, et si Hoppe Seyler la considère comme une conséquence de la sclérose artérielle, Rosenthal, au contraire, pense « que les lésions interstitielles proviennent des vaisseaux lymphatiques, donnant lieu à une véritable lymphangite proliférante dont la cause essentielle est la syphilis ».

Cette pathogénie est admise par Carnot et par Lefas.

La *tuberculose du pancréas* dont Carnot, dans sa thèse, rapporte l'historique fut signalée par Varnier (1755), reprise par Bouillaud, Métivié, Lombard (de Genève); Cruveilhier en fixa la pathogénie actuellement admise, l'infection par voie lymphatique.

a. Rarement, en effet, le bacille ou ses toxines arrivent au pancréas par la voie sanguine.

Dans la tuberculose aiguë, la pancréatite est exceptionnelle (Klebs), fait constaté d'ailleurs par Friedreich. Carnot en signale une seule observation. Sa rareté est également reconnue par Lefas (1900-1903) par Gilbert et Weil, qui, sur 12 cas, n'observent qu'une fois une légère sclérose accompagnée cependant de la présence de bacilles.

b. Plus fréquente est la sclérose au cours des tuberculoses chroniques, et la pathogénie de Cruveilhier se trouve alors confirmée par les observations de Klippel, Schwartz, Sendler, les travaux de Carnot, Lefas, Gilbert et Weil (10 cas).

Presque toujours en effet on trouve une adénopathie tuberculeuse juxta ou intra-pancréatique. Le bacille, arrivé par l'intestin ou par la voie sanguine, y subit un temps d'arrêt pour parvenir ensuite par la voie lymphatique jusqu'au parenchyme glandulaire.

c. Enfin, Gilbert et Weil insistent sur le rôle important de la péritonite tuberculeuse, ils en ont constaté la propagation avec sclérose intense deux fois sur trois.

Dans un cas de Sicard, la tuberculose du rein gauche s'était propagée à l'extrémité splénique de la glande.

3° Par contiguité. — Tel est le troisième mode pathogénique de la sclérose pancréatique dans la *tuberculose*.

Toute *inflammation de voisinage* et notamment une périgastrite dans une tumeur pylorique (Mayo Robson) pourra réaliser le même processus.

Mais la sclérose par contiguité s'observe surtout dans les *inflammations du cholédoque*, et l'infection propagée de la voie biliaire principale soulève la discussion de la pathogénie des *pancréatites chroniques au cours de la lithiase biliaire*.

Accident tardif (trente-six ans dans un cas de Mayo Robson), elles surviennent généralement quatre à sept ans après le début du syndrome hépatique.

La sclérose du pancréas est une complication très fréquente de la cholélithiase.

En 1904, Kehr l'observait dans 33 p. 100 des interventions biliaires.

Riedel en 1905 la déclarait d'observation courante (Quénu et Duval).

La sclérose s'observe d'ailleurs plus souvent que les autres pancréatites ; sur les 118 cas que rapportent Quénu et Duval, 63 étaient d'évolution chronique et, à l'inverse des inflammations aiguës de la glande, ce processus est la plupart du temps associé à la lithiase du cholédoque (39 cas) ; plus rarement à la lithiase vésiculaire (21 cas) ; plus rarement encore aux calculs de l'ampoule de Vater.

Le rapport anatomique étroit entre le cholédoque et le pancréas (gouttière ou même canal glandulaire complet) a fait admettre la théorie de la contiguité.

A travers les ulcérations plus ou moins profondes du canal, l'infection peut envahir le parenchyme.

Celle-ci peut être directe, si elle prend naissance dans le segment pancréatique du cholédoque.

Elle est indirecte, lorsqu'elle naît dans le segment sus-pancréatique et se propage alors par l'intermédiaire de la péritonite circonscrite généralement associée.

Körte fait jouer un rôle dans les formes subaiguës aux ganglions juxta-biliaires intrapancréatiques qui transmettaient l'infection au parenchyme.

Enfin, l'inflammation par contiguité serait favorisée par la rétention pancréatique, telle la compression du Wirsung que détermine un calcul enclavé dans le cholédoque.

4° Voie canaliculaire. — A la théorie de la pancréatite lithiasique par contiguité, s'oppose celle de l'infection canaliculaire ascendante.

a. Cette dernière peut être produite par l'*ascension dans le Wirsung de la bile infectée.*

L'orifice de l'ampoule de Vater, d'une dimension moyenne de $2^{mm}5$, est alors oblitéré par un calcul. Le Wirsung est rempli de bile verdâtre ; parfois même des calculs y sont renfermés (cas de Mayo Robson).

Ce fait s'observe lorsque les deux canaux, cholédoque et Wirsung s'ouvrent dans l'ampoule, côte à côte et non isolément, au sommet duodénal du tubercule de Vater.

Expérimentalement, Opie et Körte oblitérant l'orifice de ce tubercule réalisèrent la pénétration de la bile.

b. Ou bien l'*infection canaliculaire résulte de l'infection duodénale.*

Dans la cholélithiase, l'absence de bile permet l'exaltation de la virulence bactérienne de l'intestin, et l'invasion se fait d'autant plus facilement que les calculs ont dilaté l'ampoule de Vater.

Pour Desjardins, les microbes intestinaux remontent le Santorini, et au point d'abouchement de ce canal dans le Wirsung reviennent au tube digestif en suivant ce dernier conduit. Ils infectent ainsi la zone triangulaire comprise entre les deux canaux, et la portion descendante du duodénum.

Dans ce « mouvement de va-et-vient », l'infection est ainsi localisée à la tête du pancréas, en un « triangle d'infection pancréatique ».

Les deux théories, contiguité, voie canaliculaire, ne sauraient être exclusives pour expliquer la pancréatite dans la cholélithiase et l'on peut *conclure* avec Quénu et Duval :

I. Pour les calculs du cholédoque intrapancréatique, l'infection intense du canal avec ulcération, justifie l'hypothèse de la contiguité.

Moins intense, l'infection pancréatique est d'origine canaliculaire.

II. Au cours d'une lithiase vésiculaire, sans calcul de la voie biliaire principale, il faut admettre cette dernière théorie.

Mais l'infection du Wirsung n'est point toujours produite par la bile infectée.

L'inflammation des deux canaux, hépatique et pancréatique, se fait simultanément, chacun pour son propre compte.

L'origine commune des deux glandes confirmée par l'anatomie comparée, la disposition anatomique de leurs voies excrétrices qui, réunies à leur terminaison, présentent des moyens communs de protection, la solidarité physiologique des deux organes, tout semble en faveur de cette dernière hypothèse (Quénu et Duval).

Seuls, les signes cliniques, bruyants dans la cholélithiase, méconnus dans la pancréatite, font considérer cette dernière comme une complication de la lithiase biliaire, alors que les deux lithiases, d'origine infectieuse, résultent d'une infection primitive unique.

Et d'ailleurs, par la voie canaliculaire peuvent s'expliquer la plupart des scléroses du pancréas en dehors de la lithiase.

Celles que l'on observe au cours des *cirrhoses biliaires* (Lefas, Guillain) et surtout les lésions plus spécifiques qui déterminent le *diabète pancréatique* (Gilbert et Lereboullet).

Dans la dothiénentérie, les observations de Mayo Robson, Moynihan, avec présence dans la bile du bacille d'Eberth semblent se rattacher a cette pathogénie et la *tuberculose elle-même*, chez un sujet affaibli, prédisposé, s'accompagne presque toujours, d'après Carnot, d'infection ascendante par colibacille.

Celle-ci nous explique également les scléroses pancréatiques dites par compression, observées couramment dans les *cancers de la tête* (observations de Leven, Gilbert et Garnier).

La voie canaliculaire est suivie par les germes pathogènes qui peuplent toute l'étendue du tube digestif et l'extrémité des canaux excréteurs de ses glandes.

Ainsi comprises, les scléroses du pancréas ne sont pour la plupart qu'un des multiples accidents de « l'auto-infection ».

Gilbert et Lereboullet ont, en effet, étudié ces « polycanaliculites microbiennes » développées secondairement au cours d'états pathologiques préalables ou bien primitivement, sous l'action d'une prédisposition familiale et héréditaire, la « diathèse d'auto-infection ».

III

Anatomie pathologique. — Nous étudierons d'abord les caractères communs à toutes les scléroses pan-

créatiques pour examiner ensuite les particularités propres aux différents types étiologiques.

I. Caractères communs. — A. *Examen macroscopique.* — Les lésions anatomiques de la pancréatite chronique se présentent ordinairement sous deux aspects macroscopiques qui correspondent souvent à deux stades de leur évolution :

L'hypertrophie,
La cirrhose atrophique de l'organe.

Dans certains cas d'ailleurs, la glande semble normale à première vue, et les travées scléreuses ne sont reconnues qu'au microscope.

a. *L'augmentation de volume* du pancréas peut atteindre le double ou même le triple de l'état normal. Quelquefois massive, totale, uniformément répartie, elle est le plus souvent partielle, certaines régions sont particulièrement hypertrophiées et notamment la tête de l'organe.

Du reste, dans une même région, certains points sont plus développés que les autres. Le pancréas prend alors un aspect bosselé, irrégulier, semblable à un sac de billes.

La glande a sa coloration normale ou parfois cireuse; elle ne semble pas congestionnée.

A la palpation, les zones sclérosées contrastent par leur consistance plus dure, avec le reste de l'organe, plus ferme cependant qu'à l'état normal.

Mais cette consistance reste élastique et ainsi peut être différenciée de celle du cancer (Mayo Robson).

Cependant, même à la table d'autopsie, l'hésitation est toujours possible, surtout dans la forme nodulaire partielle, dans ces variétés signalées par Riedel, où l'on sent « une tumeur dure comme le fer, grosse comme le poing ».

b. Puis dans une phase plus avancée, la *glande s'atrophie.*

Elle n'est représentée que par un simple cordon irrégulier, formé de bosselures inégales, dans certains cas, son poids tombe à une dizaine de grammes.

A la coupe, les zones scléreuses présentent la consistance du fibrome et macroscopiquement on peut noter, surtout après durcissement à l'alcool, des travées plus ou moins épaisses, blanc nacré; ces travées circonscrivent les portions glandulaires intactes qui apparaissent sous forme de points jaunes ou rosés (Desjardins).

Les canaux excréteurs sectionnés par la coupe restent béants, dilatés et, par places, présentent de véritables dilatations kystiques dont le contenu varie suivant les types étiologiques. Ces kystes, bien différents des épithéliomas kystiques de Hartmann (1891), ont été surtout décrits par Bœckel et Robson.

B. *L'examen microscopique* du pancréas fixé à l'alcool absolu, nous montre *une sclérose constituée par un tissu embryonnaire ou adulte ayant autour des canaux une topographie variable, s'accompagnant enfin de lésions glandulaires ou langerhansiennes.*

Carnot oppose au point de vue pathologique les *deux variétés de tissu scléreux.*

L'une fait suite à un état aigu. On observe d'abord une prolifération intense des cellules glandulaires, puis une prolifération lymphocytaire, enfin l'apparition de cellules allongées, forme de transition entre les leucocytes et les cellules conjonctives.

L'autre est le tissu scléreux d'emblée : ici pas d'infiltration leucocytaire, mais des cellules conjonctives, qui tendent même à disparaître dans les formes anciennes pour être remplacées par des fibres serrées.

Desjardins oppose ces deux variétés au point de vue pathogénique et, pour lui, l'une, au processus subaigu, serait à point de départ canaliculaire, l'autre, chronique, aurait une origine artérielle.

Les travées conjonctives ont pour centre *d'irradiation les canaux vasculaires ou excréteurs* de la glande.

Les lésions vasculaires, artérioscléreuses, siégeraient, d'après Hoppe Seyler, au niveau de la queue du pancréas, à l'inverse des affections canaliculaires que l'on constate surtout à la tête de l'organe.

Le rétrécissement de la lumière du vaisseau, l'épaississement de la tunique interne, plus rarement celui de la tunique moyenne, enfin la prolifération abondante du tissu conjonctif autour du canal, telles sont les lésions ordinairement observées (Hoppe Seyler).

Au contraire l'examen histologique du canal pancréatique montre d'après Landel (observation Quénu-Duval) au cours d'une pancréatite cholélithiasique, une région externe, épaisse, formée de tissu fibreux, riche en vaisseaux; une région interne avec une grande quantité de tubes sectionnés transversalement (glandes pancréatiques) que sépare un tissu conjonctif bourré de petites cellules rondes.

Sur les petits conduits pancréatiques, on note l'épaississement conjonctif très prononcé de la paroi, le rétrécissement de la lumière du canal que remplit l'épithélium desquamé. Telle est « l'angiopancréatite scléreuse » de Gilbert et Lereboullet.

Dans la *répartition de la sclérose,* Klippel distingue trois variétés, ne présentant entre elles aucun rapport d'évolution :

La sclérose périlobulaire;
La sclérose intralobulaire;
La sclérose intracineuse.

La *sclérose périlobulaire* est un épaississement des travées normales qui séparent les lobules.

Parfois triplées d'épaisseur, elles dissocient ces lobules qu'elles compriment, mais jamais elles ne les pénètrent ni modifient leur forme ou leur structure. Le tissu conjonctif rayonne autour des canaux excréteurs.

Au contraire, dans la *sclérose intralobulaire* fragmentante, multi-acineuse, le lobule est pénétré, détruit; la sclérose entoure de ses cercles des îlots d'acini qu'elle isole.

Son point de départ est vasculaire.

Enfin dans la *sclérose acineuse,* sclérose diffuse *mono-acineuse,* le cercle scléreux toujours grêle entoure chaque acinus en particulier et s'accompagne le plus souvent de lésions glandulaires. Elle aurait d'ailleurs pour Klippel une origine épithéliale.

Au milieu du tissu scléreux, les *éléments glandulaires comprimés subissent des altérations diverses.*

Certaines banales et communes à tous les épithé-

liums, depuis la tuméfaction double, les dégénérescences hyalines, granuleuses, granulo-graisseuses, jusqu'à la nécrose de coagulation.

Klippel insiste sur l'évolution acineuse hypertrophique, spéciale aux cirrhoses intralobulaires et acineuses.

Les cellules épithéliales augmentées de volume nettement séparées les unes des autres, acquièrent une netteté anormale, se colorent fortement ainsi que leur noyau par l'hématoxyline éosine.

Plus intéressantes, les *lésions des îlots de Langerhans* au cours de la sclérose ont été l'objet de recherches nombreuses.

Depuis Laguesse (1893), les travaux de Lancereaux et les expériences de Mering et Minkowski, plusieurs opinions se sont opposées.

Dieckoff, Sobolew, Lemoine et Lannois constatent la sclérose des îlots.

Opie, en 1902, la rattache aux variétés intralobulaires.

Finney en 1903, insiste sur ces lésions et le rôle de l'insuffisance langerhansienne dans le diabète maigre.

En 1904, le mémoire de Thoinot et Delamarre développe et confirme cette opinion.

Les lésions des îlots ont été observées par Thoinot et Delamarre 130 fois sur 167 diabètes.

Elles ne sont pas toujours interstitielles, et, à côté des congestions péri ou intra-langerhansiennes, réduisant les îlots à de petits blocs fibreux, il faut citer les altérations parenchymateuses : atrophie ou plus rarement hypertrophie des cellules insulaires, cytolyse, nécrose, surcharge graisseuse et pigmentaire de ces éléments.

Enfin, les observations récentes de Lancereaux, de Curtis et Gellé (1905) viennent s'ajouter aux précédentes.

Cependant la sclérose peut exister au niveau des îlots en dehors du diabète, dans le diabète lui-même elle peut faire défaut, et, tandis qu'Hansemann (1902) nie sa spécificité, Carnot et Amet ne tirent de la constatation de la sclérose aucune conclusion affirmative (1905).

II. Variétés étiologiques. — Tels sont les caractères communs des scléroses pancréatiques.

Certains prédominent, d'autres même sont surajoutés, dans les formes étiologiques que nous décrirons maintenant au point de vue anatomique.

Dans les lésions syphilitiques, Schlessinger distingue deux variétés, le plus souvent associées : la forme scléreuse, la forme gommeuse.

Forme scléreuse. — La première est de beaucoup la plus fréquente et a été surtout étudiée dans la syphilis congénitale.

Le pancréas est dur, cartilagineux, parfois entouré de callosités épaisses, qui, dans le cas de Friedreich, déterminaient une oblitération congénitale des voies biliaires.

Cette forme est généralisée chez le fœtus, circonscrite chez l'adulte; elle entraîne une diminution notable du volume de la glande.

La *forme gommeuse* peut lui être opposée. Au niveau de la tête sclérosée, le pancréas est infiltré de nodosités, ayant le volume d'un pois, d'une aveline. Celles-ci sèches, jaunâtres à la coupe, présentent parfois un centre ramolli.

Le duodénum est presque toujours atteint (Schlessinger).

Histologiquement, ces deux formes traduisent un processus inflammatoire à point de départ périartériel.

Les vaisseaux ont un adventice épaissi, infiltré de cellules lymphoïdes. Cette périartérite est la lésion essentielle du début.

Puis la maladie progressant, le réseau capillaire aux alentours des acini, disparaît progressivement.

D'après Opie, « on note de nombreuses cellules rondes, cellules plasmiques d'Unna; les cellules à grains éosinophiles sont abondantes et se présentent sous deux types différents : des mononucléaires, de petits polynucléaires. En outre, au centre du tissu interstitiel, on note des masses compactes : ce sont les îlots de Langerhans, en relation par certains points avec les cellules épithéliales. »

Dans les lésions tuberculeuses un fait est caractéristique : c'est la présence de nombreux *ganglions caséeux* adhérents au pancréas (observations de Cruveilhier, Klippel, Sendler). Ces ganglions péripancréatiques, rétro-duodénaux ou même intraépiploïques, peuvent remonter jusqu'au hile du foie (Tietze).

A la coupe de la glande, le tissu est induré, lardacé, et ses caractères histologiques permettent de distinguer avec Carnot *trois variétés*.

L'une, à évolution suraiguë, est l'abcès caséeux, au centre désagrégé, entouré d'une zone de polynucléaires et de quelques mononucléaires.

A la périphérie, une bande de sclérose le limite, avec ses fibres peu serrées, aux cellules conjonctives jeunes.

Une autre, tissu réticulé, infiltrant la glande est peu riche en sclérose. Cette infiltration lymphoïde traduit un processus subaigu.

La troisième, sclérose proprement dite, n'a point de caractères spécifiques.

Elle représente, au niveau du pancréas, l'une des nombreuses lésions que le bacille de Koch ou ses toxines peuvent déterminer, lésions variant de la granulation typique aux scléroses et aux dégénérescences diverses.

Exceptionnellement en effet, on note des cellules géantes dans le pancréas tuberculeux et l'on peut opposer ces lésions à celles plus caractéristiques que l'on observe au niveau du foie; ici, peut-être par suite d'une irrigation différente, le tubercule prédomine, la dégénérescence graisseuse est plus fréquente que la sclérose (Gilbert et Weil).

Par contre, il faut rapprocher de la tuberculose du pancréas, celle des glandes salivaires (Klippel, Lefas).

La sclérose indique une inflammation atténuée, un processus de guérison, et traduit la résistance de l'organe à l'infection du bacille de Koch.

La pancréatite dans la lithiase biliaire se traduit le plus souvent sous la forme hypertrophique, avec

la consistance ferme que Tietze et Riedel ont signalée dans la *pancréatite chronique indurative*, difficile à distinguer du cancer, même anatomiquement.

Les canaux excréteurs béants à la coupe présentent parfois de véritables poches kystiques, contenant un liquide clair, ou bien de la bile verdâtre avec de petits calculs.

Ceux-ci renferment surtout des carbonates et phosphates de chaux; ils sont essentiellement calcaires et se distinguent ainsi des calculs biliaires, généralement constitués de substance organique (cholestérine et pigments).

Ces derniers sont perméables aux rayons X, aussi Neumann et Mayo Robson ont-ils conseillé la radiographie pour différencier les deux variétés de calculs.

Dans la CIRRHOSE BILIAIRE, la forme hypertrophique peut également exister et dans le cas de Guillain, sclérose hépato-pancréatique hypertrophique avec splénomégalie, la glande avait un poids de 170 grammes.

Les CIRRHOSES VEINEUSES DU FOIE s'accompagnent très souvent de scléroses du pancréas. Il n'existe d'ailleurs aucune ressemblance dans l'aspect des deux cirrhoses.

Klippel et Lefas en rapportent 8 observations. Steinhaus, 6 cas nouveaux. D'Amato confirme ces travaux et insiste sur certains détails histologiques.

Le pancréas augmenté de volume (80 à 130 grammes) est surtout envahi par la sclérose intralobulaire fragmentante, entraînant peu de lésions des canaux excréteurs.

Les îlots de Langerhans semblent résister au tissu conjonctif (Klippel). D'Amato, au contraire, insiste sur la fréquence des lésions langerhansiennes. Enfin par places, les travées scléreuses renferment de la pigmentation ocreuse et de nombreux canalicules.

Cette pigmentation se retrouve très abondante dans le pancréas du DIABÈTE BRONZÉ fragmenté par la sclérose périlobulaire (Hanot et Chauffard); de même dans la PANCRÉATITE SCLÉREUSE PALUDIQUE caractérisée macroscopiquement, d'après Lancereaux, par la teinte noire ou verte de l'organe.

III. DES LÉSIONS DE VOISINAGE accompagnent presque toujours ces différentes scléroses.

Certaines sont banales, *comme la péripancréatite*, pouvant parfois enserrer le tube intestinal. Nous retiendrons surtout les lésions des voies biliaires et du foie.

Le *cholédoque* comprimé peut acquérir le volume du petit doigt (Terrier, Körte, Quénu-Duval), la *vésicule* distendue double ou triple sa capacité (loi de Courvoisier et Terrier).

Cependant, à ces phénomènes mécaniques qui existent isolés dans le cancer du pancréas, s'ajoute dans la pancréatite une lésion inflammatoire.

Aussi la muqueuse est-elle friable, hémorragique; le péritoine de la vésicule est irrégulier, inégalement épaissi.

La sclérose peut gagner la couche musculaire et entraîner alors la rétraction de la vésicule.

« L'inflammation et la sclérose l'emportent alors sur la distension mécanique » (Desjardins).

Enfin le *foie* infecté peut présenter toutes les complications de l'angiocolite et tardivement la cirrhose des canaux biliaires.

III

Bactériologie. — Il est rare de retrouver des microbes dans le tissu scléreux.

La présence du *bacille de Koch* est exceptionnelle (Carnot) et de même dans 10 cas de *lèpre*, Brutzer mentionne l'absence dans le pancréas et la parotide du bacille de Hansen observé dans le foie et la rate.

La recherche du spirochète de Schaudinn est restée jusqu'à présent négative.

Seuls les *microbes intestinaux* peuvent être retrouvés :

Le *bacille d'Eberth* dans la bile (observations de Mayo Robson, Moynihan); les *anaérobies* décrits par Gilbert et Lippmann à l'extrémité intestinale des voies canaliculaires et surtout le *colibacille* que l'on rencontre dans toutes les scléroses.

Les autres microbes, pneumocoque, streptocoque, les bâtonnets plus ou moins spécifiques décrits par Fitz, s'observent dans les pancréatites aiguës.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 12 AVRIL 1907)

Poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte. — MM. CAMUS et SÉZARY. La paralysie occupe les muscles du groupe Duchenne-Erb. Lymphocytose discrète.

Polynévrite et névro-myosite. — Les mêmes auteurs présentent une fillette de douze ans qui, à la suite d'une varicelle, présenta les signes d'une polynévrite avec rétraction et induration des muscles par myosite. Actuellement, la polynévrite a guéri; il y a amélioration notable et rapide des autres troubles musculaires. M. DÉJERINE signale l'intérêt de ces derniers, qu'il n'a jamais observés.

Paralysie unilatérale de plusieurs nerfs craniens. — MM. OPPERT et LEJONNE. La paralysie atteint les septième, neuvième et douzième paires gauches, en même temps que la branche masticatrice et l'ophtalmique du même côté. Il ne s'agit probablement pas d'une méningite basilaire, en raison de l'amélioration rapide et de l'absence de lymphocytose cérébro-rachidienne. L'hypothèse de névrite semble plus vraisemblable.

Syndromes cérébelleux congénitaux. — MM. Roger VOISIN et MACÉ DE LÉPINAY présentent deux fillettes présentant, depuis la naissance, l'ensemble des signes cérébelleux (titubation, asynergie) avec mouvements choréo-athétosiques et nystagmus. Chez l'une, syndrome d'athétose double; chez l'autre, signes de maladie de Friedreich, congénitale mais sans hérédité, sans scoliose, persistance des réflexes. Amélioration nette par l'éducation.

Poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte. — MM. LEJONNE et SCHMIERGELD. Jeune fille de quinze ans présentant une paralysie avec atrophie des muscles du membre supérieur gauche et inférieur droit (cinquième et sixième racines cervicales, première et deuxième sacrées).

Hémiplégie thalamique suivie de tabes et de paralysie générale. — MM. Chartier et Lejonne. A vingt-huit ans, à la suite d'un ictus, une jeune fille fut prise d'hémiparésie droite avec hémi-anesthésie persistante, accompagnée de l'abolition de la sensibilité osseuse au diapason, d'hémi-ataxie, d'algies centrales. Trois ans plus tard, apparition de signes de tabes et de paralysie générale.

Monoplégie brachiale, affectant le type radiculaire supérieur, survenue brusquement chez un vieillard artério-scléreux. — M. Lamy. Sans prodromes, un homme de soixante-douze ans fut pris brusquement d'une paralysie dans le domaine des cinquième et sixième racines cervicales droites. En l'absence de toute étiologie et en raison de la brusquerie du début, M. Lamy pense à une désintégration de la substance grise, de la moelle, peut-être analogue à la désintégration lacunaire de l'encéphale.

Paralysie des masticateurs, ophtalmoplégie totale, paralysie du facial inférieur droit chez une tabétique. — MM. Crouzon et Nathan. Ces paralysies survenues au cours d'un tabes avéré, et progressivement, ont actuellement rétrocédé : il ne reste plus qu'un strabisme convergent.

Hypertrophie congénitale du côté gauche du corps (face, langue, membres) et nævi vasculaires. — MM. Crouzon et G. Villaret. Les réflexes sont normaux. Les nævi (angio-fibromateux), remarquablement peu développés.

Confusion mentale : signes de méningite, puis de sclérose en plaques. — MM. Claude et Lejonne. Une malade, ni syphilitique ni alcoolique, présenta d'abord une confusion mentale simple, puis apparurent des signes d'une méningite grave, avec fièvre intense et signe de Kernig, qui durèrent près de quatre mois, puis disparurent. Pendant la convalescence, sont survenus les signes d'une sclérose en plaques.

Intérêt médico-légal des hémiplégies tardives traumatiques. — M. Souques. Il y a dix-huit mois l'auteur relatait un fait d'hémiplégie post-traumatique que l'autopsie, pratiquée neuf mois après l'accident, montra due à une hémorragie protubérantielle. La malade étant fortement alcoolique, il était difficile de déterminer le rôle exact du traumatisme. Voici un second fait, où seul le traumatisme semble en cause. Il s'agit d'un collégien de treize ans, robuste, sans tare personnelle ou héréditaire, qui fit une chute sur l'occiput. Trois jours après : somnolence, titubation, vomissements, qui disparurent vite ; enfin survinrent, en quelques jours, une paralysie des sixième et septième paires droites, puis une parésie avec troubles sensitifs des quatre membres, surtout gauches. Ces divers troubles ont guéri rapidement.

Sur les parésies spasmodiques permanentes de l'urémie lente. — MM. L. Alquier et Conos. Autopsie de cinq urémiques; deux étaient atteintes de néphrite scléreuse très ancienne et très intense; les surrénales présentaient, avec une grande netteté, les adénomes considérés récemment par M. Vaquez, comme si importantes au point de vue de la genèse de l'hypertension artérielle. En fait, celle-ci était de 26 centimètres de mercure chez l'une des deux malades (elle n'a pas été recherchée chez l'autre). Dans ces deux cas existaient des parésies spasmodiques permanentes, par lacunes de désintégration. Dans les trois autres cas, il s'agissait de grande urémie, par néphrite aiguë massive, sans adénomes surrénaliens, 2 fois; dans le troisième cas la néphrite était subaiguë et s'accompagnait d'une ébauche d'adénomes des surrénales.

Ces cas semblent donc indiquer que, dans l'urémie, les adénomes des surrénales précèdent l'apparition des lacunes de désintégration des centres nerveux, que l'hyperfonction surrénale contribue peut-être à engendrer.

Lésions du ganglion spinal dans un cas de zona. — M. Thomas décrit les lésions qu'il a observées, et qui portent sur les cellules ainsi que sur les racines, aussi bien antérieures que postérieures. A côté de ces lésions dégénératives existe un processus de régénération caractérisé par l'apparition de ramifications nouvelles des fibres nerveuses, terminées par des extrémités en massue.

Discussion sur la nature de l'asymbolie (ou agnoscie). — M. Egger essaie de montrer que les troubles sensitifs légers signalés chez les malades atteints de ce qu'il appelle l'agnoscie, ne suffisent pas pour expliquer ce phénomène, lequel fait défaut dans des cas (lésions spinales) où les troubles de la sensibilité sont infiniment plus accentués. M. Déjerine s'élève contre l'interprétation proposée par M. Egger et contre la dénomination d'agnoscie.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR LES PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES RÉELLES DE LA DIGITALE

Par le docteur Trullet.

L'introduction en thérapeutique de la digitoxine amorphe de Cloetta est pour le praticien une véritable révélation. Elle vient, en effet, nous montrer que l'accumulation et la toxicité redoutables des préparations habituelles sont des défauts attribuables, non pas à la plante elle-même, mais à l'utilisation constante de feuilles plus ou moins altérées par une dessiccation prolongée. La digalène est le principe actif de la *feuille fraîche* de digitale, elle représente donc très exactement les propriétés naturelles de la plante pas encore altérées; et, lorsque les auteurs (1) nous disent qu'elle ne s'accumule pas, qu'elle a une toxicité très faible, et qu'elle est facilement soluble, ils ne font qu'énoncer les propriétés réelles de la digitale.

Il ne faut donc pas considérer la digitoxine Cloetta seulement comme un médicament nouveau, venant augmenter le nombre des glucosides digitaliques, mais surtout comme le moyen pratique d'obtenir désormais les mêmes résultats que fournirait une infusion ou une macération préparées avec des feuilles fraîches. Mais cependant, cette comparaison n'est pas tout à fait exacte, car nous ne pourrions pas encore empêcher les feuilles fraîches de présenter, comme les feuilles desséchées, une quantité *variable* de principe actif.

La digalène au contraire est un corps stable, ayant une formule précise ($C^{14}H^{23}O^{5}$), et un poids moléculaire égal à 280. Elle représente donc une puissance active invariable et sur laquelle tout médecin a le droit de compter. Bien plus, grâce à sa parfaite solubilité, et à son *absence d'effets cumulatifs*, elle devient pour le praticien un puissant remède dans les cas d'asthénie cardiaque aiguë, puisqu'il est très facile de l'utiliser en injections sous-cutanées intra-musculaires, intraveineuses. La médication digitalique devient ainsi une médication d'urgence.

Dans la presse médicale, il a été récemment question de cette façon nouvelle d'envisager plus scientifiquement l'action physiologique de la digitale, et, en suivant les indications qui nous étaient données, nous avons utilisé la digalène par injections intra-musculaires profondes dans cinq cas bien déterminés. Dans trois d'entre eux, une intervention urgente n'était pas absolument indiquée. Il s'agissait d'asystoliques ordinaires. Mais ces trois malades ne pouvaient pas tolérer l'infusion digitalique; ils étaient pris de vomissements immédiats. Sans doute, nous aurions pu chez eux ordonner la

(1) Voir communication de Laumonier à la Société de thérapeutique, déc. 1906, et l'étude du docteur Nigoul dans la *Gazette des hôpitaux*, 1906, nos 19 et 20.

digalène par la bouche, puisque les auteurs affirment que l'estomac la digère toujours, mais il nous a paru préférable de procéder à des injections *fessières* profondes. Dans le quatrième cas il s'agissait d'un vieillard atteint de pneumonie et chez lequel des tendances au collapsus s'affirmaient, avec asthénie cardiaque rapidement menaçante. Le cinquième malade était entré en asystolie aiguë à la suite d'un effort considérable ayant porté sur un cœur fortement dégénéré.

Dans ces 5 observations, nous avons utilisé des injections intra-musculaires de 3 centimètres cubes par jour de digalène en 3 fois (chaque centimètre cube équivaut à 15 centigrammes de poudre de feuilles fraîches). Le traitement a été suivi pendant six jours de suite chez nos trois premiers malades et pendant trois et cinq jours chez les deux autres. Une seule fois sur cet ensemble d'injections il s'est produit une légère douleur de quelques minutes, et nous n'avons jamais observé par ailleurs *ni douleur ni réaction inflammatoire*.

Pour un médecin habitué aux effets de l'infusion ordinaire, nous devons avouer que les résultats obtenus ont été absolument inattendus. Le jour même et dans tous les cas, la diurèse a augmenté; elle a atteint en vingt-quatre heures 7 à 900 grammes, et les troubles dyspnéiques ont diminué. Les jours suivants, la pression sanguine s'est relevée, le pouls et les battements cardiaques étaient plus lents, plus forts, plus réguliers, les intermittences disparaissaient et la diurèse atteignait en six et sept jours de traitement une moyenne de 3 litres et demi chez nos asystoliques. Elle ne dépassa pas 2 litres chez le pneumonique. Cette diurèse s'est ainsi maintenue tant que les œdèmes persistaient. Mais au bout d'une semaine il était visible qu'ils commençaient à décroître, et dès ce moment leur disparition fut rapide.

Chez deux asystoliques nous avons dû reprendre pendant trois jours de suite les injections à raison de 2 centimètres cubes par jour après un intervalle de cinq jours de repos. La diurèse, en effet, avait beaucoup diminué, montrant que la digalène était complètement éliminée. La guérison a demandé dix à quatorze jours chez nos trois premiers malades, pour être complète, et trois à neuf jours chez les deux autres. Il ne fait aucun doute pour nous qu'il eût fallu beaucoup plus de temps avec les préparations ordinaires.

En aucun cas nous n'avons observé de phénomènes cumulatifs et en aucun cas la moindre toxicité. Aussi nous paraît-il démontré que la solubilité de la digalène lui confère une véritable innocuité.

En résumé, nous croyons pouvoir dire que, si la digitoxine Cloetta ne s'accumule pas dans l'organisme, elle n'en possède pas moins, par injections intra-musculaires profondes, des effets plus rapides et plus énergiques que ceux de tout autre digitalique.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE LA REVACCINATION PAR GRATTAGE

Monsieur le directeur,

Nous venons de lire avec grand intérêt l'article que M. le docteur Courgey a consacré dans la *Gazette des hôpitaux* des 2 et 4 avril aux « Revaccinations par grattage ». Nous l'avons lu avec d'autant plus d'intérêt qu'il vient confirmer les résultats que depuis 1894 nous avons fait connaître. Les premiers, en effet, nous avons attiré l'attention sur les succès que donnait le « procédé de grattage dans la vaccination » ainsi que M. le docteur Courgey pourra s'en convaincre en lisant le *Bulletin général de thérapeutique* (28 fév. 1894) et la *Médecine moderne* de la même année (8 décembre). Il n'est pas une seule de ses conclusions à laquelle nous ne puissions souscrire bien volontiers, puisque depuis treize ans, nous les avons formulées; mais il est un point sur lequel nous ne pourrons nous entendre avec M. Courgey, c'est lorsqu'il dit que le procédé de grattage est insuffisamment connu. Tous ceux qui s'occupent sérieusement de vaccination le connaissent et l'apprécient, et nous n'en sommes plus à compter les prosélytes que nous avons faits. Cette petite réserve étant faite, nous pensons nous aussi *qu'on ne peut réellement être en sécurité et se croire à l'abri de la variole que lorsqu'on a été revacciné par raclage ou grattage.*

Veuillez agréer, monsieur le directeur, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Dr G. RAFINESQUE, Dr PAUL RAYMOND,
anciens internes des hôpitaux de Paris.

P. S. — Voulez-vous nous permettre de dire dans la *Gazette des hôpitaux* que nous pensons, comme M. Courgey, que l'on revaccine trop vite aujourd'hui et que l'on n'a ainsi, dans une foule de cas, qu'une fausse sécurité? La lenteur du procédé de grattage, lenteur qu'on lui a reprochée, devient ainsi un avantage.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Revue scientifique. — (N° 12, 23 mars 1907.) STODEL : Nouvelles recherches sur les colloïdes. Applications biologiques et thérapeutiques. — Jean JAUBERT : Le commerce de la lumière électrique. — OBALSKI : Etat actuel des Indiens du Nord-Amérique. — (N° 13, 30 mars.) Armand GAUTIER : L'œuvre de Berthelot. — M. GANDILLOT : Théorie de la musique. — (N° 14, 6 avril.) M. GANDILLOT : Théorie de la musique (*fin*). — Ch. PÉREZ : Revue critique des thèses de zoologie.

Semaine médicale. — (N° 13, 27 mars 1907.) MARINESCO : Ce qu'il faut entendre par neuronophagie. — (N° 14, 3 avril.) CALOT : Comment reconnaître et guérir la luxation congénitale de la langue.

Semaine gynécologique. — (N° 13, 27 mars 1907.) PICHEVIN : De la blessure de l'uretère. — (N° 14, 2 avril.) PICHEVIN : De la conservation des annexes chroniquement enflammées.

Tribune médicale. — (N° 14, 6 avril 1907.) ENRIQUEZ et BINET : L'indicanurie (pathogénie et valeur sèméiologique). — Lévy FRAENKEL : Sur un cas de tuberculose diffuse chez un nourrisson de deux mois et demi. — G. MEILLÈRE : Les laits modifiés.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 6, 30 mai.) COLLEVILLE : Endopéricardite avec symphyse du péricarde et anévrisme partiel du cœur. — Holger TRAUTNER : Etude sur l'étiologie et la pathologie générale de la goutte (*fin*).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

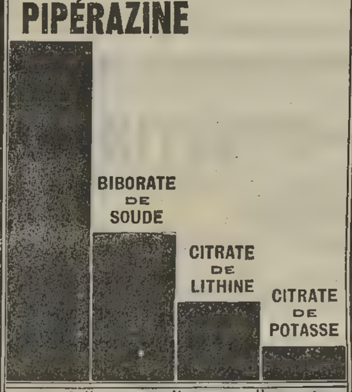
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17.

MYCODERMINE DÉJARDIN

(EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTERABLES doué de toute l'efficacité de la LEVURE FRAICHE)

PIPÉRAZINE MIDY

Solubilités comparées de l'Acide urique dans :



92 %	40 %	20 %	8 %

GRANULÉE EFFERVESCENTE

20 centigrammes de Pipérazine par mesure jointe au flacon.

Dans les crises aiguës :
3 à 6 mesures par jour.

Comme préventif :
1 à 3 mesures 10 jours par mois.

Le plus grand dissolvant de l'Acide urique

GOUTTE
GRAVELLE
RHUMATISME
ARTHRITISME dans toutes ses manifestations.

ENVOI D'ÉCHANTILLONS

Pharmacie **MIDY**, *113, Faubourg Saint-Honoré — PARIS.*

ENTÉRITE PATES, FARINEUX SPÉCIAUX
Bignon Pariani,
5, rue de l'Arcade, Paris.
Catal. et échant. f° sur demande à MM. les Docteurs.

STEM

Exigez dans toutes les bonnes pharmacies
PARIS : 7, Place de la Bourse
LYON : 19, Rue Confort.

VOIES DIGESTIVES & URINAIRES

STÉRILISÉ SANS ADDITION D'AUCUN PRODUIT CHIMIQUE
SYSTÈME PASTEUR

PUR JUS DE RAISINS FRAIS

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées p[r] jour. Bd Haussmann. 41, Paris et ph[ies].

TIODINE COGNET

Thiosinnaminéthyliodide $C^6 S Az^2 H^{13} I$

COMBINAISON ORGANO-IODIQUE DÉFINIE

- Injectable
- Absolument Indolore
- Teneur en Iode considérable 47 %
- Sans Iodisme
- Stabilité et Solubilité parfaites
- Ni toxique, ni caustique.

VOIE STOMACALE
PILULES
2 à 6 par jour.

VOIE HYPODERMIQUE
AMPOULES
1 inject. tous les 2 jours.

TOUTES les INDICATIONS de l'IODE, des IODURES et de la THIOSINNAMINE

Syphilis second et tert., Affect. parasyph., Tabès, Artério-Sclérose, Rhumatismes, Tuberculoses torpides et ganglionnaires, Rachitisme, Myocardites, Angines de Poitrine, Asthme, Emphysème, Bronchites chroniques, Adhérences, Synéchies, Cicatrices, Néphrites, etc.

Littérature et Échantillons : **A. COGNET**, 43, Rue de Saintonge, PARIS.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr. UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr. Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hopitaux. Admissibilité. — *Epreuve clinique.* — Séance du 22 avril. — MM. Bigart, Coyon et Lereboullet, 20.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 25 avril, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.

— Concours de chirurgien des hopitaux. — *Lecture des copies.* — Séance du 20 avril. — MM. Fredet, 28; Baumgartner, 24; Piquand, 23.

La prochaine séance aura lieu le mardi 23 avril, à quatre heures et demie, à la Charité.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. (Chirurgie et accouchements.) — *Epreuve de trois quarts d'heure.* — Séance du 19 avril : M. Sauvage (Paris) : « Accouchement dans les occipito-postérieures; » Voron (Lyon) : « Les kystes de l'ovaire dans leurs rapports avec l'état puerpéral; » Trillat (Lyon) : « La délivrance dans l'avortement. »

La deuxième épreuve du concours (exposé des travaux personnels des candidats) commencera le mardi 23 courant, à cinq heures.

Voici l'ordre de passage des candidats :

Chirurgie. — MM. 1. Rocher, Laroyenne, Baudet, Petit, Guyot, Potel, Muller, Caubet, Cavaillon, Chevrier,

11. Pinatelle, Delage, Savariaud, Dambrin, Duroux, Hallopeau, Colle, Schwartz, Duvergier, Dujarrier,

21. Riche, Lapointe, Leriche, Violet, Guibé, Ombrédanne, Gauthier, Chevassu, Vanverts, Thévenot,

31. Piquand, David, Drucbert, Tavernier, Lecène, Sencert, Mercadé, Molin, Martin, Delore,

41. Alglave, Lenormant, Latarget et Debeyre.

Accouchements. — MM. 1. Guéniot, Jeannin, Le Lorier, Péry, Fournier, Gonnet, Sauvage, Rudaux, Delestre, Pouliot.

11. Trillat, Couvelaire, Voron, Macé, Garipuy.

CONCOURS DE L'INTERNAT DE L'HOSPICE DE BRÉVANNES. — Oral. — *Séance du 17 avril.* — Question donnée : « Calcul du cholédoque » : MM. Bougeant, 19; Presbéanu, 18; Castéran et Séguinot, 15; Renault, 12; Lemercier, Lenormand et Cloquet, 10.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Buret est nommé chevalier du Mérite agricole.

SOCIÉTÉ DE GÉOGRAPHIE. — Le prix Auguste Logerot (médaille d'or) est décerné à M. le docteur Paul Rivet, pour ses travaux sur les races indiennes de l'Equateur.

LE SABOTAGE DANS LES PHARMACIES. — Un élève en pharmacie ayant à se plaindre de son patron aurait versé, paraît-il, du laudanum dans le flacon de teinture d'hamamelis. Avant de quitter son patron il prévint le garçon de laboratoire et le chargea même d'informer le pharmacien de son sabotage afin de rendre impossible l'empoisonnement d'un client. La teinture empoisonnée fut détruite aussitôt.

Désireux de ne pas se solidariser avec l'auteur de pareils procédés, le Syndicat des préparateurs en pharmacie vient de protester et de déclarer que :

« Le sabotage en pharmacie n'a jamais été l'enseignement donné par le Syndicat aux préparateurs exploités ou mécontents, parce que ses conséquences seraient infiniment graves, et atteindraient d'autres victimes que les pharmaciens. »

Cette déclaration était nécessaire, mais n'est-il pas déjà trop qu'on ait été obligé de la faire?

La **SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT EN MÉDECINE DES HOPITAUX DE PARIS** donnera le samedi 4 mai, à neuf heures et demie, dans les salons du ministère de l'Intérieur, obligeamment prêtés par M. le président du conseil des ministres, une soirée-concert suivie de bal.

L'Opéra, la Comédie-Française, l'Opéra-Comique, etc., figureront au programme, qu'illustrera Barrère.

Le prix des billets individuels, pour les anciens internes et leurs invités, est de 10 francs. Il est de 5 francs pour les internes en exercice. Des cartes de famille, du prix de 20 francs, sont réservées aux membres de la Société.

On trouve des billets chez MM. les docteurs Verchère, président de la Société, 101, rue du Bac; Hallion, trésorier, 54, rue du Faubourg-Saint-Honoré; Maurice de Fleury, 139, faubourg Haussmann; Castex, 30, avenue de Messine; Luys, 20, rue de Grenelle; Le Fur, 103, rue La Boétie; F. Trémolières, 15, rue Drouot; au journal le *Figaro*, 26, rue Drouot; chez MM. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, et M. Boulangé, libraire, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

CLINIQUE CHIRURGICALE

SCORBUT DES NOURRISSONS

(*Maladie de Barlow*).

Par M. A. BROCA,
Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

Je n'ai pas coutume de vous entretenir des malades de clientèle, votre éducation clinique ne pouvant se faire que par les cas traités sous vos yeux à l'hôpital. Pourtant c'est quelquefois obligatoire, et par exemple, si je veux vous donner quelques notions pratiques sur la maladie de Barlow, il faut que je vous parle d'un malade de ville, car les enfants de classe ouvrière en sont à peu près indemnes : j'ajouterai même que, dans toutes les classes de la société, les Français payent à cette affection un tribut moins lourd que les Anglais et les Américains.

La maladie se révèle au clinicien sous des aspects variés, dont la plupart sont tels que l'enfant est soumis d'abord à l'examen d'un médecin. Parfois cependant le cas revêt au début une allure chirurgicale, et c'est précisément ce qui eut lieu chez une fille de neuf mois qui me fut présentée à mon cabinet le 25 juillet dernier pour un gonflement de la cuisse gauche survenu dans les conditions suivantes :

Bien portante jusqu'à l'âge de huit mois et demi, l'enfant commença alors à souffrir, à crier quand on la prenait sur les bras, quand on la remuait dans son berceau, et comme cela s'aggrava de plus en plus, au bout de douze jours on consulta le docteur Rousseau. Celui-ci, hésitant sur la nature d'un gonflement douloureux qui occupait la partie inférieure du fémur gauche, conseilla de soumettre l'enfant à mon examen.

L'état local que je constatai est facile à vous décrire : gonflement demi-fusiforme, plus accentué en dedans qu'en dehors, partant au-dessus des condyles à hauteur du cartilage conjugal et se terminant un peu au-dessous du milieu de la diaphyse ; à la partie inférieure, le diamètre de l'os paraissait à peu près doublé ; aucune modification apparente de la circulation cutanée ; peau d'ailleurs normale à l'inspection et à la palpation.

Ce gonflement était douloureux à la palpation, et d'ailleurs je vous ai dit qu'à la moindre secousse l'enfant criait. D'où impotence fonctionnelle facile à constater sur l'enfant couchée : elle remuait les deux membres supérieurs et l'inférieur droit, mais l'inférieur gauche restait inerte.

C'est, si vous voulez, un état de pseudo-paralysie, et si je prononce ces mots, c'est pour éveiller en vous l'idée de la pseudo-paralysie syphilitique dont Parrot a montré la cause véritable : une ostéite spécifique frappant la face diaphysaire d'un ou de plusieurs cartilages conjugaux chez des nourrissons héréditairement tarés. Vous devez, en effet, songer à cela d'après l'état local que je viens de vous décrire, et je dirai même qu'en pareille occurrence, quelles que soient et les dénégations des parents ou l'intégrité du reste de l'organisme, chez un nourrisson âgé de moins de six mois, de moins de trois mois surtout, vous devez poser ce diagnostic presque ferme, instituer en tout cas le traitement mercuriel.

Mais à neuf mois l'âge est passé de ces accidents osseux de la syphilis héréditaire précoce, et nous devions, dès lors, tenir grand compte des circonstances accessoires : absence de tout commémoratif personnel ou héréditaire, naissance à terme, téguments vierges de toute lésion active ou cicatrisée. Je ne m'arrêtai donc pas davantage à cette hypothèse, quitte à y revenir pour instituer le traitement « pierre de touche » si je ne trouvais aucune hypothèse plus satisfaisante.

Chez un sujet aussi jeune, pour une masse à développement aussi rapide, on doit éliminer, en principe, l'ostéosarcome. L'absence de tout trauma, surtout l'enfant n'étant pas rachitique, est contraire à l'idée d'une fracture accidentelle : fait dont il faut se méfier chez les nourrissons, et même chez quelques enfants plus âgés, dont les cals peuvent prendre une apparence néoplasique.

Mais il existe, chez le nourrisson, deux autres causes de gonflement osseux auxquelles, avec un semblable état local, on doit songer : la tuberculose diaphysaire, infiltrante ; l'ostéomyélite.

Tandis que chez l'enfant plus âgé la tuberculose diaphysaire, sans participation articulaire, est rare et, quand elle existe, ne s'accompagne pas d'hyperostose notable ; chez le nourrisson ces caractères, au contraire, sont assez fréquents, si bien que dans le deuxième volume de mes *Leçons cliniques* j'ai narré l'histoire d'un enfant chez lequel un médecin fort instruit avait diagnostiqué des ostéosarcomes multiples.

Si l'on s'en tient au seul état local, la ressemblance de cette lésion est grande avec celle que je viens de vous décrire. Mais l'évolution est moins rapide, les localisations osseuses sont souvent multiples, souvent aussi on trouve, aux membres inférieurs surtout, des gommes tuberculeuses sous-cutanées. Enfin les nourrissons sont en mauvais état général, pâles et blafards, tandis que le nôtre était, sauf sa lésion locale, en parfaite santé ; il ne présentait même aucune trace de rachitisme, fait qui dans un instant va avoir son importance.

Restait l'ostéomyélite : et elle non plus ne me satisfaisait pas l'esprit. Car si quelquefois chez le nourrisson on observe la forme chronique d'emblée, encore est-elle rare, surtout avec chronicité parfaite, sans apparence de malaise quand le sujet est immobile dans son lit, sans aucune fièvre, sans déchéance. De semblables cas sont possibles, je le sais, mais trop exceptionnels pour n'être pas diagnostiqués autrement qu'en désespoir de cause. Or une dernière chance me restait de diagnostic raisonnable : je soulevai les lèvres de l'enfant et autour des incisives médianes, sorties à huit mois sans difficulté, la gencive m'apparut ecchymotique, en bas surtout. Je tenais mon diagnostic : scorbut infantile, et à ma question sur le mode d'alimentation, la mère répondit que l'enfant était nourrie exclusivement au lait stérilisé. Jusqu'à l'âge d'un mois elle avait été élevée à la campagne, au lait de vache, mais depuis qu'elle était

à Paris, elle prenait chaque jour, par biberons d'environ 150 grammes, régulièrement espacés, un litre du lait stérilisé de l'Œuvre du bon lait. J'ignore si ce lait subit une préparation chimique en plus de la stérilisation.

Ce dernier point est de quelque importance, car on a soutenu que jamais le lait simple et stérilisé ne pouvait être cause des accidents dont je vous entretiens. A mon sens, il est vrai, quelques observations prouvent que cette assertion est exagérée; mais, en pratique, supposez-la exacte, et retenez que presque tous les cas connus concernent des enfants nourris avec des aliments artificiels, avec des laits maternisés, etc. Là est la cause pour laquelle les observations sont rares en France, nombreuses au contraire en Angleterre ou en Amérique où sévit la manie des farines spéciales, plus on moins complexes. Et concluez que si, comme je le crois, le lait stérilisé peut parfois être incriminé, ses méfaits exceptionnels, et curables, ne sauraient entrer en ligne de compte avec ses bienfaits pour les nourrissons des villes.

Qu'est-ce donc que ce scorbut des nourrissons auquel mes déductions diagnostiques viennent d'aboutir? C'est un scorbut, au fond identique à celui qu'autrefois on connaissait chez l'adulte, aux temps de famine et de misère, à l'époque des longues traversées à la voile où l'on ne se nourrissait que de salaisons. L'âge, toutefois, imprime à la maladie deux particularités principales : 1° les lésions osseuses prennent une intensité spéciale et frappent surtout les régions juxta-conjugales, avec décollement possible du cartilage épiphysaire, tant qu'il existe; 2° les lésions gingivales passent au second plan, souvent même sont nulles.

Ces deux particularités doivent vous sembler toutes naturelles. La première n'est que la confirmation d'une loi générale de pathologie chez les sujets dont le squelette est en voie d'accroissement : le scorbut des nourrissons fait comme la syphilis héréditaire précoce, dont je vous ai signalé la ressemblance objective avec lui. La seconde n'étonnera pas davantage ceux de vous qui savent déjà que des dents avant tout dépendent les lésions buccales : pas de dents, pas de scorbut gingival; dents en éruption mais en bon état, lésions ecchymotiques légères, rarement ulcéreuses. Mais dans les descriptions initiales du scorbut infantile on a exagéré la rareté de ces ecchymoses; quand on les cherche une fois commencée l'éruption, on les trouve souvent, et peut-être leur méconnaissance est-elle plus réelle que leur rareté.

Le fait est de quelque importance, car cette absence habituelle des lésions gingivales a été un des arguments donnés par les auteurs qui ne veulent pas voir dans la maladie que je vous décris du scorbut, mais bien une forme spéciale de rachitisme aigu, hémorragique.

Que les enfants soient assez souvent rachitiques, d'accord : ce sont de petits biberonnards. Mais presque toujours ils le sont fort peu, souvent même pas du tout, comme c'est le cas pour l'enfant dont je vous entretiens aujourd'hui. Les faits semblables sont fréquents, et ils prouvent que si la coexistence du rachitisme est possible, que si même on peut la considérer comme une prédisposition, elle n'est pas le moins du monde nécessaire.

Quant à l'objection tirée de la bénignité remarquable du mal, avec limitation à un os, avec conservation d'un état général excellent, elle n'a aucune valeur. Il s'est passé ici ce qui s'est passé pour l'hérédo-syphilis osseuse précoce : on a d'abord diagnostiqué les cas graves, à lésions multiples et avancées, chez les nourrissons cachectiques, et le pronostic était fort mauvais; aujourd'hui les cas sont reconnus sitôt que la famille s'aperçoit de quelque chose d'anormal. Une lésion osseuse nous suffit, sans que nous ayons besoin d'en laisser évoluer plusieurs, de laisser péricliter l'état général; en sorte que la maladie ressortit au chirurgien, ainsi que cela résulte de la discussion diagnostique à laquelle je viens de me livrer devant vous.

Mais les lésions multiples ne sont pas longues à s'installer, et la preuve en est que, chez notre malade, le lendemain de mon premier examen l'autre fémur commença à se prendre. Ce ne fut qu'une alerte insignifiante, car l'enfant était sous l'influence du traitement. Mais gonflement et douleur furent caractéristiques, et cela doit vous faire retenir que, si la bilatéralité symétrique est la règle à un moment donné, symétrie ne veut pas dire simultanéité. Entre les deux lésions, quelques jours s'écoulent, et si vous êtes bien avertis vous n'aurez pas besoin d'attendre la seconde pour instituer le traitement.

Ce traitement est le même que celui du scorbut des adultes : il consiste à substituer aux aliments « morts », conservés, stérilisés, des aliments « vivants », des fruits, des purées de légumes frais. Un nourrisson scorbutique supporte dans la perfection le jus d'orange et de citron, la purée de pommes de terre.

Le soir même, mon petit malade prit donc quelques cuillerées à café de jus d'oranges. Le lendemain 29, outre six biberons de 140 grammes de lait stérilisé, il eut trois cuillerées à café de purée de pommes de terre ou le jus d'une demi-orange; le 30, 3/4 d'orange et quatre cuillerées de pommes de terre; le 31, 3/4 d'orange, 1/4 de citron et cinq cuillerées; le 1er août, mêmes fruits, six cuillerées de pommes de terre, et le régime fut continué jusqu'au lundi 5 août.

Comme toujours en pareille occurrence, le résultat fut merveilleux; dès le troisième jour la douleur fémorale avait diminué; dès le cinquième le gonflement avait disparu, ainsi que les ecchymoses gingivales, et nous avions obtenu une guérison complète qui depuis ne s'est pas démentie : le père me l'a écrit en date du 3 février dernier.

Mais durant cette cure, deux faits intéressants se sont produits.

Le premier, je vous le répète, c'est que le lendemain de mon examen, le 29 juillet, le fémur droit gonfla et devint un peu douloureux, pour guérir en même temps que le gauche, mais pour nous fournir la preuve que les lésions osseuses eussent été multiples si nous leur en avions laissé le temps.

Le second, c'est qu'une fois guéri l'enfant refusa le jus de citron et prit avec quelque difficulté le jus d'oranges, dont au contraire il s'était au début montré avide, tant qu'il avait eu à assouvir un besoin antiscorbutique.

De cet ensemble clinique, de cette rapidité de cure surtout, opposée à la rapidité d'installation du mal, vous devez conclure que je ne vous ai pas décrit, quoi qu'on en prétende parfois, une forme particulière de rachitisme. Et un autre fait est que, le rachitisme étant d'une fréquence extrême chez les enfants du peuple nourris au biberon, chez eux le scorbut est tout à fait exceptionnel, parce que, dans le peuple, le nourrisson prend toujours avec son lait, d'ailleurs souvent mal ou pas stérilisé, quelques aliments tels que du pain trempé dans du jus, des soupes, des légumes. Quant aux farines spéciales, aux laits scientifiquement préparés, c'est à l'usage des gens riches : tel est le motif pour lequel vous n'observerez guère le scorbut qu'en clientèle de ville. Et si les mères vous écoutent, vous ne l'observerez presque jamais, car, dans l'ordre de préférence, elles nourriront leurs enfants elles-mêmes, en seconde ligne avec une nourrice, en troisième au lait simplement stérilisé; au sevrage elles emploieront les bouillies banales, les pommes de terre, les légumes secs, les œufs. Quant aux « laboratory's foods » dont sont entichés les Anglo-Saxons, elles les laisseront au laboratoire.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DU SPASME PYLORIQUE CHEZ LES NOURRISSONS

Dans la *Medicina italiana* (1907, n° 2), le docteur Finizio expose les moyens thérapeutiques dont nous pouvons user le plus efficacement contre le rétrécissement spasmodique du pylore chez les nourrissons.

Il faut combattre l'hyperacidité gastrique, qu'elle soit primitive ou secondaire, par les *alcalins*, et pour cela on aura recours à l'eau de chaux, à l'eau de Vals, de Vichy, de Carlsbad, de Sangemini, à la magnésie calcinée.

Une autre indication consiste à combattre l'hyperesthésie gastrique et la tendance au spasme. Nous disposerons alors des *anesthésiques* ou des *antispasmodiques* suivants : le laudanum, le sirop diacode, l'atropine.

Cette dernière sera administrée avec avantage, selon les conseils d'Hutinel, sous forme de teinture de belladone dont on fera prendre II gouttes deux ou trois fois par jour. Certains auteurs se sont bien trouvés de petites doses de bromure de sodium, tandis que Cautley a récemment préconisé la cocaïne.

Ce dernier alcaloïde se prescrira à la dose d'un demi à un décimilligramme; on peut encore utiliser un infusé de 1 à 2 grammes de feuilles de coca.

On pourra avoir recours également à l'action anesthésiante de l'eau chargée d'acide carbonique.

Les préparations pharmaceutiques suivantes sont à conseiller :

Acétate de soude	0,50 centigr.
Eau redistillée de laurier-cerise	X gouttes
Sirop de mauve	12 grammes
Infusion de camomille	100 —

Ou encore :

Carbonate de magnésie	4 grammes.
Teinture d'opium	V gouttes
Sirop d'althea	30 grammes
Eau distillée	70 —

Ces deux préparations se donnent par cuillerée à café après chaque repas.

La constipation est un symptôme important qu'il faut combattre. Heubner donne la préférence aux irrigations intestinales avec de l'eau, sous une pression *relativement* assez haute ; on peut employer aussi les irrigations d'eau glycérinée, les lavements d'huile et les suppositoires.

Ce n'est qu'avec modération qu'on aura recours aux purgatifs; dans certains cas on se trouvera bien de 5 à 10 grammes d'huile de ricin tous les huit jours environ.

L'extrait de malt a donné d'excellents résultats à Bendix; il en fait prendre quelques cuillerées à café par jour en plusieurs fois et mélangé aux aliments.

Quelquefois la constipation persiste lorsque le rétrécissement spasmodique du pylore est guéri, et cela pendant des semaines ou des mois, pour disparaître complètement quand l'enfant reçoit une alimentation mixte.

Le massage abdominal est utile à cette période de convalescence ; on peut même en essayer avant à condition de procéder avec prudence. A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 AVRIL 1907)

Sur la tuberculose primitive du poumon et des ganglions bronchiques et médiastinaux, communiquée aux jeunes bovidés par l'ingestion du virus tuberculeux d'origine bovine. — M. A. Chauveau, à l'occasion des divers travaux qui ont été communiqués récemment à l'Académie des sciences sur la production de la tuberculose pulmonaire par l'infection du tube digestif, rappelle qu'il n'a pas été seulement l'initiateur de cette pathogénie, ainsi que quelques auteurs ont bien voulu le reconnaître, mais que, dès avant 1873, il a affirmé cette pathogénie et que ses expériences lui ont donné le droit de soutenir l'origine intestinale de cette tuberculisation primitive des organes intra-thoraciques.

Contribution à la pathogénie de l'anthracose pulmonaire. — MM. S. Arloing et E. Forgeot. MM. Vansteenberghe, Grysez et Calmette admettent que dans la plupart des cas l'anthracose pulmonaire et bronchique reconnaît pour cause l'ingestion et non l'inhalation des poussières de charbon.

Cette opinion a été vivement combattue surtout depuis quelques mois par Mironesco, Schültze, Basset, Remlinger, Colin, Küss et Lobstein.

MM. S. Arloing et Forgeot se rallient à l'opinion de ces derniers auteurs ; toutes leurs expériences leur ont en effet montré que les substances introduites dans le tube digestif sous forme de particules solides, extrêmement fines, animées de mouvements browniens au microscope, sont maintenues en dehors de la muqueuse intestinale et ne sauraient être l'origine de l'anthracose pulmonaire.

Néanmoins, M. Calmette ayant observé des ganglions infiltrés de particules solides, il faut admettre que ces particules peuvent traverser l'intestin dans des cas exceptionnels qui restent à déterminer.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 AVRIL 1907)

Les hémorragies et les troubles de coagulation du sang dans les néphrites. — MM. P. EMILE-WEIL et Oct. CLAUDE. L'examen du sang veineux a montré aux auteurs des anomalies de coagulation : retard plus ou moins marqué, et coagulation plasmatique, dans trois cas de néphrite chronique et un cas de néphrite subaiguë. Une observation concerne une grande épistaxis, qui nécessita le tamponnement, chez un alcoolique, atteint de néphrite interstitielle avec hypertension; une autre était une néphrite albumineuse ancienne avec une violente hématurie; une troisième une néphrite hémorragique chez un tuberculeux pulmonaire avec tuberculose rénale probable; une dernière une néphrite subaiguë hématurique avec épistaxis. Tous ces malades étaient porteurs d'un gros foie et présentaient des stigmates d'alcoolisme. Les auteurs, partant de ces constatations, se demandent quels sont les rôles respectifs du foie et des reins dans la production du syndrome hémorragique, et étudient le mécanisme des hémorragies dans les néphrites aiguës et chroniques. Dans le cas de néphrite subaiguë, le traitement par les injections de sérum sanguin frais arrête les diverses hémorragies, de sorte que son efficacité aurait lieu d'être recherchée dans les cas semblables,

La nutrition chez les diabétiques; classification des diabètes sucrés. — MM. Marcel et Henri LABBÉ. L'étude du bilan de la nutrition, basée sur la connaissance de l'ingestion alimentaire, et les excrétions urinaire et fécale permet de distinguer trois catégories de diabète :

1° Des *diabètes sans dénutrition* qui correspondent aux diabètes gras ou arthritiques; l'équilibre azoté est conservé; la glycosurie souvent modérée est d'origine alimentaire hydrocarbonée : le sujet a une *tolérance* pour une certaine quantité d'hydrates de carbone; la glycosurie ne se produit que si l'ingestion alimentaire dépasse cette tolérance; on peut faire varier à volonté la glycosurie par le régime.

2° Des *diabètes avec dénutrition* qui correspondent aux diabètes maigres ou pancréatiques des classiques. L'équilibre azoté est rompu; le malade détruit les albumines de ses tissus et a de l'hyperazoturie; la glycosurie toujours abondante, est d'origine à la fois alimentaire et organique; elle dérive de la transformation des hydrocarbonés, des albumines et des graisses, ainsi que le prouve l'étude de la nutrition. Le malade n'a aucune tolérance pour les hydrates de carbone; la glycosurie est permanente et ne cesse point par le régime.

3° Des *diabètes avec dénutrition modérée*. Ce sont des cas intermédiaires, où la glycosurie ne cesse pas malgré la suppression des hydrates de carbone du régime, mais reste modérée. L'équilibre azoté est rompu; la glycosurie est d'origine alimentaire hydrocarbonée et d'origine organique albumineuse.

Cette classification répond à tous les cas de diabète; elle est en rapport avec le pronostic, l'évolution et le traitement. Dans les diabètes sans dénutrition relativement bénins, le danger vient de l'hyperglycémie, le traitement consiste à réduire l'ingestion hydrocarbonée au-dessous de la tolérance. Dans les diabètes avec dénutrition, toujours graves, le danger vient surtout de l'acidémie et l'hyperglycémie passe au second plan; le régime doit comporter encore une certaine quantité d'hydrates de carbone.

M. LETULLE présente des figures représentant les **lésions de la langue au cours de la stomatite mercurielle.**

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 16 AVRIL 1907)

Pancréatites. — La discussion soulevée par M. Guinard sur les pancréatites n'a pas manqué d'intérêt. Elle a mis au jour de nombreux faits qui prouvent qu'il faut dorénavant compter avec cette maladie relativement nouvelle ou qui a dû, tout au moins, bien souvent passer inaperçue.

M. GUINARD résume la discussion et répond à ses collègues; M. Quénu lui avait reproché de ne pas avoir assez insisté sur le diagnostic différentiel de la pancréatite avec les ulcères de l'estomac ou du duodénum. Il revient donc particulièrement sur les ulcères du duodénum et résume ainsi les considérations étendues qu'il émet à ce sujet : « L'ulcère du duodénum siège presque toujours en avant; il a une tendance à être perforant et le plus souvent il est latent jusqu'à sa perforation. » Cette perforation peut-elle être confondue avec la pancréatite suppurée? Toute la question est là. En règle générale, la perforation d'un ulcère latent du duodénum s'accompagne toujours d'une péritonite diffuse suivie de mort rapide. M. Guinard cite de nombreux exemples à l'appui de cette opinion. Il n'existe pas un seul cas de guérison sur des malades opérés quarante-huit heures au plus après le début des accidents.

M. Guinard examine ensuite comment se comportent les ulcères perforants de l'estomac. Comme pour le duodénum, la clinique sépare les ulcères latents perforés des ulcères perforés précédés d'un passé gastrique. Il passe en revue les nombreux travaux publiés sur ce sujet et relate plusieurs observations.

Pour résumer ce qui a trait aux ulcères perforants de l'estomac et du duodénum, il les classe cliniquement en deux groupes très distincts : 1° les ulcères latents avec perforation soudaine pour lesquels il n'y a pas eu d'antécédents douloureux et, par suite, pas de périgastrite et pas d'adhérences péritonéales; 2° les ulcères anciens qui ont provoqué longtemps des douleurs ou des hémorragies avant de perforer la paroi et qui ont donné lieu à des réactions péritonéales. Les premiers tuent en quelques jours, en quelques heures ou même en quelques minutes. Quant aux seconds, ils donnent naissance à une infection péritonéale qui se limite et s'enkyste.

M. Guinard répond aussi à une objection qui lui a été faite par M. Delbet : Faut-il baptiser pancréatites toutes les suppurations rétro-péritonéales, tous les pyo-pneumothorax sous-phréniques? demande M. Delbet. Il faut ici, répond M. Guinard, raisonner par analogie et par exclusion. Ainsi M. Faure a procédé par analogie dans les deux cas suivants : dans un premier cas, il diagnostique une perforation d'ulcère stomacal et draine l'abcès. Il reste une fistule par où s'écoule du suc pancréatique. Le diagnostic s'impose, aucun doute n'est possible. Quelque temps après, il opère un cas analogue mais cette fois il n'y eut pas de fistule pancréatique ultérieure. Il n'en conclut pas moins à une pancréatite et il a raison, ajoute M. Guinard.

Le fait que les urines et les selles restent normales n'implique pas qu'il ne puisse s'agir de pancréatite. Si en effet une portion seule de pancréas est atteinte, il reste une masse glandulaire suffisante pour assurer le fonctionnement physiologique de l'organe.

Il faut aussi raisonner par exclusion : lorsque, en effet, on a éliminé le foie, la vésicule biliaire, le duodénum, l'estomac, le rein, il ne reste vraiment plus que le pancréas à incriminer.

La communication de M. Monod a été particulièrement agréable à M. Guinard, en ce sens qu'en remontant dans ses souvenirs il a fait de nombreux diagnostics rétrospectifs de pancréatites. En effet, que de pyo-pneumothorax sous-phré-

niques, que d'abcès sous-phréniques n'étaient que des pancréatites !

M. Guinard demeure convaincu, avec M. Monod, que toute la pathogénie des abcès sous-phréniques est à reviser. Comme dernier mot de cette discussion, M. Guinard répète le *leit motiv* de la chirurgie péri ou para-gastrique : *pensons au pancréas.*

Tétanos. — Nous passons maintenant à la discussion sur le tétanos. C'est encore M. Guinard qui l'a soulevée en présentant un malade atteint de tétanos céphalique qui a guéri, ayant été traité par les injections sous-cutanées et intra-rachidiennes de sérum antitétanique.

M. Schwartz, à propos de ce fait, rappelle les travaux qu'il a faits avec Terrillon sur le tétanos céphalique, caractérisé surtout par la paralysie faciale du côté de la plaie et la tétanisation de l'autre côté de la face. M. Schwartz fait remarquer qu'au point de vue de la mortalité, il existe une grande différence entre le tétanos céphalique et le tétanos général. Tandis que la mortalité par le tétanos céphalique n'est que de 36 p. 100, elle est pour le tétanos général de 90 p. 100. On est donc en droit de porter un pronostic moins sombre pour le premier que pour le second. Etant admis que ce sont les nerfs qui sont les vecteurs du virus tétanique, on conçoit, d'après M. Guinard, que la durée d'incubation soit plus courte dans le tétanos céphalique que dans le tétanos général.

M. Schwartz discute ensuite la part qui doit revenir à la sérothérapie dans le cas de M. Guinard qui, on le sait, s'est terminé par la guérison. Sans vouloir mettre en doute l'importance de traitement dans ce cas, il fait cependant observer qu'il y a eu aussi des guérisons de tétanos céphalique par d'autres modes de traitement. M. Schwartz communique deux cas, l'un de tétanos céphalique, l'autre de tétanos général.

Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans, couvreur, qui après une chute de 3 mètres dans un hangar, ayant déterminé une plaie du nez, fut atteint, six jours après, de trismus prodromique du tétanos, et d'une paralysie faciale droite. On fit aussitôt une injection sous-cutanée de 20 centimètres cubes de sérum antitétanique et on donna 8 grammes de chloral par jour, les crises allèrent en diminuant et le malade finit par guérir du tétanos en conservant sa paralysie faciale encore pendant un certain temps.

L'autre observation de M. Schwartz se rapporte à un jeune homme de vingt ans qui, à la suite d'une petite plaie du médius droit, fut pris de tétanos généralisé. M. Schwartz pratiqua l'amputation du doigt, fit une ponction lombaire, retira 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien et injecta la même quantité de sérum antitétanique; en même temps il donna par jour 8 grammes de chloral. Malgré ce traitement, le malade succomba sept jours après le début des accidents. C'est là un cas à ajouter aux nombreux cas d'insuccès par les injections intra-céphaliques de sérum antitétanique.

M. Demoulin a traité de nombreux cas de tétanos généralisé par les méthodes les plus intensives de sérothérapie, injections sous-cutanées, injections intra-rachidiennes, injections intra-céphaliques, injections intra-veineuses. Tout a échoué. Il n'a jamais vu guérir un cas de tétanos aigu généralisé confirmé.

Par contre, depuis qu'il a adopté la méthode de faire de M. Bazy, c'est-à-dire les injections préventives dans tous les cas de plaies susceptibles de se compliquer de tétanos, il n'a plus jamais observé un seul cas de cette maladie. Pour M. Demoulin, le succès constant des injections préventives n'a donc d'égal que l'insuccès non moins constant des injections curatives, faites au cours du tétanos confirmé.

M. Reynier fait observer que les cas de tétanos céphalique sont plus rares. Dans l'observation de M. Guinard, on peut se demander quelle a été la valeur thérapeutique de l'injection intra-rachidienne. Elle semble bien avoir amené une certaine détente dans les accidents. Ces injections sont très en faveur en Allemagne. Toutefois il ne faudrait pas en exagérer la valeur. Il est bien évident que les toxines tétaniques fixées dans les éléments nerveux ne peuvent plus être neutralisées par la sérothérapie. D'autre part, M. Reynier fait remarquer qu'avec une médication plus simple on peut aussi obtenir certains résultats et il rappelle que déjà, au congrès de 1902, il signalait les heureux résultats qu'il avait pu obtenir par la bonne désinfection ou l'amputation du foyer d'origine et par le chloral à hautes doses. Toutefois M. Reynier reconnaît que les injections de sérum antitétanique ont leur utilité. Elles neutralisent les toxines qui vont se produire, mais elles n'ont malheureusement aucune action sur les toxines déjà produites. C'est pourquoi M. Reynier ne voudrait pas qu'on abandonnât le chloral qui a, à ses yeux, une utilité incontestable, mais à la condition d'être porté aux doses de 14, 16, 18 et 20 grammes par jour, suivant les cas. Actuellement, M. Reynier associe donc la sérothérapie à l'administration du chloral à hautes doses. En 1902, il apportait trois cas de guérison. Actuellement, il apporte trois nouveaux cas de guérison de tétanos. Le premier est celui d'un jeune homme de vingt ans qui se fit une fracture de jambe; il reçut une injection préventive de sérum antitétanique, ce qui n'empêcha pas que onze jours après il fut pris de trismus et de tétanos. Il fut traité par les injections sous-cutanées de sérum antitétanique et le chloral aux doses de 16 et 18 grammes par jour. Après vingt jours de ce traitement, il fut complètement guéri. Les deux autres malades furent amenés à l'hôpital en pleine crise tétanique, traitement par la sérothérapie et le chloral, guérison après vingt jours.

M. Reynier n'accorde pas aux injections préventives la valeur que lui attribuent plusieurs de ses collègues, en particulier M. Bazy. Il a pu relever 29 cas de tétanos chez des malades ayant reçu cette injection préventive. D'autre part, quand on n'observe pas de tétanos chez les malades injectés préventivement, on ne peut pas affirmer que sans injection, le tétanos se serait développé chez eux. Théoriquement, il faudrait que cette injection préventive pût être faite immédiatement après l'accident et il faudrait, en outre, que ces injections fussent répétées chaque jour pendant la durée d'incubation possible du tétanos.

Abcès rétro-vésicaux. — M. Picqué fait un rapport sur deux observations adressées par M. Robert Picqué, et relatives à des cas d'abcès rétro-vésicaux consécutifs à des appendicites.

Fracture du radius. — M. Chaput présente un malade qui était atteint d'une fracture du radius compliquée de plaie et mal consolidée qu'il a traitée avec succès par la résection.

Anévrisme de la carotide primitive. — M. Rochard présente un malade chez lequel il a pratiqué la ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière pour un anévrisme.

Suture tendineuse, électrisation. — M. Delbet présente un malade qui avait eu une blessure de la région profonde du poignet. Il y avait quatre tendons et un nerf sectionnés. M. Delbet a fait la suture de ces tendons et du nerf médian. Résultat médiocre ; le massage et la mobilisation n'eurent pas plus de succès, mais le traitement électrique (courants continus, 10 à 50 milliampères) donna de merveilleux résultats.

— M. Hennequin est élu membre honoraire.

MM. Villemin, Schwartz et Sébileau sont nommés membres de la commission d'élection d'un membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 AVRIL 1907)

Compléments et opsonines. — D'après Wright et Duglas, les sérums provenant d'animaux neufs contiennent une substance spéciale qui, agissant sur les bactéries les rend phagocytables par des leucocytes préalablement lavés. MM. Levaditi et Immann ont recherché si l'opsonine normale est véritablement une substance *sui generis*, n'ayant aucun rapport avec les principes déjà décrits dans les sérums neufs. Leurs expériences leur ont montré que l'opsonine se comporte en tous points comme le complément et qu'il n'existe aucun moyen pour différencier ces deux éléments. En effet, si l'on traite un sérum frais avec une espèce bactérienne donnée, on absorbe à la fois et l'opsonine et le complément; un tel sérum perd son pouvoir opsonique vis-à-vis de la plupart des bactéries sur lesquelles il agit. La même fixation simultanée peut être réalisée avec les émulsions cellulaires.

Corps thyroïde et intestin. — La thyroïdine qui agit surtout contre la constipation, est susceptible de provoquer une diarrhée comparable à celle qui se trouve réalisée spontanément dans la diarrhée paroxystique de la maladie de Basedow et la diarrhée nerveuse.

Inversement, l'ingestion de corps thyroïde peut faire disparaître une diarrhée chronique. MM. Léopold Lévi et H. de Rothschild en rapportent quatre exemples.

Il y a là une *action régulatrice* que le corps thyroïde exerce sur d'autres fonctions, et qui, en ce qui concerne l'intestin, n'est pas particulière au corps thyroïde. Le sulfate de soude, Châtel-Guyon ont la même propriété.

Quant à son mécanisme interne, la médication thyroïdienne pour supprimer la constipation, fait-elle disparaître un œdème intestinal, provoque-t-elle de l'hypersécrétion? Les auteurs pensent à une action excitatrice sur le système neuro-musculaire de l'intestin.

Influence des abcès provoqués sur l'albuminurie. — M. Feuillé montre que chez un chien auquel on a fait en quelques jours plusieurs abcès à l'essence de térébenthine, on ne produit plus d'albuminurie par l'injection sous-cutanée d'une solution de sublimé.

En continuant chaque jour ces injections, on produit chez l'animal une néphrite énorme sans jamais trouver trace d'albumine dans l'urine.

L'explication de ce résultat réside dans ce fait que le traitement a produit une véritable rénovation sanguine avec diminution du nombre des leucocytes du sang.

En l'absence de leucocytes il ne s'est pas produit d'albuminurie. La transsudation d'albumine du sérum ne serait qu'exceptionnellement la source de l'albumine urinaire. L'albuminurie aurait pour cause l'éclatement de leucocytes au sein de l'urine.

Les sulfo-éthers urinaires dans le jeûne. — MM. H. Labbé et G. Vitry ont démontré dans une série de recherches que les sulfo-éthers urinaires étaient proportionnels à la quantité d'albumine assimilée : cette proportion reste constante quel que soit le mode d'assimilation de l'albumine. En particulier : dans le jeûne, les sulfo-éthers urinaires persistent jusqu'à la mort et leurs variations correspondent aux quantités d'azote urinaire éliminé, c'est-à-dire qu'ils s'élèvent quand l'autophagie se fait exclusivement aux dépens des albumines des coupes et que l'azote urinaire s'élève. Les sulfo-éthers ne sont donc pas dus à la putréfaction intestinale et ne peuvent en constituer l'index, comme on l'avait prétendu.

Recherches sur l'extirpation de l'hypophyse. — MM. Garnier et P. Thaon, négligeant les hypophysectomies incomplètes qui ne peuvent réaliser le syndrome d'insuffisance de cette glande à sécrétion interne ont cherché à enlever l'organe dans sa totalité, ce qui nécessite une opération plus compliquée.

On est en effet exposé à blesser non seulement des vaisseaux importants (le sinus caverneux entre autres), des nerfs, mais encore les parties de l'encéphale voisines, lésions qui peuvent entraîner la mort dans les premières heures qui suivent, et créer dans la suite des troubles qu'on serait tenté, d'attribuer à la suppression des fonctions glandulaires.

Après avoir étudié diverses voies, buccale, cervicale, temporale, MM. M. Garnier et P. Thaon ont de préférence choisi cette dernière pour arriver à l'hypophyse. Ils ont opéré ainsi douze chiens; l'un de ces animaux, dont la glande avait été enlevée dans sa totalité, survécut seize jours. L'animal mourut dans un état de cachexie extrême après avoir présenté une asthénie progressive et intense, de la torpeur et une parésie du train postérieur.

L'hypophysectomie totale semble donc incompatible avec l'existence, mais elle permet cependant une survie de quelques jours.

Autres communications :

Sur les granulations basophiles des hématies. — MM. Jolly et Vallée.

Les sels de calcium dans le traitement de l'urticaire. — M. Netter.

Les trois étapes de la vie aérobie du bacille du tétanos. — M. G. Rosenthal.

Note sur l'apparition précoce d'arborisations péri-glomérulaires formées aux dépens de collatérales des glomérules, dans les ganglions rachidiens greffés. — M. Nageotte.

L'arsenic dans la syphilis. — M. Salmon.

Effets diurétiques comparés des différents sucres. — M. Arrous.

De la pression intra-thoracique et de la compression du cœur droit dans les accidents asphyxiques par sténose des voies respiratoires. — M. Gellé.

Action des différents tissus animaux sur le pouvoir oxydant des muscles. — MM. Batelli et Stern.

Localisations lobaires du foie. — M. Dévé.

Le tænia mana en Belgique. — M. Malvoz.

Comparaison entre les deux méthodes de détermination de la nature du sang par les précipitines et la fixation de l'alexine. — M. Zebrowski.

Absence de phagocytose après l'injection de bacilles encapsulés de charbon bactéridien. — M. Stiennon.

Sécrétion et excrétion. — M. Cosmovici.

Sur la toxine du bacille du charbon symptomatique. — M. Eisenberg.

ANALYSES

MEDECINE

Syphilis et cancer. Cancer sur syphilis et cancer juxta-syphilitique. (R. Horand. Th. de doctorat, Lyon 1907.) — Les rapports entre le cancer et la syphilis ont été soupçonnés depuis longtemps; les communications récentes à l'Académie des professeurs Fournier, Poirier, etc., ont donné à cette question un intérêt d'actualité tout spécial et plus particulièrement, en ce qui concerne le cancer de la langue, les rapports entre ces deux affections ont été établis d'une façon beaucoup plus précise qu'on ne l'avait fait jusqu'alors.

Elargissant la question, M. Horand ne se limite plus au cancer de la langue et dans ce travail très original et très personnel, étudie le rôle de la syphilis dans le développement des cancers.

Il admet que les parasites de la syphilis et du cancer peuvent former une symbiose et que la syphilis crée des lieux de moindre résistance qui favorisent l'inoculation et le développement du cancer, non seulement au niveau de la bouche, mais encore dans le tube digestif, le foie, le rein, les organes génitaux urinaires et surtout le rectum. Avec le professeur Andry il classe les cancéreux syphilitiques en trois catégories : les syphilitiques qui par l'intermédiaire de la leucoplasie aboutissent à l'épithélioma, et M. Fournier a démontré que dans cette catégorie sur 100 malades atteints de cancer de la langue, 85 étaient syphilitiques ; les syphilitiques qui présentent des stigmates certains ou probables de syphilis (cicatrices) autres que la leucoplasie et qui aboutissent également à l'épithélioma ; enfin les cancéreux chez lesquels on retrouve des antécédents de syphilis ; les statistiques montrent que sur 100 cancéreux d'âge moyen, on retrouve dix fois la syphilis et sur 100 cancéreux vieux trois fois.

Dans ce travail, une longue partie est consacrée au diagnostic et au traitement. M. Horand montre bien les difficultés parfois impossibles du diagnostic. Il montre le parti que l'on peut tirer d'un traitement d'épreuve, mais ne dissimule pas l'effet nocif qu'il peut avoir dans certains cas. *Il faut savoir louvoyer entre le mercure et l'iodure, il faut savoir agir avec discernement. Il faut hâtivement savoir supprimer le traitement, pierre de touche lorsque le coup de théâtre thérapeutique ne se produit pas, et confier au chirurgien un ancien syphilitique qui n'est plus qu'un cancéreux.*

Peut-être pourrait-on reprocher à l'auteur de cet ouvrage si complet et si documenté de n'avoir pas parlé de l'usage de la biopsie qui, dans certaines conditions, peut donner d'emblée un renseignement précis. P. RAVAUT.

Transmission avec succès de la syphilis aux chiens. (E. HOFFMANN et W. BRÜNNIG. *Deuts. med. Wochens.*, 4 avril 1907, n° 14, p. 553.) — Bertarelli a montré que l'inoculation de produits syphilitiques dans la cornée ou dans la chambre antérieure de l'œil des lapins détermine chez eux une kératite où l'on constate le présence de spirochètes de Schaudinn, que cette kératite est inoculable de cornée en cornée et que l'inoculation au singe de la dernière kératite de la série est suivie chez cet animal de l'apparition de lésions syphilitiques typiques.

Hoffmann et Brünnig ont cherché à reproduire le même phénomène chez les carnivores. Ils ont inoculé dans la chambre antérieure de l'œil de deux chiens des fragments de chancre syphilitique. Après une période d'incubation de seize jours dans un cas, de vingt et un jours dans l'autre ils ont on vu se développer une kératite intense, plus intense que chez les lapins. L'examen histologique des cornées a montré l'existence de spirochæte pallida. Les auteurs se contentent de publier ces premiers résultats et annoncent que leurs recherches ne sont pas terminées. A. LEMIERRE.

L'adénopathie trachéo-bronchique des nourrissons. (L. BOUGAREL. Th. de Paris. 1907 ; J. Rousset, édit.) — L'adénopathie trachéo-bronchique peut, chez les jeunes enfants, se caractériser principalement par un bruit du cornage *expiratoire*, bruit humide, régulier, augmentant dans la situation couchée et semblant dû à ce que, au moment de l'expiration, les poumons compriment les ganglions qui, eux-mêmes, compriment les voies aériennes particulièrement souples et déformables. Le cornage expiratoire est à différencier du stridor congénital, du cornage thymique, et du cornage ordinaire, tous trois inspiratoires. Les méthodes d'exploration physique étant difficiles à appliquer aux nourrissons, on devra, pour confirmer le diagnostic d'adénopathie, s'adresser à la radiographie qui montre sur l'écran, à droite ou à gauche de la zone sombre médiane, au-dessus du cœur, une ombre de grandes dimensions, correspondant aux ganglions hypertrophiés. Cette ombre a des contours arrondis, que rendent plus nets les fortes inspirations, caractères qui la différencient des pleurésies enkystées et des ectasies aortiques.

L. BABONNEIX.

THÉRAPEUTIQUE

Le lactagol galactogène. (N. CHARLES. *Journal d'accouchements* et *Revue de médecine et de chirurgie pratiques*, 31 mars 1907.) — La mortalité infantile pendant les mois d'été nous fait un devoir de favoriser par tous les moyens le développement de l'allaitement maternel. Le professeur N. Charles relate à ce sujet une intéressante observation recueillie dans son service de la Maternité de Liège :

... « La mère n'ayant presque pas de lait, on doit donner à l'enfant un supplément de lait de vache ; le cinquième jour il ne pèse plus que 2 920 gr. et sa température est tombée à 35°5 ; on le met en couveuse pendant trois jours ; la température remonte à 36°5, mais le poids continue à décroître et descend à 2 820 le douzième jour. A ce moment il prend par tétée à peine 20 grammes de sa mère ; on donne un supplément de 20 grammes de lait de vache. Nous commençons alors à faire prendre du lactagol à la mère et son lait augmente dans les jours suivants de sorte que bientôt toute addition est inutile ; le dixième jour l'enfant pèse 2 880 gr., le vingtième jour, 3 040 gr. et le vingt-deuxième (jour de départ), 3 100 gr... » L. GAYARD.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE LA REVACCINATION PAR GRATTAGE

Monsieur le directeur,

En vous adressant mon article sur les revaccinations par grattage, je n'ai eu d'autre but que de faire connaître les résultats que j'avais obtenus par ce procédé, et je n'ai cherché à revendiquer aucune priorité.

Je pratique les revaccinations par grattage chez les adultes depuis une douzaine d'années, d'après le procédé des docteurs G. Rafinesque et Paul Raymond que j'aurais pu et dû citer dans l'article. Je leur exprime mes regrets de cette omission et les remercie de leurs courtoises observations au sujet de mon article.

Mais si j'ai dit que ce procédé était *insuffisamment connu* — j'aurais pu dire tout aussi bien *insuffisamment pratiqué*, car il y a une nuance — c'est que, parmi les nombreux confrères que je fréquente et que je connais de tous côtés, je n'en ai pour ainsi dire point rencontré qui aient pratiqué ce mode de revaccination. Ils me demandent tous en quoi il consiste et le confondent avec le mode de vaccination par scarifications.

Recevez, je vous prie, monsieur le directeur, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr COURGEY.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

L'IBOGAÏNE DANS SES APPLICATIONS TONI-CARDIAQUES

On a obtenu de bons résultats avec l'ibogaïne dans certaines maladies du cœur, en particulier dans l'asthénie et la dilatation, mais il ne faudrait pas vouloir en généraliser l'emploi dans toutes les cardiopathies. Cet alcaloïde nouveau — puisqu'il a

été découvert par Ed. Landrin en 1900 — est surtout prescrit lorsque, sous l'influence d'une dépression nerveuse, l'organisme a besoin d'un stimulant général (neurasthénie, atonies nerveuses, convalescences). On l'administre en nature ou sous forme de dragées Nyrdahl, 2 à 6 par jour et plus.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Avril 1907.) L. Lewin et G. Pannier : Protection des ouvriers dans les industries toxiques. — Gustave Reynaud : Quelques observations sur l'alimentation des indigènes dans les pays chauds. — Halberstadt : La réforme de la loi sur les aliénés.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 3, mars 1907.) Killian : La bouchée d'épreuve. — H. Luc : Contribution à l'ouverture du golfe de la veine jugulaire après ligature de ce vaisseau, comme traitement de la pyémie d'origine otique.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 210, 25 mars 1907.) A. Zimmern et G. Dimier : Production de symptômes épileptiques par le courant galvanique intermittent de basse tension (épilepsie expérimentale). — H. Marquès : Névralgie du trijumeau datant de dix-huit ans guérie par quatre séances de galvanisation suivant la méthode de Bergonié. — A. Broca : Sur l'observation des taches cutanées. — H. Lewis Jones : Traitement de l'épithélioma par les ions zinc.

Archives de médecine des enfants. — (N° 4, avril 1907.) Comby : Entérites et appendicite. — Klose : Ration alimentaire de l'enfant. — Bruch : Corps étranger du larynx. Ostéomyélite du tibia. Phlegmon gangréneux du cou. — Zemboulis : Syndrome labio-glosso-laryngé. — Mme de Biehler : Perforation du palais dans la scarlatine.

Archives de médecine navale. — (N° 2, mars 1907.) Chevalier et Seguin : Fractures de la jambe. Deux cas de fracture oblique des tiers moyen et inférieur. Un cas de fracture ouverte, comminutive, du tiers supérieur. Réflexions sur les traumatismes survenus à l'occasion et en dehors du service, et sur les règlements actuellement en vigueur. — Labadeur : Dysenteries et lombrics. — Chastang : La ténosite crépitante chez les marins. — Le Méhauté : Hygiène du marin à bord du *Duguay-Trouin* (*fin*).

Archives générales de médecine. — (N° 3, mars 1907.) Chevrier : De la gampsodactylie. — Padoa : Contribution à l'étude des hippuropathies (*suite*). — Babinski : Quelques remarques sur l'article de M. Sollier, intitulé : La définition et la nature de l'hystérie. — Brelet : La mort subite par hypertrophie du thymus et l'état lymphatique de Paltauf.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVI, n° 12, 21 mars 1907.) Charles P. Painter : La bursite sous-deltoïdienne (avec 6 fig.). — F. B. Lund : Remarques sur la chirurgie de la portion droite et supérieure de l'abdomen. — W. C. Canfield : Considérations pratiques sur le traitement de la neurasthénie. — Boris Sidis : Etudes de psycho-pathologie. Un cas d'état récurrent avec état de délire subconscient (*à suivre*)

Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie. — (1er avril 1907.) Collinet et Rabé : Contribution à l'étude du pupillome de la langue. — Collinet : Méningite d'origine otique avec paralysie du moteur oculaire externe du côté opposé guérie par l'évidement large pétro-mastoïdien. — Cornet : Considérations sur l'étiologie naso-pharyngée des otites, en particulier de l'otite moyenne aiguë suppurée.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 10, 23 mars 1907.) Rochard et de Champtassin : Du traitement des atrophies consécutives aux épanchements articulaires (et en particulier à l'hydarthrose), par la méthode du travail musculaire avec progression des résistances. — (N° 11, 30 mars.) Bardet : Médication stimulante dans l'hyposthénie gastrique.

Bulletin médical. — (N° 23, 27 mars 1907.) Société d'études scientifiques de la tuberculose : Letulle : Formes larvées de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. — Guinard : Action des antipyrétiques sur la fièvre des tuberculeux. — (N° 24, 30 mars.) Babinski : Suggestion et hystérie. A propos de l'article de M. Bernheim, intitulé : « Comment je comprends le mot hystérie. » — Bichelonne : Adénopathie sous-axillaire précédant une éruption de zona. — (N° 25, 3 avril.) Valude : Symptômes de l'ophtalmie sympathique. — (N° 26, 6 avril.) Delore et Mouriquand : Deux cas d'ectopie testiculaire périnéale avec examen histologique du cordon périnéo-testiculaire

Bulletin mensuel de la Société d'études scientifiques sur la tuberculose. — (N° 3, fév. 1907.) M. Letulle : Histogenèse de la tuberculose pulmonaire chez l'homme (étude critique). Signification des tubercules anthracosiques sous-pleuraux. — Barbier : Notes : 1° Sur la fréquence de la tuberculose chez les nourrissons de zéro à deux ans pendant les mois d'hiver à l'hôpital Hérold ; 2° Sur l'aspect anatomique de ces tuberculoses, tuberculoses ouvertes ; endocardites avec bacilles de Koch ; tuberculose larvée du nourrisson. — Calmette : Causes de la localisation de la tuberculose au sommet du poumon. — A. Robin : Applications à la physiologie pathologique et à la thérapeutique de la phtisie pulmonaire.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 12, 23 mars 1907.) Müller : Le réactif de Millon comme agent de différenciation rapide des suppurations tuberculeuses et autres. — (N° 13, 30 mars.) Axisa : Sur le diagnostic des abcès du foie.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 13, 28 mars 1907.) Lœffler : Le vingt-cinquième anniversaire de la découverte du bacille tuberculeux. — Dietrich : L'état actuel de la question des recherches expérimentales sur le cancer. — Litten : Pneumonie traumatique. — Tschistowitch : Sur la pseudo-leucémie avec fièvre périodique. — Elischer et Engel : Nouvelle contribution au traitement des tumeurs du médiastin par les rayons Röntgen. — Silbermann : Contribution au traitement de la maladie de Basedow. — Gerber : Opérations cosmétiques sur le nez. — Levy : La mortalité dans les maladies des oreilles ; son importance pour les assurances sur la vie. — Wunsch : Luxation congénitale habituelle de l'articulation temporo-maxillaire gauche, coïncidant avec une malformation de l'oreille externe gauche.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 12, 24 mars 1907.) Matignon : L'alimentation du soldat japonais en campagne. — (N° 13, 31 mars.) Petges : Notes sur l'actinomycose, en particulier dans la région bordelaise. — (N° 14, 7 avril.) Sérégé : Nouvelle contribution à l'étude de l'indépendance anatomique et fonctionnelle du foie. — F. Lagrange : Sarcome mélanique primitif de l'orbite. Opération de Kronlein.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de **10f** par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50**. — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hopitaux. — *Lecture des copies.* — Séance du 23 avril. — MM. Lecène, 28; Mouchet, 26; Iselin, 22.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 23 avril, à quatre heures et demie, à la Charité.

— Le concours annuel pour les prix à décerner (année 1906-1907) à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le vendredi 7 juin, à midi précis, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les internes en pharmacie sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement général sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours, sous peine d'être considérés comme démissionnaires et, comme tels, d'être privés du droit de continuer leur service dans les hôpitaux.

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire à l'administration centrale (service du personnel), de onze heures à trois heures, du lundi 6 mai au mardi 21 du même mois, inclusivement.

CONCOURS DE L'INTERNAT D'HENDAYE. — Le concours vient de se terminer par les nominations de MM. Cloquet et Brenac.

Question donnée à l'oral : « Complications de la rougeole. »

CONCOURS DE L'INTERNAT DE L'HOSPICE DE BRÉVANNES. — Oral. — *Séance du 22 avril.* — Question donnée : « Emphysème pulmonaire » : MM. Lerat, 18 ; Dessaix, 16 1/2 ; Brenac et Ferté, 11.

Le concours se termine par les nominations suivantes : Internes titulaires : MM. Lerat, Dessaix, Séguinot, Presbéanu, Castéran et Bougeant.

MM. Renault, Ferté et Lemercier sont classés pour occuper les places vacantes d'ici le 1er octobre.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Le lundi 23 septembre 1907, à trois heures du soir, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant la Commission administrative, assistée d'un jury médical.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des Facultés de France, et être de nationalité française.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des anciens internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des anciens internes des hôpitaux de Marseille ; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

GUERRE. — Le ministre de la guerre vient de nommer une commission mixte chargée d'étudier les améliorations à apporter dans l'industrie des poudres et explosifs au point de vue spécial de l'hygiène des travailleurs.

Cette commission est ainsi composée : président, M. le docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur; membres permanents avec voix délibérative : M. le docteur Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux et médecin en chef des manufactures de l'Etat; M. le docteur Laveran, membre de l'Académie de médecine; M. le docteur Debrand, M. le médecin-inspecteur en retraite Catteau, membres permanents avec voix consultative; M. le médecin principal Lemoine, professeur au Val-de-Grâce; M. l'inspecteur général des poudres et salpêtres Hagron, M. l'ingénieur des poudres et salpêtres Lheure.

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE, DE CLIMATOLOGIE, DE GÉOLOGIE (Alger, avril 1909). — Le Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie tiendra sa huitième session à Alger, du 4 au 10 avril 1909, au moment des vacances de Pâques, sous les auspices de M. le gouverneur général de l'Algérie, et sous la présidence effective de M. le docteur Moreau, professeur d'hygiène à l'Ecole de médecine d'Alger.

Toutes les demandes de renseignements doivent être adressées, 46, rue d'Isly, à Alger) au professeur Ardin-Delteil, vice-président général du Comité d'organisation du Congrès.

HOPITAL NECKER. — Six leçons sur les maladies du cœur. — M. le docteur Huchard commencera ces leçons le lundi 29 avril, à dix heures précises, à l'amphithéâtre Laënnec de l'hôpital Necker, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Ordre des leçons. — 1° Importance clinique et thérapeutique des troubles fonctionnels dans les maladies du cœur; — 2° Cardiopathies artérielles et cardiopathies endocardiques

(clinique et thérapeutique); — 3° Maladies fonctionnelles du cœur et fausses cardiopathies; — 4° Erreurs cliniques et thérapeutiques sur les maladies du cœur; — 5° Traitement des maladies du cœur (cardiopathies artérielles); — 6° Traitement des maladies du cœur (cardiopathies valvulaires et cardiopathies fonctionnelles).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Auphan (de Marseille), Chaigneau (de Barbatan), Curé (de Corbie), Ch. Féré médecin de l'hospice de Bicêtre, Paux (de Lille) et Sagot (de Calais).

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 573.*)

A PROPOS D'UN CAS DE

LUXATIONS DES GROS ORTEILS EN DEDANS

Par M. SÉNÉCHAL,
Interne de la Maison départementale de la Seine (Nanterre).

Les luxations d'orteils sont extrêmement rares. Ch. Nélaton, dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus (1), relève 11 observations de Paulet dont 9 se rapportent à la luxation de la phalange *unguéale* du gros orteil dont 6 se sont produites en haut, 2 en bas, 1 en dedans. L. Cahier dans le *Traité* de Le Dentu et Delbet (2) écrit : « La luxation du gros orteil se fait toujours *en haut*; il n'existe que deux exemples de déplacement en bas, relatés par Blum et appartenant à Billroth, tous deux sont survenus *chez des femmes*. Amat en a signalé dernièrement un troisième chez un homme. »

L'autorité de ces auteurs nous engage à publier le cas suivant de luxation complète du gros orteil du pied gauche en dedans avec subluxation du gros orteil droit, en dedans également.

G. A..., âgé de soixante-quatre ans, meunier, entre dans le service de chirurgie de M. le docteur Reymond, à la maison départementale de la Seine le 27 novembre 1906.

Il a toujours été bien portant. Ses antécédents n'offrent rien d'intéressant à signaler.

En 1882, le malade fait tomber une meule de moulin sur ses pieds. Les circonstances furent telles que les petits orteils furent protégés par des madriers. Les gros orteils seuls subirent le choc.

A ce moment, le malade perd la faculté de se tenir debout. Un médecin appelé tente la réduction des orteils luxés et applique des attelles en bois pour maintenir la réduction.

Malgré ce traitement les pieds enflent et sont très douloureux.

Quatre à cinq semaines après l'accident, les souvenirs du malade ne sont plus très précis à cet égard, le malade reprend ses occupations.

D'après ses affirmations, qui sont formelles sur ce point, la réduction ne s'était pas maintenue. Ses gros orteils étaient déviés, le gauche plus que le droit. Depuis cette époque, le blessé n'a jamais pu mettre de bottines. Il n'a jamais pu marcher qu'en portant des chaussons. La station debout devenait assez rapidement douloureuse. La marche a toujours été très pénible.

Il affirme cependant que la déviation en dedans de ses orteils, particulièrement de son orteil gauche, était moins prononcée. Quoi qu'il en soit, le malade est dans l'impossibilité absolue de travailler depuis 1897.

La gêne devenant de plus en plus grande, la marche devenue presque impossible, malgré le port de chaussons très larges, le malade se décide à venir consulter.

Actuellement le malade ne peut marcher, il éprouve dès qu'il exécute quelques pas des sensations très vives de piqûres et de brûlures, limitées aux orteils. Elles sont accompagnées de douleurs très aiguës partant de la région de l'articulation métatarso-phalangienne, et irradiant le long des bords externe et interne de l'orteil.

La station debout, non prolongée, n'est pas douloureuse. Prolongée les sensations de picotements, de brûlure, les douleurs spontanées apparaissent au bout de peu de temps.

Les sensations pénibles ou douloureuses sont plus marquées pour l'orteil droit.

Examinés par leur face dorsale, les pieds ont une disposition analogue à celle des portions terminales des membres inférieurs des quadrumanes. Les orteils semblent disposés pour la préhension. Cette disposition n'est que morphologiquement apparente. La préhension est impossible.

Les téguments superficiels sont sains. Les ongles et les poils bien développés, les petits orteils se sont un peu affaissés en dedans, laissant cependant un espace libre très net entre le premier et le deuxième orteil. Aucun déplacement des phalanges en haut.

Le tendon de l'extenseur propre du gros orteil, hypertendu, décrit sous la peau son trajet sensiblement modifié. Suivant la face supérieure du métatarsien jusqu'au niveau de son tiers antérieur environ, il s'infléchit progressivement, mais assez rapidement en dedans de cet os. Il en laisse franchement la tête en dehors de lui, à un centimètre et demi environ pour le gros orteil gauche, à un demi-centimètre environ pour le tendon du gros orteil droit.

La tête du métatarsien est très apparente sous les téguments.

Sur la face plantaire des pieds, la peau est absolument saine. On note une série de plis cutanés, rayonnant de leur bord interne vers le bord externe. Ces plis sont très fortement accusés, très visibles d'ailleurs sur la photographie ci-jointe. Ils occupent toute la voûte plantaire. Celle-ci est extrêmement accusée, ce qui semble dû à la contracture très prononcée, sensible à la palpation, des muscles plantaires; particulièrement de l'adducteur du gros orteil qui forme sur le bord interne du pied une corde rigide, très facile à saisir avec les doigts.

Les ligaments articulaires supérieur et inférieur sont conservés, les ligaments latéraux sont rompus, ce que la palpation met en évidence par des mouvements de latéralité faciles à imprimer à l'orteil sur le métatarsien, tandis que les mouvements de glissement de haut en bas sont impossibles.

Les têtes des métatarsiens sont faciles à palper, elles apparaissent complètement décoiffées de la phalange à gauche, partiellement découvertes à droite. Les têtes des métatarsiens paraissent un peu augmentées de volume.

Les mouvements spontanés d'extension et de flexion, quoique limités sont possibles. Les mouvements d'adduction et d'abduction sont totalement abolis.

Les petits orteils se sont affaissés et ont un peu suivi la déviation interne des gros orteils. Les cinquièmes orteils sont quelque peu aplatis, comme il advient aux individus qui ont l'habitude de porter des chaussures à bouts effilés. Leurs phalanges cependant recouvrent bien les têtes des métatarsiens correspondants.

Ils ne présentent aucune douleur spontanée ou provoquée par la marche. Leur sensibilité est normale à la chaleur et à la piqûre.

La sensibilité cutanée des gros orteils est conservée; peut-être une exploration très attentive permet-elle de constater qu'elle serait légèrement émoussée sur le bord externe du

(1) Duplay et Reclus, 1897, t. III, p. 203 et 204.
(2) Le Dentu et Delbet, 1905, t. III, p. 219.

gros orteil droit. Pas de dissociation thermique et douloureuse.

L'état général du malade est très satisfaisant. Ce n'est pas un tousseur. L'auscultation ne révèle la présence d'aucun signe stéthoscopique.

Le système cardio-vasculaire est en très bon état. Le pouls est normal, plein, régulier. Les orifices cardiaques et cardio-vasculaires ne révèlent rien de pathologique. On ne trouve aucun signe d'artério-sclérose.

Pas de ganglions lymphatiques perceptibles.

Système digestif en excellent état.

Le système génito-urinaire ne donne aucun signe. On note la présence d'une pointe de hernie inguinale gauche.

Ni albumine, ni sucre dans les urines.

L'exploration du système nerveux est négative. Pas de stigmates d'hystérie. Pas de symptômes de tabes ou de syringomyélie.

L'exploration radiographique (voir les radiographies ci-



Fig. 1.

jointes) confirme les lésions constatées cliniquement. A droite la phalange est nettement subluxée en dedans. Un tiers de la tête du métatarsien n'entre pas en connexion avec la surface articulaire de la phalange.

A gauche, la luxation complète est évidente. La surface articulaire de la phalange coiffe le bord interne de la tête du métatarsien laissant à découvert la surface articulaire métatarsienne hyperostosée.

On voit de plus la trace d'une fracture ancienne de la phalange unguéale du deuxième orteil. Cette trace est importante à signaler et vient souligner l'étiologie traumatique de la lésion.

La réduction des luxations est impossible. L'état anatomique du squelette et des parties molles fait écarter l'idée d'une réduction à ciel ouvert ou d'une résection cunéiforme de la tête du métatarsien.

Sur les conseils du docteur Reymond, nous pratiquons la désarticulation classique des orteils le 13 décembre 1906.

Suites opératoires très simples. Réunion par première intention. Le malade se lève le 30 décembre. Il quitte le service le 6 janvier 1907. A ce moment le malade marche facilement sans souffrances. La station verticale, même prolongée, est indolore. Toute douleur a disparu.

Examinés par leur face plantaire les téguments superficiels des pieds offrent cette particularité que les plis radiés précédemment décrits ont complètement disparu (voir photographie n° 3).

La voûte plantaire a repris sa cambrure normale. La masse



Fig. 2.

musculaire interne a repris sa souplesse. Disparition complète de la corde de l'adducteur.

Les petits orteils conservent leur attitude précédente.

Le blessé est très satisfait de retrouver l'usage complet de ses membres inférieurs.

Indépendamment de la gêne fonctionnelle déterminée par la position vicieuse des orteils, nous avons cherché à préciser l'origine des sensations douloureuses éprouvées par le malade.

Il nous a paru que ce symptôme était suffisamment expliqué par :

1° La contracture spasmodique, tétaniforme de



Fig. 3.

l'adducteur du gros orteil, non compensé en son action physiologique ;

2° La névralgie entretenue par l'élongation ou la compression des collatéraux des orteils.

Nous n'avons relevé aucun trouble névritique, ni aucune lésion du système nerveux central, particulièrement pas de tabes, pas de syringomyélie qui puisse expliquer la déformation du squelette.

Il est évident cependant, et l'histoire clinique du blessé nous confirme cette opinion, que les lésions anatomiques n'ont pas été aussi prononcées d'emblée. On doit admettre que les luxations, quoique réductibles tout d'abord, n'ont pu être maintenues en position correcte. Le blessé raconte les efforts d'un médecin pour maintenir les orteils réduits, sans succès d'ailleurs. Cette réduction était possible alors. Elle ne l'est plus maintenant. C'est que l'adducteur a pris une importance prépondérante, c'est que sa contracture est devenue permanente. C'est lui qui produit les plis radiés cutanés notés sur la plante du pied, plis qui disparaissent spontanément après l'intervention, après la section de l'insertion phalangienne de l'adducteur.

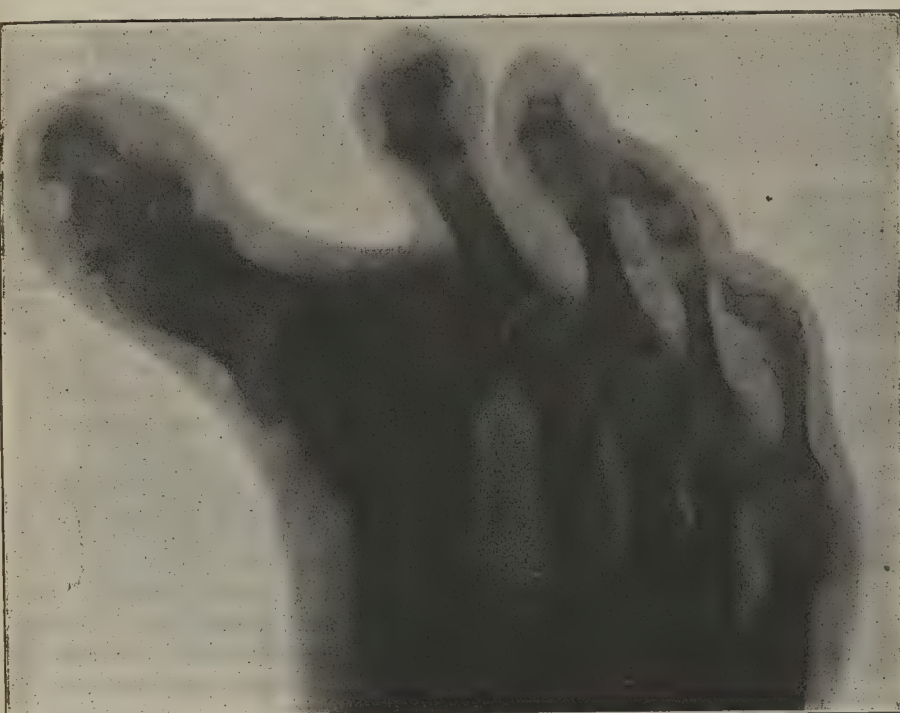


FIG. 4. — *Radiographie du pied gauche.*

L'état de ce muscle a incité notre maître le docteur Reymond à nous déconseiller de tenter aucune résection de la tête du métatarsien, craignant de voir récidiver la lésion à brève échéance. La désarticulation pure et simple, moins esthétique peut-être, a cependant donné un résultat fonctionnel excellent.

Ces considérations nous font tenir pour exacte l'étiologie à laquelle le blessé rapporte ses lésions initiales, lésions que la contracture musculaire n'a fait qu'accroître et rendre permanentes.

La précision avec laquelle il décrit le traumatisme et ses suites ne semble devoir laisser aucun doute à cet égard.

P. S. — Nous avons revu le malade le 20 avril 1907. Il marche très facilement et ne ressent aucune douleur ni aucune gêne fonctionnelle.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 AVRIL 1907)

La motion faite à la fin de la dernière séance par M. Delorme, au sujet de l'affichage de l'ordre du jour, n'a pas tardé à porter ses fruits. Elle a eu un double succès en ce sens qu'elle a été non pas seulement adoptée, comme on le verra plus loin, mais qu'elle a même semblé réveiller le sommeil un peu prolongé de l'Académie. Au reste, le professeur Delorme qui, quand il indique un mouvement, en prend volontiers la tête, a lui-même donné l'exemple en communiquant un très important travail qui va devenir le point de départ d'une nouvelle discussion sur la syphilis.

La syphilis dans l'armée. — C'est d'elle, en effet, qu'il s'agit dans ce travail. M. DELORME, s'appuyant sur de nombreuses statistiques faites par ses collègues de l'armée, n'a pas eu de peine à démontrer que c'est une grande erreur de croire que la syphilis y est plus fréquente que dans la population civile. Voici d'ailleurs les conclusions de ce très intéressant travail :

« 1° Sous les drapeaux, en France, la syphilis primitive est plus de trois fois moins fréquente que dans la population civile du même âge.

2° Avec le service de trois ans la statistique accusait une augmentation brusque en novembre du fait de l'apport par les recrues des syphilis contractées avant l'incorporation;

3° Non seulement la syphilis est moins fréquente dans l'armée que dans la population civile, mais il en est de même pour les autres maladies vénériennes;

4° La morbidité syphilitique est dans l'armée en décroissance progressive comme celle des autres maladies vénériennes;

5° L'armée française occupe, avec l'armée allemande, la tête des armées européennes par son minimum de maladies vénériennes;

5° Non seulement le temps de service militaire est en France celui pendant lequel les jeunes gens contractent le moins de syphilis, mais encore c'est pendant son passage sous les drapeaux que le jeune Français apprend le mieux à s'en préserver pour l'avenir;

7° Ces remarquables résultats sont en partie dus aux grands efforts faits dans l'armée pour assurer l'éducation morale du soldat, lui enseigner l'hygiène prophylactique et le soustraire aux dangers du dehors. Ils font honneur au service de santé et au commandement (conférences médicales, diffusion des manuels à l'usage du soldat : médecin-major Ramally, professeur Fournier); théories, consignes spéciales, conseils individuels donnés par le médecin des corps de troupe, prophylaxie par le traitement, foyers du soldat, visites de santé, conférences, billets de recherches en cas de syphilis, etc.;

8° Quelles que soient les espérances que les prophylaxies morale et hygiénique personnelle permettent de fonder sur elles, elles ne sauraient détourner l'attention de la prophylaxie administrative et médicale dont les municipalités ont la sauvegarde;

9° Le relâchement des mesures administratives et policières,

la substitution progressive de la prostitution clandestine à la prostitution surveillée des maisons inspire des craintes au sujet de la persistance de l'excellent état sanitaire actuel;

10° C'est la prostitution des maisons qui, au point de vue prophylactique, offre le plus de sécurité. Il semblerait facile de l'augmenter encore par une surveillance plus étroite et pour le moins des visites médicales plus nombreuses;

11° La prostitution clandestine s'accroît d'une façon alarmante au point de vue de la syphilis, elle déjoue la surveillance administrative et médicale. C'est la plus dangereuse;

12° La prostitution clandestine qui s'exerce dans les bars, les cabarets et les brasseries est la plus redoutable;

13° Plus une prostituée est jeune, plus elle est nocive au point de vue de la propagation de la syphilis. Les prostituées d'un âge supérieur à vingt ans, qui ont commencé jeunes à se livrer, sont généralement immunisées;

14° L'extension des maladies vénériennes en général et de la syphilis en particulier est, dans les garnisons de France, proportionnelle au développement de la prostitution clandestine et en rapport avec le défaut ou l'insuffisance de la surveillance médicale et administrative;

15° Dans la plupart des villes de garnison les mesures de réglementation prises par les municipalités, à la requête du service de santé militaire, apportent souvent une amélioration décisive dans un milieu sanitaire défectueux;

16° Au point de vue du nombre des maladies vénériennes ce sont les circonscriptions qui ont comme chef-lieu : Rouen, Marseille et Bordeaux, qui depuis de longues années offrent la proportionnalité la plus élevée.

Vœu. — A propos de ma communication sur la syphilis dans l'armée, je demande à l'Académie, dans l'intérêt de la santé publique, de reprendre sa belle œuvre de 1888 et d'étudier dans quelle mesure, le temps, les changements des idées et des mœurs seraient susceptibles d'y apporter des modifications. »

M. Fournier approuve complètement les saines et sages propositions de M. Delorme. Il est d'accord avec lui sur tous les points. Il estime qu'il faut arriver à trouver les moyens de faire l'éducation du soldat au point de vue de la syphilis. En effet, voici le fait dont constamment M. Fournier est témoin : un homme marié, père de famille, se présente avec des accidents graves de syphilis; il raconte qu'il y a vingt ans, étant au régiment, il a contracté la syphilis, qu'il a été à peine soigné, qu'on lui a donné quelques pilules et qu'on ne s'est plus occupé de lui. Sorti du régiment, il s'est marié et, se considérant comme guéri, n'a plus rien fait comme traitement. Sa femme a eu depuis deux, trois, quatre fausses couches. Il voudrait bien cependant avoir, au moins, un enfant. C'est toujours le même récit. Il serait donc à désirer que le soldat pût trouver des instructeurs capables de lui faire comprendre toutes les conséquences possibles de la syphilis dans l'avenir.

M. Fournier se propose de prendre la parole pour soutenir, dans une prochaine séance, le vœu de M. Delorme relatif au rétablissement d'une commission semblable à celle qui a été nommée en 1888.

Il est d'autant plus urgent que l'Académie soit saisie de cette question qu'il y a en ce moment un projet de loi soumis à la grande commission extra-parlementaire. Ce projet de loi contient d'excellentes choses, mais aussi des propositions bien regrettables, telles que la suppression des services spéciaux dans les hôpitaux et l'abolition de toute surveillance de la part de la police. Quelles seront les conséquences de la prostitution clandestine? Une multiplication énorme de la syphilis et de la blennorragie. Il faut que l'Académie intervienne dans ce grand débat.

Lutte antituberculeuse. — Après la syphilis, la tuberculose. Ces deux grands sujets de perpétuelle discussion reviennent, pour ainsi dire, périodiquement à la tribune de l'Académie.

M. Robin a cherché à réaliser le plus pratiquement et le plus économiquement possible ce qu'il appelle lui-même un *office antituberculeux*. Il s'est proposé, tout en réduisant au minimum les dépenses, de constituer ce que M. Landouzy a appelé un armement antituberculeux. Il faut, pense M. Robin, faire, en matière de lutte antituberculeuse, non seulement l'éducation du malade lui-même, mais encore celle de son entourage. Il faut donc que nous venions en aide au malade et à sa famille. Or le sanatorium ne répond qu'à une petite partie du programme en ne s'occupant que de la cure et de l'éducation du malade. Le dispensaire, tel que l'a compris et constitué M. Calmettes (de Lille), ne permettra pas encore, à lui seul, d'arriver à la réalisation complète du programme.

Pour les sanatoria il faudrait des sommes considérables puisqu'à Angicourt chaque malade revient à 5 fr. 90 par jour. D'autre part le sanatorium ne s'adresse qu'aux tuberculeux non encore contagieux; il ne veut pas des autres. La solution idéale de la lutte antituberculeuse est irréalisable. Mais faut-il, pour cela, tout abandonner? N'y a-t-il pas des essais de solution à tenter? C'est là ce qu'a cherché à réaliser M. Robin, avec l'aide de M. Siegfried. C'est « l'office antituberculeux » dont il va maintenant nous montrer le fonctionnement.

Il a fallu d'abord instituer un patronage; les membres de ce patronage devaient être choisis en dehors de toute raison politique, sociale ou religieuse. On a dit que cela était irréalisable, c'est une erreur; il a suffi à M. Robin d'exposer son programme pour éveiller un sentiment de solidarité et réunir dans un seul but, celui de venir en aide au tuberculeux, des gens d'opinion politique, de condition sociale, de confession religieuse toutes différentes. Il a obtenu aussi le secours de l'Assistance publique avec promesse de ne rien dépenser, de ne rien bâtir.

Les frais de première installation de l'office antituberculeux se sont montés à 350 francs. Le personnel est composé d'un médecin directeur, le docteur Savoire, de vingt-trois médecins non rétribués, d'une surveillante et d'une infirmière prêtées par l'Assistance publique et de quelques personnes, dames patronesses, chargées de procéder à une enquête sur chaque malade qui se présente à la consultation qui a lieu tous les jours, enquête portant sur la situation sociale du malade, ses ressources, les conditions hygiéniques de son logement, et faisant l'éducation du malade et de sa famille, sur les mesures hygiéniques à prendre. On ne reçoit pas de non-indigents.

Les malades qui se sont présentés à l'office de l'hôpital Beaujon peuvent être répartis en plusieurs catégories : 1° les non-tuberculeux, qui sont immédiatement éliminés; 2° les prétuberculeux; 3° les tuberculeux qui peuvent être soignés chez eux; 4° ceux qui ont de la famille en province et qui pourraient aller se soigner chez eux, mais auxquels il manque la somme nécessaire pour le voyage; pour ces derniers, M. Robin a fait appel à la collaboration généreuse des grandes compagnies de chemins de fer, qui consentent à rapatrier ces malheureux; 5° les tuberculeux qui doivent être hospitalisés, qu'on reçoit dans les salles de Beaujon ou qu'on envoie à Angicourt en échange de malades d'Angicourt que l'office continue à surveiller et à soigner.

M. Robin explique comment il se procure les médicaments nécessaires et comment il arrive, avec ses collaborateurs, à traiter, à chauffer, à suralimenter, à habiller, à secourir, à placer une quantité de tuberculeux presque sans frais, puisque chacun de ces tuberculeux ne revient qu'à 7 fr. 20 par an, tandis qu'à l'hôpital chaque malade revient à un minimum de 4 francs par jour.

Si ce qui se fait, grâce à l'intervention de M. Robin, à l'hôpital Beaujon, se faisait dans chacun des vingt grands hôpitaux de Paris, on arriverait, presque sans frais, à secourir efficacement un nombre énorme de tuberculeux. Cela vaudrait mieux que l'exécution de certains projets qui entraîneraient des dépenses considérables et ne serviraient qu'à enrichir quelques architectes et quelques entrepreneurs.

Quoi qu'il en soit, le mouvement de lutte antituberculeuse est créé; on se trouve en présence de deux solutions : l'une très coûteuse, l'autre très économique et immédiatement réalisable. Tous les hommes de bon sens seront, avec M. Robin, pour la seconde. Il est à craindre malheureusement que ce soient les autres, c'est-à-dire ceux qui font partie des conseils et des administrations, qui ont à compter avec les électeurs, qui l'emportent, aux dépens des contribuables.

Au début de la séance, à l'occasion du procès-verbal, M. Delorme a demandé la parole pour émettre ces deux propositions :

1° Que les ordres du jour soient mis à la fin du bulletin de la dernière séance;

2° Qu'en cas d'insuffisance de communications, on fasse appel aux membres de l'Académie.

M. le président annonce que le Conseil a décidé :

1° Que l'ordre du jour de chaque séance serait inscrit à la fin du bulletin de la dernière séance et affiché à deux heures et demie dans la salle des pas perdus;

2° Que chaque candidat, en faisant acte de candidature, devra lire un travail à l'Académie.

Pleine et entière satisfaction est donc donnée à M. Delorme et à l'Académie tout entière dont il a su si bien prendre les vrais intérêts, en parlant un peu haut et un peu fort.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(séance du 18 avril 1907)

Discussion sur la prophylaxie de la scarlatine (*suite*). — M. Moine (d'Amiens) montre que ce sont surtout les cas frustes qui sont l'origine des épidémies. Les rechutes qui sont assez fréquentes et peuvent être méconnues doivent aussi, ainsi que le montre bien M. Simonin (de Paris), être souvent incriminées, aussi M. Lamoureux (de Paris) est-il d'avis que, pour se prémunir contre ce danger, on prolonge la période d'isolement au delà des limites actuellement fixées.

Discussion sur la prophylaxie de la syphilis (*suite*). — M. Pourrat (de Moulins) communique trois observations qui montrent l'incurie des malades et aussi leur ignorance en présence de certains accidents syphilitiques initiaux, à sièges anormaux.

M. Rouyer (de Châlons) montre que trop souvent les pensionnaires des maisons de tolérance échappent à l'examen du médecin; dans ces conditions, la sécurité offerte par ces maisons est trop souvent trompeuse; il serait nécessaire d'organiser une surveillance plus rigoureuse et des règlements plus sévères pour les manquements constatés.

M. Burlureaux (de Paris) dans une importante communication, analyse toutes les améliorations obtenues dans l'armée par le concours du commandement et des médecins militaires; il conseille d'autre part aux médecins militaires de faciliter aux soldats les consultations particulières en dehors des visites médicales réglementaires, de leur assurer dans la mesure du possible le secret professionnel. C'est l'éducation morale du soldat, si difficile qu'elle paraisse, qui donnera les résultats les plus satisfaisants.

M. Sieur (de Paris) estime que le secret professionnel est difficile à mettre en accord avec les prescriptions du règlement en vigueur et surtout avec le système actuel de recrutement des infirmiers. Quant aux consultations particulières, elles sont déjà mises en pratique dans les régiments au moment de la contre-visite.

M. Lamoureux (de Paris). Le règlement peut rendre et rendra sans doute ces consultations réglementaires, mais elles seraient plus faciles et plus directes encore si chaque infirmerie possédait un cabinet spécial pour le médecin-chef.

M. Simonin (de Paris) demande que, en raison de son importance, la question du secret professionnel dans l'armée soit mise à l'ordre du jour des discussions. Cette proposition est acceptée.

M. Sacquépée (de Paris) préconise l'instruction du soldat par les conférences qui doivent avoir pour programme non seulement la prophylaxie de la syphilis, mais aussi celle des autres maladies évitables, tuberculose, alcoolisme.

Discussion sur le paquet de pansement à adopter dans les formations sanitaires de campagne. — M. Toubert (de Montpellier). Le pansement confectionné à l'avance doit être considéré comme le pansement idéal pour les blessés légers traités aux postes de secours et aux ambulances; l'adoption de ces pansements permettra de fixer avec précision les ressources d'une formation sanitaire et facilitera d'autre part leur interchangeabilité.

Observations cliniques. — M. Bichelonne (de Bordeaux) communique l'observation d'un sujet atteint d'une violente contusion de l'abdomen; l'intervention chirurgicale fut pratiquée vingt-quatre heures environ après l'accident. Elle permit de reconnaître une hémorragie interne due à une rupture étendue du foie; le foie fut suturé, l'hémorragie arrêtée. Le malade mourut dans la même journée et l'autopsie démontra que le blessé avait succombé au shock considérable et à l'anémie suraiguë qui avait précédé l'intervention.

Dans de pareils cas, pour être efficace, l'intervention doit donc être très précoce, *les ruptures du foie s'accompagnant d'hémorragies internes abondantes qui deviennent rapidement mortelles.*

Ordre du jour de la séance du 2 mai, à quatre heures : suite des discussions sur la prophylaxie de la scarlatine, la prophylaxie de la syphilis et la nature du paquet de pansement à adopter pour les formations sanitaires de campagne.

LIVRES NOUVEAUX

Traité des urines (1), par le docteur E. Gérard.

Le livre dont M. le docteur Gérard publie aujourd'hui la deuxième édition, est conçu dans un sens essentiellement pratique, et l'auteur s'y propose avant tout de faire contribuer l'analyse des urines au diagnostic, au même titre que les autres méthodes dites de laboratoire.

La deuxième édition du *Traité des urines* reste divisée, comme la première, en trois parties : la première est consacrée à la *composition des urines normales*, à l'*analyse* et aux *variations physiologiques des éléments normaux*, et, particulièrement, aux *rapports urologiques*. La seconde traite des *différents principes anormaux des urines pathologiques* et de leur *urologie clinique*. Enfin la troisième est réservée à l'*urologie clinique des diverses affections*, mais elle diffère de son aînée par plusieurs points. Tout d'abord, un certain nombre de procédés, reconnus inexacts ou d'une technique difficile, ont été remplacés par des procédés plus sûrs. De plus, de nouveaux chapitres ont été ajoutés. Citons particulièrement la *cryoscopie urinaire*, la *bactériologie urinaire*, l'*examen des fonctions rénales par les éliminations provoquées*. De même, l'auteur a soigneusement complété le syndrome urologique de certaines maladies, en s'inspirant des recherches les plus récentes, et en ne tenant compte que des faits définitivement acquis. Ainsi remaniée, la deuxième édition du *Traité des urines* constitue une œuvre des plus intéressantes et des mieux composées, et nous ne doutons pas qu'elle trouve, auprès du grand public médical, le même accueil favorable que son aînée.

L. Babonneix.

(1) In-8. 2e édit., corrigée et augmentée. — Paris, Vigot.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DE LA COXALGIE

Le début de la coxalgie est très variable : parfois à la suite d'une chute apparaissent des douleurs dans la région coxo-fémorale, ou plus rarement cette localisation tuberculeuse débute avec des symptômes aigus, fièvre, douleurs vives, état général grave.

Ces accidents se calment; il ne persiste plus qu'une douleur surtout accentuée après les fatigues de la journée, bientôt apparaît la claudication, on peut dire que la coxalgie est à sa période de début.

La **claudication** n'est pas toujours facile à percevoir, il faut, comme le dit Kirmisson, « suivre de l'œil les oscillations du corps pendant la marche. » Marjolin avait déjà insisté sur ce fait : le pied sain appuie plus fortement sur le sol que le pied du côté lésé. Les oscillations sont inégales, et à l'oreille on s'en rend très bien compte. C'est le signe du maquignon. Mais que l'on mette l'enfant au repos pendant une ou deux semaines, la claudication s'atténue, le sujet reprend ses occupations habituelles, et au bout de quelques jours, il présente à nouveau de la claudication.

La **douleur** est le signe capital, mais là encore il faut faire une distinction.

α. La douleur est spontanée.

L'apparition de la douleur est chose variable : dans des cas la douleur est plus vive le matin au réveil quand l'enfant fait les premiers pas de la journée, ou bien à la suite de fatigues la douleur va en croissant, à partir de l'après-midi pour atteindre son maximum durant la nuit; ce fait mis en relief par Bonnet n'est pourtant jamais signalé dans les classiques; enfin, chez d'autres malades la douleur est uniquement nocturne.

L'intensité de la douleur est, on le conçoit, soumise à de nombreuses modifications : que l'on ait affaire à une simple gêne, pesanteur de la région trochantérienne, à des élancements, tiraillements ou que ce soit la crise douloureuse, arrachant des cris, s'accompagnant de soubresauts musculaires.

β. La douleur est provoquée soit par l'examen direct de l'articulation, soit par la pression à distance. En cherchant à provoquer les phénomènes douloureux on se rend compte en même temps de l'état du membre.

A **l'inspection** on est frappé par l'atrophie musculaire; sans doute elle peut précéder de deux et trois mois l'apparition de la douleur, mais dans ce cas elle passe inaperçue; on doit alors rechercher le *signe de l'épreuve* ou de Lannelongue. « Le malade est placé debout les talons rapprochés, le poids du corps reposant également sur les deux pieds. Au bout de quelques minutes on constate dans le membre malade de petits soubresauts, les muscles se contracturent, le corps finit par se porter en totalité sur le côté sain. » Dès lors aucun doute n'est possible, il y a atrophie et affaiblissement du muscle quadriceps.

Il sera bon d'examiner également la région fessière où les muscles sont fréquemment diminués de volume.

La **palpation** va nous révéler : 1° L'état des muscles périarticulaires;

2° Les points douloureux;

3° Les lésions voisines intéressant les ganglions.

Les muscles périarticulaires sont le siège de *contractures* qui ont pour effet de limiter les mouvements; en effet si on applique une main sur l'épine iliaque antéro-supérieure, et si de l'autre main on imprime à la cuisse des mouvements de flexion sur le bassin, on constate que les mouvements se transmettent à la main appliquée sur l'épine iliaque, en un mot la flexion se fait dans les articulations sacro-iliaques.

D'autre part, si l'on cherche à produire l'abduction, on est frappé par la contracture des adducteurs qui forment « corde » sous les téguments. Verneuil pense que, pour rechercher ce signe constant, la cuisse doit être préalablement mise en demi-flexion.

La rotation externe serait également très limitée.

Les *points douloureux* se trouvent à la partie antérieure et à la partie postérieure de l'articulation; en avant on trouve trois zones sensibles, en dehors du muscle couturier, en dehors de l'artère fémorale ou au niveau des adducteurs.

En ce qui concerne la partie postérieure il serait bon, comme le recommande Lannelongue, de placer préalablement le membre en flexion, avec adduction et rotation en dedans : la tête et le col fémoral seraient facilement palpables sous les muscles fessiers : la pression y réveillerait la douleur.

En dehors, la percussion du grand trochanter occasionne des douleurs.

Enfin, par pression sur le talon, on arriverait à déterminer des symptômes douloureux, parfois très intenses, irradiant vers l'aine, la région fessière.

Les **adénites** inguinales iliaques seront toujours recherchées avec soin : ce signe ne manque presque jamais, et l'on peut dire que tous les intermédiaires sont possibles : depuis les petites masses roulant sous le doigt bien isolées, jusqu'au paquet ganglionnaire remplissant la fosse iliaque.

Tel est le début de la coxalgie, avec symptômes prédominants du côté de l'articulation de la hanche : fait capital, ces signes irradient constamment vers les articulations voisines : genou ou articulation sacro-iliaque. La première variété est une règle presque absolue, à tel point que la *gonalgie* est un signe de premier ordre, par sa fréquence et par son importance dans le tableau clinique.

La **gonalgie** apparaît souvent la première en date, précédant la coxalgie : elle a été étudiée par Malgaigne, Cazin. Cet auteur a établi qu'elle pouvait prendre le caractère névralgique : siéger au creux poplité, s'accompagner de légère flexion de la jambe sur la cuisse. Du reste aucune explication exacte n'a pu être donnée : si chez des sujets la douleur du genou coïncide avec un épanchement, ou même des granulations tuberculeuses disséminées dans le canal médullaire, ou une névrite des filets nerveux, il faut reconnaître que dans nombre de cas les lésions fémoro-tibiales ont pu être reconnues.

Période d'état ou des attitudes vicieuses. — Evidemment, avec la claudication, la gonalgie, peut apparaître un commencement de *flexion*, avec *abduction*, *rotation en dehors*, et il est classique de rappeler à ce sujet que telle est l'attitude de l'articulation quand on injecte expérimentalement du liquide dans la synoviale : au cas de coxalgie, l'article n'est pas distendu seulement par du liquide, mais par les fongosités et les produits tuberculeux.

La cuisse étant fléchie, seule l'extrémité antérieure du pied repose sur le sol, le talon en est écarté, le bassin, le thorax s'inclinent en avant, mais les tubérosités ischiatiques sont portées en arrière. La région lombaire apparaît comme déprimée, excavée : il y a *ensellure*; cette déformation est facilement corrigée en faisant coucher sur le dos, « la région dorsale appuyant tout entière sur le dos » (Kirmisson) on imprime à la cuisse un mouvement de flexion sur le bassin.

A. L'**abduction** et la **rotation en dehors** sont connexes. Dès lors l'épine iliaque antéro-supérieure du côté lésé est abaissée et se place en avant de l'épine iliaque du côté sain. Il y a scoliose à convexité regardant la coxalgie.

La *rotation en dehors* s'accompagne d'abaissement du pli fessier, que ce dernier symptôme soit dû à un affaiblissement des muscles fessiers ou à une rotation complète de la cuisse en dehors. Le grand trochanter est reporté en arrière, dès lors l'origine et l'insertion du muscle fessier sont rapprochées : le pli ne peut plus exister.

En résumé, flexion, abduction, rotation en dehors sont les trois grands signes : il faut y ajouter l'*allongement apparent* du membre. En effet, l'abaissement du bassin est tel que si le malade prend point d'appui sur le membre sain, le membre malade devenu trop long se place dans la demi-flexion.

B. Les attitudes vicieuses se modifient : il y a *flexion*, *adduction*, *rotation en dedans*; ces changements ont été différemment expliqués. Pour Lannelongue, la cavité cotyloïde est usée à sa partie supéro-externe, la tête fémorale glisse en haut et en arrière. Pour Guérin, Verneuil, la contracture des adducteurs joue le principal rôle. Pour Collineau, l'adduction serait la marque d'une lésion osseuse prépondérante, l'emportant sur la lésion ligamenteuse.

Evidemment, tous les degrés d'adduction sont possibles. Le membre malade peut croiser le membre sain au niveau du genou ou à la partie moyenne de la cuisse. Il y a ascension du bassin, et par opposition à la déformation précédente, *raccourcissement apparent*.

Or ces faits constituent ce que l'on peut appeler, avec Kirmisson, le « paradoxe de la coxalgie ».

A l'*allongement apparent* répond un *raccourcissement réel*, quand on pratique la mensuration, et réciproquement. Le raccourcissement apparent répond à un allongement réel. Pour apprécier ces déformations, on agira de la manière suivante : le malade sera placé en position bien horizontale, les deux membres inférieurs seront également écartés de la ligne médiane. On joint par une ligne l'épine iliaque antéro-supérieure, le bord externe de la rotule, la pointe de la malléole externe.

La coxalgie, en évoluant, peut s'accompagner de troubles généraux : amaigrissement, tuberculisation péritonéale, pulmonaire, mais surtout de complications locales : ce sont les abcès et les luxations. (*A suivre.*)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 29 AVRIL AU 4 MAI 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 29 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Gaucher et Macaigne.

2e : MM. Ch. Richet, André Broca et Branca.

3e (oral) : MM. Blanchard, Brissaud et Claude ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Gosset ; — (2e série) : MM. Delens, Mauclaire et Proust ; — M. Teissier, suppléant.

Mardi 30 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Jeanselme et Maillard.

1er (oral) : MM. Albarran, Retterer et Rieffel.

2e : MM. Gley, Launois et Desgrez.

3e (2e partie, oral) : MM. Dieulafoy, Dupré et Renon.

4e : MM. Chantemesse, Vaquez et Richaud ; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, de Lapersonne et Morestin ; — (2e série) : MM. Berger, Marion et Auvray ; — (2e partie) : MM. Robin, Thiroloix et Gouget ; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 1er mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Roger et Macaigne.

1er (oral) : MM. Kirmisson, Sébileau et Rieffel.

3e (2e partie, oral) : MM. Blanchard, Déjerine et Teissier ; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 2 mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Renon et Maillard.

1er (oral) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Rieffel.

3e (2e partie, oral) : MM. Dieulafoy, Joffroy et Gouget.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Richaud ; — M. Vaqnez, suppléant.

Vendredi 3 mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

1er (oral) : MM. Kirmisson, Sébileau et Rieffel.

3e (2e partie, oral) : MM. Brissaud, Gaucher et Balthazard.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Macaigne ; — M. Gosset, suppléant.

5e (1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Pierre Duval, suppléant.

Samedi 3 mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Fernand Bezançon et Maillard.

1er (oral) : MM. Le Dentu, Retterer et Thiéry.

3e (2e partie, oral) : MM. Chantemesse, Gouget et Carnot ; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Troisier et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Gilbert, Méry et Renon ; — (3e série) : MM. Robin, Achard et Jeanselme ; — M. Morestin, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Brindeau ; — M. Langlois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 1er mai 1907, à une heure. — M. Seropian. Fréquence comparée des causes de l'accouchement prématuré. (MM. Pinard, président ; Reclus, Segond et Lejars.) — M. Levesque. Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de l'apophyse mastoïde et du pavillon de l'oreille. (MM. Reclus, président ; Pinard, Segond et Lejars.) — M. Sénéchal. Etude clinique des tumeurs inflammatoires pelvi-péritonitiques. (MM. Segond, président ; Pinard, Reclus et Lejars.)

Jeudi 2 mai 1907, à une heure. — M. Siguret. Histoire de l'hospitalisation des enfants malades de Paris. Débuts. Evolution. Etat actuel. Desiderata. (MM. Debove, président ; Raymond, Dupré et Jeanselme.) — M. Borde. Etude clinique sur les relations existant entre la maladie de Dercum et l'adipose simple. (MM. Raymond, président ; Debove, Dupré et Jeanselme.) — M. Ewald. Voyage médical en Haïti. (MM. Chantemesse, président ; Gilbert, Thiroloix et Méry.) — M. Larrouy. L'angine ulcéreuse précoce de la scarlatine. (MM. Gilbert, président ; Chantemesse, Thiroloix et Méry.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie aura lieu du 29 avril au 4 juillet 1907, sous la direction de M. le professeur Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Balzer, de Beurmann, Castex, Queyrat, Hudelo, Morestin, Gastou, Emery, Edmond Fournier, Milian, Terrien, Lacapère, Cathelin, Paris, Sabatié et Rostaine.

Le cours sera complet en quatre-vingt-dix-neuf leçons. Il aura lieu tous les jours, deux fois par jour, excepté les dimanches et fêtes, à deux heures et à trois heures et demie de l'après-midi à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique. Il commencera le lundi 29 avril 1907 et finira le jeudi 4 juillet 1907.

Ce cours sera essentiellement pratique, et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, photothérapie, radiothérapie, etc.) sera faite devant les élèves, tous les jeudis, à neuf heures et demie du matin.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

Programme et répartition des cours : M. Gaucher. Lésions élémentaires de la peau. Matière médicale dermatologique et médication hydrominérale. — M. Balzer. Eczéma. Impétigo. Ecthyma. — M. de Beurmann. Psoriasis. Lupus. Tuberculoses cutanées. Sporotrichoses. Traitement du lupus. — M. Castex. Syphilis du nez, du larynx et de l'oreille. — M. Queyrat. Blennorragie aiguë. Blennorragie chronique. Complications et traitement de la blennorragie. Les balanoposthites. Herpès. Végétations. Phimosis. Chancre mou. Chancre syphilitique. — M. Hudelo. Gale. Erythèmes. Urticaire. Prurits et prurigo. Lichens. Pityriasis. Pemphigus. — M. Morestin. Chirurgie du lupus, des nævi et des tumeurs de la peau. Opérations esthétiques. Cancer de la verge, de la vulve et de la langue. — M. Gastou. Maladies pa-

rasitaires du cuir chevelu . teigne tondante et favus. Pytiriasis versicolor. Erythrasma. Examen des cheveux et des poils dans les maladies parasitaires. Diagnostic dermatologique par les méthodes de laboratoire : examen des squames, sérosités, sang, pus. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Electrothérapie. Photothérapie et radiothérapie. Petite chirurgie dermatologique. — M. Emery. Traitement de la syphilis. — M. Edmond Fournier. Syphilis secondaire. Hérédo-syphilis. Syphilis et grossesse. — M. Milian. Syphilis tertiaire : syphilides tuberculeuses; syphilides ulcéreuses; gommes; ulcères de jambe. Syphilis de la langue, du voile du palais, des amygdales, du pharynx, du testicule et des os. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Parasyphilis : neurasthénie. Paralysie générale. Tabes. — M. Terrien. Syphilis oculaire. — M. Lacapère. Pelade. Séborrhées et acnés. Eczéma acnéique. Dermites artificielles. Tumeurs épithéliales de la peau. Leucoplasie buccale et génitale. Kraurosis vulvæ. — M. Cathelin. Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorragie chez l'homme : prostatites, cystites, abcès urineux. Néphrites suppurées. Traitement des rétrécissements de l'urètre. — M. Paris. Zona. Dystrophies pigmentaires. Purpura. Morve et farcin. Actinomycose. Eléphantiasis. — M. Sabatié. Alopécies. Follicules suppurées. Dyshidrose. Tumeurs conjonctives de la peau et mycosis fongoïde. — M. Rostaine. Dermatoses congénitales. Phtiriase et mélanodermies. Sclérodermie. Lèpre.

Un cours semblable a lieu deux fois par an : le premier en mai, juin et juillet, le second en octobre, novembre et décembre.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à trois heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser le matin à la clinique (hôpital Saint-Louis).

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Écho médical du Nord. — (N° 12, 24 mars 1907.) Georges Gérard : Des obstacles naturels capables de compliquer le cathétérisme des voies lacrymales. — (N° 13, 31 mars.) Gaudier et Debeyre : Deux faits de tumeurs congénitales. — G. Gérard : Des obstacles naturels capables de compliquer le cathétérisme des voies lacrymales (*suite*). — (N° 14, 7 avril.) Oui : Cancer du col utérin et grossesse. — Dutilleul et Leroy : Plaie pénétrante de poitrine. — Julien : Un cas d'hémophilie familiale.

Gynécologie. — (N° 6, déc. 1906.) Chenot : Un cas de grossesse ovarienne; rupture du kyste, inondation péritonéale; opération; guérison. — Barozzi : Un cas de grossesse ectopique péritonéale. — Mauclaire : Les volumineux fibromes utérins chez les femmes jeunes. — Georges Kuss : Les abcès de l'utérus.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 12, 24 mars 1907.) H. Vergès : Réflexions médico-légales sur les topoalgies « sine materia » post-traumatiques. — (N° 13, 31 mars.) Vergely : Obsession psychique. Guérison brusque. — (N° 14, 7 avril.) Carles : Le fluor dans les eaux minérales. — E. Petit : Adénite génienne commissurale.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (N° 6, 25 mars 1907.) Delagénière : Contribution à l'étude de la stase hyperhémique passive comme méthode thérapeutique ou méthode de « Bier » (29 fig.).

Journal des praticiens. — (N° 13, 30 mars 1907.) Broca : Anastomose tendineuse pour pied valgus paralytique. — Trousseau : Complications oculaires de la variole. — (N° 14, 6 avril.) Debove : Asphyxie symétrique des extrémités. — Guisez : Pathogénie et traitement de l'ozène. Cure radicale par la paraffine à froid.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 12, 23 mars 1907.) R. Desplats : L'introduction électrolytique des ions dans l'organisme. — (N° 13, 30 mars.) Mlle Vallée : Sur l'emploi de la bande de ventre pendant l'accouchement. — Le Gland : Adénome du creux axillaire développé aux dépens d'un lobule aberrant de la mamelle.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 13, 28 mars 1907.) Van Lint : La pratique ophtalmologique. — A. Ceci : Procédés originaux d'amputations plastico-cinétiques où plasto-orthopédiques. — (N° 14, 4 avril.) Stiévenard : La scarlatine.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 3, 25 mars 1907.) Gouzy : Courte note sur l'influenza; un symptôme presque pathognomonique. — Pla : Intoxication professionnelle par le tabac (*fin*).

Lyon médical. — (N° 12, 24 mars 1907.) Gallavardin : Signification de l'anacrotisme. — Goullioud : Du cancer de l'ovaire au cours des cancers de l'estomac, de l'intestin et des voies biliaires (*fin*). — (N° 13, 31 mars.) Trillat et Latarjet : Observations de mastite puerpérale de gravité exceptionnelle. — Clément : Sur le diagnostic précoce des anévrismes de l'aorte thoracique. — (N° 14, 7 avril.) Duband : Mastite puerpérale de gravité exceptionnelle; ablation du sein; guérison. — Gonnet : Histoire d'une épidémie intérieure de fièvre puerpérale à streptocoques.

Marseille médical. — (N° 7, 1er avril 1907.) Boinet : Traitement sérothérapique des pneumonies. — Oddo et Sauven : Un cas d'hyperthermie au cours d'une rougeole. — Billon : Du doigt à ressort.

Medizinische Blatter. — (N° 12, 23 mars 1907.) Adamkiewicz : Les résultats obtenus par ma méthode de traitement médical du cancer et les « autorités ». — Podloucky : Quelques observations sur l'action de la « valofine ». — (N° 13, 30 mars.) Adamkiewicz : Les résultats obtenus jusqu'à maintenant par mon traitement non sanglant du cancer et les « autorités ». — Ivezic : Sur le bornyval.

Montpellier médical. — (N° 8, 24 fév. 1907.) Forgue et Riche : Tumeurs de l'ombilic d'origine diverticulaire (*fin*). — (N° 9, 3 mars.) H. Roger : Thyroïdite typhique suppurée à bacille d'Eberth. — (N° 10, 10 mars.) Estor : De la déviation de la taille chez les jeunes filles. — (N° 11, 17 mars.) Rauzier : Introduction à l'étude des maladies des vieillards.

Nord médical. — (N° 300, 1er avril 1907.) Valentin et Vanverts : Paralysie faciale d'origine otique. Anastomose spino-faciale.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 12, 24 mars 1907.) Toth : L'intoxication industrielle par le plomb et les mesures préventives prises contre elle.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La neurasthénie, sa nature, sa guérison, sa prophylaxie, par le docteur BAUMGARTNER. In-8. — Prix : 4 fr. — Paris, Maloine.

Essais optimistes, par Elie METCHNIKOFF. In-8, 438 p., 27 fig. — Paris, Maloine.

Le vade-mecum du tuberculeux, par le docteur COSTE DE LAGRAVE. In-18, 244 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Maloine.

Guide pratique des applications médicales de l'électricité statique, par A. ARTHUIS. 1 broch. de 58 p. — Prix : 3 francs. — Paris, Maloine.

Essai sur les origines. Pourquoi la terre tourne, par le docteur COSTE DE LAGRAVE. In 8, 32 p. — Prix : 1 fr. — Paris, Maloine.

Le traitement des catarrhes des voies aériennes et des poumons par les vapeurs médicamenteuses, par SAENGER (de Magdebourg). 1 broch. de 24 p. — Paris, Maloine.

L'hygiène moderne, par le docteur HÉRICOURT. In-18. (Bibliothèque de philosophie scientifique). — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ernest Flammarion.

Un miracle contemporain (guérison subite d'une fracture), par le docteur DESCHAMPS. Broch. de 86 p. — Bruxelles, 1907.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

La Compagnie P.-L.-M. vient de publier, sous forme de dépliant, les cartes des régions de la *Savoie* et du *Dauphiné*.

Ces dépliants-cartes intitulés : *Dauphiné-Savoie* et *Savoie-Dauphiné* donnent le relief des montagnes et comportent, au verso, des renseignements sur les diverses combinaisons de voyages que la Compagnie met à la disposition du public; chaque dépliant-carte est mis en vente au prix de 1 franc dans les bibliothèques des principales gares du réseau, ou envoyé à domicile sur demande accompagnée de 1 f 10 en timbres-poste et adressée au service central de l'exploitation, boulevard Diderot, 20, Paris.

Fête de l'Ascension. — A l'occasion de la fête de l'Ascension, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 7 mai, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 14 mai 1907.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HOPITAUX. — ADMISSIBILITÉ. *Epreuve clinique.* — Séance du 25 avril. — MM. Léri et Rathery, 20 ; Guillemot, 19.

La prochaine séance aura lieu le samedi 27 avril, à quatre heures un quart, à la Charité.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Lecture des copies.* — Séance du 25 avril. — MM. Marcille, 27 ; Grégoire, 26 ; Gasne, 23.

La prochaine séance aura lieu le samedi 27 avril, à quatre heures et demie, à la salle des Saints-Pères.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. Mesureur vient de décider, après avis favorable du Conseil de surveillance qu'un second interne en médecine serait adjoint, à partir du 1er mai prochain, aux services de M. le docteur Sébileau à l'hôpital Lariboisière, et de M. le docteur Ballet à l'Hôtel-Dieu.

Par suite de cette adjonction, MM. Périer (Romain) et Di Chiara sont nommés internes titulaires des hôpitaux de Paris.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — REIMS. — Un concours s'ouvrira le 22 juillet 1907 devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — Par décision ministérielle du 24 avril 1907 :

MM. les médecins-majors de première classe Trédos, affecté aux hôp. mixtes du Mans ; Gury, passe au 5e d'art. ; Descubes, affecté à l'hôp. milit. de Bordeaux ; Foubert, à l'hôp. d'Oran.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Guillaume, passe au 6e d'inf. ; Barrier, au 60e d'inf. ; Courtet, au 2e d'art. ; Spilmann, au 135e d'inf. ; Maré, au 136e d'inf. ; Cauvet, à l'école milit. préparat. d'Autun ; Beaujean, au 9e bat. d'art. à pied ; Giraud, au 10e drag. ; Tourtarel, au 12e bat. chass. à pied ; Lair, à l'école milit. préparat. d'inf. de Rambouillet ; Bourlange, au 19e bat. chass. à pied ; Legrand, au 3e zouaves ; Rambaud, au 12e cuir. ; Masson, au 16e drag. ; Paul, au 3e drag. ; Rauzy, au 18e d'art. ; Gaubert, aux hôp. mixtes de Nantes ; Jeandidier, aux hôp. de Constantine.

MM. les médecins aides-majors de première classe Thollon, passe au 64e d'inf. ; Borie, au 80e d'inf. ; Massol, au 83e d'inf. Périé, au 25e d'art. ; Marland, au 110e d'inf. ; Grenier, au 50e d'inf. ; Bumat, aux hôp. d'Alger ; Petit, au 2e étr. ; Guiot, aux hôp. d'Oran ; Delpy, au 11e d'inf. ; Landret, affecté à l'hôp. milit. de Bordeaux ; Saupiquet, passe au 20e d'inf. ; Pérot, maintenu aux hôp. d'Oran ; Beaumont, passe aux hôp. d'Oran ; Azaïs, à la Compag. sahar. du Touat (Timimounn).

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Etienney, passe au 26e drag. ; Duchêne-Marullaz, au 1er zouaves ; Arnaud, au 68e d'inf. ; Planques, au 10e bat. chass. à pied ; Guglielmi, au 1er bat. d'inf. légère d'Af. ; Feuillié, à l'hôp. milit. de Nancy ; Mossier, au 19e chass. à cheval ; Dez, au 105e d'inf.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers d'Académie. — M. le docteur Bouquet (de Paris). MM. les pharmaciens Comar et Fraisse (de Paris).

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la seizième semaine, 1085 décès, au lieu de 1092 pendant la semaine précédente et au lieu de 1047, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

Toutefois, la scarlatine continue à dépasser sensiblement la moyenne de la saison. Elle a causé 12 décès (moyenne 2) ; le nombre des cas nouveaux s'élève à 391 (moyenne 77).

La fièvre typhoïde a causé 12 décès (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux est de 88, au lieu de la moyenne 42.

La grippe a encore causé 13 décès.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 36, 24 mars 1907.) Leçon du Prof. DE RENZI : Le traitement de l'emphysème pulmonaire par les moyens physiques. — Prof. G. TIZZONI et Luigi PANICHI : Nouvelles recherches expérimentales sur la pellagre. — A. BALDUZZI : Quelques faits relatifs à une épidémie de méningite cérébro-spinale particulièrement au point de vue thérapeutique. — Andrea BORRI : Recherches sur le chimisme gastrique et intestinal dans les affections convulsives, hystériques et épileptiques. — Villian ZANNINI : Comptes rendus des Académies de Padoue, Pavie, Ancône, Gênes; — Localisation rare d'un kyste dermoïde. — (N° 39, 31 mars.) Spiro LIVIERATO : Sur la façon dont les substances médicamenteuses communément employées contre la tuberculose pulmonaire se comportent vis-à-vis de l'infection tuberculeuse expérimentale. — Paolo BIZZIOCCHI : Un cas de luxation traumatique du cartilage semi-lunaire externe de l'articulation du genou. — Emilio GREGO : La radiothérapie dans les oligocythémies essentielles. — P. F. ZUCCOLA : Ce que devient le glycogène hépatique et musculaire dans l'empoisonnement par la strychnine. — Comptes rendus des Académies de Naples, Turin et Modène.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 13, 26 mars 1907.) BALLNER et REIBMAYR : Sur l'application du phénomène de la déviation du complément à la différenciation des microbes encapsulés. — THALMANN : Le diagnostic précoce de la syphilis. — SPAETH : Sur l'opération d'Alexander-Adam. — ACH : Paralysies des muscles des yeux après les anesthésies lombaires. — SCHWARTZ : Sur un cas d'hémorragie pulmonaire abondante dans la sténose mitrale avec sclérose marquée de l'artère pulmonaire. — NÖGGÉRATH : Bacillus coli immobilis capsulatus (Wilde) dans un cas de méningite cérébro-spinale suppurée. — WIDMER : Guérison d'un carcinome par la lumière solaire; contribution au traitement par la lumière immédiate. — ROTHSCHUH : Une bande aseptique pour les accouchées. — BIRNBAUM : Méthode de Schwab pour la fixation de la coagulabilité du sang. — (N° 14, 2 avril.) RIEDEL : L'incision la plus sûre pour l'appendicite et son emploi pour la ligature de l'artère iliaque externe, etc. — LANGE : Que peut le praticien pour le soulagement des estropiés ? — JANSSEN : Prophylaxie et traitement des fistules stercorales après les opérations d'appendicite. — HÆNISCH : Sur le traitement par les rayons Röntgen de l'hypertrophie de la prostate. — GOLDSCHMIDT : Propriétés et but d'une nouvelle méthode d'exploration des voies urinaires. — RÖPKE : Hyperémie active dans le traitement de la gangrène des artério-scléreux. — LANDWEHR : La guérison des fractures de la rotule. — BOGEN : Sur la luxation congénitale de la rotule. — VÖRNER : Sur l'onychia pigmentosa. — ERDMANN : Sur un résultat heureux de traitement de la tuberculose de l'œil par la tuberculine. — REICHHARDT : Un cas de plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu. — PRYM : La prise de sang à l'oreille du lapin. — AUERBACH : Un nouvel explorateur de la sensibilité. — SCHMIDT : Traitement intratumoral par les rayons Röntgen.

Pédiâtrie pratique. — (N° 7, 1er avril 1907.) MOLLE : A propos d'une épidémie de fièvre typhoïde presque exclusivement infantile observée dans un quartier d'Oran. — SIREDEY et TINEL : Méningite tuberculeuse sans tubercules. Lésions inflammatoires diffuses des méninges avec nombreux bacilles de Koch. — Eloïsa GARDELLA : Pourquoi le lait par l'ébullition perd de sa coagulabilité. — WEYMEERSCH : Sténose pylorique chez le nourrisson.

Policlinico. — (Mars 1907.) *Partie chirurgciale.* — R. DALLA VEDOVA : Pour le diagnostic de la tuberculose linguale. — S. SOLIERI : A propos d'une anomalie rare du tube digestif ayant entraîné un iléus consécutif à une laparotomie. — Prof. G. PEREZ : Contribution à l'étude de la rachistovaïnisation. — (Avril.) *Partie médicale.* — Maurizio ASCOLI : Tumeurs cérébrales. Diagnostic de leur siège et de leur nature par la ponction exploratrice. — Alberto SALMON : La réaction myasthénique de Jolly. — Prof. Carlo COLOMBO : A propos de l'action des rayons de Röntgen sur le système nerveux central. — Ulderico DE LUCA : La cure de la leucémie par les rayons X.

Presse médicale. — (N° 25, 27 mars 1907.) MATIGNON : Souvenirs de la guerre russo-japonaise. Ce que j'ai vu de la bataille de Moukden au point de vue médical. — (N° 26, 30 mars.) CHEVRIER : Luxations de la rotule et radiographie. — (N° 27, 3 avril.) A. ABRAMS : Les réflexes cardiaques et pulmonaires. — DELAMARE et LECÈNE : La présence de lécithines dans les hypernéphromes. — VANGHETTI : Moteurs plastiques. — ISSAILOWITCH-DUSCIAN. Névroses respiratoires dans l'hystérie. Le hoquet. — (N° 28, 6 avril.) MARTEL : Les problèmes de l'eau potable.

Province médicale. — (N° 12, 23 mars 1907.) NICOLAS (de Lyon) : La syphilis héréditaire. — Th. CATHALA (d'Olonzac) : Les néphrites ourliennes (revue clinique). — (N° 13, 30 mars.) VIGNARD (de Lyon) : Les suppurations rétrocæcales et rétro-coliques intra-péritonéales d'origine appendiculaire. — RAPPIN (de Nantes) : Action de certaines espèces microbiennes sur le bacille de Koch et immunisation. — (N° 14, 6 avril.) A. CERNÉ (de Rouen) : Un schéma du tronc. — VIGNARD (de Lyon) : Les suppurations rétrocæcales et rétro-coliques intra-péritonéales d'origine appendiculaire.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Avril 1907.) L.-Q. SIMON : Les anémies infantiles.

Revue neurologique. — (N° 5, 15 mars 1907.) André THOMAS et René CORNÉLIUS : Un cas d'atrophie croisée du cervelet (3 fig.). — NOÏCA : Contributions nouvelles à l'étude des réflexes osseux.

Riforma medica. — (N° 12, 23 mars 1907.) Cedrangolo ERMANNO : Sur un cas d'anévrisme de l'aorte abdominale avec présence de zone de Head. — Donato DE FRANCESCO : Sur l'opportunité d'associer la décapsulation à la néphrectomie quand le rein à conserver est atteint de néphrite. — Salvini Ezio : Gangrène symétrique des extrémités supérieures dans un cas d'angine de poitrine. — (N° 13, 30 mars.) Corrado BERNABEI : Le frémissement hydatique est un frémissement musculaire. — Carlo MÜMM : Un nouveau cas de kyste du cordon spermatique d'origine conjonctive. — Socrate VENITEO : Deux cas de plaies du crâne par armes à feu, suivies de guérison. — Gino MONZARDO : Cancers primitifs multiples. Coexistence du cancer et d'anomalies organiques.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 12, 21 mars 1907.) FRÆNKEL : Vinzenz von Kern. Joseph Lister. — KRAUS et STENITZER : Sur les toxines du bacille typhique. — KOKE : Précipitation des bactéries par les sérums normaux. — FRISCH : Sur un cas de fracture par arrachement d'une apophyse épineuse. — (N° 13, 28 mars.) STANSKY : Contribution à l'étude des paralysies. — HOFBAUR : Energie du myocarde et circulation. — VON EISLER : Sur la spécificité des précipitines bactériennes. — SCHWEINBURG : Sur les enchondromes multiples. — LUDWIG, PANZER et ZAAREK : Sur la source de Rohitch-Sacerbrunn en Styrie.

REVUE GÉNÉRALE

LES SCLÉROSES DU PANCRÉAS [1]

Par Etienne CHABROL,
Interne des hôpitaux de Paris.

IV

Symptômes. — Les scléroses du pancréas déterminent des symptômes souvent difficiles à percevoir en clinique.

La glande est en effet un organe profond, inaccessible à l'exploration. Elle possède en outre un rôle physiologique commun par certains points avec celui d'autres organes; enfin ses lésions entraînent surtout des symptômes de voisinage, que l'on retrouve dans beaucoup d'affections hépatiques.

Début. — Les scléroses peuvent d'ailleurs rester *latentes* et n'être qu'une simple découverte d'autopsie : telles les cirrhoses au cours des maladies du foie; les lésions de syphilis scléreuse diffuse; les pancréatites méconnues découvertes lors d'une intervention lithiasique.

D'autres fois, on relève dans les *antécédents* du malade, l'histoire d'une affection abdominale aiguë. C'est l'apparition brusque au cours d'une maladie infectieuse, de douleurs épigastriques, médianes, irradiées vers les épaules, douleurs suivies de vomissements bilieux, d'un syndrome péritonéal avec courbe thermique à grandes oscillations.

Ces symptômes bientôt atténués, auront été mis sur le compte d'une crise hépatique, ou d'une infection gastro-intestinale.

Mais les antécédents peuvent ne pas exister, et, annoncée par une *période prodromique*, la pancréatite chronique s'installe insidieusement.

Ce sont d'abord des troubles dyspeptiques, gastro-intestinaux; un peu de gêne épigastrique, de l'anorexie, parfois de la dilatation stomacale, des alternatives de diarrhée et constipation.

A cette première phase de durée imprécise, fait suite l'apparition d'un gros symptôme tel que l'ictère par rétention.

Et c'est en présence d'un malade ictérique, rapidement amaigri, que l'on peut discuter le diagnostic de la pancréatite chronique.

Période d'état. — La symptomatologie, toujours très incomplète, permet de distinguer un certain nombre de formes cliniques, mais nous décrirons auparavant les signes communs que nous classerons, comme Miraillé dans le cancer du pancréas (2), en quatre groupes principaux :

1° Les signes dus à la compression (l'ictère, la douleur);

2° Les signes propres à l'hypertrophie scléreuse (la tumeur);

3° Les troubles de la sécrétion pancréatique (glycosurie, élimination des graisses);

4° Les signes généraux (l'amaigrissement).

1° Symptômes de compression. — L'ictère, à la marche lente et insidieuse dans les scléroses progressives, apparaît brusquement au contraire lorsque l'infection angio-cholitique accompagne la rétention.

Il subit alors, durant toute la maladie, des alternatives de poussées et de rémission.

La coloration des téguments et des muqueuses varie du jaune pâle au vert foncé. Elle est ordinairement très accentuée.

Le sérum sanguin et les urines renferment une grande quantité de pigments biliaires.

C'est un ictère par rétention; les matières fécales sont complètement décolorées.

Ces divers symptômes peuvent faire défaut, lorsque le cholédoque ne passe point à l'intérieur de la glande (38 fois sur 100 d'après Helly).

Vésicule biliaire. — A l'intersection du rebord costal et du bord externe du muscle grand droit, on peut percevoir une tumeur arrondie, mobile avec les mouvements respiratoires; c'est la vésicule distendue.

Mais nous avons vu comment l'infection associée de la cholélithiase pouvait entraîner sa rétraction et son atrophie. Ainsi se trouve confirmée la loi de Courvoisier et Terrier; aussi cliniquement l'état de la vésicule ne donne-t-il aucun renseignement utile pour le diagnostic des scléroses pancréatiques (Desjardins).

Foie. — Il en est de même de l'examen du foie, légèrement augmenté de volume, comme dans le cancer du pancréas, au début de la maladie.

Douleur. — Après l'ictère, par ordre de fréquence, il faut citer la douleur, traduisant la compression du plexus solaire et peut-être aussi la péritonite du voisinage.

Pour Dieulafoy, elle n'aurait aucun caractère spécial en dehors de sa localisation vésiculaire.

D'après Mayo-Robson, elle est épigastrique, diffuse, profonde, s'accompagne de vomissements, présente des paroxymes allant parfois jusqu'à la syncope. Elle irradie dans le dos, et *spécialement vers l'épaule gauche*.

Terrier, Walther, Gosset signalent des douleurs en ceinture dans l'étage abdominal supérieur, ayant leur maximum dans le flanc droit, au voisinage de l'ombilic.

Desjardins a essayé de préciser leur siège : il les localise à 5 ou 7 centimètres de l'ombilic, sur une ligne allant au sommet de l'aisselle droite.

Ce « point pancréatique » répond à l'abouchement commun du cholédoque et du Wirsung dans le duodénum. Celui-ci d'ailleurs, varie suivant les auteurs (troisième, quatrième lombaire, Quénu; bord supérieur, troisième lombaire, Wiart).

Chauffard et Rivet ont contrôlé sur le cadavre le point pancréatique de Desjardins; ils ont délimité moins strictement une « zone pancréatico-cholédocienne » qui correspondrait au siège des phénomènes douloureux (1).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 46, p. 543.

(2) Miraillé. Cancer du pancréas, *Gaz. des hôpit.*, 1892.

(1) Cette zone est comprise entre une ligne verticale passant par l'ombilic et une ligne oblique partie du même point qui forme avec elle un angle de 45 degrés, ouvert en haut et à droite.

Ceux-ci ont d'ailleurs une valeur contestable et relèvent à la fois de la lithiase biliaire et de la pancréatite.

Cependant chez deux malades de Chauffard, après l'opération sur le cholédoque, le point pancréatique aurait persisté.

Les AUTRES SYMPTOMES DE COMPRESSION sont exceptionnels. Reynès (cité par Villar) rapporte la *sténose par compression du duodénum*, réalisant le syndrome pylorique.

La *compression de la veine splénique* signalée dans le cas de Drozda (gomme syphilitique) entraînait certains symptômes de l'hypertension portale, l'ascite et l'hypertrophie de la rate.

2° SIGNES PROPRES A L'HYPERTROPHIE SCLÉREUSE. — En recherchant le siège des phénomènes douloureux on peut percevoir parfois une *tumeur pancréatique*.

Celle-ci est rare, s'observe presque uniquement dans la lithiase, et Quénu et Duval n'en relèvent que 10 observations non contestables (1).

Son petit volume et sa profondeur en rendent l'exploration difficile, et parfois l'anesthésie est nécessaire pour la rechercher (Villar, Mayo-Robson).

Elle siège sur la ligne médiane à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'ombilic. La palpation méthodique, le malade étant dans la position génu-pectorale, fait sentir une résistance à la pression profonde, parfois un simple gonflement de la région pancréatique (Mayo-Robson).

Cette zone indurée peut être soulevée par les battements de l'aorte, sans présenter toutefois des mouvements d'expansion.

La tumeur légèrement douloureuse à la pression est peu mobile avec les mouvements respiratoires.

Sa percussion donne des limites incertaines; la phonendoscopie montre quelquefois une forme allongée à grand axe horizontal.

Mais souvent, signe important, cette tumeur disparaît lors de la dilatation stomacale, ce qui renseigne nettement sur sa situation.

La radiographie, enfin, a été pratiquée dans un cas par Deaver.

3° TROUBLES DE LA SÉCRÉTION PANCRÉATIQUE. — En présence de ces différents symptômes, il faut systématiquement rechercher les signes qui traduisent le mauvais fonctionnement de la glande; la physiologie lui attribue une double fonction; de même en clinique, on doit pratiquer l'examen des sécrétions externes et internes du pancréas.

A la sécrétion externe se rattachent les troubles digestifs, dénommés dyspepsie pancréatique. Ce sont les vomissements graisseux, la sialorrhée abondante, la diarrhée d'odeur fétide et surtout la stéarrhée.

La graisse se présente sous forme de taches huileuses, nageant à la surface du liquide diarrhéique, ou bien de masses globuleuses, solubles dans l'éther et rendant transparent le papier qui y est trempé (Bonamy).

(1) 6, Mayo-Robson; 1, Riedel; 2, Hahn; 1, Japha Barling. — Il faut citer aussi les observations de Sendler, Terrier (7 février 1906), Reynès, Kehr, Lejars, in thèse Daviau.

Friedrich, Ziehl ont signalé également les cristaux produits dans les selles en ajoutant de l'acide osmique.

Enfin, l'épreuve du salol, dédoublé normalement, reste négative lorsque l'on verse dans l'urine du perchlorure de fer (Sahli).

Comme les graisses, les albumines ne sont pas digérées et parfois l'on pourra retrouver dans les selles l'azotorrhée, présence de fibres musculaires striées.

La plupart de ces symptômes sont de valeur nulle, et notamment l'épreuve de Sahli, seule la stéarrhée, associée à l'azotorrhée, garde son importance séméiologique.

Mais des travaux récents ont permis d'étudier plus exactement cette sécrétion externe, en particulier les recherches de René Gaultier.

Après un repas d'épreuve dont on a titré la teneur en graisse et après coloration au carmin de la masse fécale, on note comme signes de l'insuffisance pancréatique, accessoirement :

1° La durée raccourcie de la traversée digestive;

2° L'augmentation de la quantité d'eau des fèces;

3° Leur réaction neutre en alcaline,

mais surtout :

4° La présence d'une grande quantité de graisses alimentaires non absorbées (plus des 2/3 d'après Gaultier) et principalement des graisses neutres qui ne sont pas dédoublées;

5° Tandis que les hydrates de carbone sont relativement bien utilisées;

6° Et que l'azote total est notablement augmenté.

La méthode de Gaultier, appliquée à l'étude des pancréatites chroniques, a permis d'établir le diagnostic dans les observations de Gosset (in Desjardins), Chauffard, Quénu et Duval.

Les *modifications de la sécrétion interne* se traduisent avant tout par un symptôme important, la *glycosurie*. Celle-ci est d'ailleurs inconstante au début de la sclérose. Il en est de même des autres signes du diabète, en particulier de la polyurie. Ces signes apparaissent tardivement et traduisent alors la lésion des îlots de Langerhans.

Cependant, d'après Mayo-Robson, l'épreuve de la glycosurie alimentaire serait un élément de diagnostic précoce, bien que l'imperméabilité rénale en rende parfois les résultats discutables.

Quant à la présence d'autres sucres dans les urines : maltosurie, pentasurie, c'est un signe exceptionnel.

L'examen des urines permet également de constater l'*excrétion excessive des sels de chaux*, en particulier des cristaux d'oxalate. Ce fait expliquerait la tendance aux hémorragies que l'on observe dans les pancréatites (Mayo-Robson).

Plus importante est l'*épreuve de Cammidge*, la réaction pancréatique, dont l'auteur a récemment modifié la technique.

Elle est basée sur ce fait que la graisse des pancréatiques se dissocie en acides gras et *quantité anormale de glycérine*.

Celle-ci, devenue glycérose sous l'action de l'acide chlorhydrique, donne combinée avec la phénylhydrasine de longs cristaux jaune clair, en gerbe de

cheveux ou en rosaces. Ces cristaux fondent lentement sous l'action de l'acide sulfurique.

Le travail de Cammidge repose sur 170 échantillons d'urines répondant à 111 lésions pancréatiques vérifiées par l'intervention.

Discutée par Ham et Cleland, la valeur de ces recherches est reconnue par Mayo-Robson.

4° Signes généraux. — Cependant l'état du malade s'est profondément altéré. L'*amaigrissement rapide* qui tient aux troubles gastriques et au défaut d'assimilation est signalé par la plupart des auteurs. Dieulafoy rapporte un cas où la perte de poids avait été de 15 kilos.

Le malade de Terrier maigrit de 8 kilos en un mois, celui de Chauffard de 36 kilos en dix mois. Mayo-Robson donne comme chiffres 19-25 kilos.

Ce signe a donc une grande valeur, et pour Chauffard ce serait l'un des meilleurs de la pancréatite chronique au cours de la cholélithiase.

La peau de plus en plus ictérique devient sèche, écailleuse. Tous les signes du syndrome de cachexie (Klippel) apparaissent, les forces déclinent, et peu à peu le malade tombe dans la torpeur.

Le *sang* présente une hypoglobulie plus ou moins prononcée.

Le taux de l'hémoglobine est notablement diminué. Parfois on note des poussées de leucocytose, mais celle-ci suit une courbe parallèle à la fièvre (Chauffard) et varie essentiellement suivant la cause.

Enfin, à la période terminale surviennent les *hémorragies* : les unes cutanées comme le purpura, les pétéchies ; les autres au niveau des muqueuses, ce sont les hématémèses signalées par Kehr, Terrier, et surtout les hémorragies intestinales sur lesquelles Tietze a particulièrement insisté.

Cette tendance aux hémorragies, véritable suintement rendant très difficiles les interventions pancréatiques, a été diversement interprétée.

Pour Grenet, elle résulterait de la diminution d'albumine du sang.

Pour Robson, de la diminution des sels de chaux. Ceux-ci, comme nous l'avons mentionné, se retrouvent dans les urines et le chlorure de calcium semble avoir sur l'hémorragie une influence appréciable.

V

Evolution. Terminaison. — Tels sont les signes communs des scléroses du pancréas ; deux phases peuvent être distinguées dans leur évolution.

Au début, la glande peu altérée ne présente point de troubles dans ses fonctions. Seule l'excrétion est gênée par compression fibreuse ; on note surtout l'ictère et la stéarrhée.

Plus tard, au contraire, les îlots de Langerhans sont envahis et détruits. Le malade émet des urines abondantes contenant du sucre et de l'albumine. L'amaigrissement s'accuse de plus en plus.

VI

Complications. — La mort survient par cachexie ou bien une complication entraîne la terminaison fatale.

En dehors des hémorragies, ce sont surtout les *infections des voies biliaires* et l'*ictère* grave. Exceptionnellement la pyléphlébite a été signalée.

Plus intéressantes sont les *infections pancréatiques aiguës*, évoluant sur une pancréatite chronique, et d'Ay insiste sur cette évolution en deux temps.

C'est tantôt une pancréatite hémorragique (Evans-Thayer), tantôt une pancréatite suppurée (Opie). Mayo-Robson relate la dégénérescence graisseuse.

Mais avant tout, il faut citer l'*apparition du cancer greffé* sur la sclérose ; elle entraîne ses différentes complications et, en particulier, la propagation hépatique.

D'autres fois, enfin, la mort résulte d'une *maladie intercurrente*, telle que la tuberculose pulmonaire.

VII

Formes. — Il semble inutile de multiplier les formes cliniques et de revenir sur celles qui peuvent marquer *le début* des scléroses du pancréas.

Mais au *point de vue symptomatique*, il est intéressant de noter comment la cirrhose d'un même organe peut réaliser deux types absolument opposés.

L'un avec son ictère intense, sa tumeur douloureuse, son amaigrissement rapide, caractérise la pancréatite chirurgicale.

L'autre, « pancréatite médicale, » est le diabète par hyperhépatie.

Sous ce dernier titre, Gilbert, Carnot et Lereboullet ont réuni la glycosurie abondante, continue même en dehors des périodes digestives ; l'azoturie fréquente ; le gros foie douloureux. Et ils ont montré les rapports de ce diabète avec les cirrhoses hypertrophiques pigmentaires ou alcooliques hypertrophiques.

D'après Hirschfeld, la fréquence des œdèmes sans lésions du cœur ou du rein, l'apparition du coma terminal, caractériseraient également le diabète pancréatique.

Entre ces deux variétés de pancréatites chroniques, il existe d'ailleurs, au point de vue clinique, toutes les formes intermédiaires, et l'on a signalé à la période terminale du diabète, l'apparition d'un ictère relevant d'une sclérose constatée à l'autopsie (2 cas de Teleky).

Quant aux formes étiologiques, seuls les antécédents et l'examen général du malade permettront de les différencier.

En présence d'un syndrome pancréatique, on recherchera les stigmates de la syphilis, les symptômes divers des tuberculoses pulmonaires ou séreuses et si ces causes peuvent être éliminées on songera à « l'auto-infection ».

Ainsi l'on pourra retrouver dans l'histoire du malade des crises d'appendicite ou d'entérite mucomembraneuse ou bien d'autres manifestations de la diathèse, depuis l'angine et la crise rhumatismale dont elle est le prodrome, jusqu'à la cholémie et les maladies de « la famille biliaire ».

VIII

Diagnostic. — « A l'inverse des pancréatites aiguës qui restent le plus souvent méconnues, les scléroses sont d'un diagnostic relativement facile et l'on re-

connaît sinon la pancréatite, du moins la lésion du pancréas » (Desjardins).

Cependant la symptomatologie est souvent incomplète ; les signes de compression peuvent faire défaut.

1° Il n'existe que des signes de cachexie et en particulier l'amaigrissement rapide. On songe alors à un *néoplasme*, surtout au cancer latent de l'estomac.

Mais la douleur et les signes d'insuffisance attireront parfois l'attention du côté du pancréas.

2° Ou bien, aux signes de cachexie s'ajoute la tumeur.

Le *cancer du rein* avec ses ganglions hypertrophiés aura des signes fonctionnels, s'accompagnera d'hématurie.

Les *tumeurs du côlon et de l'estomac* seront reconnues par la distension stomacale. Celle-ci fait disparaître la tumeur pancréatique, rend plus apparente la tumeur de l'estomac, ne modifie point celle du côlon.

En outre, ces deux dernières subissent quelques mouvements lors de la respiration, contrairement aux tumeurs du pancréas.

Les scléroses ont été également confondues avec un cancer entraînant de la *sténose pylorique*, car celle-ci peut être provoquée par la compression fibreuse pancréatique ; avec l'*invagination du côlon transverse* (Jaffa) exceptionnellement.

De même la *vésicule biliaire distendue* avec péricholécystite ; les brides fibreuses et les *collections liquides enkystées* que l'on observe dans les *péritonites tuberculeuses* ont fait méconnaître l'hyperplasie conjonctive de la glande pancréatique.

3° Mais d'ordinaire *c'est* l'ictère chronique intense qui attire immédiatement l'attention et le diagnostic de la sclérose doit être avant tout discuté avec celui :

De l'ictère catarrhal prolongé,
De la lithiase biliaire,
Du cancer du pancréas.

Nous éliminerons donc rapidement toutes les affections hépatiques qu'accompagne le plus souvent un ictère léger.

Les *cirrhoses éthyliques, syphilitiques et tuberculeuses*,

Le *foie cardiaque*,

Le *néoplasme secondaire* du foie.

Les antécédents, l'examen de l'organe, les troubles associés de la circulation porte et de la cellule hépatique permettent de les différencier.

Si l'ictère est très prononcé, avec coloration des matières, on songera aux *cirrhoses biliaires*, depuis la maladie d'Hanot et sa triade symptomatique, jusqu'aux variétés décrites par Gilbert et ses élèves, Fournier, Castaigne, Lereboullet.

Evoluant sur un terrain prédisposé, elles sont caractérisées par la durée même de leur évolution, entrecoupées de poussées aiguës d'angiocholite, auxquelles fait suite une aggravation des symptômes.

L'ictère intense s'accompagne-t-il de décoloration des matières, on est en droit de rejeter les causes exceptionnelles :

Malformations et rétrécissement congénital des voies biliaires,

Adénopathies et kystes hydatiques,

Tumeurs du voisinage,

Les *brides cicatricielles* consécutives aux périgastrites et à la péritonite tuberculeuse.

Car l'ictère très marqué, avec décoloration des matières, appartient surtout aux trois affections dont nous opposerons maintenant les caractères distinctifs aux symptômes de la pancréatite chronique.

L'*ictère catarrhal* prolongé est précédé par une phase gastro-intestinale : vomissements, diarrhée, un état fébrile avec herpès et épistaxis qu'accompagne la tuméfaction de la rate et du foie.

Au septième jour apparaît la teinte jaune des téguments, et celle-ci évolue par poussées, sans douleur ni cachexie. Rarement après le deuxième mois, les symptômes peuvent encore persister.

La *lithiase biliaire*, et plus spécialement la lithiase du cholédoque, a d'abord ses antécédents. C'est l'histoire antérieure de crampes d'estomac, survenues trois ou quatre heures après le repas, souvent réveillées chez la femme à l'occasion d'une grossesse ou de la menstruation. A la suite d'une crise douloureuse, l'ictère définitif est brusquement apparu. Cet ictère d'emblée très prononcé, mais atteignant rarement la teinte olivâtre des occlusions pancréatiques, subit des rémissions par intervalles. Les matières peuvent se recolorer, surtout dans les calculs à soupape (Osler), par filtration de la bile entre le calcul et la paroi du canal distendu.

Puis une poussée d'angiocholite survient et la rétention complète réapparaît avec les selles couleur mastic.

Le foie est douloureux, tuméfié, la vésicule atrophiée ne peut être perçue (Courvoisier, Terrier).

L'endolorissement hépatique est réveillé par la marche, l'ingestion des aliments et, parfois exagéré, il irradie vers l'omoplate dans le calcul vésiculaire ou plutôt entre les deux épaules, dans le calcul du cholédoque. Souvent lors des paroxysmes, il est accompagné de vomissements bilieux.

L'examen des matières fécales décolorées montre, d'après Gaultier, l'excrétion en excès d'un tiers des graisses du repas d'épreuve.

L'absence du sucre dans les urines doit être également mentionnée.

Enfin, à ces symptômes, viennent s'ajouter le syndrome fébrile, le plus souvent sous forme d'accès durant quelques heures, survenant périodiquement le soir avec leurs trois phases.

C'est la fièvre intermittente hépatique de Monneret et Charcot.

Une poussée de leucocytes polynucléaires coïncide avec l'élévation thermique, pour s'amender dans l'intervalle des crises.

La rate est souvent tuméfiée. En résumé :

Les antécédents,
Le siège de la douleur,
L'irrégularité de l'ictère dans son évolution,
L'examen des fèces,
Le syndrome fébrile,

sont autant de caractères qui différencient la lithiase biliaire de la pancréatite isolée.

Mais cette dernière est souvent associée à la cholélithiase et nous devons maintenant rechercher comment, au cours de l'angiocholite calculeuse, il est possible de reconnaître la sclérose du pancréas.

La douleur dans la zone pancréatico-duodénale est un signe inconstant.

Son irradiation vers l'épaule gauche aurait plus de valeur (Mayo-Robson), la fréquence des vomissements est signalée par Quénu et Duval.

L'ictère est plus prononcé dans la sclérose et sans être progressif, ni permanent, il subit des rémissions moins accusées.

La présence de la tumeur, bien qu'exceptionnelle, sera en faveur de la pancréatite, de même l'épreuve de Cammidge et la glycosurie; mais avant tout Chauffard insiste sur l'amaigrissement rapide et très prononcé, tandis qu'au point de vue chimique, l'énorme proportion des graisses neutres inutilisées constitue un deuxième signe positif des plus importants.

Reste à opposer l'une à l'autre la sclérose et le *cancer du pancréas*.

Ce dernier a pour symptômes « un ictère toujours progressif, avec dilatation toujours marquée de la vésicule, évoluant rapidement vers la cachexie en cinq ou six mois, sans modifications notables du côté du foie » (Bard et Pic).

D'autres caractères différentiels doivent être également signalés.

C'est d'abord l'âge du sujet, moins jeune dans le cancer, l'absence d'antécédents infectieux, la rareté des douleurs.

Enfin, tardivement les complications de métastase ganglionnaire et les propagations hépatiques ou péritonéales viendront s'ajouter aux signes précédents.

Ces différences ne sont point toujours nettement tranchées.

L'amaigrissement, le chimisme fécal sont des signes communs aux deux affections du pancréas.

Et parfois le cancer peut débuter chez un ancien lithiasique. Cela s'observe chez les femmes âgées dans le cancer des voies biliaires : après une phase calculeuse, le néoplasme évolue se propageant à la vésicule et à l'hépatique. Sa durée semble alors souvent prolongée.

Ou bien, le cancer se localise à l'ampoule de Vater et l'ictère observé comme premier symptôme est intermittent, à marche lente; les alternatives de diarrhée et de constipation sont assez fréquentes. Le melæna est un bon signe différentiel (Rendu).

Souvent, même après l'incision exploratrice, le diagnostic reste hésitant.

S'agit-il d'un calcul, d'une nodosité cancéreuse, d'une plaque de sclérose indurée?

Sclérose et calcul peuvent d'ailleurs coexister, et l'induration pancréatique une fois découverte, on méconnaît, si l'on ne poursuit l'examen, le calcul qui seul réalise l'occlusion du cholédoque (cas de Zeller, de Quénu et Duval).

IX

Pronostic. — Le diagnostic une fois posé, la recherche d'une notion étiologique n'a qu'une importance secondaire pour le pronostic.

Grave, dans le diabète pancréatique, qui peut-être bénéficie de l'opothérapie, plus rarement du traitement mercuriel, le pronostic est toujours réservé, dans les compressions qu'entraîne la sclérose.

L'obstacle une fois levé, il devient celui de l'infection du cholédoque concomitante.

Cependant après l'opération, on observe le plus souvent une amélioration rapide et persistante des symptômes; et ainsi s'est trouvé maintes fois rectifié en faveur de la pancréatite, le diagnostic de cancer que l'on avait d'abord porté.

BIBLIOGRAPHIE

D'Amato. *Riforma med.*, 1903. — Ancelet. *Etude sur les maladies du pancréas*, 1864. — Ansperger, in Quénu-Duval. — Arnozan. Article in *Dict. Dechambre*.

Barling. *Brit. med. Journ.*, 24 fév. 1905. — Birsch Hirschfeld. *Arch. der Heilk.*, 1875. — Bonamy. Th. de Paris, 1879.

Cammidge. *Lancet*, mars 1904; — *Brit. med. Journ.*, mai 1906. — Carnot. Thèse sur les *Pancréatites*, 1898. — Carnot et Amet. Soc. de biol., oct. 1905. — Charrin et Carnot. Infection pancréatique ascendante, Soc. de biol., 1894. — Charrin. Soc. de biol., juillet 1899. — Chauffard et Ravaut. Pancréas typhique, *Arch. de méd. expérim.*, 1901. — Chauffard. *Semaine méd.*, janv. 1906. — Curtis et Gellé. Soc. de biol., juillet 1905.

Daviau. *Symptômes des pancréatites chroniques*, Th. de Paris, 1906. — D'Ay. *Boston med. a. surg. Journ.*, v. 127, n° 24. — Deaver. *North. med. Soc. of Philadelphie*, janv. 1904. — Deguy. Revue, *Journ. des prat.*, sept. 1898. — Dieckhoff. Leipzig 1895. — Desjardins. Th. de Paris, 1905.

Evans. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1904.

Finney. *Medical chronicle*, juin 1903. — Français. *Lithiase du cholédoque*, Th. de Paris, 1906. — Friedreich. *Maladies du pancréas*, *Ziemssen's Handb. der spec. Path.*, 1878.

Garnier. Soc. anat., nov. 1903. — Gaultier (René). *Coprologie clinique*, Th. de Paris, 1905 et 1906. — Gellé. *Lésions du pancréas dans le diabète*, Th. de Lille, 1905. — Gilbert et Dominici. Soc. de biol., 1894. — Gilbert et Fournier. Soc. de biol., 1896-1897. — Gilbert et Lereboullet. Diathèse auto-infection, Soc. de biol., 1903; — *Presse méd.*, 1904 et 1905; — *Revue de méd.*, nov. 1906. — Gilbert et Weil. *Arch. méd. expérim.*, 1902. — Grenet. Th. de Paris, 1905. — Guillain. *Revue de méd.*, 1900. — Guillain et Gérard. Soc. de biol., juin 1900.

Ham et Cleland. *Lancet*, mai 1904. — Hirschfeld. Soc. de méd. de Berlin, nov. 1905. — Hoppe Seyler. *Deuts. arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 1-2.

Jaboulay. *Lyon méd.*, 1898.

Kehr. *Beit. zur banch. Chir.*, Berlin, Fischer's med. Verlag, 1901 et 1902. — Klippel. Pancréas infectieux, *Arch. gén. de méd.*, 1897; — Revue générale, *Arch. gén. de méd.*, 1899. — Klippel et Lefas. Pancréas et cirrhoses, *Revue de méd.*, 1903. — Körte. 1) Congrès allemand de chirurgie, 1894; — 2) 68e réunion nat. allemande, Francfort, sept. 1897; — 3) Zur Chirurgie Pancreas, *Centralbl. f. Chir.*, 1896; — 4) Chirurg. Krankh. des Pancreas, in *Deuts. Chir.*, Stuttgart 1898; — 5) In *Hand. der prakt. Chir. der Mikulicz*, Bd. IV, Stuttgart 1903; — 6) *Chirurgie des voies biliaires et du foie*, Berlin, Hirschwald, 1905.

Laguesse. *Anatomie Poirier*. — Lancereaux. *Traité des maladies du foie et du pancréas*, 1899. — Lefas. *Arch. gén. de méd.*, 1899 et 1900; — Soc. anat., 1903; — *Revue de méd.*, 1903. — Lejars. Congrès de chirurgie de Paris, 1905. — Lemoine et Lannois. *Arch. de méd. expérim.*, 1891. — Lépine. *Lyon méd.*, 1903.

Mayo-Robson. Rapport du congrès international de méde-

cine de Paris, 1900; — *Brit. med. Assoc.*, Swansea, juillet 1903; — *Lancet*, août 1903, mars et avril, 1904; — *Canad. med assoc.*, Vancouver, août 1904; — *Edinburgh med. Journ.*, déc. 1905. — MAYO-ROBSON et DOBSON. *Maladies de la vésicule et des voies biliaires*, Londres 1904. — MAYO ROBSON et MOYNIHAN. *Maladies du pancréas et traitement*, Londres 1903. — MOLLARET (Thoinot, Delamarre). *Ilots de Langerhaus et diabète*, Th. de Paris, 1904. — MOYNIHAN. *Lancet*, juin 1903; — *Edinb. med. Journ.*, mai 1906.

NIMIER. Lithiase pancréatique, *Revue de méd.*, 1894.

OPIE. *Amer. journ. of the med. Sc.*, mai 1902; — *Maladies du pancréas*, Philadelphie 1903. — OSER. *Nothnagel's spec. Path. u. Therap.*, Vienne 1898. — OSLER. *Lancet*, mars 1897. — OWERS. *Brit. med. Journ.*, 1902.

QUÉNU. Soc. de chir., 1905 et 1906. — QUÉNU et DUVAL. Pancréatites et lithiase biliaire, *Revue de chir.*, oct. 1905.

RIEDEL. *Berl. klin. Woch.*, 1896; — *Pathogénie, diagnostic et traitement de la cholélithiase*, Iéna 1903.

SCHLESSINGER. *Virch. Arch.*, déc. 1898; — Indication des interventions chirurgicales, traduit par Sabrazès, Paris 1905. — SEGOND. Soc. de chir., fév. 1906. — SENDLER. *Deuts. Zeit. f. Chir.*, 1896-1897. — SIMONIN. Soc. méd. des hôpit., juillet 1903. — SSOBOLEW. *Virch. Arch.*, 1904. — STEINHAUS. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, déc. 1902.

TERRIER. *Revue de chir.*, 1893; — In thèse de Desjardins, 1905; — Soc. de chir., 7 fév. 1906. — THIROLOIX. *Bull. de la Soc. anat.*, 1891; — *Journ. de méd. interne*, 1898. — THOINOT et DELAMARRE. Soc. méd. des hôpit., avril 1904. — TIETZE. Assoc. silésienne, 1904.

VILLAR. Rapport du Congrès de chirurgie de Paris, 1905.

WOROBJEW, in Quénu-Duval.

ZELLER. *Berl. klin. Woch.*, 1902.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 24 AVRIL 1907)

Chirurgie artérielle. — M. DELBET ayant à traiter un malade atteint d'anévrisme du creux poplité en fit la résection et se proposait ensuite d'anastomoser avec les deux bouts de l'artère, un bout d'artère fémorale pris sur un membre qu'on venait d'amputer. En raison de l'état scléreux des artères du malade, cette anastomose ne put être effectuée, les fils coupant chaque fois l'artère. M. Delbet n'eut plus que la ressource de ligature de la fémorale. Il résulte de cette intéressante observation que dans cette question de greffe et de suture des artères il ne faudrait pas conclure des expériences sur les animaux à une application toujours facile et pratique chez l'homme. Il y a lieu, dans l'espèce, de tenir grand compte de l'état des artères du sujet sur lequel on opère, état qui peut rendre impossible toute chirurgie artérielle.

M. TUFFIER a fait une tentative du même genre chez un malade atteint de gangrène du pied. Il a cherché, dans ce cas, à remplir une indication d'anastomose artério-veineuse. Il s'agissait d'un homme de soixante ans qui était atteint d'un sphacèle progressif du pied. M. Tuffier fit une anastomose latérale entre l'artère et la veine, au niveau du triangle de Scarpa, après avoir lié le bout supérieur de la veine. Malgré cette intervention le malade succomba et à l'autopsie on vit que l'anastomose établie par M. Tuffier se trouvait bouchée par un caillot qui était remonté par la veine.

M. RICARD fait observer avec juste raison que rien ne prouve qu'une circulation, en sens inverse, se soit établie par la veine, et ait poussé le sang à travers les capillaires. Le sang, introduit dans la veine, dans le sens rétrograde, a dû fuir par les nombreuses anastomoses inter-veineuses. Le fait que le sang venait par le bout périphérique de l'artère ne prouve rien. Chacun de nous sait que le bout périphérique d'une artère sectionnée saigne toujours.

Hernies propéritonéales. — M. QUÉNU, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Schwartz, rapporte deux cas de hernies propéritonéales étranglées qui se sont terminées par la guérison. La première a été présentée à la Société de chirurgie en 1886 et a été l'objet d'un rapport de M. Berger.

La seconde observation a trait à un malade de cinquante ans qui présentait de l'occlusion intestinale avec douleur au niveau du bord externe du muscle droit de l'abdomen. M. Quénu porta le diagnostic de hernie propéritonéale. Il fit la laparotomie médiane, débrida l'étranglement, attira l'anse étranglée et constata qu'à 7 ou 8 centimètres au-dessus de cette anse existait une autre anse de même forme, de même volume mais de consistance et de coloration normales. Il fit la résection des deux anses et une anastomose latéro-latérale. La guérison fut parfaite.

Tétanos céphalique. — Nous revenons à la discussion sur le tétanos céphalique soulevée par la communication de M. Guinard. M. POTHERAT rapporte deux cas de tétanos céphalique dont l'un date d'une époque bien antérieure à la découverte du sérum antitétanique et qui, tous deux, ont très bien guéri sous l'influence de l'isolement et du chloral à hautes doses. On peut donc se demander quelle a pu être, dans le cas de M. Guinard, la valeur thérapeutique des injections intra-rachidiennes de sérum antitétanique. Nous savons tous, dit M. Potherat, qu'en présence d'un tétanos généralisé confirmé, toute thérapeutique reste impuissante. Mais nous savons aussi que le tétanos céphalique est relativement bénin. On a souvent obtenu la guérison de ce tétanos par le simple isolement et le chloral à hautes doses.

Quelle valeur faut-il attribuer à l'emploi de l'antitoxine préventive? A entendre MM. Bazy et Demoulin, ils n'auraient plus jamais observé de cas de tétanos, dans leurs services, depuis qu'ils y ont recours. Mais M. Ricard a succédé à M. Bazy, à Bicêtre; il n'a pas eu recours à ces injections préventives et il n'a pas observé non plus de cas de tétanos. M. Reynier a, d'autre part, rapporté des faits où le tétanos s'est développé chez des malades qui avaient reçu ces injections préventives. M. Potherat fait justement observer que depuis qu'on traite aseptiquement les plaies, on observe généralement moins de cas de tétanos. Il insiste, avec raison, sur l'importance de cette désinfection des plaies. Le fait qu'on n'observe pas le tétanos à la suite des injections préventives d'antitoxine n'implique donc pas d'une façon absolue que l'absence de tétanos doive être attribué à ces injections. Enfin nous possédons un médicament dont l'action est extrêmement efficace contre le tétanos, c'est le chloral. Mais il ne faut pas craindre d'atteindre de très hautes doses, 15, 20 et même 30 grammes par jour au besoin. Sans condamner d'une façon absolue les injections préventives de sérum antitétanique M. Potherat pense qu'il ne faudrait pas trop compter sur elles.

M. WALTHER a observé un cas de tétanos grave qui semble avoir guéri sous l'influence des injections intra-rachidiennes de sérum antitétanique. Mais comme, en raison de la contracture des muscles lombaires, il fallait recourir chaque jour à

la chloroformisation pour faire ces injections, M. Walther se demande si le chloroforme, dans ce cas, n'a pas aussi contribué à la guérison. On a aussi donné le chloral. Quelle part revient à ces divers moyens? C'est bien difficile à établir. Quant aux injections préventives, M. Walther est resté huit ans à Saint-Antoine sans en faire, et il n'a pas eu de cas de tétanos.

M. Delbet étudie la question dans tous ses détails; il fait d'abord observer que le tétanos céphalique est généralement d'une assez grande bénignité. Il étudie ensuite, à l'aide de statistiques empruntées surtout à M. Bertillon, la valeur des injections de sérum antitétanique. Chose curieuse : d'après ces statistiques, il semblerait que la mortalité par le tétanos serait devenue plus élevée à partir de l'année où on a commencé à recourir à ces injections d'antitoxine tétanique. Tandis par exemple, que de 1886 à 1890 il y a eu 135 cas de mort par tétanos; de 1896 à 1901 il y en a eu 176. Mais il ne faudrait pas trop se hâter de conclure d'après ces chiffres que la sérothérapie antitétanique ait été la cause de l'augmentation de la mortalité par tétanos. Il faut tenir compte d'autres éléments, par exemple de l'augmentation de la population.

Il ne faudrait donc pas conclure que la sérothérapie serait plus dangereuse qu'utile. Ce n'est pas l'opinion de M. Delbet qui se montre partisan de l'emploi des injections préventives. Il fait remarquer que sur 7 cas de tétanos observés, à la suite de ces injections 5 ont guéri, ce qui représente une proportion considérable de guérisons. Mais il pense que ces injections doivent être renouvelées tous les dix jours jusqu'à cicatrisation complète de la plaie.

Anastomose des deux uretères dans l'intestin. — M. Delbet présente une malade chez laquelle, pour des raisons multiples mal déterminées, il a dû aboucher les deux uretères dans l'intestin, le droit dans le cæcum, le gauche dans l'S iliaque.

ANALYSES

MEDECINE

La pneumonie par contusion. (M. Litten. *Deuts. med. Wochens.*, 28 mars 1907, n° 13, p. 499.) — Litten, se fondant sur des observations personnelles et sur des observations empruntées à d'autres auteurs fait une étude d'ensemble de ce qu'il appelle la pneumonie par contusion, distincte de la pneumonie traumatique, consécutive à la pénétration de corps étrangers dans le poumon par effraction du thorax.

La pneumonie par contusion est, comme son nom l'indique consécutive aux contusions thoraciques, mais aussi, assez fréquemment elle succède à un effort violent pour soulever un objet pesant.

Consécutive à une contusion directe, elle ne s'accompagne pas toujours de symptômes de traumatisme appréciables à la vue, plaies ou ecchymoses, et elle ne répond pas toujours comme localisation au point d'application de l'agent contondant.

Quand elle est consécutive à un effort, cet effort s'est accompagné d'une douleur brusque et angoissante en un point de la poitrine.

Litten pense que dans un cas comme dans l'autre il s'est produit vraisemblablement une déchirure du poumon, d'autant plus que souvent il survient à ce moment des hémoptysies et des phénomènes syncopaux.

Le laps de temps après lequel les signes de pneumonie apparaissent, a une importance capitale pour le diagnostic : en général le frisson initial survient au bout d'un jour ou deux, après le traumatisme dans quelques cas il s'est montré au bout de dix heures. Quelquefois enfin son apparition est plus tardive et il peut être difficile d'affirmer que la pneumonie est réellement la conséquence du traumatisme. Au point de vue clinique on constate en général les symptômes et l'évolution ordinaires de la pneumonie franche; seulement l'expectoration est souvent sanglante. L'examen bactériologique des crachats montre la présence de pneumoques, de pneumobacilles ou de streptocoques. La mortalité, dans la pneumonie par contusion, varie suivant les statistiques de 7 p. 100 (statistique de M. Litten) à 60 p. 100 (statistique de Paterson).

La question du diagnostic exact et de la nature réelle de la pneumonie par contusion soulève dans le domaine de la médecine des accidents du travail des discussions intéressantes.

C'est précisément dans cet ordre d'idées que Litten s'est placé dans la rédaction de son travail et les points litigieux y sont minutieusement étudiés. A. Lemierre.

La mort subite chez l'enfant. (Brelet. Th. de Paris, 1907; J. Rousset, édit.) — L'enfant n'échappe pour ainsi dire à aucune des causes de mort subite habituelles chez l'adulte et le vieillard, et, chez lui, la mort subite peut être consécutive à la rupture d'un anévrisme de l'aorte, à une hémorragie cérébrale, ou encore être le fait de l'urémie ou du diabète. Mais le plus souvent, l'enfant est exposé à des causes de mort subite qui lui sont spéciales : c'est, dans les premières heures ou dans les premiers jours qui suivent la naissance, l'hémorragie méningée, l'hémorragie surrénale; c'est, dans les premiers mois, l'hypertrophie du thymus, la syphilis héréditaire; c'est, dans la seconde enfance, la convalescence de la diphtérie. L'état lymphatique de Paltauf aurait, d'après la plupart des auteurs allemands, une grande importance dans la pathogénie de la mort subite; il serait constant dans les morts dites par hypertrophie du thymus, très fréquent chez les enfants qui meurent subitement au cours de l'eczéma, de la diphtérie. L'état lymphatique constituerait donc une véritable prédisposition à la mort subite; il pourrait être dans certains cas familial. Malheureusement, de l'état lymphatique, nous ne connaissons d'une façon précise que les caractères anatomiques; et ceux-ci se trouvent chez beaucoup de jeunes enfants : rachitiques, scrofuleux, syphilitiques héréditaires. La mort subite paraît particulièrement fréquente chez tous ces enfants, quelques-uns déjà héréditairement tarés, les autres soumis à une alimentation défectueuse, plus ou moins intoxiqués par un mauvais état du tube digestif; leur système nerveux, devenu plus irritable, réagit sous forme de convulsions et de spasme de la glotte.

Les faits rassemblés par M. Brelet présentent un grand intérêt. En ce qui concerne le pronostic, ils permettent au praticien de savoir quelles sont les maladies qui exposent le plus l'enfant à la mort subite, et de connaître la fréquence de cette terminaison dans l'hypertrophie du thymus, dans la diphtérie, dans la syphilis héréditaire.

La médecine légale bénéficie de ces données. La tâche du médecin légiste, appelé à faire l'autopsie d'un enfant mort subitement, peut être en effet délicate. S'il trouve une lésion qui lui paraisse suffisante pour expliquer la mort, ou s'il peut donner la preuve que l'enfant a succombé à la suite de violences ou d'empoisonnement, le rapport médico-légal est facile à établir. Mais il peut arriver aussi qu'une autopsie complète ne permette pas de reconnaître une cause de

mort naturelle; ce qui est important alors, c'est de prouver que la mort a été cependant naturelle et par conséquent de pouvoir éliminer les violences, l'empoisonnement. L'essentiel est alors de pouvoir affirmer qu'il n'y a pas eu acte criminel : cette affirmation suffit à la justice; elle doit donc suffire au médecin légiste.

Par ces quelques considérations, il est aisé de se rendre conpte de l'importance du sujet traité par M. Brelet. Aussi sa monographie consciencieuse sera-t-elle lue avec plaisir par toux ceux qui s'occupent de pédiatrie ou de médecine légale.

L. BABONNEIX.

Endocardite rhumatismale. (CADILHAC et ROGER. Soc. des sc. méd. de Montpellier, 22 mars 1907.) — MM. Cadilhac et Roger ont observé deux cas d'*endocardite infectieuse rhumatismale* qui ont été l'un et l'autre des surprises d'autopsie, ne s'étant manifestés durant la vie par aucun signe physique.

Le premier cas concerne une femme de trente ans qui entra dans le coma avec dyspnée et température de 38°5. Le lendemain, la perte de connaissance moins complète permit de constater de l'aphasie avec légère parésie du membre inférieur droit. Au thorax quelques phénomènes congestifs de la base gauche; rien au cœur.

Météorisme, pas de taches rosées, raie méningitique.

L'*autopsie* montra sur la valvule mitrale épaissie, nacrée, scléreuse, la présence de cinq foyers d'endocardite végétante, et des infarctus de la rate, du rein et des artères cérébrales, déterminées par de nombreuses embolies fibrineuses.

Le deuxième cas concerne un homme de vingt-neuf ans chez lequel les symptômes observés avaient permis de poser le diagnostic de dothiénentérie chez un homme porteur d'une lésion mitrale ancienne et qui mourut, avec un violent point de côté gauche, mais sans localisation nette à l'auscultation.

L'*autopsie* révéla les lésions d'une endocardite aiguë ulcéreuse à volumineux amas cocciques ayant déterminé des infarctus multiples d'origine microbienne dans les poumons, la rate, le rein gauche.

Les auteurs font suivre leurs observations de considérations intéressantes au point de vue clinique, anatomique et pathogénique.

L. GAYARD.

La suppression totale de l'alcool dans les maladies cardio-vasculaires. (*Riforma med.*, 1906, n° 48.) — S'appuyant sur une statistique personnelle de soixante cas, le professeur F. GALLI (de Rome) nie qu'il soit dangereux de supprimer subitement et absolument l'alcool aux cardiaques alcooliques lorsque leur lésion n'est plus compensée. D'après les expériences auxquelles il s'est livré, il affirme que l'alcool dilate le cœur et abaisse la pression sanguine vasculaire.

Etudiant ensuite l'action thérapeutique de l'alcool dans la pneumonie, le professeur Galli estime que son administration est sinon nuisible au moins inutile. Il expose qu'au cours des dix dernières années les paralysies cardiaques ont augmenté dans une proportion vraiment effrayante chez les malades; il faut s'en prendre aux progrès de l'alcoolisme. Dans ce but il propose de classer à l'hôpital les malades en deux groupes, alcooliques et non alcooliques.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

MEDECINE MENTALE

Délire mégalomaniaque associé à une folie raisonnante de persécutions, délire des persécutés-persécuteurs, dégénérés. (JACQUEMET et EUZIÈRES. Soc. des sc. méd. de Montpellier, 8 mars 1907.) — Le sujet qui fait l'objet de cette observation est un héréditaire; il présente des *stigmates physiques de la dégénérescence,* il en montre aussi des *tares intellectuelles et morales.* Sur ce fonds est venu se greffer il y a quelques années une *idée fixe systématisée de persécutions*; le malade s'imagine qu'il a été frustré par son tuteur et agit dès lors en persécuté actif : il porte plainte au commissaire de police, prend conseil de divers avoués et avocats, adresse des suppliques au procureur général, au ministre de la Justice, au président de la République; n'obtenant pas de réponses, il fait feu à plusieurs reprises sur les juges du tribunal de B... pour attirer par une intervention bruyante, mais inoffensive, l'attention sur sa personne et hâter la solution de ses affaires. A l'asile, le délire évolue par simple extension de l'idée-mère, sans hallucination. Un nouvel acte grave est commis sur la personne du médecin en chef, M. le professeur Mairet.

Trois ans après l'internement, apparition subite d'une véritable *mégalomanie à direction religieuse* qui prend corps et se systématise : il se dit en communication avec la divinité et arrive même à être Dieu. Il parle, pense et agit comme tel. Ce changement de la personnalité persiste durant deux ans et demi, puis cesse brusquement.

Le délire mégalomaniaque a évolué à côté du délire raisonnant de persécutions sans le modifier, sans se mêler à lui. Les auteurs font remarquer l'indépendance relative des deux ordres des conceptions délirantes dans ce cas et sont amenés à penser que l'idée de grandeurs a bien pu être la manifestation d'un délire épisodique de dégénéré, d'une bouffée délirante à forme spéciale et prolongée.

L. GAYARD.

CHIRURGIE

Cancer du corps utérin au début. (GUÉRIN-VALMALE. Soc. des sc. méd. de Montpellier, 22 mars 1907.) — M. Guérin-Valmale a présenté à la Société un utérus extrait par M. le professeur Estor chez une vieille demoiselle de soixante-cinq ans, vierge, ménopausée depuis dix ans et qui n'avait jamais souffert du ventre; elle n'avait pour tout symptôme qu'un écoulement continu de sang rutilant et sans odeur depuis cinq mois. Le toucher avait montré un col petit, fendu transversalement, lisse, régulier et de consistance normale. Le ballottement vaginal permettait de sentir un utérus trop lourd. Les culs-de-sac étaient libres.

Le diagnostic de cancer du corps utérin est porté et l'hystérectomie abdominale pratiquée.

La pièce anatomique présentée est cet utérus fendu suivant un de ses bords. Le fond est occupé par une masse bourgeonnante du volume d'une noix, qui mord sur la face postérieure et un bord, mais reste cantonnée à la partie supérieure de l'organe et ne dépasse pas les premières couches musculaires sous-jacentes à la muqueuse.

La partie inférieure du corps et le col sont absolument indemnes. Extérieurement, l'organe qui a le volume d'un utérus gravide d'un mois est lisse, régulier, et n'offre qu'une teinte légèrement congestionnée.

Cette pièce typique de cancer du corps utérin pourrait servir de pièce de démonstration.

L. GAYARD.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17.

N° 50. — MARDI 30 AVRIL 1907. 80e ANNÉE. MARDI 30 AVRIL 1907. — N° 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HOPITAUX. — ADMISSIBILITÉ. *Epreuve clinique.* — Séance du 27 avril. — MM. Grenet, Hallé et Leven, 20.

Séance du 29 avril. — MM. Camus et Nathan-Larrier, 20.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Lecture des copies.* — Séance du 27 avril. — MM. Alglave et Chifoliau, 25; Kendirdjy, 24.

La prochaine séance aura lieu le mardi 30 avril, à quatre heures et demie, à la Charité, amphithéâtre Velpeau.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Un concours pour deux places de premier et deuxième élève interne, à l'hôpital Saint-Jean, sera ouvert le 10 juillet 1907. Ne seront admis à concourir que les élèves en médecine ayant au moins douze inscriptions.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 6 juillet inclusivement, à l'hôtel Dalléas, rue Bouffart, n° 39, division de la police municipal, 4e bureau.

Les élèves nommés entrereront en fonctions le 1er novembre 1907. Ils recevront un traitement annuel : le premier élève, de 300 francs plus 720 francs pour indemmité de nourriture, avec logement, éclairage etchauffage; le second de 250 francs avec la même indemnité et les autres avantages en nature.

La durée du service sera de deux ans.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Darroze (de Pontoux-sur-l'Adour) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE, fondée en 1883 par Orfila, en faveur des membres malheureux de la profession médicale, a tenu, hier dimanche, sa 74e assemblée annuelle, sous la présidence de M. Fernet.

Le secrétaire général, M. le docteur Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 71 412 francs dont 15590 fournis par les cotisations, 2315 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'Association a secouru sept sociétaires, soixante-deux veuves ou familles de sociétaires, enfin quarante-six autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, trois pensions viagères de 1 200 francs chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 51 650 francs. Une somme de 13 990 francs a été versée au fonds de réserve.

A la fin de la séance ont eu lieu les élections du bureau pour le prochain exercice; ont été réélus : président, M. F. Guyon; vice-présidents, MM. Fernet et Nélaton.

LA SOIRÉE DE LA SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT AU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Le samedi 4 mai, à neuf heures du soir, aura lieu, dans les salons du ministère de l'Intérieur, la soirée organisée par la Société de l'Internat. Voici le programme qui sera illustré par Barrère :

PREMIÈRE PARTIE. — *Cinématographe.* — *Impromptu* composé par M. le docteur Fauquez. — *Pour la soirée du 4 mai,* dialogue lyrique composé par M. le docteur J.-L. Faure. — *Harpe,* par Mlle Laskine, premier prix de harpe au Conservatoire. — *Chansons,* dites par M. Ch. Lamy, du Palais-Royal. — *Danses anciennes,* par Mlle Léa Piron, de l'Opéra. — *Pierrot neurasthénique,* pantomime-ballet de MM. Horace Blanchon et Michel Carré, musique de Raoul Brunel, dansée par Mlles Sandrini et Delsau, de l'Opéra.

DEUXIÈME PARTIE. — *Chants,* par Mme Félia Litvinne, de l'Opéra. — *Trois chœurs,* par les chœurs du Conservatoire, sous la direction de M. Busser, chef d'orchestre à l'Opéra. — *Chansons,* par M. Dominique Bonnaud, dans son répertoire. — *Danses espagnoles,* par Mmes Lolita et Esmeralda. — *Chansons,* par M. Polin, dans son répertoire. — *Le Petit Hôtel,* comédie en un acte, de MM. H. Meilhac et L. Halévy, jouée par MM. G. Baillet, Brunot, Paul Numa, de la Comédie-Française; Saillard, du Gymnase, et Mlle Vernières, du Vaudeville.

On trouve des billets chez MM. Verchère, 101, rue du Bac; Maurice de Fleury, 39, boulevard Haussmann; Castex, 30, avenue de Messine; Luys, 20, rue de Grenelle; Le Fur, 103, rue de la Boëtie; F. Trémolières, 15, rue Drouot; au *Figaro,* 26, rue Drouot; chez MM. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain; Boulangé, libraire, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

SUR LA
SUPPURATION DES FIBROMES DE L'UTÉRUS

Par MM. Jacques DELAGE et E. GAUJOUX.

Nous venons d'avoir l'occasion d'observer en peu de temps deux cas de fibromes de l'utérus suppurés, pour lesquels une intervention hâtive a donné deux guérisons.

La rareté extrême de cette complication d'une part, et les quelques caractères particuliers que nous avons été à même de constater chez nos malades nous paraissent mériter de retenir l'attention. La suppuration des fibromes est en effet difficile à dépister : insidieuse elle se présente sous de multiples formes, abandonnée à elle-même, elle n'a aucune tendance à la guérison; elle amène au contraire la mort dans des proportions de 50 à 60 p. 100; le pronostic opératoire lui-même se trouve par elle singulièrement assombri, toutes choses qui font qu'après avoir rapporté nos deux observations, nous tâcherons d'en déduire quelques enseignements.

Nous n'aurons d'ailleurs en vue que les cas où la suppuration de la tumeur est primitive.

Observation I. — G. T..., âgée de trente-huit ans, venant de la Lozère, entre le 16 septembre 1906 dans le service de M. le professeur Tedenat, suppléé par M. le professeur agrégé Soubeyran, salle Paulet, n° 16.

Antécédents. — Toujours bien réglée depuis l'âge de treize ans, elle s'est mariée à vingt ans.

Trois grossesses normales à terme; enfants bien portants. Jamais de pertes blanches. Dès après son dernier accouchement, il y a deux ans, cette femme a remarqué que son ventre conservait un volume anormal, puis grossissait tout en devenant plus dur. Elle n'a pas vu de médecin, mais elle s'est décidée à en voir un, quand, à la suite d'un gros refroidissement, il y a un an, elle a constaté un accroissement subit du volume de son ventre.

Le médecin appelé, constatant une certaine quantité d'ascite, a fait peu de temps après une première ponction et aurait retiré une dizaine de litres de liquide, que la malade dit être jaune clair. D'abord soulagée, un mois après l'ascite s'était reformée et gênait de nouveau la malade. En un an on a pratiqué cinq ponctions évacuant chaque fois une quantité d'environ dix litres de liquide, toujours avec les mêmes caractères.

Les règles sont demeurées normales, durant de trois à quatre jours et de moyenne abondance. Dans les derniers mois la malade a constaté qu'elle urinait plus souvent et moins abondamment, et qu'elle était extrêmement constipée; son appétit est très diminué, elle perd ses forces et maigrit.

Localement elle se plaint de douleurs spontanées dans le petit bassin, avec irradiation vers les reins et les cuisses, augmentées par la marche et la fatigue, peu calmées par le repos. Par le palper combiné au toucher vaginal on constate l'existence d'une volumineuse tumeur qui occupe tout le petit bassin, le col de l'utérus est remonté et suit les mouvements imprimés au corps de l'utérus; les culs-de-sac sont libres. Tout l'abdomen est déformé par une volumineuse tumeur qui le remplit transversalement, et en haut remonte jusqu'à mi-distance de l'ombilic et de l'appendice scaphoïde, indolore à la pression, légèrement mobilisable, et que l'on sent parfaitement fixée en bas dans le petit bassin, mais mobile transversalement et comme flottante dans une quantité assez considérable d'ascite non enkystée, avec sensation de flot très nette. La tumeur se déplace d'elle-même suivant les positions diverses que prend la malade; lorsqu'elle est couchée, elle tombe en arrière et se trouve recouverte d'une couche de liquide; quand elle se tient debout, elle vient appuyer plus directement sur la paroi abdominale.

Malgré les faibles hémorragies on porte le diagnostic de fibrome de l'utérus enclavé dans le petit bassin coexistant avec un kyste de l'ovaire végétant, à cause de la présence d'ascite, et surtout de la consistance de la tumeur abdominale trop ferme pour laisser penser à un simple kyste.

La malade amenée d'urgence de la Lozère par le docteur Rouvière, chef des travaux anatomiques à la Faculté, que l'on a fait appeler, est dans un état de faiblesse extrême, on décide d'intervenir immédiatement et la malade est opérée le lendemain de son entrée.

Opération le 18 septembre par M. Soubeyran, assisté du docteur Delage et de M. Gaujoux, interne.

Anesthésie au chloroforme avec l'appareil de Soubeyran. Laparotomie médiane sous-ombilicale. A peine le péritoine est-il ouvert, il s'échappe un flot de liquide ascitique (quinze litres). Tout l'abdomen et le petit bassin sont débarrassés, à l'aide de compresses montées, de ce liquide, puis l'incision abdominale est prolongée jusqu'à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic pour mieux explorer la tumeur abdominale. La malade est en position déclive absolue, on tente en vain de relever l'épiploon après l'avoir décollé de la tumeur à la partie supérieure de laquelle il adhère intimement, et l'on est obligé de placer à ce niveau des ligatures sur une dizaine d'énormes vaisseaux veineux dilatés du volume du petit doigt, puis de sectionner l'épiploon, après avoir placé un certain nombre de ligatures en chaîne, sur toute l'étendue de son adhérence à la tumeur. Cette tumeur libre d'adhérences sur tout le reste de sa surface peut alors être soulevée, attirée hors de l'abdomen elle est soutenue par un aide, et l'on constate alors qu'elle présente à sa partie inférieure un pédicule gros comme le poignet, très dur, qui vient s'implanter sur une tumeur sous-jacente qui n'est autre que l'utérus. Ce pédicule est sectionné, la tumeur supérieure enlevée, et dans le petit bassin apparaît le dôme de l'utérus gros comme une tête d'enfant enclavé dans le petit bassin avec la tranche de section du pédicule. On pratique une hystérectomie subtotale par le procédé américain; drainage vaginal, péritonisation soignée. Suture de la paroi abdominale à trois étages.

Suites opératoires. — Normales, pas de fièvre, ablation du drain vaginal au quatrième jour. La malade sort guérie le 20 octobre.

Examen de la pièce. — La tumeur abdominale et l'utérus pèsent ensemble 9k500. L'utérus lui-même est un volumineux utérus fibromateux typique. Quant à la tumeur abdominale qui lui était rattachée, énorme, de forme globuleuse, sa surface est irrégulière, présente quelques saillies assez volumineuses formées par d'énormes noyaux très durs. La consistance de la tumeur est uniformément dure et résistante, sauf à sa face postérieure où se trouve une partie molle et dépressible, large d'environ quinze centimètres. Une incision pratiquée à ce niveau permet d'évacuer environ deux litres de liquide purulent, jaune brun, d'odeur extrêmement fétide, contenu dans une vaste poche à parois anfractueuses, blanchâtres. En plus de cette poche principale, il existe deux autres poches du volume d'un œuf, avec un contenu identique, que l'examen a montré être du pus mélangé avec du sang.

La tumeur dans toutes ses autres parties présente à la coupe la texture ordinaire des fibromes, avec des noyaux fibromateux en tourbillons formant en certains points les noyaux saillants visibles à la périphérfe. En somme, c'est un volumineux fibrome pédiculé à développement abdominal,

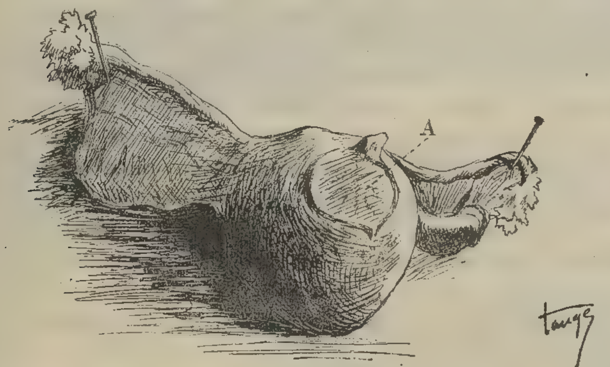


Fig. 1. — *Utérus fibromateux et les annexes.* — A. Surface de section du pédicule reliant l'utérus à la tumeur développée dans l'abdomen.



Fig. 2. — *Tumeur fibreuse abdominale reliée à l'utérus par un pédicule.* — Vue par sa partie supérieure.

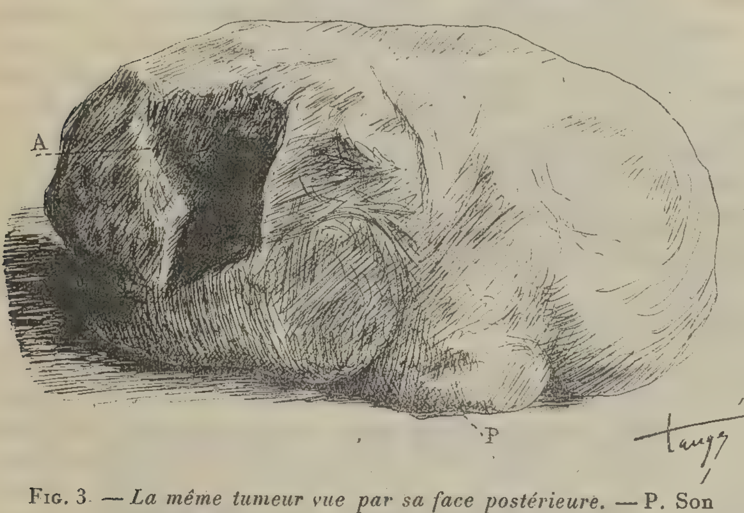


Fig. 3 — *La même tumeur vue par sa face postérieure.* — P. Son pédicule sectionné; A. Poche suppurée ouverte.

ayant subi en trois points une dégénérescence par suppuration.

L'on n'a pas pu trouver d'espèce bactérienne bien définie dans le pus.

Obs. II. — S. C..., trente ans, domiciliée à Cette, entre à la villa Fournier le 15 février 1906, dans le service de M. le professeur Tédenat.

Premières règles à quatorze ans, toujours très abondantes, avançant toujours de huit à dix jours. Ni grossesse, ni fausse couche. Elle a déjà été opérée d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit il y a trois ans. Depuis six mois elle est très effrayée par de très abondantes pertes rouges, coïncidant avec une augmentation très notable de son ventre, survenant sans cause appréciable et insensiblement; ses forces déclinent rapidement et son amaigrissement est continu. La malade a déjà eu, surtout à l'époque de ses règles, des crises douloureuses très violentes. Peu d'appétit, pas de troubles digestifs du côté de l'estomac, mais constipation opiniâtre.

Il y a dix jours, crise de douleurs intenses dans tout le petit bassin, vomissements. Il y a deux jours seulement avant son entrée que ces phénomènes ont disparu.

Etat de la malade à son entrée. — Ventre ballonné et tendu; pas d'éventration de la cicatrice de la première intervention. La voussure de l'abdomen est plus marquée à gauche. La palpation permet de sentir une volumineuse tumeur, peu mobile, qui remonte au niveau de l'ombilic, très nettement mate; pas d'ascite. Par le toucher on sent un col mou, repoussé contre la symphyse, et dans le cul-de-sac postérieur une tumeur dure et rénitente. On porte le diagnostic de fibrome de l'utérus et peut-être de sarcome de l'ovaire. L'état général de la malade est critique, on la remonte pendant quelques jours avant de l'opérer, par des lavements de sérum strychniné.

Opération, le 25 février, par M. le professeur Tédenat. Anesthésie avec le mélange d'éther et de chloroforme. Incision au niveau de l'ancienne cicatrice. On trouve à l'ouverture de l'abdomen de nombreuses adhérences fibreuses et membraneuses, surtout à gauche de la ligne médiane. A ce niveau l'S iliaque est adhérent à la tumeur elle-même bombée et fluctuante, que l'on tente en vain de libérer. Une ponction faite avec un gros trocart ramène environ deux litres de pus, mais la tumeur ne se laisse pas mieux attirer après cette ponction. On pratique alors une longue incision à travers les plans superficiels du fibrome, qui est d'une dureté ligneuse, que le bistouri entame difficilement; on arrive ainsi avec peine et incomplètement à trouver un plan de clivage, et par décortication et morcellement on enlève alors péniblement de gros blocs fibromateux du poids total de 3 500 grammes. L'adhérence très intime de la tumeur à l'S iliaque oblige à laisser une partie de la coque fibromateuse pour éviter de léser l'intestin ou les vaisseaux du méso. Il est impossible de reconnaître la cavité utérine, mais on croit bien enlever en partie l'utérus fibromateux, quand on extirpe, après avoir essayé de la décoller, une masse polylobulaire du volume des deux poings, située en avant de la tumeur déjà enlevée et accolée au péritoine vésical.

La poche fibromateuse étant ainsi décortiquée et l'utérus partiellement enlevé, on capitonne les quelques débris restant et l'on marsupialise en laissant deux drains et une mèche de gaze. Suture de la paroi.

Suites opératoires. — 28 février. Température du matin : 38 degrés. Premier pansement. Lavage au lysol de la poche drainée. Température du soir : 39 degrés; pouls : 140.

1er mars. La température a baissé. Pansement, lavage à

l'eau oxygénée, on retire quelques lambeaux sphacélés de la profondeur.

3 mars. Le pansement est souillé par quelques matières fécales, donc fistule secondaire de l'intestin.

Peu à peu, à la suite de pansements réguliers, l'état s'améliore, la suppuration diminue, il ne s'élimine plus de lambeaux sphacélés; la fistule stercorale donne de moins en moins, et le 25 avril la malade sort n'ayant plus qu'une fistulette à moitié chemin de l'ombilic au pubis, suppurant encore un peu. Un stylet prudemment conduit ne peut pénétrer profondément, mais les injections modificatrices pénétrant encore bien, prouvent que le trajet suppurant est encore ouvert dans la profondeur.

Revue le 5 octobre, la malade qui a repris ses occupations, est en très bon état. Sa fistule est fermée, sa paroi souple. Par la palpation combinée au toucher on ne sent ni empâtement profond, ni masses fibreuses; les culs-de-sac sont souples et libres.

Les cas de suppuration primitive des fibromes sont rares; c'est une complication peu fréquente, puisque Piquand, dans son remarquable et tout récent ouvrage sur les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus (1905), estime qu'on ne la rencontre pas dans plus de 1 à 2 p. 100 des fibromes, et que Guéry, dans sa thèse n'en a pu réunir que quarante-sept observations, où la suppuration est primitive et bien distincte des phénomènes de gangrène ou de sphacèle.

Nos deux observations nous semblent intéressantes notamment au point de vue de l'étiologie et de l'évolution des fibromyomes suppurés.

Dans les deux cas nous constatons d'abord que nos malades étaient dans la seconde période de leur vie génitale, à cette époque où les causes d'infection sont les plus fréquentes, dit Piquand, mais aucune de ces deux opérées ne présentait d'infection génitale proprement dite; chez la première, la grossesse semble avoir été la cause vraie, et la seconde était une nullipare; toutes deux ont vu suppurer un fibrome jeune, dès les premières années de leur évolution (deux ans, six mois).

Les causes de la suppuration des myomes peuvent se diviser en deux groupes, disposantes et déterminantes.

Des premières très nombreuses et très variées, les plus considérables sont celles qui sont susceptibles d'amener des troubles de la nutrition de la tumeur. Nous ne pouvons en trouver de meilleur exemple que notre première observation, typique à ce point de vue, où il y a coexistence de deux tumeurs. L'une est formée par l'utérus lui-même, et l'autre une tumeur environ trois fois plus considérable, formée par un volumineux fibrome, mais pédiculé et ne recevant de nutrition que par un pédicule et par des vaisseaux qui l'unissent à ceux de l'épiploon par des adhérences. Or, le fibrome utérin proprement dit, mieux nourri, ne dégénère pas, et quand l'infection se produit elle vient frapper la tumeur la plus volumineuse, et fait capital, la moins bien nourrie, de vascularisation plus précaire.

On a souvent accusé la grossesse de favoriser cette complication.

Guéry la retrouve en cause dans vingt et une de ses observations; et l'observation de Gatti, où l'hystérectomie faite trente-deux jours après l'accouchement, montra un utérus fibromateux suppuré, est un exemple cité par tous ceux qui se sont occupés de la question. Or, dans notre deuxième observation, la femme n'avait jamais eu d'enfant, et pour la première malade ce n'est pas la grossesse, mais l'accouchement que nous aurions tendance à accuser. La grossesse ramollit les fibromes, favorise leur altération et les troubles de vascularisation, c'est un fait indiscutable, mais c'est au moment de l'accouchement surtout qu'une infection même légère peut atteindre le myome, pour peu qu'il soit mal irrigué; insuffisamment nourri, il sera un lieu d'élection pour le développement de la suppuration; nul mieux qu'un fibrome pédiculé ne se trouvera en meilleure condition, témoin notre premier cas.

Ceci nous amène à considérer les causes déterminantes de la suppuration des myomes. Pour qu'il y ait suppuration, il faut qu'il y ait infection, et alors d'où vient cette infection? Guéry d'abord, puis Piquand ont longuement exposé cette question.

Claisse a voulu soutenir que le fibrome se développe sous l'action d'agents infectieux à virulence atténuée qui localiseraient d'abord au niveau des vaisseaux de l'utérus leur action inflammatoire, et par suite on pourrait penser que si ce microbisme latent vient à subir une poussée, ou si les conditions de vitalité des tissus sont modifiées, la suppuration pourra se produire. Il est plus probable que les agents infectieux qui sont à l'origine de la dégénérescence suppurative, sont toujours amenés de l'extérieur et deux voies s'offrent à eux, la voie vagino-utérine et la voie extra-utérine.

Dans le cas de suppuration d'un fibrome pédiculé analogue à notre premier cas, la théorie séduisante au premier abord de Claisse pourrait être invoquée, mais nous pensons plutôt qu'ici la suppuration a été provoquée non pas même par des agents infectieux introduits lors du dernier accouchement, mais bien lors des ponctions.

En effet après son dernier accouchement seulement, cette femme constate l'apparition de sa tumeur abdominale qui progresse, mais de manière inégale pour chacune des deux parties qui la composent en réalité.

D'une part la tumeur fibromateuse utérine proprement dite, bien nourrie se développe normalement, c'est-à-dire sans troubles autres que ceux d'un peu de compression du rectum et de la vessie, d'autre part la tumeur pédiculée contracte des adhérences avec l'épiploon et en gêne la circulation, d'où production d'ascite, ascite qui prend rapidement une importance de premier ordre dans la marche de l'affection et nécessite six ponctions en un an. Or, nous pensons qu'il est fort logique d'admettre que dans ce cas la porte d'entrée de l'infection, c'est la ponction, et ce cas serait à rapprocher de ceux de Péan et de Fraser où le doute n'était point permis.

Guéry tend à admettre de préférence que l'infection de l'utérus fibromateux est une infection surajoutée, apportée au fibrome soit par les vaisseaux

sanguins, soit plutôt par les vaisseaux lymphatiques. Il reconnaît d'ailleurs que ce n'est là qu'une hypothèse, et qu'il ne saurait la baser sur aucun fait précis. Picquand a apporté plusieurs observations qui montrent d'une façon très nette cette infection de voisinage, et c'est celle que nous admettons pour expliquer l'infection du fibrome de la malade de notre deuxième observation. Chez elle pas de grossesse, pas d'avortement, pas de pertes blanches, donc impossibilité absolue d'incriminer la voie vagino-utérine. Mais elle avait été opérée peu auparavant d'un kyste dermoïde suppuré de l'ovaire; de plus à l'opération on constate une adhérence si intime avec l'intestin que la tumeur semble faire corps avec lui. Or, ici l'on peut admettre soit le réveil de quelques micro-organismes demeurés à l'état latent depuis la première intervention, soit plus plausiblement encore une infection due à ses connexions intimes avec l'intestin.

Au point de vue anatomo-pathologique, nos deux observations sont des exemples typiques des cas où la suppuration débute par la périphérie, atteignant non pas le myome lui-même, mais le tissu fibro-musculaire qui entoure la tumeur à la manière d'une capsule. Dans notre première observation il y a même une particularité que nous n'avons pas vue signalée dans les observations publiées, c'est la présence de trois poches purulentes nettement distinctes, ne communiquant pas entre elles.

La poche la plus considérable faisait déjà une saillie appréciable, et logiquement l'on peut admettre que sans l'intervention son évolution normale l'aurait amenée à la rupture de la paroi de la tumeur en ce point, avec toutes ses dangereuses conséquences.

L'évolution des tumeurs fibromateuses suppurées de l'utérus présente en effet un certain intérêt, à cause des phénomènes précoces qui se manifestent, souvent dès les premières années où la tumeur s'accroît, alors qu'en dehors de toute complication, cet accroissement se fait sans retentissement sur l'état général. Ces symptômes généraux sont surtout la fièvre, l'amaigrissement rapide. Dans nos deux cas cet amaigrissement rapide, cette altération précoce et frappante de l'état général étaient très marqués; par contre la fièvre n'existait pas, ou du moins n'existait pas lorsque les malades furent présentées à notre examen; ce qui ne veut pas dire qu'elle n'ait pas existé quand la suppuration avait débuté, et évolué jusqu'au jour où elle rendait une intervention nécessaire.

D'ailleurs suivant Piquand cette fièvre des fibromes suppurés serait le plus souvent une fièvre modérée et d'allures régulières.

Dans nos observations les altérations de l'état général, perte de l'appétit, amaigrissement. en somme une marche rapide vers une cachexie telle que dans les deux cas on avait pu penser à une tumeur maligne à évolution rapide, furent des motifs suffisants pour décider à une intervention immédiate. Que fût-il advenu si cette intervention avait été différée? Pour les cas où le fibrome utérin suppuré est en rapport avec l'intestin comme dans notre cas II, on peut espérer que l'ouverture se fera dans ce segment du tube digestif; on a encore noté l'ouverture possible et favorable dans le vagin; mais la rupture de la poche suppurée eût été autrement fatale pour notre première malade. Ici le fibrome était mobile, il n'avait contracté d'adhérences qu'avec l'épiploon, il flottait en quelque sorte à la manière d'un ballon, retenu par son pédicule dans une quantité considérable de liquide ascitique. La rupture de l'une des trois poches devait fatalement amener une péritonite mortelle. Cette ouverture de la poche dans la cavité abdomino-pelvienne a été relevée quatorze fois par Piquand, mais dans tous ces cas des adhérences préalables avaient canalisé le pus vers la paroi abdominale ou un organe voisin : vessie ou rectum.

C'est en pleine cavité abdominale que l'ouverture se fût produite chez notre opérée, l'ascite s'opposant à toute formation d'adhérences.

Le diagnostic de la suppuration des myomes est d'une difficulté réelle et bien souvent si l'on peut y penser on n'a guère d'éléments de certitude, et la seule conclusion thérapeutique que l'on puisse tirer de l'étude de ces cas est une conclusion d'ordre général : la nécessité de toujours intervenir aussi rapidement que possible lorsqu'un fibrome évolue d'une façon anormale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 26 avril 1907)

Deux observations de sporotrichose. — M. Monier-Vinard présente deux malades atteints de sporotrichose observés dans le service de M. Gaucher qui élèvent à huit le nombre des cas de cette affection publiés depuis la première observation de MM. de Beurmann et Ramond. Le premier malade a des lésions gommeuses hypodermiques disséminées, que l'iodure de potassium a rapidement améliorées. Le second, en plus de déterminations cutanées dermiques et hypodermiques, a des lésions épidermiques dues à l'auto-inoculation de la surface tégumentaire. Chez ce sujet, qui est en même temps tuberculeux, l'expectoration, outre des bacilles de Koch, contient du sporotrichum comme l'ont montré les cultures pratiquées sur les milieux de Sabouraud. Comme chez le précédent la médication iodurée a amené une amélioration rapide.

Phlegmon apoplectique de la langue chez un cardiaque. — M. L. Galliard. Un homme de cinquante-deux ans, soigné à Lariboisière, en février 1905, pour une insuffisance mitrale et parvenu, après plusieurs accès d'asystolie, à la cachexie cardiaque, offre d'abord des signes de rétrécissement laryngé, puis, le 7 mars, sans cause connue, il accuse une douleur très vive à la langue, tandis que sa température s'élève à 39°2 le soir. Le lendemain, la langue est rouge, luisante, très douloureuse, mais peu tuméfiée. Température, 37°2 et 37°8. Haleine fétide.

Le troisième jour, 37°2 et 39 degrés. La langue tuméfiée remplit toute la cavité buccale; salivation abondante, douleurs vives. Pas d'œdème du plancher de la bouche. Le quatrième jour, 39°5 et 39 degrés. On pratique une incision à la partie

inférieure, près du frein, mais sans obtenir de pus. Cependant le malade est soulagé et, le lendemain, la température s'abaisse à 38°2. La tuméfaction linguale ne diminue guère. Le malade a une salivation sale, sanguinolente, un peu fétide. La glossite s'étant accompagnée d'une recrudescence de l'asystolie, il succombe le huitième jour.

A l'autopsie, la langue, très volumineuse, ne présente ni foyer de ramollissement ni abcès. Elle offre, au contraire, plusieurs noyaux compacts, rougeâtres, manifestement apoplectiques. L'examen histologique montre que ces noyaux, dus à des ruptures vasculaires, siègent surtout dans le tissu adipeux de la langue, tandis que la charpente musculaire semble avoir résisté à l'hémorragie. Mais les fibres musculaires sont envahies et dissociées, sur un grand nombre de points, par des éléments inflammatoires qui s'infiltrent aussi dans le tissu conjonctif et autour des vaisseaux de façon à constituer, çà et là, de véritables abcès histologiques. D'ailleurs, cette glossite apoplectique n'a pas atteint la muqueuse, dont le chorion est à peine altéré et dont l'épithélium se montre partout respecté.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1907)

Influence de la dyscrasie acide provoquée sur l'oxydation du soufre. — Pour M. DESGREZ et Mlle GUENDE, l'ingestion quotidienne prolongée d'un acide minéral, chlorhydrique ou phosphorique, à petites doses non toxiques, augmente, chez le cobaye, la proportion du soufre peroxydé. Il paraît s'agir, dans ce cas, d'un accroissement de l'oxydation vraie du soufre plutôt que de la mise en liberté d'une plus grande quantité d'acide sulfurique, par processus hydrolytique, s'exerçant sur l'albumine. On constate, en effet, que l'ingestion de soufre engagé à l'état neutre $[S-S]^{II}$ dans une molécule organique telle que la dithiolactate de soude, donne lieu à une augmentation du soufre total éliminé, mais avec prépondérance du soufre peroxydé chez les animaux en état de dyscrasie chlorhydrique. On sait que l'on peut obtenir, grâce à la dyscrasie acide artificielle, une sorte de reconstitution synthétique des modifications des échanges nutritifs qui caractérisent l'arthritisme. Il est remarquable que, dans la dyscrasie provoquée, l'élaboration du soufre se modifie en sens inverse des autres processus.

La folie « maladie » et la folie « infirmité ». — Pour M. L. MARCHAND, il existe des lésions cérébrales dans les cas aigus d'aliénation mentale; celles-ci sont diffuses et portent sur les cellules cérébrales seules ou sur les méninges et les cellules cérébrales à la fois. Ces cas guérissent souvent quand ils sont traités au début même des accidents. Dans un certain nombre de cas, les lésions passent à l'état chronique; elles peuvent même ne plus progresser; le cerveau n'en reste pas moins faussé. Les aliénés qui sont atteints de telles lésions sont devenus plutôt des infirmes du cerveau que des malades. Enfin, il existe parmi les aliénés des sujets qui ne présentent aucune lésion cérébrale, mais qui ont toujours été des anormaux; chez eux le cerveau s'est développé d'une façon vicieuse; ces sujets sont nés infirmes du cerveau.

Vaccination antirabique par voie rectale. — L'administration des sérums thérapeutiques par voie rectale revient souvent en discussion. Tout récemment, MM. Hoffa et Monod tombaient d'accord pour dire que ce procédé constituait le meilleur mode d'administration du sérum antituberculeux de Marmorek. Pour M. REMLINGER, il est facile d'immuniser le lapin contre la rage en lui injectant dans le rectum une émulsion de virus fixe. Les animaux qui ont reçu la valeur de cinq à six cerveaux sont revaccinés contre l'épreuve sévère de l'inoculation intra-oculaire. Si le virus fixe est avalé par l'animal, au lieu de lui être donné en lavements, il ne confère par contre aucune immunité.

Sécrétion de l'hypophyse et ses vaisseaux évacuateurs. — M. THAON a étudié sur des hypophyses d'homme, de mouton et de chien, par quelles voies cette glande évacue les produits de sa sécrétion. Envisage-t-on la colloïde, qui est la plus abondante des matières sécrétées, on la trouve entre des cellules et au centre des travées épithéliales, le long des minces lames connectives de soutien, dans les vésicules et dans les capillaires sanguins.

Par les colorations spéciales habituelles, on n'arrive pas à mettre en évidence un réseau lymphatique dans l'hypophyse : la colloïde parfois clive les espaces connectifs ou remplit les capillaires sanguins au point de laisser croire à des lymphatiques; mais des examens minutieux empêchent cette erreur.

L'hypophyse s'évacue donc directement dans le sang, grâce à un réseau vasculaire d'une richesse extrême qui draine les produits sécrétés par la glande. De plus la cellule hypophysaire, qui souvent s'insère sur la paroi même du capillaire, lui livre immédiatement une partie des matériaux élaborés. On trouve ainsi dans la lumière des capillaires sanguins des masses plus ou moins volumineuses de colloïde ; on en trouve parfois même dans les veinules émergeant à la périphérie de l'organe. Tout ceci s'applique également aux graisses sécrétées par l'hypophyse. Quant au lobe postérieur de la glande, il est peu vascularisé; on n'y trouve pas de lymphatiques.

Comparaison de l'influence des abcès provoqués et de l'intoxication mercurielle sur l'albuminurie. — D'après M. FEUILLÉE, les injections quotidiennes d'une quantité suffisante de sublimé provoquent les premiers jours de l'albuminurie.

A partir du septième jour environ, on ne trouve plus trace d'albumine dans l'urine, malgré la production d'une néphrite parfois énorme.

Au point de vue de l'albuminurie les injections de sublimé ont donc produit le même effet qu'une série d'abcès provoqués.

Dans les deux cas, la rénovation leucocytaire sanguine explique la cessation de l'albuminurie par la suppression des formes leucocytaires dégénérées qui produisaient l'albuminurie urinaire.

L'examen des leucocytes du sang peut donc faire prévoir l'apparition ou la disparition de certaines albuminuries.

Les opsonines des sérums neufs. — La thèse soutenue par MM. LEVADITI et INMANN, à savoir que les opsonines des sérums normaux (Wright et Douglas) sont identiques aux compléments, est confirmée par leurs recherches sur l'humeur aqueuse, les liquides d'œdème expérimental et les extraits leucocytaires. Il ressort en effet de ces recherches, que le pouvoir complémentaire et la force opsonique de ces liquides varient parallèlement. Une humeur aqueuse de lapin, dépourvue de cytase bactériolytique, se montre également inactive au point de vue opsonique et il en est de même des liquides de transsudation. L'opsonine est donc identique au complément. Or, comme ce dernier ne circule pas à l'état de liberté dans le plasma, étant renfermé dans les globules blancs, il résulte que ses propriétés opsonisantes ne sauraient

jouer un rôle actif dans le processus défensif de l'immunité naturelle.

Intestin thyroïdien et ion-calcium. — MM. Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Sabbatani a montré que l'ion-calcium possédait une fonction biologique modératrice. Les sels de calcium diminuent la contractilité et l'irritabilité musculaires.

Inversement, il résulte des travaux de Loëb, de Mac Callum que tous les sels de sodium décalcifiants produisent l'hyperexcitabilité de tout le système neuro-musculaire, y compris celui de l'intestin.

En faisant l'application de ces données à la constipation et à la diarrhée thyroïdienne, on peut considérer la constipation liée à la dépression neuro-musculaire comme due à une concentration protoplasmique de l'ion-calcium ; la diarrhée comme due à une diminution de la concentration.

Cette conception se rattache à une série d'autres notions touchant la fonction calcifiante du corps thyroïde, à propos du squelette, des fractures, de la coagulabilité du sang, et à l'application thérapeutique du calcium dans certains paroxysmes : urticaire, etc.

Les auteurs étendent par l'influence du métabolisme du calcium la même fonction du corps thyroïde aux troubles de neurasthénie et de nervosisme. Ils supposent une association des troubles hépato-thyroïdiens pour expliquer certains syndromes d'hypo, hyper ou de dyscalcification.

Le chlorure de calcium dans la pneumonie. — Depuis la communication de M. L. Brunlow, divers auteurs ont préconisé le chlorure de calcium dans le traitement de la pneumonie. M. Netter, qui a systématiquement donné cette substance à tous les pneumoniques dont le cœur paraissait faible, déclara en avoir retiré les meilleurs résultats.

Ligature du tronc cœliaque et de l'artère mésentérique. — D'après MM. Doyon et Cl. Gautier, la ligature du tronc cœliaque et de l'artère mésentérique supérieure pratiquée après l'ablation de l'intestin détermine des convulsions et une diminution sensible de la teneur du sang en fibrine.

Passage des poussières insolubles à travers la muqueuse intestinale. — Pour MM. Küss et Lobstein, les anthracoses *mésentériques* peuvent apparaître dans les conditions étiologiques des pneumokonioses professionnelles, mais l'*ingestion* du noir de fumée ne détermine pas d'anthracose pulmonaire.

Autres communications :

Bacille neigeux. — M. Jungano.

Sur les protéinuries thermo-solubles (réaction de Bence-Jones). — MM. Ville et Denieu.

Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires. Faible vitalité des scolex. Défécation des membranes parasitaires. Énorme éosinophilie sanguine. Éosinophilie d'un ganglion du hile du foie. — MM. Sabrazès et Muratet.

Conditions anatomo-physiologiques qui permettent aux deux courants du tronc porte de conserver leur individualité. — M. Sérégé.

Note générale sur les prises de vues instantanées microphotographiques avec l'arc voltaïque. — M. Fr. Franck.

Étude expérimentale sur la valeur alimentaire des poudres de viande. — M. Lassablière.

Un monstre humain acardiaque d'un type douteux. — MM. Trillat et Janicot.

Mesure de l'anaphylaxie par la dose émétisante. — M. Ch. Richet.

Sur les rapports entre sensibilisatrice hémophylique et précipitinogène. — M. Boleslas Zebrowski.

Etat des leucocytes en présence des bacilles encapsulés du charbon. — M. Stiennon.

Modifications de la teneur du sérum en alexine chez les animaux thyroïdectomisés. — Mlle Fassin.

Mécanisme de l'action diurétique des sucres. — M. Arrous.

Sur la caractérisation de l'acétone. — MM. Porcher et Hervieux.

Doit-on considérer comme deux espèces la grande et la petite variété de la douve de Chine? — MM. Verdun et Bruyant.

Les théories récentes de l'excitation électrique. — M. Lapicque.

Examen clinique de la salive des syphilitiques. — M. Follet.

Propriétés colloïdales de la toxine tétanique. — Mlle Cernovodeanu et M. V. Henri.

Action des hémolysines sur le parenchyme hépatique. — M. Fiessinger.

Analyse chimique du cerveau de paralytique général saturnin. — MM. Marie et Regnier.

ANALYSES

MEDECINE

Sur le diagnostic de l'abcès du foie. (Edgar Axisa. *Centrabl. f. innere Med.*, 30 mars 1907, n° 13, p. 322.) — Axisa qui a observé à Alexandrie de nombreux abcès du foie, insiste sur les difficultés du diagnostic de cette affection en dehors des cas où elle se montre, succédant nettement à une attaque de dysenterie avec les symptômes classiques généraux et locaux, notamment avec la tuméfaction du foie. Trop souvent le diagnostic est fait trop tardivement; quand la tuméfaction du foie apparaît il existe déjà des symptômes de septicémie qui rendent illusoire l'intervention chirurgicale ; ou bien la mort survient, sans qu'aucune tuméfaction du foie se soit montrée, soit par infection, soit par rupture de l'abcès dans les bronches ou dans l'intestin; ou bien la présence d'un épanchement pleural masque la véritable maladie.

L'absence de signes physiques nets conduit souvent le chirurgien à pratiquer des ponctions exploratrices. Axisa condamne cette manière d'agir; il a pu voir que les ponctions exploratrices ne sont pas toujours inoffensives. Elles peuvent être suivies d'hémorragies et de plus des ponctions répétées, comme on est souvent obligé d'en faire en pareil cas peuvent contaminer le péritoine. Axisa et Legrand ont noté que le pus des grands abcès dysentériques, que l'on considère en général comme stérile, contient au contraire fréquemment des microbes anaérobies.

Axisa préfère donc à la ponction l'exploration directe du foie à ciel ouvert suivant le procédé opératoire de Pétridis. Mais avant de soumettre le malade à une semblable intervention, il faut avoir des raisons sérieuses de soupçonner un abcès du foie. L'auteur indique un certain nombre de recherches qui permettent de serrer de plus près le diagnostic et qui, suivant leurs résultats font pencher ou non la balance en faveur de l'intervention.

L'examen du sang lui a montré dans les cas d'abcès du foie une hyperleucocytose constante, et dans 80 p. 100 des cas cette leucocytose oscille de 16000 à 45000 leucocytes par millimètre cube. C'est là un signe qui, isolé, n'a pas une valeur absolue, mais qui, coïncidant avec une tuméfaction du foie, est un indice précieux, car il n'existe pas dans les autres

affections hépatiques de leucocytose durable dépassant 18 000.

L'exploration des fonctions hépatiques est une source de renseignements importants. L'examen des urines montre dans l'élimination des matériaux azotés des particularités en rapport avec un trouble profond de l'activité hépatique et bien différente de ce qu'on observe dans les maladies infectieuses ordinaires.

Le chiffre de l'azote total excrété se règle assez exactement sur la quantité des matières albuminoïdes ingérées.

Par contre le chiffre de l'urée est toujours abaissé, si bien que dans vingt observations rapportées, cette substance ne constituait que de 46 à 70 p. 100 de l'azote total; et le chiffre de l'ammoniaque urinaire s'est toujours montré très élevé; l'ammoniaque constituait de 14 à 24 p. 100 de l'azote total.

Une dernière recherche est importante : c'est celle de la lévulosurie alimentaire, celle-ci ne se montre très minime d'ailleurs, que chez 10 p. 100 au plus des individus normaux, et encore faut-il leur faire ingérer au moins 100 grammes de lévulose. Chez les sujets atteints d'abcès du foie, l'ingestion de 30 à 40 grammes de lévulose suffit pour déterminer une lévulosurie abondante.

L'existence d'une hyperleucocytose, de troubles particuliers de l'excrétion azotée, de lévulosurie alimentaire, tout cela constitue un ensemble de symptômes précieux particulièrement quand la maladie s'accuse seulement par des symptômes fébriles. Ces symptômes apparaissent d'une façon précoce; ils doivent être recherchés à plusieurs reprises et leur constance est un élément de diagnostic important en faveur d'une intervention opératoire. A. LEMIERRE.

Un cas de tétanos traité par les injections intra-durales de sulfate de magnésie. (Margan FRANKE. *Centralbl. f. innere Med.*, 6 avril 1907, n° 14, p. 345.) — Meltzer a démontré (*Berl. klin. Wochens.*, 1906, n° 3) que les sels de magnésium exercent une action inhibitrice sur l'activité de la substance nerveuse, si bien que l'injection intradurale chez le singe d'une solution de sulfate de magnésie à la dose de 6 centigrammes de sel par kilogramme d'animal produit tout d'abord une anesthésie puis une paralysie de la partie inférieure du corps, qui gagne bientôt la partie supérieure. L'anesthésie survient trois ou quatre heures après l'ingestion. Les seuls accidents observés ont été de la rétention d'urine et parfois de la dyspnée, disparaissant après quelques manœuvres de respiration artificielle.

Franke a appliqué cette méthode au traitement d'un cas de tétanos survenu douze jours après une piqûre du doigt. Neuf jours après le début de la maladie, alors que les contractures étaient en voie de progression, on pratiqua une injection intradurale de 1 centimètre cube de solution à 25 p. 100 de sulfate de magnésie. A la suite de cette injection, pendant seize heures les crises de contracture disparurent et les contractures permanentes s'atténuèrent.

Ces symptômes reparurent ensuite. Cinq jours et neuf jours plus tard, on fit une deuxième et une troisième injection, cette fois de 2 centimètres cubes de la solution.

Après la deuxième injection, pendant trente heures les crises de contracture et les contractures permanentes disparurent pour reparaître ensuite, mais très atténuées. Après la troisième injection nouvelle disparition des symptômes, puis réapparition seulement de raideurs musculaires durables, mais à peine marquées, sans crises de contractures appréciables.

Le bien-être général fut dès lors définitif et la guérison survint.

Le seul inconvénient noté fut une dyspnée légère qui suivit la deuxième injection et disparut sans aucun traitement.

Franke ne considère les injections intradurales de sulfate de magnésie que comme un traitement symptomatique qui n'exclut pas les autres points du traitement du tétanos et notamment le traitement de la plaie tétanigène.

A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

Plaies par coup de feu de la moelle épinière. Plaidoyer en faveur de la myélorraphie précoce; relation d'un cas de blessure par balle du foie et de la colonne vertébrale, laparotomie, laminectomie, guérison. (Iwing S. HAYNES. *New-York med. Journ.*, vol. LXXXIV, n°s 12 et 13, 22 et 29 sept. 1906, p. 583-591 et 629-636.) — La mortalité très élevée de ces blessures s'abaisse aujourd'hui avec la méthode antiseptique; mais elle reste encore considérable. L'avènement de la chirurgie interventionniste, laminectomie, nettoyage du foyer, etc., a beaucoup abaissé la mortalité, mais en face d'une blessure sectionnant la moelle, la plupart des chirurgiens préconisent encore l'abstention, et on condamne le malade à traîner simplement pendant quelques mois une vie d'infirme complet. Haynes déclare que *tous* ceux qui survivent au choc initial doivent être opérés. Il y a plusieurs indications de laminectomie sur lesquelles tout le monde est d'accord. Extraire la balle, les esquilles, les particules de vêtements, les caillots, arrêter l'hémorragie, permettre à l'œdème traumatique de s'évacuer, faire disparaître la compression et l'infection, combattre une paralysie. Il y en a une sur laquelle tous ne sont pas d'accord, à savoir la suture d'une moelle sectionnée. C'est sur les indications de ce dernier point que l'auteur insiste vigoureusement. Il relate les cas heureux qui justifient une suture. Bien sûr, il ne s'agit pas de disparition totale de toute paralysie; mais enfin n'est-ce rien que de rendre à un malade les sensations de vacuité du rectum et de la vessie et un peu de contrôle sur les sphincters ? Evidemment il y a une longue rééducation à faire et souvent la mort surviendra du fait d'une maladie intercurrente chez des malades peu résistants. Mais enfin la clinique montre des améliorations; et, anatomiquement la suture de la moelle est possible, quoi qu'on en ait dit, même lorsqu'il y a perte de substance de 15 à 20 millimètres. Les expériences cadavériques de Haynes mettent le fait hors de doute, 18 millimètres de perte de substance dans la région dorsale et 12 millimètres à la région cervicale sont compatibles avec une bonne coaptation pourvu que l'on place la tête et le tronc en extension complète. Il faut aussi sectionner au moins deux paires de dents du ligament dentelé à leur point d'insertion sur la dure-mère. La meilleure façon de passer les sutures est : une antéropostérieure à travers le centre de la moelle, et deux transversales, l'une près de la surface ventrale, l'autre près de la surface dorsale. La suture à travers la pie-mère ne tient pas si l'on ne prend pas de substance nerveuse avec, et ainsi tombe sa seule supériorité prétendue, à savoir qu'elle ne détruit pas de tissu nerveux. La réunion de la moelle — question de régénération mise à part — est bien connue. La régénération des fibres nerveuses existe; elle est prouvée expérimentalement et cliniquement. Naturellement, il faut longtemps pour rétablir la continuité des fibres, et les malades meurent le plus souvent avant; mais l'autopsie montre néanmoins un processus régénérateur qui eût pu être complet, s'il avait eu le temps. Il faut donc opérer *toujours* et *le plus tôt possible*; après l'opération, les malades seront maintenus trois

semaines dans un plâtre en extension complète; puis on commencera leur éducation. Il faut continuer le traitement *jusqu'à ce que le malade soit mort ou qu'il soit capable de prendre soin de lui-même.* Haynes relate deux cas personnels. Dans celui auquel le titre de l'article fait allusion, la balle avait traversé le foie, passé dans l'épaisseur d'un disque intervertébral et traversé la moelle par le milieu. L'enfant guérit après deux interventions; sa démarche ataxique s'atténuera avec l'éducation. Un tableau de tous les cas de blessures de la moelle par armes à feu depuis 1879 termine ce long et consciencieux article.

F. GARDNER.

Luxation de la sixième cervicale, symptômes de section totale de la moelle, laminectomie, retour partiel des fonctions. (William C. KRAUSS. *Ann. of Surg.*, vol. XLIV, n° 5, nov. 1906, p. 641-652.) — Les mêmes tendances interventionnistes exposées dans l'article précédent se retrouvent ici, et d'ailleurs dans toute la discussion qui eut lieu en 1905 à l'*American surgical Association,* où Buwell et Fowler apportèrent leurs cas.

Dans le cas de Krauss, jeune homme plongeant de haut dans une eau peu profonde, il y eut luxation de la sixième cervicale, immédiatement réduite; puis des symptômes montrant l'abolition *complète* des fonctions de la moelle au-dessous de la lésion, anesthésie, paralysie, incontinence, escares. Une laminectomie, pratiquée quinze jours après l'accident, montra la moelle non divisée mais aplatie, rubanée, diminuée de volume. Après l'intervention, réapparition de la sensibilité et de la motricité à tel point que le blessé put reprendre son travail de télégraphiste; en même temps que cette régénération remarquable, apparaissaient des symptômes de dégénérescence, exagération des réflexes et clonus, qui témoignent en faveur de la solution de continuité des éléments nerveux, bien qu'il n'y ait pas eu solution de continuité de la moelle envisagée dans son ensemble.

F. GARDNER.

Les chaussures flexibles élastiques. (L. R. G. GRANDON. *The Boston med. and surg. Journ.,* vol. CLV, n° 18, p. 505, 1er nov. 1906.) — L'auteur remarque la très grande fréquence du pied plat valgus en Amérique. Il l'attribue à la mauvaise éducation de la marche chez les enfants que l'on fait marcher militairement, le pied raide au lieu de chercher à obtenir la plus grande souplesse possible.

Il montre que dans la marche le poids du corps portant d'abord sur le talon, se transmet ensuite à la plante le long du bord externe du pied et du cinquième métatarsien. Puis les orteils reposent sur le sol d'abord, le cinquième jusqu'au premier. A ce moment le pied tend à se mettre en forme de voûte, voûte comblée par les muscles puissants du pied en contraction, le talon quitte le sol et le poids du corps est en entier sur les orteils. Il montre qu'à ce moment les orteils se comportent comme les doigts d'une main se cramponnant au sol, le premier orteil en particulier s'écarte largement des autres.

De cette étude de la marche il conclut que la chaussure idéale se compose d'une portion jambière très courte et très souple, d'une première portion plantaire entourant les os du tarse et qui ne doit présenter aucun plan résistant pour permettre tous les mouvements articulaires et musculaires, enfin d'une partie antérieure avec semelle, assez large surtout en dedans pour permettre aux orteils le mouvement d'agrippement au sol. Le talon représente un pivot qui permet la rotation rapide du corps en tous sens.

Pour le traitement du pied-plat, il rejette absolument toutes les attelles ou semelles métalliques. Au contraire, à moins de cas anciens ankylosés en mauvaise position, au lieu de soutenir la partie interne du pied on doit chercher à restituer au pied sa force musculaire et sa souplesse. Dans ce but on emploiera surtout la marche nu-pieds sur le gazon, les exercices nu-pieds en chambre, les exercices d'agrippement des orteils, les mouvements passifs, le massage. Dans le même but une chaussure souple à talon plus haut en dedans qu'en dehors, ou à partie externe en caoutchouc, forcera le pied à appuyer sur son bord externe dans le deuxième temps de la marche et à marcher correctement. On voit que ce traitement constitue l'opposé des données des traités classiques d'orthopédie.

M. LANCE.

OBSTETRIQUE

Forme normale de l'orifice externe du col utérin chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants. (GUÉRIN et GRYNFELT. Soc. des sc. méd. de Montpellier, 1er mars 1907.) — MM. Guérin et Grynfelt ont fait sur ce point d'anatomie macroscopique intéressant pour l'obstétrique, la gynécologie et surtout la médecine légale, une double série de recherches: 1° enquête sur les opinions des classiques; 2° recherches personnelles *in vivo* sur des filles vierges, à l'amphithéâtre sur des cadavres de vierges.

Cette première communication résume leur enquête qui a porté sur 95 auteurs échelonnés du XVIIe siècle à nos jours. De cet ensemble de documents il résulte qu'antérieurement au XIXe siècle l'opinion générale donnait pour formes à l'orifice externe du col utérin une fente transversale; le diagnostic de nulliparité était basé sur le volume de la matrice, et non sur la forme de son orifice.

Dans la deuxième moitié du XVIIIe siècle quelques auteurs (Levret) parlent d'un orifice ovale transversalement. En 1823, Capuron décrit cet orifice comme arrondi. Dès lors deux courants s'établissent, la seule forme normale du col nullipare étant pour les uns en fente, pour les autres arrondi ou circulaire. Entre ces deux extrêmes, une opinion moyenne se fait jour qui admet comme possibles plusieurs modalités du col, l'orifice circulaire étant exceptionnel pour certains (Velpeau), de règle pour certains autres (Marc Despines). Et l'on arrive peu à peu à établir l'opinion courante actuellement d'un orifice circulaire chez les vierges, fendu chez les primipares, largement fendu chez les multipares.

L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de diagnostic médical (1), par MM. P. SPILLMANN, P. HAUSHALTER et L. SPILMANN.

Le *Précis de diagnostic médical et d'exploration clinique* est une transformation très complète et une mise au point de l'ancien manuel de diagnostic publié par les mêmes auteurs. Il est divisé en trois livres. Le premier traite des *principaux moyens d'investigation et d'exploration usités en clinique*, et, après avoir soigneusement décrit les anciennes méthodes, réserve une place suffisante aux nouveaux procédés : ponction lombaire, cyto-diagnostic, épreuve du vésicatoire, cryoscopie, épreuve du bleu, etc., etc., et se termine par l'examen du sang et des urines, et par la radiographie. Le second s'oc-

(1) In-8°. — Paris 1907, Masson et Cie.

cupe de l'*examen des malades*, et évitant les détails superflus, expose seulement ce qu'il est essentiel de savoir pour l'étudiant à l'hôpital. Enfin, dans le troisième, les auteurs s'occupent du *diagnostic des maladies entre elles*. De nombreuses figures illustrent ce précis, qui ne peut qu'être favorablement accueilli par le grand public médical. L. BABONNEIX.

L'arthritisme par suralimentation (1),
par M. PASCAUT.

De toutes les causes de l'arthritisme, la plus fréquente comme la plus importante, ce sont les excès alimentaires. L'abus des viandes, la suralimentation sous toutes ses formes conduisent à la pléthore avec hyperfonction qui engendre elle-même l'arthritisme. Nourrissons gavés, collégiens qui mangent toute la journée, soldats qui, dans le but de remédier au surmenage, se livrent à de véritables débauches alimentaires, tuberculeux auxquels on a prescrit la suralimentation, voilà autant de candidats à l'arthritisme. Pour les guérir, pour les empêcher de mourir victimes de leur ventre, il faut donc diminuer leurs recettes, établir un régime alimentaire convenable, et lui adjoindre un traitement antitoxique, à la fois médicamenteux et hygiénique. L. BABONNEIX.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
DU 6 AU 11 MAI 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 6 mai, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Déjerine, Teissier et Legry ; — (2e série) : MM. Gaucher, Claude et Macaigne ; — M. Pierre Duval, suppléant.

Mardi 7 mai, à une heure. — 3e (2e partie, oral) : MM. Dieulafoy, Renon et Gouget ; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Albarran et Morestin ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Marion et Auvray ; — (2e partie) : MM. Thoinot, Thiroloix et Dupré ; — M. Vaquez, suppléant.

Mercredi 9 mai, à une heure. — 2e (1re série) : MM. Gautier, Roger et Macaigne ; — (2e série) : MM. Gariel, Gley et Branca ; — (3e série) : MM. Ch. Richet, Retterer et André Broca ; — M. Pierre Duval, suppléant.

Vendredi 10 mai, à une heure. — 3e (2e partie, oral, 1re série) : MM. Joffroy, Roger et Marcel Labbé ; — (2e série) : MM. Blanchard, Gaucher et Claude ; — (3e série) : MM. Brissaud, Déjerine et Macaigne.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Balthazard ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Delens, Gosset et Pierre Duval ; — M. Teissier, suppléant.

5e (1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki ; — M. Proust, suppléant.

Samedi 11 mai, à une heure. — 2e (1re série) : MM. Retterer. Langlois et Maillard ; — (2e série) : MM. Gley, Launois et André Broca.

3e (2e partie, oral, 1re série) : MM. Troisier, Vaquez et Fernand Bezançon ; — (2e série) : MM. Gilbert Ballet, Achard et Gouget ; — M. Richaud, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Demelin et Brindeau ; — M. Desgrez, suppléant.

THÈSES

Mercredi 8 mai 1907, à une heure. — M. CONSTANT. Statistique des applications de forceps à la Maternité de Saint-Antoine. (MM. Pinard, président ; Kirmisson, Segond et Wallich.) — M. LÉVI-BRAM. De l'assistance médicale des indigènes d'Algérie, particulièrement assistance médicale des femmes et des enfants (essai de cette assistance sur les femmes et les enfants). (MM. Pinard, président ; Kirmisson, Segond et Wallich.) — M. DONNEZAN. Du mal de Pott à forme scoliotique et de son diagnostic. (MM. Kirmisson, président ; Pinard, Segond et Wallich.) — M. JEANNEL. Sur la méthode des ligatures et des sutures métalliques perdues en chirurgie. (MM. Segond, président ; Pinard, Kirmisson et Wallich.) — M. LAROCHE. Valeur diagnostique et pronostique de la topographie radiculaire dans les névralgies du membre supérieur. (MM. Landouzy, président ; Brissaud, Claude et Marcel Labbé.) — M. DUMONT. Contribution à l'étude des injections de scopolamine-morphine dans la chloroformisation. (MM. Brissaud, président ; Landouzy, Claude et Marcel Labbé.) — M. LÉON. Contribution à l'étude du muguet idiopathique chez les adultes sains. (MM. Déjerine, président ; Gaucher, Teissier et Legry.) — M. PAREL. Contribution à l'étude du traitement de l'hydrocéphalie congénitale. (MM. Gaucher, président ; Déjerine, Teissier et Legry.) — M. BIENAIMÉ. De la mort subite dans l'impétigo des nourrissons. (MM. Gaucher, président ; Déjerine, Teissier et Legry.)

Samedi 11 mai 1907, à une heure. — M. RAVAUD. Contribution à l'étude de la névralgie faciale syphilitique. (MM. Debove, président ; Dieulafoy, Rénon et Jeanselme.) — M. DAUGUET. Etude sur la physiologie de la bile. Conséquences thérapeutiques. (MM. Debove, président ; Dieulafoy, Rénon et Jeanselme.) — M. DAVID. La biopsie. (MM. Dieulafoy, président ; Debove, Rénon et Jeanselme.) — M. SINAUD. De la mort subite dans les affections sténosantes chroniques du larynx. (MM. Dieulafoy, président ; Debove, Rénon et Jeanselme.) — M. SCHMIERGELD. Etude sur la poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte (paralysie spinale antérieure aiguë de l'adulte de Duchenne). (MM. Raymond, président ; Chantemesse, Dupré et Méry.) — M. BEAUFUMÉ. L'hydrothorax unilatéral des cardiaques, des brightiques et des artério-scléreux. (MM. Chantemesse, président ; Raymond, Dupré et Méry.) — M. FAURE. Approvisionnement en lait de la Ville de Paris. (MM. Chantemesse, président ; Raymond, Dupré et Méry.) — M. AMBLARD. Variations quotidiennes des tensions artérielle et artério-capillaire chez les artério-scléreux hypertrodies en cours de traitement. (MM. Robin, président ; Gilbert, Thiroloix et Carnot.) — M. JOFFRE. De l'adipose douloureuse sans troubles psychiques marqués. (MM. Gilbert, président ; Robin, Thiroloix et Carnot.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les folies intermittentes. La psychose maniaque-dépressive, par les docteurs DENY, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, et P. CAMUS, interne des hôpitaux de Paris. In-16 de 96 p., avec 10 fig. (Actualités méd.) — Prix : cart., 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

De l'alimentation et de la cuisine naturelle dans le monde, par le docteur MONTEUUIS. In-8. — Prix : 3 francs. — Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

(1) In-8. Prix : 4 francs. — Paris, Maloine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le cerveau et la moelle épinière, avec applications médico-chirurgicales, par Ch. DEBIERRE, professeur d'anatomie à l'Université de Lille. 1 vol. de 500 p., avec 373 fig. en noir et en couleurs dans le texte et 14 pl. hors texte. — Prix : 15 francs. — Paris, F. Alcan.

La désinfection des livres, par les docteurs José [illegible] et Nicolas V. GRECO. — Buenos-Aires, 1906, A. Etchepareborda.

N° 51. — JEUDI 2 MAI 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 2 MAI 1907. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Lecture des copies.* — Séance du 30 avril. — MM. Chevassu, 28 ; Hallopeau, 26 ; Alexandre et Schwartz, 25.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 2 mai, à quatre heures et demie, à la Charité.

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Sont désignés pour faire partie du concours d'accoucheur des hôpitaux, MM. Ribemont-Dessaigne, Championnière, Lepage, Demelin, qui ont accepté, et MM. Auvard, P. Marie et Picqué, qui n'ont point encore fait connaître leur acceptation.

FACULTÉ DES SCIENCES DE TOULOUSE. — La Faculté des sciences de l'Université de Toulouse est autorisée à délivrer un dix-septième certificat d'études supérieures de sciences, portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE, DES BEAUX-ARTS ET DES CULTES. — Les dispositions des articles 16 et 17 de l'arrêté du 15 mars 1907, relatives à l'épreuve de sous-admissibilité dans le concours du prosectorat à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, ne seront appliquées qu'à dater du concours de 1908.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE. — Un décret vient de décider que le service d'inspection des laboratoires et établissements de vente des denrées et produits pharmaceutiques et alimentaires est chargé de surveiller l'exécution de toutes les lois relatives à la répression des fraudes en matière de produits pharmaceutiques et alimentaires.

Ce service comprend un chef de service et quatre commis. Le traitement du chef de service est fixé de 7000 à 11000 francs par an, par avancements successifs de 1000 francs.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un concours s'ouvrira le 13 juin 1907 (épreuves écrites) pour l'admission en 1907, à l'École du service de santé militaire. Les inscriptions seront reçues dans les préfectures jusqu'au 18 mai. Les épreuves orales auront lieu du 22 juillet au 17 août. Le programme arrêté le 21 mars 1907 donnant les conditions du concours a été inséré au *Bulletin officiel* du ministère de la Guerre (partie supplémentaire).

LA RESPONSABILITÉ DES PHARMACIENS ET DES PARENTS. — En décembre 1906, une fillette de douze ans, la jeune L..., se présentait chez M. M..., pharmacien à Nancy, et lui demandait « quelque chose pour détruire les verrues quelle avait sur les mains ». Le pharmacien remit à l'enfant du nitrate de mercure, lui indiquant qu'elle devait, avec une allumette, appliquer la substance sur les verrues de deux heures en deux heures.

La fillette après la première application vit ses mains et ses bras enfler et eut les mains atrocement brûlées Trois mois après elle n'était pas encore guérie et avait de fortes cicatrices aux mains.

Le parquet poursuivit M. M... pour infraction à la loi sur la pharmacie, tandis que la mère de la fillette se portant partie civile réclamait 10 000 francs de dommages intérêts, « ma fille étant, alléguait-elle, esthétiquement, atteinte par les cicatrices et ayant été empêchée de poursuivre durant plusieurs mois ses études de piano. dont elle veut devenir professeur. »

Le tribunal a rendu le jugement suivant :

« Attendu que du rapport dressé par les experts il résulte que l'application faite sur la face dorsale des mains de la jeune L. de la substance mercurielle ne causera pour l'avenir aucun préjudice à sa santé ;

Que l'accident lui a fait subir un préjudice actuellement constaté (douleurs consécutives, incapacité de travail temporaire et partielle, frais médicaux et pharmaceutiques), mais que dans l'avenir le seul préjudice possible se réduira uniquement à une question d'esthétique qui a d'ailleurs son importance, les médecins ayant exprimé l'avis que selon, toutes les probabilités, les cicatrices actuelles pourront ne pas disparaître d'une façon complète en certains points de la pigmentation ;

Attendu d'autre part qu'il y a lieu de tenir compte de l'imprudente et défectueuse application faite de la substance caustique par la jeune L... qui n'a pas observé les recommandations du pharmacien et aussi de l'imprudence de la mère qui s'est absentée en confiant son enfant à une domestique alors qu'une surveillance plus étroite et plus intelligente aurait pu empêcher l'accident.

Par ces motifs, comdamne M... à 50 francs d'amende, le condamne en outre à 500 francs de dommages-intérêts pour le préjudice causé à la jeune fille. et donne acte à la partie civile de ses réserves. » (*Le Temps.*)

DE LA CONDUITE A TENIR

DANS LES CAS DE

CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

Par M. J. HUCHET,
Interne des hôpitaux de Paris.

Quand on est en présence d'un corps étranger de l'œsophage, il faut, avant tout, se renseigner sur sa forme, son volume, et surtout interroger la famille de l'enfant sur la date de l'ingestion; en effet nous pourrions systématiquement dire qu'il existe trois modes de traitement :

a. Ou dans les heures qui suivent;
b. Ou dans les jours qui suivent;
c. Dans les mois qui suivent.

Evidemment au commencement de cette étude nous devons rappeler la variabilité des symptômes fonctionnels; chez tel malade ce n'est qu'au bout de neuf mois que se manifestent des vomissements [Denis (1)] ou bien au contraire comme dans une belle observation de Weiss (de Nancy) : accès de suffocation immédiat, impossibilité de déglutir; aliments solides, bouillies ou liquides sont également rejetés.

Enfin dans des formes plus graves, l'enfant se cachectise rapidement; il nous semble que ce soit une dénutrition comparable à celle que décrivait Bourdillat pour les corps étrangers des voies aériennes.

Que les symptômes soient graves d'emblée ou atténués, même si estompés qu'on puisse douter de la présence du corps étranger, il faut avant toute chose poser un diagnostic ferme; pour cela nous avons à notre disposition :

1° Le *cathétérisme*. — L'instrument le plus commode est la sonde à olive ou la sonde pleine de Bouchard en gomme, ou la sonde en caoutchouc rouge rendue plus rigide au moyen d'un mandrin de plomb. On recommande au sujet d'ouvrir largement la bouche, et au grand jour on examine le fond du pharynx, les amygdales, les piliers. Le malade est assis en face du jour, la tête renversée, soutenue par un aide, l'arrière-gorge a été insensibilisée par quelques badigeonnages à la cocaïne. Il faut éviter tout mouvement brusque, recommander au malade de respirer librement.

Supposons que l'extrémité de la sonde vienne à rencontrer le corps étranger, deux cas peuvent se présenter [Lejars (2)], ou bien le cathéter va glisser entre le corps étranger et la paroi œsophagienne, nous aurons la « sensation de frottement », ou bien l'obstacle sera infranchissable, il y aura « barrage ».

Malgré tout il ne faut pas compter d'une façon absolue sur les résultats fournis par le cathétérisme. Si le corps étranger est petit, il laisse un canal suffisant pour la sonde, ou même il peut être entouré de débris alimentaires, de mucosités, nous ne pouvons plus trouver le bruit produit par la rencontre de la sonde et du corps métallique.

(1) Denis. *Bull. méd. de l'Algérie*, 1901, p. 50.
(2) Lejars. *Chirurgie d'urgence*, p. 192.

Le cathétérisme est indiqué au début dans les heures qui suivent, mais il devient dangereux lorsque la lésion date de trois ou quatre semaines; car il s'est déjà fait un processus ulcératif, la sonde mal dirigée butera contre la paroi amincie, d'où perforation. M. Sébilleau (1) est bien plus catégorique, il dit textuellement : « Le cathétérisme n'est justifié que par l'impossibilité d'utiliser la radiographie. Là où celle-ci est réalisable il devient inutile et par conséquent condamnable. »

Rappelons pour mémoire la bougie œsophagienne à résonnateur que le professeur Duplay avait préconisée.

2° La *radiographie*, la *radioscopie* sont les procédés de choix. La radioscopie permettrait de suivre au jour le jour les déplacements du corps étranger; et nous trouvons la preuve de ce fait dans une observation de M. Sébilleau rapportée par Roddier (2) : « Une radiographie montrait une pièce de monnaie à la hauteur des troisième et quatrième vertèbres dorsales; la radioscopie fit voir lors de l'intervention la pièce de monnaie dans l'abdomen. »

Souvent, comme dit M. Broca (3) : « Le diagnostic se fera en même temps que l'extraction au retour de l'instrument. »

I

Traitement. — Nous envisagerons trois traitements que nous grouperons en :

A. Procédés simples. — Nous entendons sous cette dénomination la propulsion, l'écrasement.

1° *La propulsion*. — Pour les corps de petit volume et absolument lisses, la propulsion vers l'estomac peut être préconisée. A ce propos nous ne pourrions mieux faire que de rappeler avec les classiques le procédé du poireau ou la tige de baleine garnie d'éponge. Il est évident qu'un corps régulier peu volumineux, même non alimentaire, s'il est resté dans la portion thoracique, pourra être refoulé. Pour faciliter le glissement on recommande au malade d'avaler de l'eau, de l'huile, des bouillies alimentaires.

Selon l'avis de M. Lejars, la propulsion devrait être écartée dans les cas de corps pointus. Raymondeau (4) aurait vu ainsi une blessure de la muqueuse stomacale avec gastrorragie.

2° L'*écrasement* n'est somme toute qu'un temps de l'extraction; nous ne saurions nous y attarder.

B. Extraction. — Que l'on ait recours au panier de de Graefe, au crochet de M. le professeur Kirmisson, on peut dire que ces deux procédés ont leurs partisans également convaincus; nous allons exposer les techniques, nous rappellerons les objec-

(1) Sébilleau. *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 43, 1903.
(2) Roddier. *Corps étrangers de l'œsophage chez les enfants*, Th. de Paris, 1904-1905, p. 22.
(3) Broca. Un sou dans l'œsophage, *Presse méd.*, 15 avril 1905, p. 236.
(4) Raymondeau. *Bull. de la Soc. anat.*, 1877, p. 114.

tions, les critiques qui leur sont faites et nous essayerons d'en tirer quelques déductions pratiques.

Actuellement dans les services de chirurgie générale comme dans les services spéciaux on n'emploie plus le parapluie de Fergusson qui était introduit fermé; on l'ouvrait dans l'œsophage au-dessous du point d'implantation présumé du corps étranger et en le retirant on avait quelque chance d'entraîner le sou ou l'aiguille entre les crins rayonnés qui le composent.

1° *Procédé de la sonde de Félizet* (1). — On pratique le cathétérisme avec une sonde urétrale à béquille du n° 18; le contact une fois pris, on imprime à l'extrémité de la sonde des mouvements de rotation qui l'insinuent comme une vrille jusqu'au delà de l'obstacle, jusqu'à l'estomac. On injecte alors suivant l'âge de l'enfant, 200, 500, 800 grammes d'eau boriquée tiède et on retire doucement la sonde, elle accroche au retour la pièce de monnaie tandis que l'irrigation est continuée; un effort de vomissement survient, dégage le corps étranger que l'on enlève en retirant la sonde.

2° *Extraction avec la pince œsophagienne.* — Il semble que ce soient les corps arrondis, cylindriques, les pièces dentaires qui soient justiciables de ce traitement, mais chez l'enfant dont l'ouverture buccale est petite, la manœuvre est difficile; d'autre part le sujet est indocile; on ne peut faire une bonne prise, suivant l'expression consacrée; on s'y reprend, on arrive tout au plus à éroder la muqueuse ou à l'ulcérer.

Gangolphe (2) est catégorique en ce qui concerne l'emploi des pinces; il reconnaît, quel que soit le modèle employé, que cet instrument (modèle Collin, modèle Berger) ne permet l'extraction que dans les cas de corps étrangers siégeant à la région cervicale du conduit.

3° *Extraction avec le panier de de Graefe.* — Avant toute chose nous devons signaler le point sur lequel M. Jalaguier (3) attire l'attention de l'opérateur : il faut administrer le chloroforme « qui facilite singulièrement le passage du panier de de Graefe »; c'est ainsi que ce chirurgien put extraire après seize jours une pièce de 5 centimes dont la présence et le siège avaient été relevés par la radiographie.

Parmi les chirurgiens qui se sont faits les défenseurs du panier nous devons en citer deux : MM. Broca et Routier. Nous ne saurions donc mieux faire que d'exposer la technique de Broca.

« L'enfant est assis sur les genoux d'un aide, il a été enroulé d'une alèze, la tête bien droite est fixée par un second aide debout en arrière contre l'épaule gauche du premier; on utilise un ouvre-bouche à crémaillière. Il faut se garder de pousser droit devant soi le panier en se fiant à la flexibilité de la baleine; mais en déprimant autant que possible la commissure gauche de l'enfant, introduire l'index gauche jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, couder avec l'index la tige, puis pousser la tige.

(1) Félizet, Grancher et Comby. *Traité des mal. de l'enf.*, 1904, t. V.
(2) Gandolphe. *Lyon méd.*, 1895, p. 83.
(3) Jalaguier. Soc. de chir., 15 déc. 1897.

Quand le panier commencera à remonter, plier un peu la phalangette de l'index pharyngien, pousser le doigt à fond et quand le sou arrivera au passage dangereux son bord supérieur s'engagera entre le pulpe et l'ongle. A partir de ce moment amener à vous vos deux mains en même temps. »

M. Broca insiste sur un petit détail souvent négligé en pratique : « on doit déprimer fortement la commissure gauche. »

M. Routier (1) n'a jamais vu d'inconvénient à l'emploi du panier de de Graefe, le tout est de bien savoir le manier.

Les objections faites au procédé sont nombreuses et sérieuses.

a. *Le panier ne peut être retiré.* — Nous avons la description de cette redoutable complication dans les deux faits de notre maître M. Walther et de M. Lejars. M. Walther (2) eut à intervenir pour un débris alimentaire arrêté dans l'œsophage; au retour, et ce point est intéressant à noter : le panier de de Graefe fut arrêté non par le corps étranger qu'on ne trouva point, mais par le cartilage cricoïde. Le panier ne fut extrait qu'en employant une certaine force. Quelques heures plus tard le malade fut pris de phénomènes d'oppression en même temps qu'apparaissait un emphysème sous-cutané qui, parti de la base du cou gagna rapidement les membres supérieurs et le tronc. M. Walther appelé à ce moment, pratiqua la trachéotomie, mais le malade succomba au bout de vingt-quatre heures. Pour ce chirurgien, il y eut vraisemblablement arrachement des bronches au niveau du hile pulmonaire.

L'histoire de la malade de M. Lejars est presque identique. Il trouva une malade ayant depuis plusieurs jours dans l'œsophage un panier de de Graefe dont la tige sortait entre les dents. Le panier avait été introduit sans difficulté. « L'instrument depuis était immobile, les tentatives de refoulement, d'inclinaison, de demi-torsion n'étaient suivies du moindre effet. » La malade fut anesthésiée au chloroforme avant de pratiquer l'œsophagotomie externe; une dernière tentative fut faite, « la tige fut fortement portée en arrière et en bas vers la colonne vertébrale, comme pour traverser la paroi œsophagienne postérieure, » on eut la sensation que quelque chose « se détachait »; le panier put alors être retiré (3).

Signalons la manœuvre préconisée par M. Jalaguier pour éviter l'accrochement du cartilage cricoïde au retour; il serait bon d'imprimer un quart de tour au panier, ce qui permet de l'extraire obliquement avec la plus grande facilité.

b. *Le panier entame la paroi œsophagienne, l'ulcère.* — Evidemment tous les intermédiaires sont possibles, chez tel sujet il n'y a qu'une érosion superficielle, chez d'autres une véritable rupture.

M. le professeur Kirmisson croit précisément que le panier est dangereux à cause des aspérités nombreuses qu'il présente et à cause de son mode d'articulation qui lui permet de prendre des inclinaisons

(1) Routier. Soc. de chir., 21 déc. 1904.
(2) Walther. Soc. de chir., 21 déc. 1904.
(3) Lejars. *Chirurgie d'urgence*, p. 195.

diverses et par conséquent d'élargir son diamètre. Ce n'est pas un point négligeable puisque l'œsophage des jeunes sujets à la hauteur du manubrium sternal mesure environ de 9 à 14 millimètres dans le sens transversal.

Le chiffre de 14 millimètres est, à notre avis, exagéré.

Nous avons encore la preuve de ces lésions dans la thèse de Malkhassian (1), malgré l'anesthésie chloroformique le corps étranger (une pièce de 5 centimes) ne put être retiré avec le panier qui revint chargé de stries sanguinolentes. Dans le même ordre d'idées nous pourrions citer la belle observation de Boudet (2).

Mais somme toute ces insuccès ne s'accompagnent pas de complications graves comme dans le cas de M. Sébilleau (3), où l'enfant succomba dix-huit heures après la tentative faite avec le panier de de Graefe ; à l'autopsie on découvrit une large déchirure de la paroi postérieure de l'œsophage et une double déchirure des parois latérales à droite et à gauche répondant aux points de contact de l'œsophage avec les bords du sou placé de champ dans le conduit.

De cette longue discussion nous pourrions donc conclure :

L'emploi du panier de de Graefe doit être très réservé chez les enfants ; sa forme et son volume en font un instrument difficile et dangereux à manier dans un conduit aussi étroit. Sans doute entre des mains habiles il donne de bons résultats, on pourrait l'utiliser comme pis aller ; on n'oubliera pas qu'on lui doit de nombreux accidents.

4° *Extraction avec le crochet de Kirmisson.* — L'instrument qui porte le nom de son auteur fut présenté en 1898 à la Société de chirurgie ; son auteur l'a conçu en partant de ce fait clinique : « La déglutition est possible et non douloureuse chez beaucoup d'enfants ayant avalé un corps étranger. » Ceci étant posé on en peut déduire que les liquides ou les aliments semi-liquides arrivant à l'estomac, il y a espace libre. Naturellement cet intervalle entre le corps étranger et la paroi œsophagienne est plus ou moins marqué ; il y aura possibilité de glisser un instrument entre eux, instrument qui sera ramené de bas en haut.

L'instrument n'a que 5 millimètres de diamètre ; il est mousse, on ne court pas le risque d'intéresser la paroi œsophagienne. Nous disons la paroi œsophagienne, car ayant eu l'occasion de faire expérimentalement sur le cadavre d'enfants de six mois à trois ans des explorations œsophagiennes, nous avons vu que la lésion n'était pas du tout proportionnelle à l'effort déployé ; nous voulons bien admettre que sur le vivant les conditions changent : résistance des tissus, vascularité, sont des facteurs importants. Mais ce détail n'est pas négligeable et montre que l'on n'est jamais assuré de faire une intervention sans lésions ultérieures. D'après M. Kirmisson le crochet peut être employé dans les cas

(1) Malkhassian. Th. de Nancy, 1902 (Obs. I).

(2) Boudet. *Lyon méd.*, 1904, p. 947.

(3) Sébilleau. Soc. de chir., 14 déc. 1904.

anciens (1), et cet auteur cite comme preuves les cas de d'Œlnitz et de Barnsby, le corps étranger fut enlevé au quatorzième mois par le premier et au seizième mois par le second.

Mais M. Kirmisson s'empresse d'ajouter que si l'on est en présence d'un sujet ayant de la fièvre, de la raideur de la nuque, de la gêne à la déglutition, ayant de l'empâtement de la région cervicale, une douleur fixe rétro-sternale, nous devons abandonner le crochet et songer à l'œsophagotomie externe. C'est en se basant sur ces symptômes cliniques que M. Jalaguier (2) eut recours à l'ouverture de l'œsophage pour un corps étranger séjournant depuis deux ans et demi dans le conduit.

C. Traitement sanglant. — 1° *L'œsophagotomie externe, cervicale.* — Quand doit-on pratiquer l'opération ?

Sur ce point les avis sont très opposés : les uns, comme MM. Sébilleau, Bérard (de Lyon), font de parti pris l'ouverture de l'œsophage : d'autres comme Balacesco et Cohn l'exposèrent dans leurs statistiques de la *Revue de chirurgie* de 1905, recourent d'abord aux procédés décrits plus haut et après une ou plusieurs tentatives infructueuses en arrivent à l'incision. Curtillier (3) est éclectique et s'exprime ainsi :

« Pendant les deux premiers jours l'extraction se fera avec la plus grande facilité parce que le sou n'est pas encore enchâtonné : en cas d'insuccès ou d'outillage insuffisant, le refoulement pourra être pratiqué et sera sans doute toujours suivi d'une élimination rapide.

Du deuxième au quatrième jour, la conduite à tenir pourra être la même mais à la condition d'agir avec une très grande douceur et de cesser toute manœuvre d'extraction ou de refoulement dès que l'on rencontre la moindre résistance, car ici les parois œsophagiennes peuvent être déjà entamées et achever de se rompre.

Au delà du quatrième jour il est préférable de s'abstenir de toute tentative faite par les voies naturelles et de recourir à l'œsophagotomie externe qui offre moins de dangers. »

Curtillier cherche d'autre part à réhabiliter le panier de de Graefe et pense que les accidents sont dus bien plus souvent à un panier trop volumineux ou au temps perdu depuis l'accident.

Technique. — Nous n'insisterons pas sur les différentes lignes d'incision proposées ; qu'il nous suffise de rappeler l'opération classique, l'incision cutanée doit avoir 10 centimètres, porter à environ 1 centimètre au-dessous de la fourchette sternale pour remonter en suivant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien jusqu'au cartilage cricoïde.

Chez l'enfant l'incision se réduit, elle est de 5 à

(1) Kirmisson. *Précis de chirurgie infantile*, p. 351.

(2) Jalaguier. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, janv. 1907, p. 64.

(3) Curtillier. *Bull. méd. de l'Algérie*, juin 1903, p. 211.

6 centimètres. M. Justin Lemaistre [de Limoges (1)] fit l'incision au thermocautère pour éviter toute perte de sang.

Ceci étant fait, les temps sont les suivants d'après M. Sébilleau (cité dans la thèse de Roddier, 1904-1905, p. 37).

1° Ouverture de la gaine du sterno-mastoïdien. Récliner le muscle en dehors;

2° Effondrer l'aponévrose séparant l'omo-hyoïdien du sterno-cléido-hyoïdien, écarter ces deux muscles de l'anastomose entre l'hypoglosse et la troisième cervicale;

3° Temps difficile : recherche du paquet vasculo-nerveux, le récliner en dehors;

4° Protéger le nerf récurrent gauche. Pour M. Sébilleau il suit la trachée et est accolé à elle;

5° Ouverture de l'œsophage, en arrière et en dehors du nerf;

6° Extraction du corps étranger en général facile avec une pince hémostatique.

Dans d'autres cas l'intervention devient plus complexe : on est obligé de récliner le pôle inférieur du lobe latéral gauche du corps thyroïde, il faut lier les branches de la thyroïdienne inférieure ou bien on est en présence d'adhérences inflammatoires que l'on doit essayer de détruire à la sonde cannelée, manœuvre souvent inutile comme dans le cas de Lombard (2).

Soins consécutifs. — Faut-il suturer l'œsophage? Pour M. Sébilleau alors même que les tissus sont minces, ce temps de l'opération est indispensable.

Pour d'autres chirurgiens, le bon drainage à la gaze stérilisée, à la gaze iodoformée (Lemaistre), donnent des résultats aussi satisfaisants.

Fischer, Jalaguier ont employé avec succès la compression de la plaie.

M. Lejars recommande la suture au catgut ou à la soie, un premier surjet sera fait sur la muqueuse œsophagienne, un deuxième surjet réunira les lèvres de la tunique musculaire.

Dans tous les cas il est bon de mettre un drain au contact de l'œsophage ; une sonde en caoutchouc rouge introduite par les fosses nasales sera retirée du sixième au huitième jour.

Les complications. — *La fistule œsophagienne.* — Le lait s'écoule avec une odeur aigre, signe de fermentation.

Les crises d'asphyxie, raucité, suffocation, nécessitent la trachéotomie, peuvent être dues à une lésion du récurrent.

La cellulite cervicale,

Les arthrites purulentes (coude, genou),

La broncho-pneumonie avec toux, fièvre apparaissant du neuvième au quinzième jour entraînent fatalement la mort.

2° *L'œsophagotomie intramédiastinale.* — Le cas de Forgue (3) est à notre connaissance le seul publié.

(1) Lemaistre. *Journ. de chir. et de thérap. inf.*, juin 1897, p. 193 et 202.

(2) Lombard. Th. Roddier, Obs. II, p. 49.

(3) Forgue. *Montpellier méd.*, 1898, p. 1197.

L'enfant fut placé sur le côté gauche.

L'incision mesurait 14 centimètres entre la ligne épineuse et le bord spinal de l'omoplate. Puis le chirurgien fit la résection des cinquième, sixième, septième côtes sur une largeur de 5 centimètres. Le décollement de la plèvre pariétale fut facile, mais le corps étranger était à une profondeur de 8 centimètres et ne put être atteint.

Nous devons reconnaître du reste que douze jours plus tard, le corps étranger fut enlevé avec le panier de de Graefe.

3° *La gastrostomie.* — Sans doute le professeur Segond (1) a enlevé par cette opération un panier qui avait été refoulé dans l'estomac, mais encore M. Jean-Louis Faure (2) pense que le procédé doit être utilisé dans les cas de corps étrangers situés bas, près du cardia.

La gastrostomie a été pratiquée par M. Richardson, par Wilms pour dentiers arrêtés dans l'œsophage; un doigt, deux doigts, la main même ont pu être introduits dans la cavité gastrique. On pourrait encore recourir à l'ingénieux procédé de Bull (3). Il ouvrit l'estomac; ne pouvant atteindre le corps étranger qui était un noyau de pêche, il fit le cathétérisme, la sonde arriva dans l'estomac; il y fixa une éponge, la sonde fut retirée; le corps étranger suivit. C'est le type du cathétérisme rétrograde.

L'*œsophagoscopie* est une méthode défendue en Allemagne par Von Hacker (4) dès 1901 et vulgarisée en France par Guisez. Mais c'est là un procédé demandant une technique spéciale qui semble devoir être réservée pendant longtemps encore à un petit nombre de spécialistes.

II

Conclusions. — En présence de traitements si variés, quelles déductions pratiques pourrions-nous tirer.

Si l'ingestion est récente il nous faudra recourir au crochet du professeur Kirmisson.

Si l'ingestion est de date éloignée, surtout si le jeune sujet présente de la fièvre, des oscillations thermiques variant entre 38 degrés et 40 degrés, nous devons redouter une ulcération œsophagienne, point de départ d'une périœsophagite, et comme nous ignorons l'épaisseur de la paroi, l'étendue de la lésion nous pratiquerons l'œsophagotomie externe ; cette opération bien réglée donne presque toujours des résultats favorables.

Dans d'autres cas, alors même que le corps étranger aurait séjourné deux, trois, même cinq mois dans l'œsophage, si l'état général est bon, surtout si le sujet est apyrétique, nous pourrions, comme M. Témoin [de Bourges (5)] recourir encore au crochet.

N'oublions pas qu'il y a trente-sept ans, le professeur Terrier écrivait :

(1) Segond. Soc. de chir., 24 déc. 1904.

(2) Faure. Loc. cit.

(3) Bull. *New-York med. Journ.*, 1887, p. 481.

(4) Von Hacker. *Beit. f. klin. Chir.*, 1901, p. 128.

(5) Témoin. Soc. de chir., 17 oct. 1907.

« Le praticien ne doit quitter le malade qui a un corps étranger de l'œsophage, qu'après l'en avoir débarrassé en enlevant ce corps par la bouche soit en le poussant dans l'estomac, soit en pratiquant l'œsophagotomie externe. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 AVRIL 1907)

Sur la tuberculose primitive du poumon et des ganglions bronchiques et médiastinaux, communiquée aux jeunes bovidés par l'ingestion de virus tuberculeux d'origine humaine. — M. CHAUVEAU. La démonstration de l'aptitude de l'infection digestive à produire directement la tuberculose pulmonaire chez les jeunes bovidés se trouve déjà dans l'importante contribution que M. Chauveau a apportée en 1868 à la preuve de la *contagion de la tuberculose* et à celle de l'*étroite parenté qui unit la tuberculose de l'homme à celle du bœuf*.

M. Chauveau a pu réaliser ces deux contributions en substituant l'ingestion à l'inoculation du virus, pour le faire passer du sujet malade au sujet sain.

Contrairement à ce qui est observé couramment avec la méthode des inoculations, il peut arriver qu'à la suite de l'ingestion de matières tuberculeuses, la porte d'entrée du virus, c'est-à-dire l'appareil digestif, ne présente de lésions tuberculeuses d'aucune sorte, tandis qu'il en existe, soit dans le poumon seul, soit dans cet organe et les ganglions bronchiques et médiastinaux, tantôt avec prédominance des lésions pulmonaires, tantôt avec prédominance des lésions ganglionnaires.

Ce fait, plutôt rare, s'est présenté surtout dans les cas où le virus infectant a été ingéré en très faible quantité.

Il peut être rencontré aussi dans le cas où la matière infectante, empruntée à l'espèce humaine, a été ingérée en quantité notable.

L'apparition isolée de lésions thoraciques, dans les expériences d'ingestion de virus tuberculeux, n'est pas *nécessaire* pour donner le droit d'affirmer que la tuberculose pulmonaire primitive provient surtout d'une infection par la voie digestive, plus souvent, même, peut-être, que d'une infection par les voies respiratoires.

On est déjà suffisamment autorisé à cette affirmation par les expériences où l'ingestion du virus provoque l'*évolution simultanée* de lésions tuberculeuses dans l'appareil digestif et dans l'appareil respiratoire.

Cette *simultanéité d'évolution* est décelée par l'identité des caractères anatomo-pathologiques des deux ordres de lésions, éloignant toute idée d'une succession de lésions secondaires dans l'appareil respiratoire, à des lésions primaires, dans l'appareil digestif.

Si l'*infection successive* n'a pas paru se produire dans les précédentes expériences d'ingestion chez les bovidés, rien n'empêche de prévoir l'existence de conditions propres à réaliser ce mode d'infection, en même temps que tous les mécanismes intimes capables de modifier le sort qui attend dans l'organisme les bacilles qui y sont introduits du dehors par ce tube digestif.

Les fonctions de l'hypophyse et de la glande pinéale. — M. DE CYON considère l'hypophyse comme un auto-régulateur de la pression sanguine intracranienne.

La partie glandulaire de l'hypophyse produit deux substances actives : l'une, l'hypophysine, augmente la force des battements de cœur, et est un puissant antidote de l'atropine et de la nicotine, l'autre agit surtout sur les nerfs moteurs.

L'hypophyse entretient l'excitation tonique des nerfs modérateurs du cœur.

L'hypophyse intervient indirectement par ses substances actives, et directement par son action sur les systèmes lymphatique et pneumogastrique dans les *échanges organiques* des tissus; elle règle la diurèse et exerce une certaine action sur les organes génitaux mâles.

La glande pinéale agit surtout d'une manière mécanique, comme régulateur de l'afflux du sang.

Un certain équilibre doit exister dans le cerveau entre les quantités de sang et le liquide céphalo-rachidien. Ce balancement est probablement réglé par l'hypophyse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 30 AVRIL 1907)

Moyen de reconnaître la septicité ou l'asepticité de certains épanchements. — M. WIDAL fait une intéressante communication sur les résultats de l'examen microscopique des globules de pus. Il est possible par cet examen de distinguer le pus septique du pus aseptique; les globules de ce dernier présentent des déformations particulières et des altérations du noyau. C'est ainsi que, dans un cas présentant tous les signes d'une méningite cérébro-spinale, l'examen du liquide louche extrait par la ponction lombaire permit de reconnaître qu'il ne contenait que des globules blancs sans déformations. Après la ponction, tous les symptômes de méningite disparurent.

M. RECLUS fait ressortir tout l'intérêt de la communication de M. Widal. Il croit pouvoir rapprocher des faits qu'il a signalés, certains accidents d'apparence méningitique qu'on observe parfois après la rachicocaïnisation.

M. WIDAL fait observer que l'introduction dans l'espace sous-arachnoïdien d'un liquide non isotonique en liquide céphalo-rachidien provoque une leucocytose aseptique. Ces accidents sont d'ailleurs sans gravité.

Les spirochètes et la fièvre récurrente. — M. BLANCHARD appelle l'attention de l'Académie sur la découverte, en Colombie, d'un spirochète qu'on trouve dans certains cas de fièvre récurrente, analogue à celle que produisent les *tiques* dans l'Afrique équatoriale. Les expériences entreprises pour savoir quelle parenté peut exister entre ces parasites n'ont pas encore donné de résultats. Ces parasites du sang s'observent dans une étendue géographique bien plus considérable qu'on ne croyait. La maladie qui résulte de la piqûre du spirochète n'atteint pas les indigènes; elle ne s'observe que sur les voyageurs. Elle est d'ailleurs sans gravité.

Sécurité des mines. — M. Nestor GRÉHANT, en appliquant à la recherche du formène les procédés qu'il a décrits dans trois mines de houille différentes, a trouvé : dans un échantillon 7 p. 100 de formène (mélange détonnant), dans un autre échantillon 0,4 proportions négligeables, dans un troisième 0 de formène.

Le professeur conclut qu'il est absolument nécessaire de faire, tous les jours, dans un laboratoire annexé aux houillères, les analyses de l'air des galeries, et, à cette condition, la sécurité pourrait être assurée aux mineurs.

LIVRES NOUVEAUX

Leçons de thérapeutique pratique (1), par G. RAUZIER.

M. Rauzier a réuni dans ce volume un certain nombre de leçons professées à l'hôpital général de Montpellier pendant l'année scolaire 1906-1907. Ces leçons ont trait au *traitement de l'hémoptysie*, des *bronchites aiguës* et *chroniques*, des *infections aiguës des fines bronches et du poumon*, de la *dyspepsie atonique*, de l'*helminthiase*, de l'*entéro-colite muco-membraneuse*, du *rhumatisme articulaire aigu*, de la *fièvre intermittente paludéenne*, de la *scarlatine*, de l'*épilepsie essentielle*, de la *migraine*, de la *syphilis*. Chacune d'elles se propose, sans vaines recherches bibliographiques, d'exposer ce qu'il faut faire dans un des cas précédents. Après avoir rappelé, en quelques pages, les notions théoriques indispensables, l'auteur précise les indications thérapeutiques à remplir, il décrit les méthodes qu'il a coutume de mettre en œuvre, en présence d'une maladie déterminée et en face d'une particularité de cette maladie. Ainsi conçues, les *Leçons* de M. Rauzier n'ont pas la prétention de constituer un *Traité de thérapeutique*, mais elles fournissent, sur les points les plus importants de la pratique, de précieuses indications. Aussi M. Albert Robin a-t-il pu dire d'elles avec raison qu'elles rendront les plus grands services, non seulement aux médecins qui débutent, mais encore à beaucoup de ceux qui ont vieilli dans la carrière.

L. BABONNEIX.

Les sérums immunisants (2), par POZZI-ESCOT.

Les recherches accomplies depuis quelques années sur les phénomènes de l'immunité ont pris une telle extension et ont introduit en biologie tant de notions nouvelles, qu'un ouvrage rassemblant tout les faits acquis sur ce sujet s'imposait comme une nécessité. Pour qui veut se mettre rapidement et complètement au courant, le livre de M. Pozzi-Escot est précieux. Toutes les questions y sont abordées et exposées clairement: la phagocytose et son mécanisme, la théorie des chaines latérales d'Ehrlich, les cytotoxines, les bactériolysines, l'agglunation et les agglutinines, les précipitines, les anticorps. Pour ceux même qui sont familiers avec ces questions ce livre est utile et permet de se remettre en mémoire rapidement les détails de tous ces faits si complexes et si faciles à oublier.

A. LEMIERRE.

Comment prendre l'huile de foie de morue et le tannin (3)? par COSTE DE LA GRAVE.

L'huile de foie de morue et le tannin sont les seuls médicaments qui soient capables de guérir complètement la tuberculose et de mettre les malades à l'abri des rechutes. Mais encore faut-il, pour que ces précieux médicaments donnent tous les résultats qu'on peut en attendre, qu'ils soient donnés convenablement. L'huile de foie de morue sera prescrite à la dose d'une cuillerée à soupe tous les matins, avant le premier déjeuner, à jeun. Est-elle mal tolérée, on l'associe à de la bière mousseuse; les malades ne la digèrent-il pas, ou leur prescrira soit le bicarbonate de soude, lorsqu'il y a dyspepsie douloureuse, soit de la strychnine, lorsqu'il existe de l'anorexie. Comme dernière ressource, on donnera l'huile en lavements, en lui associant ou non de la créosote. Une fois habitué à la dose initiale, le malade l'augmentera peu à peu de façon à prendre la première année, une à deux cuillerées d'huile par jour, la seconde, deux à quatre, la troisième, six à huit. Cette méthode réussit à merveille à condition de suspendre de temps à autre l'administration du médicament.

Le seul tannin à prescrire, c'est le tannin à l'alcool, à condition qu'il soit chimiquement pur, et qu'il soit pris en poudre. Il sera donné à la dose de 0g50 après chaque repas, midi et soir, dissous dans un verre d'eau. On peut quelquefois le remplacer par du sirop iodo-tannique (une cuillerée à soupe après chaque repas). Si le tannin est mal toléré, on peut administrer des extraits de ratanhia et de cachou avant de la prescrire, ou encore l'associer à l'albumine de l'œuf. En tout cas, on en interrompera de temps à autre l'usage.

L. BABONNEIX.

(1) In-8°. — Montpellier, Coulet et fils; Paris, Masson et Cie.
(2) Les actualités chimiques et biologiques. Jules Rousset, 1906.
(3) Paris, 1906, Maloine.

Aide-mémoire de chimie physiologique (1), par N. SCHULZ, traduit et annoté par F.-X. GOURAUD.

Comme nous l'apprend le traducteur, ce livre représente les notes du cours de N. Schulz à l'Université d'Iéna. Ce n'est pas un traité complet, mais un résumé didactique de toutes les notions récentes de la chimie physiologique, un aide-mémoire où l'on trouve rapidement les indications nécessaires. Pour le comprendre il est nécessaire de posséder au préalable quelques notions de chimie générale, faciles à acquérir du reste. On y trouve rapidement exposées les méthodes du dosage au chlorure de sodium, des acides sulfurique et phosphorique, de l'azote; une étude chimique des graisses, des albuminoïdes, du lait, de l'urée et de l'acide urique, du sang, de la bile, etc. Un court appendice traite de l'évolution générale des substances alimentaires au cours de la nutrition et des méthodes d'analyse de la nutrition.

A. LEMIERRE.

(1) In-8. Paris, 1906, J. Rousset.

PRATIQUE MÉDICALE

LA DOSE SUFFISANTE DE BROMURE DE POTASSIUM DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE

Cette dose a bien été définie autrefois par Gilles de la Tourette qui préconisait, comme Charcot, la méthode par *périodes d'administration de trois semaines* à doses croissantes, puis décroissantes, à raison de 1 gramme par semaine. « Toutefois, disait-il, le passage d'une période de trois semaines à une autre, de la troisième à la quatrième semaine, par exemple, doit en réalité se juger par la suppression de *deux* grammes de bromure et non d'*un*.

Je suppose, ajoutait-il, que l'on donne pendant la première semaine 3, la deuxième 4, la troisième 5 grammes de bromure, la quatrième semaine on supprimera *deux* grammes et on arrivera à 3, 4, et 5 comme la première semaine. On donnera 3, 4, 5; 3, 4, 5 et ainsi de suite, sans interruption d'un seul jour même pendant les règles. »

Ces prescriptions sont très faciles à réaliser avec le sirop de Henry Mure, si exactement dosé à 2 grammes par cuillerée à soupe et dans lequel le sirop d'écorces d'oranges masque parfaitement la saveur désagréable salée du bromure. On se rendra parfaitement compte que la dose est suffisante lorsque le patient, la semaine où il prend la plus forte dose, accuse une certaine lassitude, une certaine somnolence, et qu'il présente enfin le signe de la pupille, c'est-à-dire que ses pupilles ne réagissent plus ni à la lumière, ni à l'accommodation et qu'elles sont en outre à leur maximum de dilatation.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DE LA COXALGIE (1)

Les complications de la coxalgie peuvent se distinguer en *complications locales*. Ce sont : 1° les abcès se développant dans le voisinage de l'articulation ; 2° les luxations pathologiques ; 3° les atrophies musculaires, les troubles trophiques et les déviations du squelette.

D'autre part, ce sont les généralisations tuberculeuses : le coude, l'épaule, le rachis se prennent secondairement ; le sujet fait de la péritonite tuberculeuse, de la pleurésie et surtout de la méningite tuberculeuse. On envisagera d'abord :

A. Les **abcès**. — Leur date d'apparition est très discutée : il arrive souvent que la collection purulente soit le premier symptôme attirant l'attention avant même que l'on ait pu reconnaître la claudication, l'atrophie quadricipitale ; même autrefois on discutait longuement pour savoir si la suppuration péri-articulaire n'était pas primitive, l'articulation étant envahie secondairement ; l'anatomie pathologique montre que les premières lésions sont intra-articulaires, toute réserve étant faite sur l'ouverture possible d'un abcès par congestion, ayant suivi la gaine du psoas et s'étant ouvert dans la synoviale.

En général c'est à la période de flexion, d'abduction et de rotation en dehors que se montrent les abcès : lorsque la collection commence à se former, on trouve un empâtement mollasse dont les limites se confondent progressivement avec les tissus voisins ; parfois le réseau veineux sous-cutané est légèrement dilaté. Il n'y a aucun phénomène douloureux, et on arrive à trouver dans une poche 300 grammes de liquide sans que l'enfant ait eu une douleur plus vive ou une augmentation de la gêne fonctionnelle. L'époque à laquelle la fluctuation se révèle est évidemment difficile à préciser : dans des cas elle n'est jamais reconnue, la paroi de l'abcès étant épaissie, ou le contenu étant représenté par un magma, plutôt que par du liquide franchement purulent.

La complication fréquente au cours de ces abcès est la fistulisation : en effet, sans cause bien déterminée, à la suite d'une ponction exploratrice faite sans soins antiseptiques, les téguments rougissent, la peau est tendue, luisante ; il se fait une légère ascension thermique : la tumeur devient pulsatile et spontanément l'abcès donne passage à du pus crémeux grumeleux. Les phénomènes s'apaisent, mais un trajet persiste et si on l'explore au stylet on arrive sur une surface osseuse, dénudée, irrégulière, s'effritant parfois sous l'instrument, donnant, suivant l'expression consacrée, la sensation « de sucre mouillé ».

Tel est le type de la collection péri-articulaire, que celle-ci se soit développée dans le tissu cellulaire ou dans un ganglion de la région.

La topographie des abcès est bien établie, il est classique de distinguer :

1° Les *abcès de la région antérieure*, on distinguerait des abcès cruraux externes apparaissant entre le couturier et le tenseur du fascia lata ; ils ont tendance à se porter vers la région externe de la cuisse ; ce sont en général les plus volumineux ; puis en allant vers le triangle de Scarpa on trouverait des abcès cruraux, moyens, répondant au psoas iliaque, contenus dans la gaine du muscle psoas ; ce sont les plus graves : ils peuvent comprimer l'artère fémorale, l'envelopper ; on est exposé à ouvrir le vaisseau en ponctionnant la collection ; enfin il y a des abcès cruraux internes, suivant l'interstice qui sépare le pectiné du moyen adducteur ; mais un fait est à retenir : les muscles adducteurs forment un plan résistant, aussi parfois le pus se portera d'avant en arrière contournant le fémur ;

2° Les *abcès postérieurs* évoluant vers la fosse iliaque externe, vers la région fessière, la grande échancrure sciatique, la fosse iliaque interne, parfois communiquant avec une collection intra-pelvienne, et descendant à la face postérieure de la cuisse ;

3° Les *abcès pelviens* communiquant avec l'articulation ; dans ce cas l'arrière-fond de la cavité est détruit, représenté par un séquestre ; ces abcès pelviens siégeant dans la fosse iliaque interne ou la région obturatrice peuvent s'ouvrir dans le rectum, la vessie, l'urètre, le vagin, plus rarement la cavité péritonéale.

B. Les **luxations** encore dite *spontanées* peuvent se présenter aux différentes phases de la coxalgie.

Les unes se montrent au début, sans qu'il y ait suppuration et alors que les lésions anatomiques sont peu développées. M. le professeur Kirmisson a bien insisté sur ce fait, il dit textuellement : « Un enfant, par exemple, marchait la veille encore avec une claudication plus ou moins manifeste lorsque brusquement, six semaines ou deux mois après le début de la coxalgie, il est dans l'impossibilité d'appuyer le pied à terre. Le membre est placé dans une position complète d'inversion ; la tête est appréciable dans la fosse iliaque externe. » Cette forme est appelée par M. Kirmisson « luxation soudaine ».

Dans l'autre variété de luxation, on peut trouver une première période précédant la luxation, et caractérisée par l'ascension de la tête fémorale dans une cavité cotyloïde élargie ; en effet, l'usure commence en général par le bord postéro-supérieur de la cotyloïde Il se fait une élévation de la tête fémorale et déjà on peut avoir un raccourcissement de 2 à 3 centimètres.

La luxation se produit ; la cavité cotyloïde s'étant agrandie en arrière et en haut, le fémur glisse sur cette surface et arrive à la fosse iliaque externe. Dès lors le raccourcissement est bien plus important que dans la forme précédente, il atteint 6, 8, 10, 12 centimètres, et c'est ce qui permet de poser le diagnostic de luxation, sans compter que l'adduction du membre est de plus en plus marquée, la palpation faisant en outre reconnaître la tête fémorale plus ou moins mobile, mais généralement déformée.

Anormalement la luxation se fait en haut entre l'épine iliaque antéro-inférieure et le pectiné, dans l'échancrure sciatique ou dans le bassin par perforation de la cavité cotyloïde.

La guérison peut se faire avec ankylose. Mais on conçoit que cette terminaison se fait en position vicieuse si le traitement n'a pas été institué à temps. Les parties molles (muscles et ligaments) tendent à se rétracter, à s'épaissir ; il y a en même temps atrophie des extenseurs, usure des extrémités osseuses. Le membre est alors presque complètement perdu pour la fonction.

Le pied, la jambe, l'os iliaque sont atrophiés ; et à la suite de la coxalgie il y a des déformations pelviennes, telles que le bassin oblique ovalaire.

Diagnostic. — La gonalgie pourrait induire en erreur, d'où l'indication chez les jeunes sujets d'examiner systématiquement tous les segments articulaires du membre.

Certaines arthrites peuvent prêter à confusion, surtout les arthrites *coxo-fémorales consécutives à l'ostéomyélite*. La hanche est immobilisée par la douleur, les contractures. Si la lésion siège sur le fémur, le gonflement se développe vers la cuisse. Si la lésion a son point de départ à la cavité cotyloïde, le gonflement siège au-dessus du pli inguinal ; enfin on trouve des phénomènes aigus : douleur, délire, symptômes typhoïdes.

L'*arthrite sèche* est souvent difficile à diagnostiquer. Les mouvements s'accompagnent de craquements ; les mouvements sont limités, mais encore possibles. Il existe de l'endolorissement du sciatique, sans points névralgiques. L'arthrite n'a aucune tendance à la suppuration, c'est une maladie des vieillards.

L'*arthropathie tabétique* frappant l'articulation coxo-fémorale est rare ; elle peut apparaître brusquement, se caractérise par un épanchement abondant, soit à la partie antérieure, soit à la partie postérieure de l'articulation ; la tête fémorale s'est presque toujours résorbée.

La *périarthrite coxo-fémorale*. — Le gonflement affecte la forme allongée, se termine brusquement vers la partie inférieure c'est « le coup de hache » de Chassaignac ; la douleur est localisée en arrière du grand trochanter ; la hanche a conservé ses mouvements ; il n'y a pas de douleurs dans l'aine, pas de douleurs à l'exploration du triangle de Scarpa.

Il serait bon de faire le *toucher rectal*, et au cas de coxalgie la douleur serait ainsi provoquée par pression de la cavité cotyloïde et on reconnaîtrait en même temps le gonflement.

---

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 48, p. 572.

En outre, la *sacro-coxalgie* pourrait prêter à confusion, la douleur est au niveau de l'interligne sacro-iliaque; il existe de la névralgie sciatique, de la douleur bien localisée quand on cherche à rapprocher les deux os coxaux (signe d Erichsen).

La tuberculose de l'ischion, du grand trochanter, de la crête iliaque est facile à reconnaître. Le rhumatisme blennorragique a un début aigu que l'on ne trouve pas dans la tuberculose articulaire.

L'ostéosarcome du fémur donne un gonflement beaucoup plus important, les mouvements articulaires sont possibles, peu douloureux, la déformation « en gigot » de l'ostéosarcome est absolument distincte de l'atrophie de la coxalgie.

La *coxalgie hystérique* peut être une cause d'erreur, la douleur est superficielle, c'est une hyperesthésie cutanée suivant l'expression de Brodier, il y a une boiterie choréiforme et dès la première semaine le malade prend les positions de la coxalgie, avec adduction, rotation en dedans; les déformations disparaissent sous le chloroforme.

Le diagnostic des abcès est chose facile. Il faudrait examiner le rachis, et éliminer l'abcès symptomatique d'un mal de Pott.

Le diagnostic des luxations est basé sur la recherche de la ligne de Nélaton-Roser. Si l'on place le membre inférieur en demi-flexion, on observe que les trois saillies représentées par l'épine iliaque, antérieure et supérieure, le sommet du grand trochanter et la tubérosité de l'ischion sont sur une même ligne oblique en bas et en dedans. S'il y a luxation, le grand trochanter est remonté au-dessus de la ligne indiquée.

Le diagnostic avec la luxation congénitale est facile. Cette affection est indolore. Il n'y a pas de gonflement, pas de douleur; enfin la radiographie pratiquée dans tous les cas, lèvera tous les doutes.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 14, 4 avril 1907.) SONNENBURG : Entérite et appendicite. — HOFFA : le rhumatisme chronique et l'arthrite déformante. — WOLLENBERG : Etude anatomo-pathologiqne sur le rhumatisme chronique et l'arthrite déformante. — TILMAN : Traitement du tétanos. — PAPAÏSANNOU : Modifications du procédé opératoire de Bassini pour les hernies. — EHRHARDT : Sur l'étiologie des récidives et des pseudo-récidives après les opérations dans la lithiase biliaire. — BIBENFELD : Sur le dosage de la suprarénine injectée dans le canal rachidien. — ARNDT : Recherches hémolytiques, particulièrement dans les infections à staphylocoques. — FROMME : Sur la fièvre dans les carcinomes. — HOFFMANN et BRÜMING : Transmission avec succès de la syphilis aux chiens. — (N° 15, 11 avril.) KLEBS : Cause et traitement de la tuberculose pulmonuire humaine. — VIERHAFF : Recherches radiographiques sur la tuberculose du sommet des poumons. — STRAUSS : Sur l'écoulement digestif du suc gastrique. — FRIEDEMANN : Sur une hémolyse complexe du pancréas. — KENTHE : Sur l'importance fonctionnelle des leucocytes dans le sang circulant avec des nutritions différentes. — BRATZ et LENBUSCHER : Sur l'épilepsie passionnelle, groupe clinique distinct de l'épilepsie vraie. — KOWALEWSKI : Contribution à l'action de la cantharide. — WEDERHAKE : Sur l'emploi du tétrachlorure de méthyle comme dissolvant en médecine.

Medizinische Blatter. — (N° 14, 6 avril 1907.) HOFBAUER : Sur la pathogénie de l'asthme goitreux. — ADAMKIEWICZ : Les résultats actuels de mon traitement non sanglant du cancer et les autorités. — (N° 15, 13 avril.) LÖW : L'évolution de la doctrine moderne de l'immunité. — ADAMKIEWICZ : Les résultats actuels de mon traitement non sanglant du cancer et les autorités (*suite*).

Lyon médical. — (N° 15, 14 avril 1907.) ROUVILLOIS : Deux cas de dislocation du carpe. — CHAUVET : Du mode d'action du traitement de Royat dans les affections broncho-pulmonaires. — (N° 16, 21 avril.) PLAUCHU : Infection du sein à syndrome clinique de phlegmon diffus se terminant par la mort chez une nourrice au sixième mois de l'allaitement.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 15, 9 avril 1907.) GEIGEL : Bruit de frottement endocardique. — STRASSBURGER : Sur l'élasticité de l'aorte dans l'artériosclérose commençante. — ZACHARIAS : Traitement de la mastite par la stase de Bier. — DEUTSCHLÄNDER : Traitement par l'hyperémie de la tuberculose osseuse et articulaire. — THOREL : Un cas de sarcome mélanique primitif des méninges médullaires. — BARLACH : Sur le charbon et son traitement. — RUNK : Le bromural, un nouvel antinervin. — GRÜNEWALD : La recherche des hydrates de carbone dans l'urine. — MAURER : Polynévrite des poules et béribéri, intoxication chronique par l'acide oxalique. — LNAGE : Que peut faire le praticien pour le soulagement des estropiés? — (N° 16, 16 avril.) LENHARTZ : Sur l'inflammation aiguë et chronique des bassinets. — MURAWITZ : Traitement des anémies graves par la transfusion du sang. — EITNER : Observations sur le spirochæte pallida vivant. — STURSBERG : Contribution à l'étude de la maladie d'Addison. GIERKE : Persistance et hypertrophie du thymus dans la maladie de Basedow. — EICHHOLTZ : Quelques expériences sur l'évolution de la fièvre typhoïde sur les hommes inoculés et non inoculés des troupes du sud-ouest africain allemand. — DEHLER : Le traitement des porteurs de bacilles typhiques. — STOLZENBUNG : Sur les expériences faites avec le masque à aspiration pulmonaire de Kuhn dans le sanatorium de Slawentzitz. — KUHN : Nouvelles expériences sur le traitement par l'hyperémie des poumons au moyen du masque à aspiration. — HERZ : Sur l'examen du cœur, quant à sa mobilité. — FISCHER : La découverte de la cause du cancer, par M. le docteur H. Sprude. — DEUTSCHLÄNDER : Traitement par l'hyperémie de la tuberculose osseuse et articulaire (*suite*).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 14, 4 avril 1907.) GLAS : Sur le diagnostic œsophagoscopique dans la dilatation idiopathique de l'œsophage. — KHAUTZ : Sur les ruptures intestinales sous-cutanées. — SCHNEIDER : Contribution à l'étude de la polyglobulie. — NIESSNER : Deux cas de péritonite diffuse appendiculaire avec occlusion intestinale consécutive. — (N° 15, 11 avril.) SANDEK : Sur la dégénérescence colloïde de la peau dans le tissu de granulations et de cicatrices. — OPLATEK : Sur la réinfection syphilitique. — SCHWAZ et KRENZFUCHS : Sur l'examen radiologique de la mobilité de l'estomac. — RIEDL : Modification usuelle du bandage de Sayre pour fracture de la clavicule. — BRAUNER : Sur l'achylie gastrique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Billets simples de France en Espagne. — Les principales gares du réseau P.-L.-M. (Paris, Dijon, Lyon, Marseille, etc.) délivrent des billets directs simples pour Barcelone. Consultez le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M.

N° 52. — SAMEDI 4 MAI 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 4 MAI 1907. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hopitaux. — Admissibilité. — Voici le classement des candidats admissibles :

MM. Lereboullet, Hallé, Clerc, Laignel-Lavastine, Decloux, Camus, Balthazard, Léri, Rathery, Coyon.

— Concours de chirurgien des hopitaux. — *Lecture des copies.* — Séance du 2 mai. — MM. Guibé, 26 ; Chevrier, 24.

La prochaine séance, *épreuve clinique*, aura lieu le samedi 4 mai, à quatre heures et demie, à Lariboisière.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. — Voici la liste par ordre alphabétique des candidats admissibles aux épreuves définitives :

Chirurgie. — MM. Alglave (Paris), Caubet (Toulouse), Cavaillon (Lyon), Colle (Lille), Dambrin (Toulouse), David (Montpellier), Duvergey (Bordeaux), Lapointe (Paris), Laroyenne et Latarget (Lyon), Lecène et Lenormant (Paris), Leriche (Lyon), Martin (Montpellier), Molin (Nancy), Ombrédanne (Paris), Piquand (Nancy), Potel (Lille), Riche (Montpellier), Rocher (Bordeaux et Toulouse), Sencert (Nancy), Thévenot (Lyon), Vanverts (Lille), Schwartz (Paris).

Accouchements. — MM. Couvelaire et Delestre (Paris), Fournier (Toulouse), Garipuy (Bordeaux et Toulouse), Gonnet (Lyon), Jeannin (Paris), Péry (Bordeaux), Pouliot (Bordeaux et Toulouse), Rudaux et Sauvage (Paris), Trillat et Voron (Lyon).

— Voici l'ordre de passage pour la leçon d'une heure, après quarante-huit heures de préparation :

Chirurgie. — I. MM. Piquand, Vanverts, Guyot, Schwartz, Lapointe, Dambrin, Rocher, Riche, Potel, Duvergey.

11. Martin, Laroyenne, Ombrédanne, Caubet, Leriche, Molin, Cavaillon, Lenormant, Thévenot, Alglave.

21. Colle, David, Sencert, Lecène, Latarget.

— Sciences anatomiques, physiologiques et naturelles. — Sont nommés membres du jury du concours qui doit s'ouvrir à Paris, le 13 mai 1907, pour huit places d'agrégé des facultés de médecine :

1. *Juges titulaires.* — MM. Richet, Farabeuf, Blanchard, Gley, Malassez, Barrois, Gillis, Nicolas et Abelous.

2. *Juges suppléants.* — MM. Langlois, Rieffel, Cunéo et Branca.

Candidats. — MM. Alquier, Ambard, Blatin, Boyer, Brumpt, Busquet, Cabanès, Camus, Castelain, Collin, Dallest, Delmare, Dubois, Dubreuil, Fredet, Gautié, Géraudel, Jeandelire, Lacomme, Lassablière, Lasserre, Lepage, Martin, Mandoul, Milon, Odin, Rajat, Roques, Sonneville, Turlais.

— Sciences physiques, chimiques et pharmacologiques. — Sont nommés membres du jury du concours qui doit s'ouvrir à Paris, le 13 mai 1907, pour huit places d'agrégé des facultés de médecine :

1. *Juges titulaires.* — MM. A. Gautier, Gariel, Pouchet, André Broca, Gérard, Hugounenq et Charpentier.

2. *Juges suppléants.* — MM. Hanriot, Desgrez, Maillard et Richaud.

Candidats. — MM. Brissemoret, Chanot, Derrien, Dorléans, Dufour, Florence, Guillemart, Labat, Mounegrat, Nicloux, Nogier, Robert, Zimmern.

— Bordeaux. — M. Denucé, professeur de clinique des maladies chirurgicales des enfants à la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie à ladite Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Reims. — M. Harman, professeur d'anatomie, est autorisé à faire valoir ses droits à la retraite et est nommé professeur honoraire.

— Rennes. — Des concours seront ouverts : 1° le 7 octobre 1907, pour un emploi de chef de clinique chirurgicale ; le 14 octobre 1907, pour un emploi de chef de clinique obstétricale et gynécologique.

Los chefs de clinique sont nommés pour deux ans, ils reçoivent une indemnité annuelle de 800 francs.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'école, un mois avant l'ouverture du concours.

UNIVERSITÉ DE PARIS. — M. Moureu, agrégé près l'école supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, est nommé professeur de pharmacie chimique à ladite école.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Versailles. — Un concours pour la nomination d'un interne en médecine sera ouvert le 16 mai 1907, à neuf heures du matin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Maladies du système nerveux. — Le docteur Babinski commencera ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux le samedi 4 mai 1907, à dix heures et demie du matin, et les continuera tous les samedis, à la même heure, pendant les mois de mai, juin et juillet.

Tous les mercredis, à dix heures du matin, consultation publique.

LES

ANGIOMES PROFONDS JUXTA-ARTICULAIRES

DU GENOU

DE LEUR DIAGNOSTIC

Par M. GANGOLPHE, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et M. T. GABOURD, interne des hôpitaux de Lyon.

Les angiomes profonds de la région juxta-articulaire du genou ont une allure clinique suffisamment nette pour mériter de former une entité pathologique spéciale.

Quoique assez rarement rencontrés, ils ont presque toujours provoqué des erreurs de diagnostic; cela tient, semble-t-il, à ce que jusqu'à présent aucune étude d'ensemble n'a été faite à leur sujet, les cliniciens rapportant leurs observations toujours isolément, ou avec des commentaires insuffisants, forcément incomplets.

Notre but n'est pas de faire ici toute l'étude des angiomes profonds, soit musculaires, soit parostaux, de cette région, mais seulement de montrer, en établissant leur aspect clinique, les erreurs de diagnostic qu'ils peuvent provoquer et surtout d'indiquer comment on peut les éviter.

Depuis la thèse de Ch Monod (1) et sa communication à la Société de chirurgie faite quelques années après, les travaux n'ont pas manqué sur les angiomes profonds, en particulier les angiomes musculaires. C'est d'abord Le Dentu (2) qui leur consacre une de ses cliniques, puis Mauclaire et de Bovis (3) dans leur livre sur les angiomes et même dans le *Traité de chirurgie* de Le Dentu-Delbet. Mauclaire (4) y revient au cours de son article sur la pathologie des articulations et consacre quelques lignes au diagnostic des angiomes juxta-articulaires du genou. Plus récemment Rigaud (5), Hardouin (6) et surtout Reclus et Magitot (7), dans un article récent, ont montré successivement quelle était la structure et comment se formaient les angiomes musculaires. Parallèlement à eux et en même temps plusieurs auteurs allemands ont signalé la possibilité d'angiomes musculaires et les ont étudiés dans des revues générales très complètes. Ce sont surtout Honsell (8), Riethus (9), Keller (10), Sutter (11), etc., qui ont repris les anciennes descriptions de Virchow et ont nettement fixé la structure et la pathogénie de ces tumeurs vasculaires.

Aussi notre intention n'est pas de reprendre cette étude anatomique, mais d'établir la description clinique des angiomes profonds et en particulier de ceux de la région juxta-articulaire du genou. D'ailleurs l'un de nous l'avait déjà essayé en 1896 en inspirant la thèse de Juvanon (1). Mais à cette époque les observations étaient trop rares, et ne permettaient pas d'établir d'une façon sûre les particularités cliniques des angiomes profonds, surtout la variété juxta-articulaire du genou.

Depuis lors les cas sont plus nombreux, peut-être est-ce à cause des facilités que donne l'asepsie en rendant inoffensives des interventions réputées autrefois dangereuses, comme celles où l'on craint des lésions des synoviales du genou, peut-être aussi est-ce à cause des difficultés de diagnostic qui ont engagé les chirurgiens à les publier. Aussi ayant eu récemment à observer et à opérer un cas analogue à l'Hôtel-Dieu, le diagnostic ayant été fait avant l'intervention, nous avons pensé qu'il serait utile d'indiquer la façon dont l'un de nous s'y est pris pour reconnaître cet angiome profond et aussi de signaler les réflexions cliniques que cette malade nous a suggérées.

OBSERVATION I PERSONNELLE. — *Angiome de l'extrémité inférieure de la cuisse droite. Extirpation partielle. Guérison.* — Mlle Annette C..., âgée de vingt-deux ans, domestique, entre le 17 novembre 1906 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Martin, service du docteur Gangolphe, chirurgien-major, pour une tumeur très douloureuse de la cuisse droite.

Dans ses antécédents héréditaires elle ne présente rien de particulier à signaler. Son père et sa mère sont vivants. Ses quatre frères ou sœurs ne présentent aucune malformation extérieure, seule une de ses sœurs a été opérée, il y a deux ans, d'une salpingite.

Notre malade, au contraire, présente depuis sa naissance un *bec de lièvre* sur le côté gauche de la lèvre supérieure, la fente ne comprend que la lèvre, elle est rattachée à la narine correspondante par un léger sillon.

A l'âge de huit ans, elle fit une chute sur le côté externe du genou droit et en ressentit une vive douleur, mais ce traumatisme n'eut pas de suites fâcheuses, car elle put marcher presque immédiatement, néanmoins ce serait depuis lors qu'elle ressent des douleurs dans la cuisse.

Ces douleurs étaient d'abord surtout marquées le soir à la fin de la journée, la malade étant alors repasseuse était obligée de rester continuellement debout. Vers le même moment, c'est-à-dire de douze à dix-sept ans, elle constatait que sa cuisse enflait au-dessus du genou, sans que la jambe ni le pied fussent plus volumineux. Au contraire, le matin à son lever cette enflure avait disparu pour ne réapparaître que le soir.

Il y a deux ans, elle vint à l'Hôtel-Dieu se faire enlever un *lipome* qu'elle avait depuis longtemps dans l'aisselle gauche et qui récemment avait considérablement augmenté au point de gêner les mouvements du bras. Cette tumeur était de la

(1) Ch. MONOD. *Des angiomes*, Th. de Paris, 1873, et *Bull. de la Soc. de chir.* de Paris, 1879.
(2) LE DENTU. *Cliniques chirurgicales*, 1892.
(3) MAUCLAIRE et DE BOVIS. *Des angiomes* (coll. Charcot-Debove), 1893.
(4) MAUCLAIRE. *Traité de chirurgie* Le Dentu-Delbet.
(5) RIGAUD. *Des angiomes musculaires*, Th. de Paris, 1902-1903.
(6) HARDOUIN. *Bull. de la Soc. anat.*, 1905, et *Arch. gén. de méd.*, 1905.
(7) RECLUS et MAGITOT. Des angiomes musculaires, *Revue de chir.*, 1906.
(8) HONSELL. Sur un cas d'angio-fibrome du muscle, *Beit. f klin. Chir.*, 1902, p. 32.
(9) RIETHUS. Sur les angiomes primitifs des muscles, *Beit. f. klin. Chir.*, 1904, n° 42, p. 454.
(10) KELLER. Angiome caverneux des muscles, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1904, Bd. LXXIV.
(11) SUTTER. Etude sur les angiomes musculaires primitifs, *Deuts. f. Chir.*, 1905, Bd. LXXV, p. 368.

(1) JUVANON. *Des angiomes périostiques et parostaux*, Th. de Lyon, 1896-1897.

grosseur d'une mandarine environ; les suites furent très simples, la malade sortit de l'hôpital une dizaine de jours après.

Réglée à quinze ans, elle l'a toujours été régulièrement, mais depuis deux ans, elle a des pertes blanches. Son état général a toujours été excellent, elle n'a pas été anémique.

Il y a six mois elle entra comme domestique dans une épicerie, et là elle était surmenée par le travail, obligée de rester de treize à quatorze heures debout. Aussi depuis lors, trouve-t-elle une sérieuse aggravation dans son état, les souffrances ont bien augmenté, persistant pendant la journée, quoique plus marquées le soir, de même la tuméfaction ne disparaissait pas pendant la nuit.

Enfin, depuis quatre jours les douleurs sont telles, que la marche est impossible sans claudication.

A son entrée, on constate une tuméfaction très marquée de la portion inférieure de la cuisse gauche, la palpation donne une sensation molle, pseudo-fluctuante, pâteuse. Cette tuméfaction est surtout accentuée sur la face externe de la cuisse, elle semble d'ailleurs siéger très profondément, sous le muscle, car elle est très mal perçue lors des contractions du quadriceps fémoral. Sur la face interne, à quatre travers de doigt environ de l'extrémité inférieure du condyle interne, on perçoit contre l'os une tumeur arrondie, dure, mobile, très douloureuse, du volume d'une grosse noix. Elle semble se trouver sur le trajet des tendons des muscles de la patte d'oie, mais n'est pas modifiée par leur contraction. De plus l'auscultation ne donne rien, il n'y avait pas d'ailleurs de battements, ni d'impulsion. Enfin, une palpation un peu appliquée montrait que ces deux tumeurs étaient en continuité l'une avec l'autre, probablement par la portion rétro-fémorale.

L'articulation du genou correspondante paraît saine, peut-être y a-t-il une légère hydarthrose à cause de la saillie apparente des culs-de-sac synoviaux, en tout cas elle est légère, car on ne trouve pas de choc rotulien.

Enfin, sur la face externe de la cuisse, au point maximum de la tumeur, se trouvait un petit nævus superficiel formé par un petit lacis veineux violet foncé.

En présence de cette tuméfaction d'aspect bizarre, sans retentissement sur l'articulation voisine, sans phénomènes inflammatoires passés ou actuels et sans influence sur l'état général de la malade, M. Gangolphe essaya de compléter les renseignements cliniques et prit lui-même les mensurations de la tumeur, environ à 4 centimètres de la pointe supérieure de la rotule. Et en effet, il trouva des modifications très intéressantes, suivant la position du membre. Après avoir laissé le membre inférieur vertical pendant quelques minutes, la malade se tenant debout au pied du lit, on avait exactement 44 centimètres. Au contraire, après quelques minutes de décubitus horizontal et la jambe retenue élevée au-dessus du lit, on obtenait seulement 42 centimètres, il y avait donc une différence de 2 centimètres au moins, par conséquent la tumeur se congestionnait, gonflait sous l'action de la pesanteur, comme on le voit dans les varices. Grâce à ce phénomène capital et aussi à la présence du bec de lièvre et du lipome axillaire enlevé deux ans auparavant, M. Gangolphe *porta le diagnostic d'angiome volumineux et profond* de la portion inférieure de la cuisse.

Opérée quelques jours après (28 novembre) on trouva un volumineux angiome caché sous le quadriceps que l'on fut obligé d'inciser au niveau de la portion inférieure du vaste interne. Sur l'angiome, au niveau du point si douloureux se trouvait une boule lipomateuse qui fut enlevée. Quant au reste de la tumeur son volume était trop grand, et sa situation trop profonde, M. Gangolphe jugea inutile de l'extirper puisque sa nature était dépourvue de malignité, tandis qu'une opération complète eût pu être cause d'accidents sérieux. Après drainage on sutura complètement. Les suites furent très bonnes, la cicatrisation très rapide, et, fait particulier, la douleur exquise de la face interne ne réapparut pas.

Le fragment enlevé fut examiné au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté et M. Paviot conclut à *un fibrolipome en voie de développement sur un angiome*.

La malade quitta l'Hôtel-Dieu au début de janvier, la plaie complètement cicatrisée et pouvant marcher sans peine et sans aucune douleur.

Voici maintenant un peu résumées les autres observations d'angiomes rencontrés dans la même région para-articulaire du genou. On verra par leur lecture combien elles sont semblables les unes aux autres, présentant toutes les mêmes difficultés de diagnostic.

Obs. II. (L. Tripier. Acad. de méd., 1891.) — Jeune homme de dix-huit ans qui ressentait depuis son enfance des douleurs dans le genou gauche.

Entré à plusieurs reprises dans les hôpitaux il avait toujours été soigné pour une *tumeur blanche*.

Il présentait une tuméfaction sur la partie interne de l'articulation et un point douloureux sur la tubérosité du tibia.

M. Tripier fit placer un lien constricteur sur la partie moyenne de la cuisse et de suite la tuméfaction augmenta et un lacis veineux apparut. L'élévation provoquait une grosse diminution. De même variations de volume par applications chaudes et froides. La tumeur était donc due à l'ectasie veineuse, aussi M. Tripier s'arrêta-t-il au diagnostic d'angiome simple développé dans la couche parostale.

L'opération confirma ce diagnostic, malgré une très forte hémorragie et une extirpation incomplète. Les suites furent excellentes.

Obs. III. (Tillaux. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1894, p. 93.) — *Difficultés de diagnostic d'un angiome caverneux.* — Jeune homme entré pour une affection consistant en une tumeur de la face externe du genou droit.

Cette tumeur présentait les caractères d'un *abcès froid* et avait été considérée comme telle par tous ceux qui l'avaient examinée. Le point intéressant est que l'abcès semblait être extra-articulaire et paraissait dû à une ostéite limitée au condyle externe du fémur. Comme le malade disait avoir souffert toute sa vie on pouvait admettre qu'il y avait eu là primitivement une tumeur blanche dont on ne voyait plus que le reliquat.

Mais c'était faux. A l'opération on eut après l'incision du sang rutilant, sans trace de suppuration. La tumeur s'affaissa et à la coupe il s'agissait du tissu spongieux d'un angiome. Suites très bonnes.

Obs. IV. (Viannay. *Province méd.*, 30 août 1902, p. 409.) — *Un cas d'angiome du vaste interne de la cuisse.* — Jeune femme de vingt-six ans souffrant depuis l'âge de dix-sept à dix-huit ans de douleurs sur le côté interne du genou qui finirent par empêcher la marche. Une tuméfaction d'abord très pénible mais très sensible apparut deux à trois ans après.

A ce moment (mai 1898) entrée dans le service du professeur Jaboulay, on fit le diagnostic de *kyste synovial avec épaississement de la synoviale*. A l'opération on tomba sur un *angiome* qui fut enlevé sans accident.

Mais deux ans après, les mêmes douleurs réapparurent et revenue dernièrement dans le service du même chirurgien on constate une légère voussure au niveau du condyle interne du fémur assez régulière, lisse, très douloureuse à la pression.

A l'intervention on trouve encore un angiome étalé en surface, sans limites très nettes. Il y avait donc récidive.

Obs. V. (Corneloup. *Lyon méd.*, 1904, p. 469.) — *Sur un cas d'angiome caverneux du vaste interne.* — Homme de trente-huit ans entré dans le service de M. Tixier, hôpital Saint-Pothin, le 4 janvier 1904.

A l'âge de dix-huit ans il tombe de voiture et se traumatise surtout la partie interne du genou, d'où douleur assez vive et épanchement intra-articulaire gênant la marche. Guérison quinze jours après malgré la mise d'un cautère.

Trois ans après cet accident, le malade constata qu'une tumeur se développait au niveau de la cicatrice du cautère, elle augmenta lentement et progressivement.

Actuellement tumeur peu saillante molle, complètement réductible. Augmentation pendant la marche, en même temps qu'apparaissait sur la peau une petite ampoule bleuâtre comparable aux dilatations veineuses que l'on voit sur le trajet d'une veine variqueuse.

Indolence complète à la pression et à la palpation. Seules les longues marches étaient pénibles, la jambe se fatiguant plus vite, et le soir quelques douleurs survenaient assez fréquemment.

On porte le diagnostic de lipome en rapport avec le cul-de-sac sous-tricipital de la synoviale.

A l'intervention, M. Tixier trouve un *angiome* de l'extrémité inférieure du vaste interne. On l'enlève le plus complètement possible sans toucher au cul-de-sac synovial. Guérison rapide. Sort de l'hôpital le 23 janvier.

Obs. VI. (Hardouin. *Arch. gén. de méd.*, 1905, p. 1097.) — *Les angiomes du quadriceps fémoral.* — Homme de vingt-trois ans, entré le 17 février 1904 à l'Hôtel-Dieu de Rennes pour une lésion du genou.

Début des douleurs trois ans et demi avant et d'une façon assez intermittente. Au bout d'un certain nombre de crises apparut un gonflement très net à la face inféro-interne de la cuisse.

On constate une tuméfaction de 5 à 6 centimètres en tous sens dans la région inférieure du quadriceps. Elle est molle, élastique, peu tendue, non fluctuante et semblant indépendante du genou. En plus il y avait un point très douloureux sur le condyle interne.

Le diagnostic étant hésitant, *on pense à la tuberculose.*

A l'opération on trouve une tumeur infiltrant le quadriceps et qui provoque une forte hémorragie, malgré la bande d'Esmarch.

L'histologie indiqua qu'il s'agissait d'un *angiome du muscle quadriceps.*

Obs. VII. (Kirmisson. *Bull. de la Soc. de chir.* de Paris, 11 janv. 1905.) — *Angiome calcifié du triceps crural gauche. Importance de la radiographie pour le diagnostic.* — Fillette de onze ans, d'abord vue en 1903 pour une très violente douleur au niveau de la partie inférieure de la cuisse gauche. *On pensa à une ostéite et même à un abcès sous-périostique, puis en dernier lieu à un corps étranger*, mais une radiographie faite alors n'indiqua rien de pareil. Améliorée par le repos elle sortit. Revenue un an après (novembre 1904), elle présentait les mêmes douleurs, plus violentes encore. Une deuxième radiographie indiqua une ombre au-devant du fémur.

A l'opération on trouva un angiome limité, mais en voie de calcification.

Obs. VIII. (Auvray. *Tribune méd.*, 1905, p. 21.) — *Angiome musculaire de la portion vaste interne du quadriceps fémoral dont l'évolution a simulé une arthrite du genou.* — Jeune femme de vingt ans, entrée le 26 août 1904 à l'hôpital de la Charité avec des accidents douloureux du genou gauche qui jusqu'alors avaient toujours été rattachés par ceux qui l'avaient examinée à une arthrite. Début des douleurs remontant à deux ans, d'abord simple gêne dans la marche, et douleurs si elle se fatiguait, puis peu à peu étaient survenues des douleurs très vives, continues, exagérées notablement par l'exploration.

On avait beaucoup discuté sur la nature gonococcienne, tuberculeuse, syphilitique de la lésion, car on pouvait suspecter chez cette femme des antécédents de syphilis, et l'existence de pertes vaginales jaune verdâtre et de règles douloureuses faisait penser à la blennorragie. On avait même émis le *diagnostic d'ostéosarcome de l'extrémité inférieure du fémur*, voyant qu'aucun des traitements essayés (massage, repos, pointes de feu, injections mercurielles, etc.) n'avait amené d'amélioration.

On constatait à la palpation une douleur très vive au niveau du condyle interne du fémur, la pression la plus légère arrachait des cris à la malade. Aussi pensa-t-on d'abord à un foyer d'*ostéite tuberculeuse* localisée dans ce condyle.

Au bout d'un certain temps survint une petite tuméfaction de forme ovoïde mobile sur le squelette, et siège des phénomènes douloureux.

C'est alors qu'on intervient sur le désir de la malade. On fit une incision longitudinale de 10 centimètres sur la tumeur et après section du muscle on tombe sur une tumeur de la grosseur d'une noix et on l'enlève.

Les suites furent excellentes, la malade sortit quinze jours après de l'hôpital complètement guérie.

L'*examen microscopique*, pratiqué par le professeur Cornil, montra qu'il s'agissait d'un angiome du quadriceps fémoral.

Le centre de la tumeur était le siège d'une inflammation chronique, et tout autour de ce noyau induré il s'est développé des angiomes purement capillaires.

Obs. IX. (Zesas. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1906, Bd. LXXXII, p. 267, et *Centralbl. f. Chir.*, 1906, p. 910.) — *Sur une tumeur rare de la capsule articulaire du genou.* — Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans venu à la consultation de la clinique du docteur Hoffa pour des douleurs dans le genou droit.

Il ressentait de vives douleurs pendant la marche. Il y avait une tuméfaction qui grossissait souvent mais diminuait par la compression et le repos au lit. Néanmoins cette tuméfaction n'était jamais tout à fait indolore, et elle obligeait le malade à marcher en boitant.

On ne trouva aucune influence ni traumatique, ni héréditaire, la blennorragie était à discuter.

Rien à l'examen des organes internes.

Le genou droit (côté malade) se meut assez facilement, il est modérément enflé; la peau qui le recouvre est de couleur normale.

L'articulation paraît douloureuse dans les mouvements passifs et actifs.

Il y a un épaississement de la capsule comme dans un épanchement modéré de l'articulation.

Sur le côté interne de l'articulation à côté de la rotule se trouvait une grosseur aplatie, irrégulière, de consistance

élastique. Il y en avait deux sur les côtés du ligament rotulien.

On discute le diagnostic de tuberculose et même celui de sarcome ou de lipome.

A l'opération on trouve un *angiome*.

A ces neuf observations nous pourrions en ajouter bien d'autres, car les angiomes du quadriceps général sont les plus fréquents des angiomes musculaires, et même la plupart sont-ils situés dans la partie inférieure de la cuisse mais n'ayant pu les lire en détail, car la plupart du temps les statistiques (Honsell, Sutter, Reclus et Magitot) ne font qu'indiquer la marche sans dire les symptômes que présentait le malade, nous préférons les laisser de côté.

D'ailleurs ce faisceau de faits est bien suffisant pour montrer quel est l'aspect clinique des angiomes profonds, et quelles sont les causes des difficultés de leur diagnostic, car les mêmes symptômes reviennent en général dans chacune des observations.

Tout d'abord au point de vue étiologique on est frappé par deux choses : en premier lieu l'âge relativement jeune des malades (de quinze à vingt-cinq ans), et ensuite l'absence complète d'antécédents personnels infectieux, soit éloignés, soit locaux. Ce sont au contraire des malades qui ont presque toujours joui d'une excellente santé, présentant tous les caractères d'une bonne constitution (facies coloré, embonpoint et état des muscles très normal), aussi n'est-ce qu'à regret et un peu par habitude que l'on est obligé de songer chez eux à la tuberculose. Quelquefois un traumatisme a été mis en cause, mais ou bien il est insuffisant, et a été exagéré, car le public a une grande tendance à l'invoquer dans toutes les affections des membres, ou bien il peut avoir une influence réelle comme dans le cas de M. Tixier publié par Corneloup. Il semble que, dans ce cas, l'angiome se soit développé au-dessous de la cicatrice d'un cautère, peut-être est-ce à cause de cette particularité pathogénique que dans ce cas la tumeur était d'une indolence complète, alors que tous les autres malades se sont plaints de vives douleurs ?

D'ailleurs au point de vue pathogénique les huit autres cas semblent différer totalement du cas précédent (jeune âge, évolution lente, situation très profonde, région épiphysaire, etc.), paraissant tous être d'origine congénitale, au lieu d'avoir une étiologie nettement traumatique. Car la région juxta-articulaire du genou est une des épiphyses les plus actives et il n'est pas étonnant qu'en ce point comme au niveau des fentes branchiales, des fontanelles et des autres régions qui à un moment donné ont été le siège d'un travail vaso-moteur intense, il survienne des angiomes.

Le siège de ces tumeurs, à part le cas de MM. Tixier et Corneloup, est toujours profond, les angiomes sont soit intra-musculaires, soit sous-musculaires ou parostaux ressemblant ainsi aux lipomes qui peuvent siéger à tous les degrés de profondeur. Par suite de cette situation profonde la palpation ne donne quelquefois que de mauvais renseignements, car les muscles même à l'état de résolution, forment un obstacle trop épais pour explorer complètement ces tumeurs, à plus forte raison, lorsqu'on fait contracter le quadriceps, la tumeur disparaît presque complètement.

Aussi n'est-ce bien souvent que d'une manière assez vague qu'il est possible de se rendre compte de la forme de l'angiome. D'ailleurs elle est assez variable suivant les dimensions que la tumeur a eu le temps d'acquérir. Tantôt il s'agit d'une boule arrondie ou un peu oblongue nettement limitée, tantôt au contraire la tumeur est diffuse, s'étendant à la fois sur la face interne et sur la face externe, remontant plus ou moins haut, et faisant une saillie quelquefois très nette extérieurement. C'est cette diversité d'apparence extérieure qui a fait croire souvent à des abcès froids, des kystes synoviaux des tuberculomes, des lipomes et même des ostéo-sarcomes. Il ne faudra donc jamais chercher dans la forme de la tumeur un moyen permettant de différencier les angiomes.

La peau sus-jacente tant que la tumeur n'est pas énorme n'est pas modifiée, elle conserve son aspect normal, mais au bout d'un certain temps il peut survenir de légères varicosités cutanées ou nævi violacés qui sont comme des angiomes minuscules, peu à peu ces troubles de la circulation superficielle peuvent augmenter et la peau se transformer en un véritable angiome (1). Le diagnostic alors n'est pas difficile, mais nous devons ajouter que ce n'est pas à ce moment que le malade vient consulter le médecin, aussi laisserons-nous de côté cette période ultime, peut-on dire, de l'affection, celle où la tumeur est énorme, a envahi tous les tissus environnants, et même pendant laquelle elle peut s'ulcérer et provoquer ainsi de sérieuses hémorragies.

Ordinairement la tumeur présente une consistance molle, d'empâtement un peu diffus avec même de la pseudo-fluctuation. Mais comme nous l'avons dit plus haut la contraction du quadriceps cachera cette consistance, il faudra donc toujours avoir soin de palper le membre lorsque les muscles seront en résolution. Souvent à côté de la tumeur angiomateuse proprement dite, il peut exister, comme dans notre cas, une petite portion fibro-lipomateuse qui alors donnera une sensation plus résistante, plus dure et également plus limitée que celle de l'angiome. Cette association de tissu lipomateux avec un angiome ne doit pas surprendre car on sait depuis longtemps qu'un des modes d'évolution des angiomes est leur dégénérescence graisseuse et plus récemment dans la *Revue de chirurgie* de l'année dernière, MM. Schwartz et Chevrier (2) ont montré que bien souvent les lipomes périostiques dérivaient d'angiomes parostaux.

A côté de tous ces signes objectifs un peu vagues, semble-t-il, il en existe d'autres d'une importance autrement grande, capitale même, dirons-nous, car ce sont eux qui permettent d'établir un diagnostic exact.

Cependant si l'on ne considérait que la sensibilité

(1) Augagneur. Sur deux cas de nævi cutanés, Soc. des sciences méd. de Lyon, séance du 4 mai 1894, in *Lyon méd.*, 1894.

(2) Schwartz et Chevrier. Des lipomes ostéo-périostiques, *Revue de chir.*, 1906.

de la tumeur on serait bien souvent entraîné à des erreurs car à l'encontre de ce que l'on suppose ces tumeurs érectiles présentent toutes le fait curieux *d'être d'une sensibilité extrême*, tout au moins dans un point de leur surface (nous en exceptons, comme nous l'avons indiqué précédemment le cas de MM. Tixier et Corneloup dont l'étiologie était différente). Il ne s'agit pas en effet d'une douleur sourde due à la congestion à la tension des tissus par suite de leur gonflement mais d'une hyperalgie intense, très vive, spontanée et exagérée par une palpation légère, un simple effleurement. Lorsque la tumeur est volumineuse ce point douloureux fait penser de suite à un foyer d'ostéite tuberculeuse, au contraire lorsqu'il s'agit d'une petite tumeur limitée arrondie, on croit avoir affaire à un tubercule sous-cutané douloureux. D'ailleurs depuis déjà de longues années quelques cliniciens comme Trélat (1), Terrillon (2), Ch. Monod (3), Beurnier (4) et surtout Guillaume (5), élève de Gérard-Marchant, ont montré à l'aide de nombreuses observations que ce qu'on appelle « tubercule sous-cutané douloureux » est en réalité un angiome bien plus souvent qu'un névrome ou un fibrome. Ch. Monod a même expliqué cette sensibilité excessive des angiomes profonds si différente de celle des angiomes superficiels, par la présence de filets nerveux dans la tumeur ou dans sa capsule. Mais quelquefois c'est par la compression de troncs nerveux que l'angiome est douloureux [Le Dentu, Demarquay, Riethus, Bajardi (6), etc.].

Aussi ne devra-t-on jamais s'en tenir aux signes que nous venons d'énumérer, lorsqu'on voudra établir le diagnostic d'angiome profond. Il faudra comme L. Tripier et l'un de nous l'ont expérimenté avec succès *rechercher les variations de volume de la tumeur.* L'angiome est en effet une tumeur essentiellement érectile, se congestionnant et se tuméfiant sous l'action de la pesanteur ou lorsqu'on place un lien constricteur au-dessus d'elle du côté du cœur, empêchant le reflux du sang veineux, et inversement l'élévation du membre fera diminuer sensiblement son volume. Il suffira donc de faire une mensuration et la différence, si elle existe, et si elle est suffisamment marquée (de 3 à 5 centimètres), permettra d'affirmer qu'il s'agit d'une tumeur érectile.

A côté de ce signe capital s'en groupent un certain nombre d'autres non moins importants : c'est d'abord l'*absence de réaction articulaire*, souvent absolue.

On ne constate en effet, ni gonflement, ni épaississement de la synoviale, ni hydarthrose, ni les craquements ou frottements si souvent rencontrés, lorsqu'il s'agit de tuberculose juxta-articulaire ou d'une autre infection, et cette intégrité de l'articulation sous-jacente est absolument analogue à celle que l'on voit dans les ostéo-sarcomes.

De même *il y a toujours absence d'engorgement des ganglions du pli de l'aine*, et ce seul symptôme devra, comme l'un de nous l'a indiqué autrefois dans un mémoire important à la Société de chirurgie de Paris, faire éliminer le diagnostic de tuberculose osseuse ou synoviale.

Si nous avons insisté longuement sur les signes physiques présentés par les angiomes profonds nous passerons au contraire plus rapidement sur *les troubles fonctionnels* qu'ils occasionnent, car les troubles de la marche n'ont rien de bien spécial et ne sont dus qu'à la sensibilité exagérée de la tumeur réveillée par le moindre mouvement.

Cependant nous ferons remarquer que *la présence d'autres malformations congénitales* (comme dans notre cas un bec de lièvre et un lipome profond de l'aisselle) sera un indice qu'il ne faudra pas négliger et sera certainement un motif pour faire penser que la tumeur peut, elle aussi, avoir une origine congénitale.

Enfin on devra toujours faire une *radiographie* de la tumeur, on verra l'intégrité du fémur et quelquefois (Kirmisson) on constatera la présence d'angiolithes.

La symptomatologie de ces angiomes étant établie d'une façon sûre, nous pourrons maintenant aborder *le diagnostic* avec précision. On a vu par la lecture des observations que nous rapportons, combien ont été nombreuses les erreurs, tantôt on avait pensé à une ostéite tuberculeuse avec abcès froid, tantôt à un lipome, à un kyste synovial, enfin n'a-t-on pas quelquefois songé à un corps étranger et à un ostéosarcome?

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de lipome, de kyste synovial ou de corps étrangers, l'insensibilité des uns et les antécédents pour le dernier suffiront au clinicien pour les éliminer, il n'y aura que les cas rares où l'angiome est indolore (Tixier et Corneloup) qui pourront prêter à confusion, et c'est alors que les signes que nous indiquions précédemment seront utiles, car ils révéleront l'érectilité de la tumeur angiomateuse.

Le diagnostic avec un abcès froid d'origine osseuse, avec un tuberculome parasynovial, avec une synovite enkystée et même avec un ostéo-sarcome de l'extrémité inférieure du fémur est bien plus intéressant à étudier et nous le décrirons plus longuement car il soulève quelques aperçus cliniques de la plus haute importance.

Tout d'abord nous ferons remaquer que presque toujours les diagnostics erronés ont été ceux d'*ostéite tuberculeuse avec abcès froid ou d'ostéo-arthrite bacillaire.* Bien des raisons semblaient engager les cliniciens vers une telle erreur, car dans presque tous les cas que nous rapportons, il s'agit d'adolescents ou d'adultes jeunes (l'âge moyen du début de la maladie étant de quinze à vingt-cinq ans), l'évolution est très longue, le début comme celui des ostéo-arthrites tuberculeuses est essentiellement lent et chronique, mais surtout c'est la douleur qui se mani-

(1) TRELAT. Congrès de l'avancement des sciences, Lille 1874, p. 855.

(2) TERRILLON. Clinique chirurgicale sur le tubercule sous-cutané douloureux, *Progrès méd.*, 1883, p. 983.

(3) Ch. MONOD. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1879, t. V, p. 651.

(4) BEURNIER. Etude sur la nature anatomique des tubercules sous-cutanés douloureux, *Arch. gén. de méd.*, 1884, t. II, p. 402.

(5) GUILLAUME. *Tubercule sous-cutané douloureux*, Th. de Paris, 1896-97.

(6) Voir la bibliographie de l'article de MM. Reclus et Magitot, *Revue de chir.*, 1906.

feste comme premier symptôme avec les mêmes caractères que dans la tuberculose osseuse, qui par suite de son extrême fréquence doit être recherché en premier lieu. Néanmoins lorsqu'on examine de tels malades avec un peu d'attention on constate que certaines manifestations propres à la bacillose font défaut C'est d'abord l'absence d'antécédents héréditaires ou personnels si fréquents chez les tuberculeux, surtout l'apparence de parfaite santé qui caractérise en général le facies des angiomateux, l'intégrité des muscles de la cuisse, et enfin l'absence de réactions soit dans l'articulation du genou sous-jacente (ni craquement, ni frottements, ni surtout hydarthrose ou épaississement de la synoviale), soit dans les ganglions lymphatiques du pli de l'aine.

Ces différences de symptomatologie devront suffire, d'après nous, à faire rejeter le diagnostic de tuberculose ostéo-articulaire et l'on devra compléter son examen par la recherche des signes dus à la congestion de la tumeur.

L'*ostéo-sarcome de l'extrémité inférieure du fémur* prête plus difficilement à confusion parce qu'il a une évolution plus rapide et qu'il atteint assez vite l'état général, d'ailleurs les signes donnés par la palpation sont assez différents, l'ostéo-sarcome, même dans ses formes encéphaloïdes assez molles, a une consistance et une résistance à la palpation beaucoup plus marquées que l'angiome profond. Seuls les sarcomes télangiectasiques seront une variété plus délicate à distinguer, car de même que l'angiome ils présenteront de l'expansion, des battements et même un léger souffle à l'auscultation, de plus comme les angiomes ils respectent l'articulation voisine et les ganglions lymphatiques du pli de l'aine. Mais leur évolution est bien différente, avant tout les sarcomes télangiectasiques sont des tumeurs malignes qui se généralisent, font des métastases et évoluent rapidement, permettant à un observateur un peu attentif de ne pas les confondre avec des tumeurs essentiellement bénignes, comme les angiomes.

Mais les ostéo-sarcomes sont loin de répondre tous à des variétés cliniques et anatomiques bien tranchées. Beaucoup évoluent rapidement ou récidivent, qui par les signes cliniques et l'examen microscopique semblaient ne pas devenir très malins et inversement, beaucoup qui paraissent être d'une très grande malignité évoluent lentement, ne se propageant ni ne se généralisant pas. Aussi croyons-nous que toutes les tumeurs osseuses télangiectasiques, les anciens anévrismes des os, ne sont pas des tumeurs malignes *et qu'il est possible que dans quelques cas, très rares il est vrai, il puisse s'agir d'angiomes soit d'emblée intra-osseux, soit plus souvent d'angiomes parostaux, qui par leur situation dans le périoste et leur union intime avec l'os peuvent passer pour une tumeur osseuse télangiectasique.*

A ce sujet nous rapporterons le fait suivant qui vient à l'appui de notre hypothèse et que l'un de nous a observé il y a plusieurs années. Il s'agit d'un jeune malade de huit à dix ans, originaire d'Annonay, qui lui fut amené à son cabinet par ses parents. Il présentait une tumeur osseuse de l'extrémité inférieure du fémur sur laquelle on constatait tous les caractères ordinaires des ostéo-sarcomes malins (expansion, battements, etc.); bien plus, une radiographie fut faite par M. Destot et montra l'encoche osseuse caractéristique de ces tumeurs. Mais, contrairement à toute prévision, cet enfant, auquel ses parents avaient refusé toute intervention chirurgicale et qui avait subi seulement quelques séances de radiothérapie à Montpellier, se maintint en assez bon état; sa tumeur n'augmenta pas et actuellement, après quatre à cinq ans, il semble y avoir plutôt une amélioration qu'une aggravation.

D'ailleurs, de même que l'on a décrit des lipomes sous-cutanés, intra-musculaires, périostiques et même intra-osseux (1), de même on peut ajouter, croyons-nous, aux angiomes cutanés, sous-cutanés, musculaires et parostaux, des angiomes intra-osseux ou aeulement périostiqnes, mais faisant si bien corps avec l'os qu'ils se présentent comme des tumeurs télangiectasiques, véritables anévrismes des os. Cette hypothèse ne nous est d'ailleurs pas exclusive et en 1896 Péan (2) signalait deux observations d'angiomes du maxillaire inférieur, avec angiomes des parties molles environnantes, examinés au microscope. De même nous pourrions rappeler les observations déjà anciennes de Richet (3), de Roux et de Legoux. Nous savons bien qu'on leur a objecté [Broca, Dor, Gaymard (4), Berger (5), Thévenot (6), etc.] une insuffisante étude anatomo-pathologique, mais nous croyons que dans quelques cas il est impossible d'établir un diagnostic anatomique sûr, car il peut être contraire à l'évolution clinique. C'est ainsi que, dans deux cas d'angiomes musculaires, survenus chez des adultes, examinés avec soin au microscope, Péan (7) et Riethus (8) ont observé après leur extirpation complète une récidive et une généralisation rapides, causant la mort des malades moins d'un an après, alors qu'il avait été impossible par l'examen microscopique de découvrir qnelque indice de dégénérescence sarcomateuse.

Pour nous, l'intérêt est moins dans l'examen histologique (erreurs très fréquentes) que dans l'évolution clinique. Nos connaissances anatomiques sur les tumeurs, en particulier sur les sarcomes, sont encore trop insuffisantes et trop instables pour qu'elles puissent établir des distinctions absolues, le mieux est encore lorsqu'on aura affaire à une tumeur osseuse érectile, de s'en tenir à l'évolution qui, si elle est lente, sans altération de l'état général, sans propagation et sans généralisation métastatique, indiquera qu'il s'agit moins d'un sarcome que d'un angiome. Ce diagnostic, quelque très rare qu'il soit, sera plus sûr, lorsque le malade sera jeune

---

(1) Guéry. Lipome intra-osseux de l'humérus, *Revue d'orthop.*, 1900, p. 116.
(2) Péan. Sur les anévrismes des os, Acad. de méd., 1891.
(3) Richet. Sur les anévrismes des os, *Arch. gén. de méd.*, 1864 et 1869.
(4) Gaymard, élève de L. Dor. *Sur les endothéliomes des os*, Th. de Lyon, 1898-1899.
(5) Berger. Endothéliomes des os, *Revue de chir.*, janv. 1900.
(6) Thévenot. Endothéliomes des os, *Revue de chir.*, 1900.
(7) Péan. Angiome du triceps fémoral. Ablation. Récidive. Amputation et mort, *Cliniques chirurgicales*, p. 563.
(8) Riethus. Sur les angiomes primitifs des muscles, *Beit. f klin. Chir.*, 1904, n° 42, p. 454.

et présentera d'autres malformations congénitales.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, lorsqu'on sera en présence d'un angiome profond para-articulaire du genou, on devra toujours essayer de l'extirper, si la tumeur est limitée et par trop volumineuse. Si, au contraire, les dimensions en sont étendues, d'autre part si l'angiome est diffus, présentant des prolongements profonds et éloignés, on sera alors en droit de ne faire qu'une intervention partielle par crainte d'hémorragies ou de trop grands dégâts. Les angiomes ne doivent pas, en effet, être traités comme des tumeurs malignes et le chirurgien ne doit pas, pour une affection qui n'est pas d'un pronostic grave, se laisser entraîner trop loin. D'ailleurs, on pourra toujours intervenir une seconde fois, il ne sera jamais trop tard, ou, ce qui est plus facile, faire des cautérisations par l'électrolyse comme on y a si souvent recours dans les angiomes cutanés, enfin le port d'un bandage compressif peut suffire, dans bien des cas, à faire éviter au malade les poussées congestives. Quelquefois d'ailleurs l'angiome peut régresser spontanément ou bien se transformer en lipome ou fibro-lipome (Schwartz et Chevrier). En tout cas, le chirurgien ne devra jamais regretter de ne pas avoir été assez radical s'il a fait une opération partielle, car les craintes d'accidents (hémorragies) sont ici à envisager sérieusement puisqu'il ne s'agit pas d'un cancer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 1er MAI 1907)

Abcès pelviens d'origine appendiculaire. — M. Routier, à propos du rapport de M. Picqué sur ce sujet, revient sur cette question des abcès pelviens d'origine appendiculaire et sur la voie à suivre pour les ouvrir. Il a rarement eu recours à la voie rectale. Trois fois, cependant, il a ouvert ces abcès par cette voie. Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de trente-cinq ans qui avait eu de nombreuses crises d'appendicite. Il eut une crise plus forte qui s'accompagna de phénomènes d'occlusion intestinale. Il entra le 1er mars à Necker; M. Routier ne le vit que le 4 mars. Les accidents d'occlusion avaient cessé. Il était facile de faire le diagnostic de crise appendiculaire. M. Routier proposa l'opération qui fut refusée. Le 12 mars, le malade rentra à l'hôpital pour une rétention d'urine qui nécessita une uréthrotomie interne qui permit d'introduire une sonde du n° 17. La vessie ayant été vidée, il restait une masse énorme dans le petit bassin qu'on sentait très bien par le toucher rectal. M. Routier fit une incision prérectale et, de proche en proche, arriva sur un énorme abcès qui fut évacué. Mais ce fut difficile; il fallut aller très haut. Il plaça deux gros drains, fit des lavages au permanganate de potasse. Il y eut une débâcle intestinale. Il y eut de la suppuration pendant un mois et le malade guérit bien. Il restait un certain empâtement au niveau de l'appendice. M. Routier proposa de nouveau la laparotomie qui fut refusée. On ne sait pas ce qu'est devenu ce malade.

Le second cas a trait à un jeune enfant qui avait une crise d'appendicite subaiguë. Au cours de cette crise, l'enfant ne pouvait plus uriner. Il y avait une rectocèle antérieure. M. Routier fit une incision sur cette rectocèle et donna issue à plus d'un litre de liquide sanieux et fétide. Cet enfant avait, en outre, une ectopie testiculaire du côté gauche avec abcès dans l'aine gauche.

La troisième observation est celle d'une jeune fille de seize ans qui eut une crise d'appendicite, avec 39 degrés, 120 pulsations et tous les signes d'une collection purulente; elle avait de l'ictère. M. Routier fit la dilatation de l'anus, incisa la paroi du rectum et donna issue à un flot de pus; il mit deux gros drains, fit un lavage de permanganate de potasse. Trois semaines après la guérison était complète.

M. Routier fait observer que, dans ces cas, l'ouverture des abcès par le rectum a été bénigne et efficace. Toutefois il pense que, d'une façon générale, la guérison est obtenue plus simplement par la voie périnéale.

M. Sieur nous rapporte l'histoire d'un zouave qui présenta une affection à évolution insidieuse. On crut d'abord à une péritonite tuberculeuse. Il avait eu un frère mort de méningite et sa mère avait succombé à une pneumonie. A la fin de janvier 1905, il fut pris de douleurs intestinales avec une température de 38 degrés. On administra un purgatif et les accidents cessèrent. Mais le ventre resta tendu et il y eut une constipation opiniâtre et même des phénomènes d'occlusion intestinale. Tout le bassin était rempli par une énorme collection. M. Sieur fit la laparotomie et se trouva en présence d'un abcès pelvien d'origine appendiculaire. Dans ces cas, M. Sieur préfère l'incision abdominale avec un bon drainage à l'incision rectale. La voie prérectale ne doit être qu'une voie de nécessité applicable seulement à certains cas.

Tétanos. — Nous revenons au traitement du tétanos par les injections de sérum antitétanique. M. Routier fait faire les injections, à titre préventif, dans les cas de plaies des rues. Dans un cas où il s'agissait d'une plaie du gros orteil par une roue de charrette, on oublia de faire cette injection et le blessé fut pris de tétanos. Malgré les injections répétées de sérum antitétanique sous la peau et dans le canal rachidien, il succomba. M. Routier partage donc l'opinion de M. Bazy sur la nécessité des injections préventives de sérum antitétanique dans tous les cas susceptibles de se compliquer de tétanos.

M. Bazy répond aux diverses objections que lui a présentées M. Reynier. Les cas qu'il a cités ne prouvent rien à ses yeux. Il rappelle les expériences de Roux et Vaillard sur les animaux. Pourquoi d'ailleurs s'élever contre une méthode inoffensive. En effet, on ne constate jamais d'accidents. Une seule fois, l'injection a été suivie d'une éruption polymorphe sans gravité. M. Bazy rappelle les cas de Lucas-Championnière, Monod et Routier dans lesquels le tétanos est apparu chez des malades qu'on avait oublié d'injecter préventivement. Ces injections préventives ont fait leurs preuves chez les animaux. Pourquoi n'en serait-il pas de même chez l'homme.

M. Thierry se montre plutôt sévère pour la méthode : Le laboratoire, dit-il, est venu d'abord nous préconiser les injections sous-cutanées de sérum antitétanique dans le traitement du tétanos. Devant l'insuccès de ces injections, on nous a alors préconisé les injections intra-craniennes, les injections intra-rachidiennes, les injections intra-veineuses. Tout a échoué. On est venu alors nous proposer les injections préventives. L'action de ces injections a été singulièrement exagérée. Durant son séjour à Ivry, M. Thierry n'a jamais fait une seule injection préventive de sérum antitétanique et il n'a jamais eu un seul cas de tétanos. La preuve de l'efficacité de ces injections est loin d'être faite.

M. Beurnier estime que la question est jugée au point de vue de l'inefficacité absolue de la sérothérapie antitétanique en tant que médication curative. Quant à l'efficacité des injections faites à titre préventif, bien qu'elle ne soit pas absolument démontrée, elle serait plus probable. Il résulte de l'examen des statistiques qu'il y a à peu près équivalence entre les malades qui ont été injectés préventivement et ceux qui ne l'ont pas été du tout. Ce qui a surtout été la cause de la diminution du tétanos dans nos hôpitaux, c'est le traitement antiseptique ou aseptique des plaies. Toutefois bien que M. Beurnier n'ait qu'une confiance très limitée dans l'efficacité des injections sous-cutanées préventives, il continuera à les faire pratiquer dans son service.

Les faits négatifs, nous dit M. Lucas-Championnière, ne prouvent rien. Il y a en faveur de la méthode des injections préventives des arguments très sérieux. M. Thierry commet une erreur quand il prétend qu'on a préconisé les injections de sérum antitétanique comme traitement curatif du tétanos. L'argument le plus important en faveur de la sérothérapie est

tiré par M. Lucas-Championnière de la pratique des vétérinaires qui n'observent plus de tétanos chez le cheval, après la castration, depuis qu'ils emploient les injections préventives du sérum antitétanique. M. Lucas-Championnière reste donc partisan de ces injections préventives chez l'homme.

M. Sieur fait observer que, dans la chirurgie de guerre, la grande décroissance du tétanos est due surtout à la méthode antiseptique. L'antisepsie a fait disparaître, tout au moins, les cas de tétanos spontané dans les hôpitaux. Par contre les blessures simples, mal traitées, se compliquent plus aisément de tétanos. C'est pourquoi, si l'on consulte les statistiques de l'armée, on y voit que les décès par tétanos sont aussi nombreux depuis la pratique des injections qu'auparavant.

Quelle est, en somme, la valeur du sérum antitétanique? Roux et Vaillard ne lui ont jamais prêté qu'une action préventive.

Dans un service de chirurgie d'un hôpital militaire où ces injections préventives se font régulièrement, on n'a constaté qu'un seul cas de tétanos chez un blessé, auquel on avait oublié de faire cette injection préventive.

En résumé, les injections de sérum antitétanique préventives ont leur utilité. Dans les cas de tétanos confirmé, les injections de sérum antitétanique peuvent aussi avoir leur utilité en empêchant l'aggravation des symptômes.

(*A suivre.*)

PAUL POIRIER

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du professeur Poirier, qui vient de succomber à une cruelle maladie du foie.

Paul-Julien Poirier était né à Granville le 9 février 1853. Interne des hôpitaux en 1877, prosecteur, puis agrégé en 1886, et chef des travaux anatomiques à la Faculté, il avait été nommé chirurgien des hôpitaux le 1er juin 1889 et avait succédé au professeur Farabeuf dans la chaire d'anatomie de la Faculté de Paris. En 1905, Poirier avait été élu membre de l'Académie de médecine. Il était officier de la Légion d'honneur.

Outre un grand nombre de publications d'anatomie, d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire, Poirier laisse notamment son *Traité d'anatomie*, œuvre considérable qui est aujourd'hui classique et pour laquelle il avait su s'assurer le concours d'anatomistes distingués, tels que Charpy, Nicolas, Rieffel, etc.

Poirier était un professeur brillant qui savait attirer et retenir les étudiants : aussi son enseignement a-t-il joui d'un grand et légitime succès.

Dans les sociétés savantes, il était de ceux qui savent travailler et se faire écouter, et l'on a encore le souvenir de la discussion sur le cancer de la langue qu'il souleva à l'Académie et qui devait aboutir à la création de la Ligue contre le cancer.

Ses obsèques auront lieu demain samedi, à onze heures, à l'église Saint-Germain-des-Prés. Aucun discours ne sera prononcé.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 13 AU 18 MAI 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 13 mai, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Gosset; — (2e série) : MM. Delens, Mauclaire et Pierre Duval; — M. Proust, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Brissaud, Gaucher et Teissier; — (2e série) : MM. Déjerine, Roger et Legry; — M. Macaigne, suppléant.

Mardi 14 mai, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Albarran et Morestin; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Marion et Auvray; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Renon et Gouget; — M. Dupré, suppléant.

Mercredi 15 mai, à une heure. — 3e (1re partie, oral) : MM. Kirmisson, Wallich et Cunéo; — (2e partie) : MM. Gaucher, Roger et Marcel Labbé; — M. Macaigne, suppléant.

Jeudi 16 mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Achard et Maillard.

1er (oral) : MM. de Lapersonne, Launois et Rieffel.

3e (2e partie, oral, 1re série) : MM. Dieulafoy, Renon et Carnot; — (2e série) : MM. Raymond, Thiroloix et Fernand Bezançon; — (3e série) : MM. Troisier, Gouget et Jeanselme.

4e (1re série) : MM. Joffroy, Vaquez et Méry; — (2e série) : MM. Chantemesse, Chassevant et Dupré; — (3e série) : MM. Gilbert, Thoinot et Wurtz; — (4e série) : MM. Robin, Gilbert Ballet et Richaud; — M. Langlois, suppléant.

Vendredi 17 mai, à une heure. — 3e (2e partie, oral, 1re série) : MM. Joffroy, Gaucher et Claude; — (2e série) : MM. Brissaud, Déjerine et Marcel Labbé; — (3e série) : MM. Roger, Teissier et Legry.

4e (1re série) : MM. Landouzy, Wurtz et Balthazard; — (2e série) : MM. Thoinot, Desgrez et Macaigne; — M. Pierre Duval, suppléant.

5e (1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki; — M. Proust, suppléant.

Samedi 18 mai, à une heure. — 4e (1re série) : MM. Chantemesse, G. Ballet et Vaquez; — (2e série) : MM. Gilbert, Méry et Richaud; — M. Launois, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Thiroloix et Renon; — (2e série) : MM. Robin, Jeanselme et Fernand Bezançon; — M. Morestin, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Brindeau; — M. Langlois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 15 mai 1907, à une heure. — M. Lefèvre. Les arsénicaux en thérapeutique. Essai historique. (MM. Gautier, président; Blanchard, Desgrez et Legry.) — M. Feuvrier-Laforêt. Les fasciolidæ parasites de l'homme. Contribution à l'étude des maladies à trématodes. (MM. Blanchard, président; Gautier, Desgrez et Legry.) — M. Labayle. Contribution à l'étude de l'ozène trachéal. (MM. Brissaud, président; Déjerine, Teissier et Claude.) — M. Aumaitre. Contribution à l'étude de l'hystérie religieuse, Mme Guyon. (MM. Déjerine, président; Brissaud, Teissier et Claude.)

Jeudi 16 mai 1907, à une heure. — M. Berger. Suppuration des fibromes au cours de la puerpéralité. (MM. Le Dentu, président; Albarran, Marion et Morestin.) — M. Piegel. L'épithélioma branchial du cou. (MM. Le Dentu, président; Albarran, Marion et Morestin).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HOPITAUX. — Sont désignés pour faire partie du jury du concours de nomination à trois places de médecin des hôpitaux : MM. Oulmont, Thibierge, Aviragnet, Brissaud, de Beurmann, Bourcy, Huchard, Letulle, Demoulin.

CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé comme suit : MM. Ribemont-Dessaignes, Championnière, Lepage, Potocki, Demelin, P. Marie, Broca.

CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 4 mai. — MM. Mouchet, 17; Hallopeau, 16; Grégoire, 14.

La prochaine séance aura lieu le mardi 7 mai, à quatre heures et demie, à l'Hôtel-Dieu.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MARSEILLE. — LA MÉDAILLE DU PROFESSEUR HECKEL. — Dimanche dernier, 5 mai 1907, dans le grand amphithéâtre de la Faculté des sciences de Marseille, les collègues, les élèves et les amis du professeur Heckel lui offraient une médaille frappée en souvenir de l'Exposition coloniale dont le succès si remarquable fut en grande partie son œuvre. Successivement, MM. Queirel, directeur de l'Ecole de médecine, et président du comité de la médaille, Charve, doyen de la Faculté des sciences, Mastier, préfet, Chanot, maire, Charles Roux, commissaire général de l'Exposition, etc., sont venus dire la vie et les travaux de notre illustre confrère ; ils ont rappelé son œuvre scientifique, son œuvre médicale ; — on oublie trop souvent que nous lui devons la vulgarisation de la kola ; — son œuvre nationale et locale qui est considérable puisqu'elle se synthétise dans la création d'un musée et d'un enseignement coloniaux, dont l'Exposition ne fut que la brillante expression.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. le docteur Cotte, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé, du 1er avril au 31 juillet 1907, d'un cours d'histoire naturelle pendant la durée du congé accordé sur sa demande et pour raison de santé, à M. le professeur Heckel.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Barberin et Buret (de Paris), Dufau (de Léon), Foveau de Courmelles et Kaminsky Anischci (de Paris), Perrin (de Sidi-bel-Abbés).

GUERRE. — Le ministre de la guerre a adressé ses félicitations personnelles aux officiers du corps de santé des troupes coloniales dont les noms suivent, qui ont obtenu de l'Académie de médecine les récompenses ci-après :

Prix. — Prix Clarens : Mention très honorable à M. le médecin-major de deuxième classe Le Moal.

Prix Desportes : Mention honorable à M. le médecin-major de deuxième classe Spire.

Prix du baron Larrey : Mention à M. le médecin-major de deuxième classe Régnier.

Service des épidémies. — Médaille de bronze à M. le médecin-major de première classe Devaux.

Médaille de bronze à M. le médecin-major de première classe Pujol.

Médaille de bronze à M. le médecin-major de première classe Sarrailhé.

Service de la vaccine. — Médaille d'or à M. le médecin-major de première classe Bailly.

Encouragement de 400 francs à M. le médecin-major de deuxième classe Martin (G.-M.-E.).

Service de l'hygiène de l'enfance. — Médaille de bronze à M. le médecin principal de deuxième classe Merveilleux.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 634.*)

CLINIQUE DE L'HOPITAL BEAUJON

PSORIASIS BUCCAL ET CANCER DU LARYNX

Par M. le professeur DEBOVE.

Je veux vous entretenir d'un malade atteint de leucoplasie buccale, de cancer du larynx et de néphrite interstitielle.

Il y a trente et un ans je présentais à la Faculté de médecine une thèse inaugurale sur une affection jusque-là méconnue, à peine signalée par Bazin qui lui avait donné le nom de *psoriasis buccal.* Je décrivais cette affection, je notais ses rapports avec la syphilis et avec l'usage du tabac. J'étudiais aussi son anatomie pathologique, la possibilité de sa transformation en épithélioma et j'insistais sur la lésion scléreuse sous-épithéliale, etc.

Depuis cette époque de nombreux travaux ont été publiés sur la question, et je n'ai pas vu qu'ils aient ajouté grand'chose à l'étude que j'en avais faite. On a cependant proposé de substituer le nom de *leucoplasie* à celui de *psoriasis.* Comme j'avais déclaré ne tenir nullement à ce dernier terme et qu'il pouvait faire croire à tort à une parenté avec le *psoriasis cutané*, j'accepte volontiers la dénomination de *leucoplasie buccale.*

Nous avons souvent l'occasion d'observer cette affection, mais je ne vous en aurais probablement pas entretenu s'il n'y avait chez notre malade d'autres accidents qui sont en relation étiologique avec la leucoplasie.

D... est un homme de quarante-cinq ans et c'est en effet dans le sexe masculin et à l'âge moyen de la vie que le psoriasis buccal, le cancer des voies digestives ou aériennes supérieures et la néphrite interstitielle s'observent le plus fréquemment. Les antécédents héréditaires du malade ont peu d'intérêt; sa mère est morte d'une hernie étranglée, son père âgé de soixante-dix ans souffre de rhumatismes, ses deux frères et ses trois sœurs sont bien portants.

A l'âge de vingt ans il eut un chancre induré du filet de la verge : le diagnostic en fut établi par les médecins de l'hôpital Ricord où il alla consulter, et bien qu'il n'ait eu par la suite aucun accident secondaire et qu'il ne se soit astreint à aucun traitement, il ne nous est pas possible de douter de ce diagnostic établi par des spécialistes.

Depuis une vingtaine d'années, D... a des crises fréquentes de dyspnée qui surviennent la nuit et qui paraissent bien être des crises d'asthme. Ces crises n'ont plus pour nous qu'une valeur bien minime. Elles ne semblent avoir aucun rapport avec la maladie actuelle et il est difficile d'établir la part qui leur revient, étant donné la dyspnée résultant du cancer du larynx et de la néphrite insterstitielle que nous diagnostiquons aujourd'hui.

Parmi les accidents actuels, le premier en date dans l'histoire du malade est l'altération de sa voix. Il fut frappé d'un enrouement chronique et alla consulter à l'hôpital Lariboisière où on lui fit des injections de calomel et des inhalations. Ne ressentant pas d'amélioration il cessa de se traiter et son enrouement loin de diminuer s'accrut sans cesse, il put cependant continuer son métier de cocher de cercle jusqu'à il y a deux mois. A ce moment ses crises d'asthme augmentèrent ou plus exactement il vint s'y ajouter d'autres crises dyspnéiques qui se rapprochèrent, firent place à une dyspnée continue en même temps que les membres inférieurs s'infiltraient.

L'ensemble de ces accidents nécessita l'entrée du malade à l'hôpital et nous l'examinons pour la première fois le 23 février 1904. Il était alors assis sur son lit, très cyanosé, très dyspnéique. Les jambes étaient déformées par un œdème mou, gardant l'empreinte du doigt et très blanc.

La dyspnée chez un pareil malade devait faire examiner d'une façon toute particulière l'appareil respiratoire, l'appareil cardiaque et l'appareil rénal. Il y avait dans le poumon des râles ronflants et sibilants, mais ils étaient hors de proportion avec la dyspnée et celle-ci manifestement n'était pas une dyspnée d'origine pulmonaire.

Le premier jour, en auscultant le cœur, il fut impossible de percevoir aucun bruit anormal parce que l'auscultation était gênée par l'accélération des battements de l'organe et aussi par les râles de l'appareil respiratoire, mais les jours suivants, lorsque la dyspnée fut un peu moins intense et l'auscultation plus facile, on reconnut l'existence d'un bruit de galop qui nous fit penser qu'il s'agissait d'une néphrite interstitielle.

L'examen de l'urine confirma ce diagnostic. Son volume était de 1800 centimètres cubes dans les vingt-quatre heures, ce qui peut être considéré comme une polyurie légère surtout chez un homme œdématié et en même temps il y avait des traces d'albumine.

Vous savez que la néphrite interstitielle peut exister même sans albumine : en tous cas la netteté du bruit de galop peut nous rendre très affirmatifs sur l'existence et la nature de la lésion rénale.

L'examen de la bouche a révélé l'existence d'une leucoplasie buccale très accentuée. Sur la face dorsale de la langue, on observe une première plaque jaunâtre très peu surélevée, médiane et voisine de la pointe de la langue, et deux autres plaques allongées, symétriques le long de la partie supérieure des bords. Sur la joue gauche, à 3 ou 4 centimètres de la commissure labiale on observe une plaque blanche craquelée et comme villeuse ayant la largeur d'une pièce de 50 centimes, mais un peu allongée d'avant en arrière. A la partie interne de la joue droite on voit une plaque du même genre, mais sa partie antérieure est ulcérée.

Nous avons déjà signalé l'enrouement de la voix mais, de plus, un sifflement laryngo-trachéal montrait l'importance de la lésion laryngée dans l'étiologie de la dyspnée. Le docteur Boulay, spécialement compétent, a bien voulu se charger de l'examen laryngoscopique et en décrire le résultat dans les termes suivants :

L'intérieur du larynx est déformé au point d'être méconnaissable; il faut prêter une grande attention pour s'y orienter et reconnaître les différentes parties

constituantes de l'organe. Ses parois sont infiltrées, mamelonnées, végétantes; leur couleur est rosée, à peu près comme à l'état normal; çà et là cependant elles prennent une teinte grisâtre rappelant celle de l'épithélium macéré. Sa lumière est en partie comblée par l'épaississement des parois et les excroissances développées sur celles-ci : le trajet de l'air est irrégulier, sinueux, et se trouve légèrement déjeté à droite en raison de l'infiltration plus marquée de la paroi gauche du larynx.

Pas d'ulcérations; pas de sécrétions anormales. L'épiglotte est déroulée et semble, de ce fait, élargie; par contre sa hauteur est moindre qu'à l'état normal : son bord libre présente en effet sur toute son étendue une perte de substance, plus marquée à droite. Ce bord est granuleux, irrégulier, mais non ulcéré. A sa partie moyenne existe une plaque blanche, lisse, brillante, d'un centimètre de long sur 3 ou 4 millimètres de large, rappelant de tous points l'aspect des plaques de leucoplasie buccale. La face laryngée de l'épiglotte est bosselée, tomenteuse; sa face linguale est normale.

Les plis ary-épiglottiques et les aryténoïdes sont épaissis et mamelonnés. L'aryténoïde gauche est plus tuméfié que le droit; sa face antérieure mûriforme présente une végétation mamelonnée, particulièrement volumineuse. Sur le pli ary-épiglottique droit, on distingue une tache superficielle blanchâtre, opaline, allongée d'avant en arrière donnant l'impression d'une plaque leucoplasique au début.

Les bandes ventriculaires, très infiltrées et très irrégulières, masquent en grande partie les cordes vocales qu'elles surplombent, surtout à gauche. Dans la phonation elles viennent au contact; dans les fortes inspirations elles laissent entrevoir dans leur intestin et au-dessous d'elles le bord interne des cordes vocales irrégulières, infiltrées, bosselées, ayant perdu leur blancheur normale et présentant une teinte gris rosé analogue à celle du reste de l'organe. Leurs mouvements, ainsi que ceux des aryténoïdes, sont lents et limités. La vue ne pénètre pas au-dessous des cordes vocales.

Le docteur Boulay conclut en disant : « Larynx probablement en voie de dégénérescence épithéliale. » Nous serons plus affirmatifs et croyons pouvoir dire : « Epithélioma du larynx. »

Sous l'influence du régime lacté et du repos, les symptômes s'amendèrent rapidement et il y eut une résorption des œdèmes qui coïncida avec une polyurie de 5 litres. Aujourd'hui le volume de l'urine est encore de 2 litres. Malgré l'amélioration considérable, il subsiste encore bien entendu un enrouement très marqué et il ne faut pas exiger du malade qu'il monte un étage, car alors la dyspnée reparaît.

Nous avons fait thérapeutiquement tout ce que nous pouvions faire. Nous sommes sous le coup d'accidents graves, tels que l'œdème de la glotte qui pourrait rapidement entraîner l'asphyxie, et n'y eût-il pas d'accidents laryngés que la néphrite interstitielle accompagnée d'hypertrophie cardiaque serait extrêmement grave par le fait de complications urémiques ou asystoliques possibles.

Vous penserez peut-être que ce malade est atteint d'affections fort diverses : néphrite interstitielle, leucoplasie buccale, cancer du larynx. Or, ces affections si dissemblables se sont développées sous l'influence d'une même cause, sous l'influence de la syphilis. Et ceci demande quelques explications.

A côté des accidents spécifiques il y a une série de lésions qui se développent chez les malades syphilitiques et que M. le professeur Fournier a décrit sous le nom de *parasyphilis* et qui seraient rebelles au traitement dont sont justifiables les accidents secondaires et tertiaires. Il y a assurément une foule de maladies dans lesquelles la syphilis joue un rôle de cause prédisposante. Je citerai l'exemple de la néphrite interstitielle, elle est incomparablement plus fréquente chez les syphilitiques que chez les autres sujets. Cette néphrite parasyphilitique ne diffère en rien à ma connaissance de la néphrite ordinaire et elle est rebelle au traitement spécifique. Ma seule raison d'affirmer sa parenté avec la syphilis est une raison de fréquence. Nous pouvons donc dire que la syphilis est une des causes prédisposantes et il est probable que les choses se sont ainsi passées chez notre malade.

Il en est de même de la leucoplasie buccale. Elle n'est pas nécessairement syphilitique. Je l'ai observée chez des malades qui ont pu contracter dans la suite un chancre induré. Une irritation buccale telle que celle de la fumée de tabac suffit à la produire. Mais chez la grande majorité des malades les deux causes se trouvent réunies. La syphilis est le plus souvent insuffisante à elle seule à produire la leucoplasie et la preuve en est dans la grande rareté de cette complication chez les femmes syphilitiques à l'abri le plus généralement de l'irritation tabagique.

La leucoplasie peut aussi envahir le larynx et M. le docteur Chauffard, dans une communication orale, nous a dit avoir observé un malade, âgé de quarante-cinq ans, atteint de leucoplasie linguale et génienne étendue à la corde vocale gauche avec induration saillante, de nature épithéliomateuse; sur ses conseils elle fut extirpée par morcellement.

Chez notre malade la lésion laryngée est de date ancienne; elle remonte à cinq années; il est probable qu'au début il s'agissait d'une laryngite nettement spécifique. Telle a été du moins l'opinion des médecins de Lariboisière qui l'ont vu à cette époque, puisqu'ils ont prescrit et pratiqué des injections de calomel.

Dans ces derniers temps, la lésion syphilitique s'est transformée en épithélioma. Cette transformation n'a pas eu lieu d'emblée, elle s'est faite par un intermédiaire qui est la leucoplasie.

Il y a vingt-sept ans, j'ai démontré dans ma thèse inaugurale la fréquence de l'épithélioma de la langue chez les malades atteints de psoriasis buccal. Or, chez notre malade le psoriasis buccal, ou la leucoplasie comme on dit aujourd'hui, a envahi l'épiglotte, la partie de muqueuse qui recouvre les aryténoïdes et il n'est pas irrationnel d'admettre que ce sont des lésions de leucoplasie laryngée qui sont devenues le point de départ du cancer.

Et voilà par quel enchaînement j'ai été amené à considérer la syphilis comme la cause de tous les

accidents de ce malade ou plutôt comme ayant joué un rôle important dans leur étiologie.

Mais, me direz-vous, si ce sont des accidents d'origine spécifique il faut les traiter comme tels; c'est ce que nous ferons, mais nous ne saurions nous faire illusion sur le résultat, car la syphilis n'a joué ici qu'un rôle de cause prédisposante, et il ne s'agit pas d'accidents syphilitiques.

Je suis convaincu que le domaine de la syphilis va toujours s'accroissant; mais si je cherche quelle barrière lui opposer, je n'en vois vraiment aucune qui soit efficace. Les travaux publiés sur la prophylaxie de cette affection sont nombreux et je vois qu'ils consistent surtout à conseiller au malade de se bien traiter. Et même si l'on en croit les spécialistes les plus compétents, le syphilitique serait une sorte de mineur qui devrait passer toute sa vie sous la tutelle d'un médecin.

FAITS CLINIQUES

GROSSESSE TUBAIRE; PÉRITONITE; LAPAROTOMIE; EXTIRPATION DU KYSTE; GUÉRISON.

Par le docteur LOP,

Chargé du cours complémentaire d'accouchement et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Marseille.

Jeune femme, vingt-neuf ans, secondipare. Ces deux grossesses ont été menées à bien, allaitement.

Il y a cinq ans, métrite hémorragique *post abortum*, curetage. Extirpation d'un polype à l'urètre.

En 1902, salpingite à gauche, traitement médical, vingt-cinq jours au lit, quinze jours sur la chaise-longue; guérison.

Silence jusqu'en juillet 1904; nouvelle poussée plus intense avec retentissement sur l'état général, fièvre. La malade refuse de se laisser opérer.

Plus rien jusqu'au 15 juin 1906; la santé était revenue bonne, la jeune femme avait même engraissé.

15 juin, il y a un retard de six semaines dans les règles, mais la malade n'y prête aucune attention, la menstruation étant toujours irrégulière.

A ce moment, obligée de changer de domicile, elle se fatigue pour installer sa nouvelle maison.

Le 15 au soir, elle est prise subitement d'une douleur intense dans la fosse iliaque gauche, de courbature généralisée; elle se couche, se purge, continue à souffrir jusqu'au 20, date à laquelle elle me fait appeler.

Il n'y a pas de température, le pouls est fréquent, la langue sale, mais le facies est bon.

A l'examen, je trouve l'utérus douloureux, gros; une matité remontant jusqu'à l'hypogastre; il me paraît y avoir réveil de la salpingite contre lequel j'emploie glace, opium, repos absolu, lavements chauds, injections chaudes. L'état local ne s'améliore que très lentement, mais il n'y a pas de température jusqu'au 25 au soir, grand frisson 39°8; les jours suivants, température matin et soir, frissons répétés. L'état général devient inquiétant : 38°5 à 39°4 matin et soir; muguet dès le 28.

Estimant qu'une intervention s'imposait, j'appelais en consultation le docteur Platon le 29 et j'intervenais le 1er juillet à huit heures du matin; la veille, sérum et purgation.

Mis en Trendelenburg, on constate une péritonite diffuse à tout le petit bassin; l'utérus augmenté de volume (deux mois).

A gauche, je trouve une poche volumineuse noirâtre, formée par la trompe distendue. A l'aide de compresses, je recherche un plan de clivage pour détruire sans danger les nombreuses adhérences de la trompe et de l'utérus avec l'intestin.

Le kyste, très friable, se crève : issue d'une quantité de caillots noirâtres, légèrement puriformes, qu'on est obligé de vider avec une cuiller à café, tellement est profonde la poche qui distend le Douglas.

Après examen des annexes du côté droit et de l'utérus, j'estime, étant donné l'intégrité apparente de ces organes et l'âge de la malade, qu'il y a lieu de les conserver. Je referme le ventre, après avoir drainé par précaution, à cause de l'aspect puriforme des caillots.

Les suites opératoires furent parfaites, la température tomba immédiatement et trois semaines après la malade se levait pour partir à la campagne huit jours plus tard.

La menstruation est revenue et l'état local, parois, utérus et annexes, est parfait. J'ai revu cette jeune femme le 30 septembre; l'état général est excellent.

MÉDECINE PRATIQUE

LE GOMENOL

INDICATIONS ET MODE D'ADMINISTRATION

Depuis qu'il est entré dans la thérapeutique courante des voies urinaires, à la suite des travaux de l'École de Necker, le gomenol, à mesure qu'il était mieux connu, a vu ses indications se multiplier de telle façon qu'il n'est pas inutile de rappeler les notions que l'on possède actuellement sur son usage et son mode d'administration.

Le gomenol est une essence naturelle, pure, retirée des feuilles d'une variété du *Melaleuca viridiflora*. Nous nous trouvons donc en présence d'un *médicament simple* qui, au point de vue pharmacologique, peut être classé, avec le professeur Pouchet, parmi les modificateurs locaux ou topiques (1). Comme tel il exerce, ainsi que l'a montré Dujardin-Beaumetz, une action modificatrice sur les tissus malades avec lesquels il se trouve en contact, car il développe d'une façon remarquable le pouvoir phagocytaire des leucocytes, mais, fait à noter, le gomenol n'est ni caustique, ni irritant.

Sa composition a été déterminée en 1893 par M. Bertrand, de l'Institut Pasteur, dans une communication à l'Académie des sciences.

Le gomenol est un liquide légèrement oléagineux, de couleur ambrée. Son odeur est douce et aromatique, intermédiaire entre le camphre et la menthe; sa saveur, légèrement cuisante, laisse une impression de fraîcheur comme la menthe ou le menthol.

« Si l'on néglige les produits secondaires, dit M. Bertrand, on arrive à conclure que le goménol est formé, en dehors d'un

(1) G. Pouchet. *Précis de pharmacologie et de matière médicale*, Paris 1907.

thérébenthène dextrogyre, par un mélange de trois corps : l'eucalyptol, un carbure bouillant à 175 degrés (citrène) et un terpilénol. C'est précisément la composition du terpinol de List. A l'encontre des eucalyptols retirés des autres essences, celui du gomenol ne contient aucune trace d'aldéhydes. Le gomenol n'est donc pas toxique. »

Son pouvoir antiseptique a été bien mis en valeur par M. Guéguen, agrégé à l'École de pharmacie de Paris, qui a démontré que le gomenol peut être rangé entre le sublimé et l'acide phénique, avant le thymol, le benzonaphtol, l'iodoforme, le menthol, la créosote, le gaïacol, la permanganate de potasse, etc.

Au point de vue thérapeutique, le gomenol a été employé dans les maladies les plus diverses.

Introduit dans la *thérapeutique urinaire* par O. Pasteau qui, le premier, prouva expérimentalement que l'huile gomenolée agit, à la fois, par l'huile qui isole la paroi vésicale de l'urine infectée qui la baigne, et par le gomenol dont le rôle antiseptique et analgésique est nettement marqué, le gomenol n'a pas tardé à devenir le médicament de choix de l'École de Necker.

« Son action est certaine pour diminuer la sensation désagréable du contact des instruments, écrit M. le professeur Guyon (1).

L'huile gomenolée à 10 ou à 20 p. 100 sert pour huiler les explorateurs et les bougies dilatatrices. Sans doute elle ne diminue pas la douleur de la distension du canal, mais elle permet au malade de supporter plus facilement l'examen. En outre le pouvoir antiseptique du gomenol lui confère un précieux avantage.

Le gomenol a une action des plus nettes dans l'urètre. Il est particulièrement indiqué dans les urétrites chroniques douloureuses.

Son action est encore plus marquée, plus rapide et plus durable quand l'huile gomenolée à 20 p. 100 est mise bien au contact de la paroi à anesthésier.

Dans les cystites douloureuses et tuberculeuses, le gomenol est supérieur à l'antipyrine et au gaïacol. On peut injecter deux fois par jour une pleine seringue à instillations d'huile goménolée à 20 p. 100.

Les malades suivis pendant plusieurs mois n'ont ressenti aucun inconvénient de ce mode de traitement. »

Les propriétés volatiles, antiseptiques, anticatarrhales et analgésiques du gomenol devaient être également utilisées dans les affections des *voies respiratoires*. C'est ainsi que successivement Forné en 1893, Dubousquet-Laborderie en 1898, plus récemment Lafont, Bernheim et Quentin, l'utilisent soit en inhalations, soit en injections hypodermiques dans les bronchites et dans la tuberculose pulmonaire. Ch. Leroux et Roger Pasteau en constatent les heureux effets dans la coqueluche, enfin de la Foulhouze et H. Mendel préconisent l'huile gomenolée à 5 p. 100, puis 10 p. 100 en injections intra-trachéales de 10 centimètres cubes et déclarent s'en trouver fort bien.

Dans les affections des *voies intestinales*, les huiles gomenolées introduites en lavements profonds constituent les meilleurs pansements intestinaux dans la dysenterie, l'entérite, la fièvre typhoïde. Après avoir assuré l'évacuation de l'intestin avec un ou deux lavements successifs d'eau gomenolée, on introduit une mince canule souple enduite d'huile gomenolée, on la fait pénétrer aussi loin que possible (25 à 30 centimètres), on fixe à son extrémité une seringue à injections chargée d'huile à 20 p. 100 ou à 33 p. 100, que l'on chasse dans l'intestin, il faut débuter par 8 ou 10 centimètres cubes, et augmenter journellement de 2 à 3 centimètres cubes en tâtant la tolérance du malade.

M. Courtois-Suffit a eu l'occasion d'utiliser les lavements chez les typhiques de son service de la maison Dubois.

(1) Guyon. *Clinique des maladies des voies urinaires*, t. III, 41e leçon.

L'action du gomenol employé pur, en attouchements, se montre particulièrement énergique dans certaines angines, au début de la scarlatine et dans la diphtérie. M. Courtois-Suffit en a observé récemment un exemple tout à fait remarquable à la maison Dubois.

Il s'agissait d'un interne en pharmacie chez lequel quatre injections de sérum de Roux à la dose de 30 à 40 centimètres cubes n'avaient pu faire tomber les fausses membranes. Les attouchements au gomenol pur après la quatrième injection, aidèrent à déterger la gorge en trente-six heures.

Et en effet les principales indications du gomenol découlent de ses propriétés analgésiques et antiseptiques.

Dans les plaies septiques, les anthrax, furoncles, phlegmons, etc., et dans les *brûlures* surtout, l'action calmante et cicatrisante du gomenol est à noter d'une façon particulière.

Sur la plaie lavée avec de l'eau gomenolée on répand de l'huile à 33 p. 100 ou à 50 p. 100, et on recouvre de gaze aseptique et d'ouate. Le blessé éprouve immédiatement une grande sensation de fraîcheur.

On panse ensuite avec du gomenol pur dès que la poussée inflammatoire est tombée.

Dans les *ulcères variqueux* on se trouvera bien d'étendre sur la plaie un pansement imbibé d'huile gomenolée, et renouvelé toutes les vingt-quatre ou quarante-huit heures, plus souvent s'il y a suppuration. Nettoyer complètement la plaie avec de l'eau gomenolée chaque fois que le pansement est renouvelé, et instituer de temps en temps un pansement humide avec des compresses d'eau gomenolée.

Au point de vue thérapeutique, il est un fait remarquable sur lequel il convient d'insister en terminant cette courte étude pratique, c'est que le gomenol agit mieux *seul* qu'en associations médicamenteuses, cela a été démontré notamment pour le traitement des cystites, de la tuberculose, des affections intestinales et utérines, etc. C'est une preuve de l'efficacité réelle de ce médicament. L. C.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 29 avril 1907)

Mode d'action du salicylate de soude sur l'excrétion urique. — M. Pierre Fauvel montre que le salicylate de soude n'augmente pas la production de l'acide urique et des xantho-uriques et qu'il en modifie seulement l'excrétion. *A faible dose* (1 à 2 grammes pour le sujet considéré), *il diminue l'excrétion urique*; à partir de 3 grammes il l'augmente, aussi bien avec un régime sans purines qu'avec un régime contenant des purines ou des méthylxanthines : *puis dans les vingt-quatre heures qui suivent la cessation de l'usage du salicylate, cette augmentation est suivie d'une forte diminution au-dessous de la normale.* Le salicylate, à dose suffisante, semble donc agir, en accélérant l'excrétion et *en faisant éliminer ainsi une partie de l'acide urique normalement contenu dans nos tissus*; quand son action vient à cesser, l'excrétion diminue jusqu'à ce que l'organisme ait reconstitué cette réserve *normale* puis, ce résultat atteint, la production quotidienne d'acide urique endogène est de nouveau éliminée au fur et à mesure. Tel semble être du moins le cas chez un sujet *sain*, suivant un régime sans xanthine.

Sur le lait amer. — MM. Trillat et Sauton montrent que l'amertume du lait et par suite celle du fromage peut se produire chaque fois qu'il a été contaminé par un germe capable de produire chaque fois des aldéhydes et de l'ammoniaque ou

par plusieurs espèces microbiennes fournissant les unes des aldéhydes, les autres de l'ammoniaque.

Ces conditions se rencontrent dans la pratique et peuvent expliquer ainsi pour une partie l'origine des laits amers.

Rendement acoustique du téléphone. — M. Henri Abraham montre qu'en dehors des cas de résonnance le meilleur téléphone ne transmet pas à l'oreille la millième partie de l'énergie qu'il reçoit de la ligne.

Sur un nouveau microscope et ses applications à la microphotographie stéréoscopique. — MM. A. Quidor et A. Nachet.

Sur la présence de ganglions sympathiques situés au-dessous des ganglions spinaux : ganglions micro-sympathiques, hypo-spinaux. — MM. G. Marinesco et J. Minea.

Sur l'activité néphro-poiétique du rein fœtal. — MM. P. Carnot et A. Lelievre.

Découverte d'une mâchoire humaine dans une brèche quaternaire à industrie paléolithique. — M. A. Favriaud.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 26 avril 1907 [*fin*])

Parapsoriasis en gouttes. Sa nature tuberculeuse. — MM. Milian et Pinard présentent un malade porteur d'une éruption généralisée (parapsoriasis en gouttes) qui présente également des signes de tuberculose fruste : acroasphyxie, camptodactylie, sommet droit induré; la biopsie d'un élément papuleux a montré un infiltrat périfolliculaire à cellules géantes analogue à celui du lichen scrofulosorum. Il paraît aux auteurs que dans ce cas la tuberculose peut être incriminée et que l'on peut ranger le parapsoriasis en gouttes parmi les tuberculides.

M. Vincent lit un travail sur l'absence du **signe thyroïdien** dans les formes rebelles du rhumatisme aigu et sur ses conséquences pathogéniques et thérapeutiques.

(Séance du 3 mai 1907)

Forme insolite de tuberculose profonde en plaques du visage. — MM. Brocq, Pautrier et Fage présentent une malade atteinte de lésions de la face qui occupent le nez, les sillons naso-génitaux et le facies et qui sont disposées en « papillons ». L'examen histologique a prouvé qu'il s'agit d'une dermatose tuberculeuse, différente à la fois du lupus tuberculeux, du lupus érythémateux et du lupus érythémato-tuberculeux. Cette forme se rapproche des sarcoïdes de Darier et des sarcoïdes en nappe infiltrés du visage de Bœck. Il s'agit en réalité d'un type de dermatose tuberculeuse non encore décrite.

Sporatrichose. — MM. Rubens-Duval et Fage présentent un malade atteint de gomme ramollie de la face antérieure de la jambe; il existait en outre deux autres gommes ulcérées : l'une à la fesse gauche, l'autre à la partie latérale du thorax, et quatre tuméfactions sous-cutanées : à la partie antérieure du thorax, à la région sous-deltoïdienne droite et à la face interne de la cuisse gauche. Ces lésions simulaient les unes la syphilis, les autres la tuberculose. L'ensemencement du pus de l'abcès de la jambe donna des colonies pures de sporotrichum Beurmanni, remarquables par leur abondance insolite.

Un nouveau cas de sporotrichose cutanée et sous-cutanée. — MM. Ch. Laubry et Ch. Esmein présentent un malade, âgé de cinquante-deux ans, entré à l'hôpital (service du docteur Vaquez) et soigné pendant quatre mois pour une cirrhose et une myocardite alcooliques, et chez lequel la mort survint au milieu de symptômes d'insuffisance hépatique et de cachexie profonde.

Au moment de son entrée, ce malade présentait une éruption discrète, regardée tout d'abord comme une éruption furonculeuse. A mesure qu'elle se développa, on put voir qu'il s'agissait de gommes sous-cutanées s'abcédant, s'ulcérant, et se cicatrisant assez lentement. On eut donc, comme manifestations cliniques : 1° des nodules gommeux; 2° des abcès; 3° des ulcérations irrégulières à bords décollés; 4° des croûtes ecthymatiformes; 5° des cicatrices pigmentées.

L'examen bactériologique fait a donné des cultures pures de « sporotrichum Beurmanni » identiques à celles publiées antérieurement.

Les auteurs insistent, au point de vue clinique, sur la forme tuberculoïde de l'affection, qu'ils opposent à la forme syphiloïde, celle-ci leur paraissant survenir chez des sujets moins affaiblis.

Au point de vue pathogénique ils montrent le caractère peu infectant de l'affection, car, bien que les crachats aient présenté des formations sporulées et mycéliennes, ils n'ont rien pu déceler, à l'autopsie, dans les viscères.

Enfin, le traitement à l'iodure a été tenté sans succès à cause de l'intolérance du malade pour le médicament. Seules les injections sous-cutanées de lipiodol, les injections loco dolenti de liqueur de Gram ont paru avoir une certaine influence.

Preuve clinique de l'origine centrale de certaines paralysies diphtériques. — M. Dufour. Il est admis aujourd'hui que les lésions du système nerveux, dans le cas de paralysie diphtérique, peuvent atteindre les nerfs périphériques et les centres bulbo-médullaires. Mais les preuves anatomiques, qui ont été données de la fréquence des lésions centrales n'ont pas convaincu tous les médecins, et beaucoup pensent que les névrites l'emportent de beaucoup sur les bulbites ou les myélites qui seraient fort douteuses.

M. Dufour apporte une preuve clinique de l'existence centrale et assez haut située (cerveau ou pédoncule), d'une lésion nerveuse postdiphtérique. Il s'agit d'une fillette de huit ans, soignée dans son service à la fin du mois de mars 1907 pour une diphtérie pharyngée. Elle vient d'y rentrer plus d'un mois après avec des troubles paralytiques multiples : paralysie de l'accommodation, paralysie du voile du palais, abolition des réflexes tendineux, faiblesse des jambes.

De plus, et c'est là l'intérêt du cas, on note une paralysie du facial inférieur du côté gauche, le signe du peaucier, le signe de la flexion combinée de la cuisse et du tronc. C'est un syndrome qui, mieux qu'un examen histologique, permet d'affirmer le siège cérébral ou pédonculaire d'une lésion qui atteint chez cette enfant le faisceau pyramidal.

M. Poncet (de Lyon) présente une jeune malade du service du professeur Terrier, atteinte d'une **polyarthrite rhumatismale, déformante, subaiguë**, à laquelle il attribue une origine tuberculeuse.

La communication de M. Poncet, très longue, très documentée et très intéressante, soulève une discussion à laquelle prennent part surtout MM. Triboulet, Milian et Barbier, lesquels se rallient d'ailleurs à la doctrine de M. Poncet relative aux rhumatismes tuberculeux.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 2 MAI 1907)

Cinq cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse dans la même famille. — MM. Roger VOISIN et MACÉ DE LÉPINAY. Les symptômes apparaissent de plus en plus tôt à chaque génération : ils ont débuté, chez la mère, à l'âge de trente-cinq ans ; à vingt et vingt-cinq ans chez le fils et la fille ; chez les petits-enfants, âgés l'un de sept, l'autre de trois ans, ils sont déjà très accusés.

Mouvements anormaux dans l'hémiplégie infantile. — M. DÉJERINE. Il s'agit de mouvements choréiformes agitant les membres paralysés.

Malformations de la moelle. — M. BAR présente trois embryons humains présentant des malformations du canal épendymaire et de la moelle fort analogues à celles qu'on rencontre dans certains cas de syringomyélie. L'un des fœtus était comprimé d'un côté, ce que l'auteur rapproche de l'hémiatrophie faciale qu'on observe parfois dans la syringomyélie. L'un de ces fœtus provient d'un avortement volontaire.

Mort consécutive à la ponction lombaire dans un cas de tumeur cérébrale. — M. DE LAPERSONNE. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-quatre ans, qui se présentait avec : stase papillaire, hémorragies rétiniennes, mydriase, légère hébétude, courbature, sans signe de Babinski ni modification des réflexes; tendance à tomber à droite sans vertiges. Le malade n'était ni syphilitique ni tuberculeux. Les symptômes ont débuté il y a trois mois par une céphalée intense, surtout provoquée par des efforts et par des vomissements.

Anesthésies très étendues chez une hystérique. — M. DÉJERINE. La malade, hystérique depuis dix ans, présente une contracture des membres inférieurs et du supérieur gauche, avec anesthésie absolue pour tout le corps, sauf la conservation de la sensibilité osseuse cranienne. Anosmie, agusie.

Présentation d'un appareil destiné à évaluer les réactions psycho-motrices. — M. FERAGUT.

Sur le danger des injections d'alcool dans le nerf sciatique. — MM. BRISSAUD, SICARD et TANON. Les auteurs ayant vu la méthode de Schlösser, appliquée aux névralgies sciatiques, déterminer des névrites intenses, estiment que la méthode doit être restreinte à la névralgie du trijumeau dans région faciale.

Sur les injections d'alcool et de sérum dans les névralgies. — MM. LÉVI et BAUDOUIN ont constaté, sur des chiens, que l'injection d'alcool dans le sciatique y détermine des phénomènes de névrite, et proposent de remplacer l'alcool par du sérum artificiel.

Pour la névralgie du trijumeau, il est indispensable que l'aiguille soit graduée ; en l'enfonçant une fois d'un centimètre de plus qu'il n'était nécessaire, les auteurs ont déterminé la paralysie de la sixième paire. L'aiguille doit également être d'assez fort calibre; avec des aiguilles fines, les injections, plusieurs fois répétées, peuvent rencontrer des difficultés que les auteurs attribuent à la sclérose.

M. DÉJERINE insiste sur la fréquence des sciatiques d'origine radiculaire et les bons effets, fréquemment obtenus en pareil cas, par le traitement antisyphilitique. — MM. DÉJERINE et BRISSAUD ont étudié expérimentalement, autrefois, la névrite que produisent les injections d'alcool dans le nerf sciatique.

Chorée de Sydenham au cours de la syphilis secondaire. — MM. ROSE et CHARTIER. Chez une jeune fille de dix-sept ans, apparut, à la suite de roséole et de plaques muqueuses, une chorée de Sydenham typique. Ponction lombaire négative.

Tic de la paupière inférieure. — MM. RAYMOND et F. ROSE. A la suite d'autres tics, une fillette de dix ans présenta le tic du relèvement isolé des paupières inférieures. Il y a là une dissociation intéressante des deux moitiés de l'orbiculaire.

Zona ophtalmique avec paralysie du moteur oculaire externe et paralysie de l'accommodation. — M. GALEZOWSKI. Au début d'un goitre exophtalmique, une femme de vingt-huit ans présenta une paralysie du moteur oculaire externe avec diplopie homonyme et paralysie complète de la musculature interne de l'œil. Cette dissociation permet de supposer une lésion atteignant le moteur oculaire externe à son passage dans le sinus caverneux et le ganglion ciliaire.

Etude anatomique d'un cas de syndrome de Weber avec hémianopsie. — MM. ROUSSY et ROSSI. Cette association morbide extrêmement rare, survenue, il y a vingt-cinq ans, chez une syphilitique, était due à un ramollissement occupant la région antéro-externe du pédoncule cérébral gauche dans toute sa hauteur et détruisant, du même côté, les corps genouillés et la bandelette optique.

Lacunes protubérantielles dans un cas de paralysie pseudo-bulbaire. — MM. RAYMOND et ALQUIER. Dans le cerveau, il n'y avait que des lacunes petites et nombreuses intéressant les principaux faisceaux d'association et respectant la voie motrice. Au contraire, la calotte protubérantielle présente des lacunes volumineuses effleurant la voie motrice. Ainsi donc, le syndrome pseudo-bulbaire indique seulement l'existence de lésions sus-nucléaires qui peuvent siéger dans le cerveau ou dans la protubérance. Ces dernières peuvent parfois être soupçonnées; dans le cas actuel, existaient du tremblement intentionnel, du nystagmus, la scansion de la parole.

Insuffisance thyroïdienne et rhumatisme consécutifs à la radiothérapie. — M. ARCHIOTTI (de Constantinople). Chez une femme de vingt-huit ans, la radiographie fut appliquée à l'épilation du cou. Rapidement apparaissaient une augmentation de poids de 3 kilogrammes et des phénomènes de myxœdème. A la douzième séance, survenaient des manifestations rhumatismales polyarticulaires apyrétiques, analogues à celles du rhumatisme chronique déformant. Tous les symptômes s'aggravant rapidement, la radiothérapie fut cessée. Devant l'échec complet du traitement anti-rhumatismal, la médication thyroïdienne fut essayée, et détermina une prompte guérison.

Sur la baresthésie. — M. Max EGGER. Longue discussion théorique tendant à montrer que la peau contribue à enregistrer les sensations de pression.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 4 MAI 1907)

Néphrites expérimentales par action locale sur le rein. — MM. Léon BERNARD et LÆDERICH ont cherché à provoquer des lésions rénales lentes par des procédés qui n'influencent pas en même temps les autres organes, de manière à pouvoir observer le retentissement sur ceux-ci des lésions rénales. Ils

ont réalisé des scléroses diffuses et profondes des reins par l'injection de paraffine fondue dans le bassinet; par des cautérisations ignées répétées en plein parenchyme rénal; enfin, par l'injection dans le rein de substances toxiques ou caustiques, en particulier de chlorure de zinc.

Recherches au sujet de la toxicité des matières albuminoïdes des sérums hétérogènes. — Pour M. Cabanès, les sérums hétérogènes sont toxiques par leurs matières albuminoïdes et surtout par les matières diastasiques qui existent dans le sérum et sont entraînées par la précipitation par le sulfate d'ammoniaque.

Introduction à l'étude de la spécificité cellulaire. Le transport du ferment peptique. — Il résulte du travail de M. H. Iscovesco que :

1° Si on fait passer un courant de faible intensité à travers de l'albumine plongée dans du suc gastrique, on constate que le ferment protéolytique pénètre et digère rapidement l'albumine du côté positif. L'activation au processus protéolytique pâle au courant est considérable;

2° Si on inverse le courant, on arrête complètement le travail digestif;

3° Les variations des forces électro-motrices peuvent par conséquent dans certaines conditions créer pour la cellule vivante un moyen pour acquérir l'immunité à l'égard de certaines toxines, lysines, etc. On sait en effet qu'il existe beaucoup de moyens pour la cellule de réaliser ces changements et en particulier les changements de concentrations salines.

L'agglutinabilité du bacillogène du tétanos, dernier vestige de sa parenté avec le bacille du tétanos. — M. Georges Rosenthal montre que le bacille du tétanos aérobisé et dépouillé de ses propriétés chimiques, biologiques et pathogènes, garde encore bien qu'atténuée, la faculté d'être agglutiné par le sérum antitétanique. Le taux de l'agglutination diminue progressivement dans la série des cultures pour finir par disparaître.

Autres communications :

Sur l'excitation par décharges de condensateurs; détermination directe de la durée et de la quantité utiles. — M. Lapicque.

Existence de la douve du chat au Tonkin. — MM. Verdun et Bruyant.

Sur un staphylocoque anaérobie. — M. Jungano.

Hématies à granulations basophiles. — M. Sabrazès.

Sur la musculature du rein de l'éléphant d'Afrique. — M. A. Pettit.

Sur les voies centrifuges du réflexe dilatateur de la pupille. — MM. Dubois et Castelain.

Vaccination antirabique par la voie rectale. — M. Remlinger.

Dialyse et filtration sur sac de collodion de la lactase et de l'émulsine animales. — MM. Bierry et Schæffer.

Polypnée thermique et capacité respiratoire du sang. — MM. Langlois et Ganelon.

Les œufs influencent-ils l'excrétion urique? — M. Fauvel.

Action des vapeurs de plomb et de zinc par rapport à l'incubation des œufs de poule et à la respiration. — MM. Breton et A. Maric.

Action suspensive des pâtes de céruse et de blanc de zinc sur les cultures microbiennes anaérobies. — Mme de Ludre et M. A. Marie.

De l'action empêchante du citrate de soude sur l'hémolyse par le sérum d'anguille. — M. Gengou.

Modifications histologiques du rein au cours de diverses diurèses provoquées. — MM. Mayer et Rathery.

Recherches expérimentales sur l'exhalation de vapeurs d'eau. — MM. Guillemard et Moog.

Bactéries saprophytes dans le sang des tuberculeux. — MM. Simon, Spillmann et Richard.

Hypotrophie et rachitisme chez de jeunes poulets. — MM. Haushalter et Sabotier.

Cholécystite scléro-atrophique d'origine éberthienne, non typhoïdique. — M. Étienne.

Néphro-phagocytes dans le cœur et le rein des poissons osseux. — M. Cuénot.

Pression artérielle chez deux myxœdémateux.—MM. Jeandelize et Parisot.

Athérome de l'aorte chez une myxœdémateuse âgée de treize ans. — MM. Haushalter et Jeandelize.

Malformations organiques naturelles chez un castrat naturel. — MM. Etienne, Jeandelize et Richon.

Effets de l'ovariotomie sur la castration chez la lapine. — MM. Richon et Jeandelize.

Signification d'un faisceau surnuméraire du ligament périnéo-calcanéen chez l'homme. — MM. Weber et Collin.

Formes de transition entre les ébauches vasculaires et les îlots sanguins dans l'aire opaque des embryons de canard. — M. Weber.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(séance du 2 mai 1907)

Prophylaxie de la syphilis (*suite*). — La discussion continue et tour à tour les membres de la Société apportent de nouveaux exemples montrant combien la surveillance administrative est nécessaire et la prostitution clandestine dangereuse.

Au cours de la discussion une curieuse observation est apportée par M. Vialaneix (de Saint-Germain-en-Laye). Il s'agit de deux cas de chancres syphilitiques survenus chez deux cavaliers sur la cicatrice d'une plaie superficielle consécutive à une chute de cheval faite par les deux malades sur le même terrain et presque au même emplacement et à la même date. Aucun mode de contage ne fut révélé par l'enquête la plus minutieuse. On ne peut incriminer que la possibilité par des crachats de syphilitique déposés à l'endroit où sont tombés ces deux cavaliers.

Le paquet de pansement à adopter dans les formations sanitaires de campagne est le point de départ d'une nouvelle discussion. La préférence de la majorité des orateurs va aux pansements antiseptiques.

Présentation d'appareils. — M. Malgat (de Poitiers) présente un nouveau mode de suspension du sac du fantassin; un brancard de montagne et un brancard sur roues.

Présentation de malade. — M. Ferraton (de Versailles) présente un malade atteint d'amputation traumatique des quatre derniers doigts par raboteuse, avec dénudation complète de la face dorsale de la main. Il a été cependant possible d'obtenir un lambeau recouvrant les têtes des métacarpiens.

Ordre du jour de la séance du 16 mai (à quatre heures). — Discussion : De l'intervention précoce dans les contusions de l'abdomen, avec rupture du foie. Prophylaxie de la scarlatine. Prophylaxie de la syphilis. Pansement à employer dans les formations sanitaires de campagne.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 25 AVRIL 1907)

Après avoir écouté un rapport de M. Vaquez sur le Congrès des praticiens, la Société a entendu un rapport de M. SOLLIER sur le **certificat d'admissibilité à l'agrégation,** qui se termine par les vœux suivants :

1° La Société de l'internat émet le vœu que soient supprimés de l'arrêt ministériel du 20 février 1907 (art. 2) et dans les décrets présidentiels du 20 février 1907, portant réorganisation des écoles de plein exercice (art. 2) et portant réorganisation des écoles préparatoires (§ 4 de l'art. 4, § 2 de l'art. 5 modifié par l'art. 1), tous les paragraphes conférant aux admissibles à l'agrégation des dispenses quelconques de concours, en dehors de celui de l'agrégation;

2° Considérant que les épreuves donnant accès à l'enseignement officiel sont presque exclusivement des épreuves de mémoire, que beaucoup d'esprits distingués sont incapables ou sont empêchés de s'astreindre à la forme spéciale de travail qu'exige leur préparation et que, de ce fait, ils se trouvent à jamais exclus de l'enseignement officiel au plus grand préjudice des études,

La Société de l'internat émet le vœu que :

A côté de la voie actuelle de l'agrégation, il en soit créé une nouvelle qui permettrait l'accès de l'enseignement officiel exclusivement par les travaux originaux et la notoriété scientifique.

Après deux communications de M. Paul DELBET sur **un cas d'appendicite** et de M. F. REGNAULT **sur la suggestion,** M. Louis MARTIN fait la conférence habituelle sur la **maladie du sommeil chez les blancs.**

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — LA SUPPRESSION DU DOLMAN POUR LES MÉDECINS. — Le ministre de la Guerre vient de prescrire le remplacement du dolman pour les médecins par une tunique ample du modèle adopté pour les officiers d'infanterie.

Les attributs actuels sont conservés; le col et les parements seront en velours grenat.

Cette tunique sera obligatoire pour les médecins de l'active à partir du 1er octobre 1908.

Les médecins de la réserve et de la territoriale pourront frire usage indéfiniment des effets dont ils sont actuellement pourvus.

MARINE. — Le prix de médecine navale pour l'année 1906 a été décerné à M. le médecin principal Girard (Célestin-Henri), pour son rapport d'inspection générale (1906) sur le cuirassé d'escadre *Henri-IV*.

D'autre part, il a été accordé à cette occasion :

Une mention très honorable avec témoignage de satisfaction à M. le médecin de première classe Moulinier, pour son étude sur l'hygiène et le travail des équipages des sous-marins : anémie professionnelle à bord de ces bâtiments.

Des témoignages officiels de satisfaction :

A M. Bellet, médecin de première classe, pour son rapport d'inspection générale de 1906 (station locale du Sénégal).

A M. Charuel, médecin de première classe, pour son rapport d'inspection générale du croiseur cuirassé *Montcalm* (escadre d'Extrême-Orient).

A M. Gazeau, médecin en chef de deuxième classe, pour son rapport d'inspection générale du croiseur cuirassé *Desaix* (division navale de l'Atlantique).

A M. Lassabatie, médecin principal, pour son rapport d'inspection générale du cuirassé *Gaulois* (escadre de la Méditerranée).

A M. Titi, médecin de première classe, pour son mémoire sur l'hygiène et le service médical du croiseur *Jules Ferry*.

A M. Ortal, médecin en chef de première classe, pour son rapport d'inspection générale du cuirassé *Suffren* (escadre de la Méditerranée).

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Un concours d'internat à la maison nationale de Charenton s'ouvrira le 28 mai 1907.

Nul ne peut concourir pour l'emploi d'interne en médecine de la maison nationale de Charenton qu'à la condition d'être né ou naturalisé Français, d'avoir moins de trente ans et d'être pourvu de douze inscriptions.

Pour prendre part au concours, les candidats devront adresser leur demande au secrétariat de la Maison nationale avant le mercredi 22 mai 1907.

A l'appui de leur demande ils devront produire : 1° leur acte de naissance; 2° un certificat de scolarité; 3° un certificat de bonnes vie et mœurs.

Les épreuves du concours consistent : 1° en une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux pour laquelle il est accordé trois heures aux candidats. Il est attribué pour cette composition 30 points; 2° en une épreuve orale, d'une durée de quinze minutes, sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après quinze minutes de préparation. Il est attribué pour cette épreuve 20 points.

La durée de l'internat est de trois ans.

Les internes reçoivent une indemnité de : 1500 francs pour la première année; 1600 francs pour la deuxième année; 1700 francs pour la troisième année.

Ils ont droit, en outre, au déjeuner tous les jours; seul, l'interne de garde a droit à tous les repas de la journée.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la dix-septième semaine, 1022 décès, au lieu de 1085 pendant la semaine précédente et au lieu de 1047, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal. La fièvre typhoïde, la scarlatine, et la coqueluche dépassent un peu la moyenne.

La fièvre typhoïde a causé 11 décès au lieu de 12 pendant la semaine précédente (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 64, au lieu de 88 pendant la semaine précédente (moyenne 42).

La variole a causé 1 décès (chiffre identique à celui de la semaine précédente et à la moyenne). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 8, au lieu de 11 pendant la semaine précédente (moyenne 16).

La rougeole a causé 10 décès (moyenne 18); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 286, au lieu de 224 précédemment (moyenne 359).

La scarlatine a causé 9 décès (moyenne 2); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 396; (moyenne 77).

La coqueluche a causé 13 décès (moyenne 10).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs J.-M. Juvénal, médecin principal de la marine en retraite, à Aix en Provence, et Leviez (d'Arras).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 54. — JEUDI 9 ET SAMEDI 11 MAI 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 9 ET SAMEDI 11 MAI 1907. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 7 mai 1907. — MM. Fredet, 19; Piquand, 15; Gasne, 13.

Séance du 9 mai. — MM. Chevassu et Marcille, 17; Iselin, 10.

La prochaine séance aura lieu le samedi 11 mai, à quatre heures et demie, à l'hôpital Necker.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — CHIRURGIE.— *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation.* — Séance du 6 mai. — MM. Vanverts (Lille) : « Cals vicieux; » Guyot (Bordeaux) : « Indications et technique de la ponction lombaire. »

Séance du 7 mai. — MM. Lapointe (Paris) : « Fractures du poignet; » Schwartz (Paris) : « Plaies et corps étrangers de l'orbite et du globe oculaire. »

Séance du 8 mai. — MM. Dambrin (Toulouse) : « La pustule maligne; » Rocher (Bordeaux et Toulouse) : « Traitement des luxations irréductibles. »

Séance du 9 mai. — MM. Riche (Montpellier) : « Tumeurs d'origine dentaire; » Potel (Lille) : « Des abcès froids non tuberculeux. »

Séance du 10 mai. — MM. Desvergey (Bordeaux) : « Des mastoïdites; » Martin (Montpellier) : « Du choc traumatique. »

CONCOURS D'INTERNAT DE LA MAISON DE NANTERRE. — *Epreuve clinique de pathologie interne.* — Séance du 6 mai 1907 : MM. Cottu, Couton, Jacques et Thévenot, 13; Courcières, Gaujoin, Geandreau, Maurat et Penot, 12; Biétrix, 9.

Epreuve clinique de chirurgie. — Notes de 0 à 20 : MM. Couton, 18; Maurat, 17; Courcières et Gaujoin, 14; Cottu, Jacques, Penot et Thévenot, 13; Biétrix et Geandreau, 10.

Epreuve d'accouchement. — Question tirée : « Diagnostic et traitement de la grossesse tubaire. » — Question restée dans l'urne : « Rupture prématurée des membranes. »

Notes de 0 à 20 : MM. Couton et Maurat, 16; Courcières, 14; Cottu et Jacques, 12; Gaujoin et Thévenot, 11; Geandreau, 9.

Epreuve de thérapeutique infantile et sénile. — Questions tirées : « Indiquer minutieusement le mode de préparation, le mode d'administration, les soins consécutifs pour un bain sinapisé à administrer à un enfant de deux ans atteint de convulsions généralisées. » — « Traitement d'un vieillard de soixante-dix ans, atteint d'urémie dyspnéique. »

Questions restées dans l'urne : « Donner trois formules de préparations purgatives de natures différentes pour un enfant de six mois. » — « Indiquer minutieusemeut le mode d'administration de chaque préparation. » — « Traitement d'un accès d'ivresse algide chez un vieillard de soixante-douze ans. »

Notes de 0 à 10 : MM. Couton, 6-7; Cottu, 5-5; Gaujoin, 4-6; Jacques, 4-5; Maurat et Thévenot, 5-3; Courcières, 3-4.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Ortal, médecin en chef de première classe de la marine.

Au grade de chevalier. — M. Richet, médecin-major de deuxième classe au service géographique de l'armée.

GUERRE. — M. Moine, médecin de première classe, directeur du service de santé du 2e corps d'armée, est nommé directeur du service de santé du 7e corps d'armée.

M. Demandre, médecin principal de première classe, médecin chef de l'hôpital militaire de Lille, est nommé directeur du service du 2e corps d'armée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Par décret, l'Académie de médecine est autorisée à accepter, aux clauses et conditions imposées, le legs d'une somme de 40 000 francs fait par M. Leveau et dont les arrérages seront distribués chaque année, s'il y a lieu, et à titre de récompense, aux élèves en médecine ou en pharmacie, aux médecins et aux pharmaciens qui auraient trouvé des moyens nouveaux et efficaces pour soulager et guérir des maladies, notamment la migraine et les coliques néphrétiques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Société de médecine de Paris, avec laquelle viennent de fusionner les sociétés médico-chirurgicale et de médecine et chirurgie pratique, tiendra la première séance de ses travaux demain 11 mai, à quatre heures et demie précises, 12, rue de Seine.

Ordre du jour. — 1. Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance. — 2. Correspondance. — 3. Installation du bureau. — 4. Discussion et approbation du règlement intérieur. — 5. M. Richelot : Le traitement des fistules vésico-vaginales graves. — 6. M. A. Courtade : De la mastoïdite séreuse. — 7. M. Bizard : Etiologie de la langue noire pileuse. — 8. M. Pichevin : La fausse grossesse tubaire. — 9. M. René de Langenhagen (de Luxeuil), candidat au titulariat. — 10. M. Ducor : Acide protocétrarique et superpurgation dans les vomissements incoercibles de la grossesse. — 11. Vote sur l'élection : 1° de MM. les docteurs Jouaust et Devraigne, candidats au titulariat; 2° de M. le docteur Bioglio, candidat au titre de membre correspondant étranger.

SOUSCRIPTION POUR LA VEUVE D'UNE VICTIME DU DEVOIR PROFESSIONNEL. — Nos lecteurs n'ont pas oublié la mort tragique de notre confrère le docteur Rabuel, victime du devoir professionnel.

L'Association de la Presse médicale française, justement émue du malheur qui frappe Mme Rabuel, informe les médecins qu'ils peuvent adresser leur cotisation au journal *Le Temps* qui, le premier, a pris l'initiative d'ouvrir une souscription à propos de cette victime de notre profession.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la dix-huitième semaine, 1 122 décès, au lieu de 1 022 pendant la semaine précédente et au lieu de 954, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde continue à dépasser la moyenne. Le nombre des personnes atteintes de scarlatine continue à s'accroître; toutefois, très peu de décès sont dus à cette fièvre.

Les autres maladies épidémiques et saisonnières n'ont qu'une fréquence moyenne.

La fièvre typhoïde a causé 11 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 66, au lieu de 64 pendant la semaine précédente (moyenne 35).

La variole a causé 2 décès (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 9, au lieu de 8 pendant la semaine précédente (moyenne 14).

La rougeole a causé 15 décès (moyenne 17). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 287 (au lieu de 286 précédemment et au lieu de 267, moyenne des trois dernières années).

La scarlatine a causé 11 décès (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 439 (moyenne 83).

COURS PRATIQUE SUR LES MALADIES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN. — *Service de M. le docteur Albert Mathieu.* — Sous la direction de M. Albert Mathieu, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, MM. les docteurs Jean-Ch. Roux, ancien interne des hôpitaux, assistant de la consultation des maladies de l'appareil digestif, et A. Laboulais, ancien interne en pharmacie des hôpitaux, chef de laboratoire, commenceront un cours théorique et pratique sur les maladies de l'estomac et de l'intestin, le 22 mai 1907.

Ce cours sera complet en cinq semaines et aura lieu au laboratoire de l'hôpital Saint-Antoine (20, rue de Cîteaux) à cinq heures et demie du soir, les lundis, mercredis, vendredis. Les travaux pratiques l'examen du suc gastrique, de la digestion intestinale et autres procédés de diagnostic) auront lieu les mêmes jours, de quatre heures un quart à cinq heures un quart, avant le cours.

Pour les renseignements et l'inscription, s'adresser au laboratoire de l'hôpital Saint-Antoine (20, rue de Cîteaux), tous les matins, de huit heures à midi, et tous les soirs, d'une heure à six heures, sauf le dimanche.

Prophylaxie de la tuberculose, par le docteur Pierre JOUSSET. In-8° de 167 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Baillière.

REVUE GÉNÉRALE

LE GOITRE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Par M. PLAUCHU, accoucheur des hôpitaux de Lyon,
et M. RICHARD, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

I

Historique. — C'est Nicod d'Arbent (de Lyon) qui, le premier, semble-t-il, a attiré l'attention sur ce curieux chapitre de pathologie du nouveau-né. En 1840 il en publie deux observations assez complètes et insiste sur le traitement par la saignée, par le cordon et les sangsues; il avait déjà entrevu l'importance de la congestion dans la production de certaines formes de ces goitres.

En 1856, R. Crighton en cite deux cas et attribue leur cause, comme celle de la plupart des goitres, à la présence de la magnésie dans l'eau de boisson.

En 1862, Béraud et Danyau publient deux observations complètes avec autopsie et étude anatomo-pathologique. Des connaissances précises étaient désormais acquises sur ce point spécial de pathologie thyroïdienne et dès lors les observations et les travaux se succèdent en France et à l'étranger.

A l'étranger, Simpson, Ormbsky, Diethelm (de Zurich), Wyder, Diener, Spiegelberg, Gibb, Kaman, etc., publient des observations isolées ou des mémoires.

En France, malgré les publications anciennes de Nicod d'Arbent, de Béraud, de Danyau, ce n'est que dans ces dernières années, dans deux centres voisins des grandes contrées montagneuses, Lyon et Toulouse, que quelques cas y sont étudiés avec attention.

A Toulouse, Audebert présente à la Société du Languedoc médico-chirurgical deux enfants atteints de goitre congénital; à Lyon, A. Pollosson pratique le premier l'exothyropexie avec succès pour un goitre chez le nouveau-né et préconise cette intervention comme la moins dangereuse et la plus efficace. Commandeur expose des considérations précises et intéressantes sur l'étiologie, les formes, les symptômes, le diagnostic et le traitement de cette affection. Un nouveau cas d'exothyropexie avec succès est publié dans la thèse de Cadet.

Ces auteurs insistent sur les formes cliniques qui se manifestent par une tumeur peu volumineuse et peu apparente, qui demande à être cherchée et qui peut entraîner la mort rapide après la naissance. Enfin Fabre, Thévenot, Plauchu en observent quelques cas et Fabre inspire la thèse de Richard qui réunit dans son travail les documents et observations publiées en France et à l'étranger et jette les premières bases d'une étude générale de cette affection.

II

Anatomie pathologique. — Poids et dimensions. — Le volume du goitre chez le nouveau-né peut varier de la grosseur d'une petite noix jusqu'à celle d'un poing d'adulte (Béraud). Le poids normal de la thyroïde chez un nouveau-né à terme ne dépasse pas 4 ou 5 grammes (Audebert). On trouve signalés dans les autopsies des goitres pesant 16 grammes (Lohlein), 18 grammes (Audebert), 41 grammes (Hecker).

Forme. — C'est le plus souvent celle d'un croissant enserrant la face antérieure du cou, ou celle de deux pyramides inclinées à sommet dirigé en haut et en arrière, et à base située en bas, à droite et à gauche de la ligne médiane. Le plus souvent un lobe est plus gros que celui du côté opposé et cette différence de volume est surtout frappante dans les goitres kystiques. Mais il existe en général toujours une hypertrophie marquée des deux côtés. Parfois le corps thyroïde hypertrophié forme un anneau presque complet autour de la trachée et s'insinue en arrière entre ce conduit et l'œsophage.

Structure. — Elle doit être étudiée dans trois formes principales :

Goitres vasculaires.
Goitres parenchymateux.
Goitres kystiques.

1° *Formes vasculaires.* — Elles sont les plus communes et constituent très probablement la majorité des cas qui se résorbent rapidement après la naissance. Elles sont surtout caractérisées par l'énorme développement des vaisseaux extra et intra-glandulaires.

Les vaisseaux extra-glandulaires sont souvent visibles sous la peau où ils forment un lacis plus ou moins développé. Il existe parfois, outre la congestion générale de la glande un flux vasculaire intense au niveau des parties molles périthyroïdiennes qui enveloppent la tumeur comme d'une gangue mollasse (Commandeur).

Les artères thyroïdiennes atteignaient dans un cas de Fabre le volume d'une radiale d'adulte.

Dans un cas de Béraud, la thyroïdienne inférieure était 2 fois plus grosse que la carotide interne et semblait être véritablement la continuation de la carotide primitive.

Mais ce sont surtout les *veines* qui sont distendues, dilatées au point d'atteindre 6 milimètres de diamètre. La capsule renferme souvent de véritables sinus comparables à ceux de la dure-mère (Béraud).

Dans la glande, à côté de quelques îlots de tissu normal, les vésicules n'existent pour ainsi dire plus, étouffées par les vaisseaux distendus. De larges sinus gorgés de sang se voient sur le champ du microscope, aussi larges et aussi développés que des artères et des veines. Ces cellules sont irrégulièrement disposées et soumises à un processus dégénératif. Ces noyaux sont toujours très distincts, se colorent bien. Aucune matière colloïdale n'est visible. Par le caractère des alvéoles et la vascularisation il y a ressemblance avec le goitre exophtalmique (Gibb).

Dans certaines préparations on constate que la tumeur est divisée en lobes et lobules par des cloisons conjonctives de taille variable, parcourues par des artérioles et des veinules. Les petits lobules

ainsi délimités sont formés par une quantité de petites cellules cubiques ou prismatiques, disposées sans ordre au milieu d'un grand nombre de gros capillaires sanguins. Le protoplasma est très colorable, le noyau a l'aspect d'un noyau de lymphocyte arrondi et très riche en chromatine. Il n'existe pas de blocs de thyromucoïne ni de thyrocolloïne (Fabre).

2° *Formes parenchymateuses.* — Il est bien difficile d'en établir à l'heure actuelle l'anatomie pathologique. Ces formes sont rares et aucune autopsie avec étude complète n'a été publiée. Macroscopiquement elles sont plus limitées, plus mobiles sous la peau et les plans voisins. La forme normale de la glande est assez respectée. Il n'y a pas autour de la tumeur de lacis veineux et cet empâtement vasculaire signalé dans les formes précédentes.

On peut admettre jusqu'à plus ample informé que la structure de ces formes rappelle celle d'un corps thyroïde normal du nouveau-né.

3° *Formes kystiques.* — Nous ne sommes renseignés sur la forme kystique que par une autopsie de Béraud. Il s'agissait d'un goitre kystique cloisonné par quelques brides fibreuses. Les parois étaient épaisses, charnues en certains points, dures et même cartilagineuses en d'autres.

Le liquide renfermé était jaune, citrin limpide, contenant quelques amas d'un blanc jaunâtre.

Compression des organes voisins. — La *trachée* est le plus souvent le siège d'une sténose plus ou moins accusée. Sa déviation de la ligne médiane et sa compression sont signalées dans presque toutes les autopsies. C'est surtout dans les cas où la tumeur forme un anneau autour de l'arbre trachéal que la sténose est accusée. L'aplatissement antéro-postérieur est plus fréquent que la sténose transversale. Dans un cas de Fabre la sténose était telle qu'un stylet de 1 millimètre pouvait à peine franchir le rétrécissement.

L'œsophage est souvent comprimé aussi par la tumeur annulaire péritrachéale. Gibb a constaté une sténose admettant à peine une bougie urétrale n° 6.

La carotide et les jugulaires, les pneumogastriques et le sympathique ne présentent en général pas de diminution permanente de leur volume, mais ils sont souvent déviés en dehors. La pression excentrique de la tumeur peut amener une diminution du débit sanguin favorable aux congestions des vaisseaux et organes situés au-dessous.

C'est pour cette raison sans doute que l'on observe parfois une congestion intense du thymus, concomitante au goitre.

III

Étiologie. — Un point à mettre en évidence est l'importance de l'*hérédité.*

Richard trouve à ce sujet des détails dans 24 observations :

22 fois la mère portait un goitre;
1 fois le père;
1 fois le père et la mère.

La *fréquence* du goitre du nouveau-né est bien difficile à apprécier, car il semble que l'attention des auteurs n'ait pas été attirée sur l'examen de la région thyroïdienne à la naissance et un grand nombre de cas ou bien n'ont pas été publiés, ou bien ont passé inaperçus. C'est ainsi qu'aucune observation n'a été publiée à Paris depuis 1862 et on peut considérer comme certain qu'il a existé des goitres chez le nouveau-né. D'autre part, beaucoup de cas n'attirent pas l'attention par une hypertrophie évidente du cou et demandent à être recherchés attentivement par la palpation. Sans doute, beaucoup de morts rapides après la naissance reconnaissent pour cause des compressions par des goitres petits mais rétro-sternaux et très compressifs.

Demme, sur 642 goitres observés de 1862 à 1875, signale :

37 chez des nouveau-nés;
59 chez des enfants de deux à douze mois;
35 chez des enfants de deux à quatre ans.

Frey, Birche trouvent un nombre considérable de goitres chez des enfants au-dessous de dix ans, l'un en trouve 282, l'autre 354. Martha trouve jusqu'à l'énorme proportion de 70 p. 100 de goitre chez les enfants.

Diethelm (de Zurich) sur 66 100 malades trouve 2 292 cas de goitres dont 25 de quelques jours à un an. Le maximum de fréquence est de 10 à 16.

On peut se demander si le plus grand nombre de ces cas constatés chez des enfants ne datent pas de la naissance et même si la plupart des goitres ne sont pas congénitaux, et n'ont pas passé inaperçus à la naissance, pour subir plus ou moins tard un développement rapide, sous l'influence de diverses causes telluriques ou congestives (puberté, grossesse).

IV

Pathogénie. — L'origine intra-utérine peut sans doute expliquer un très grand nombre de goitres de l'enfance ou de l'âge adulte.

Mais comment expliquer la pathogénie du goitre intra-utérin constaté à la naissance.

On peut envisager des hypothèses différentes pour les deux formes principales du goitre chez le nouveau-né :

α. La forme vasculaire et congestive;
β. La forme parenchymateuse.

Forme vasculaire. — Peut-on rechercher son origine dans des phénomènes congestifs provenant de compressions soit pendant la grossesse, soit pendant le travail de l'accouchement? On a accordé une certaine importance aux présentations vicieuses, et en particulier aux *présentations de la face.* Sans doute la déflexion forcée de la tête, les compressions du cou contre les parois utérines ou le bassin peuvent dans une certaine mesure expliquer une congesiton intense de la région thyroïdienne; mais si l'on compulse les observations de Richard, on voit que dans un seul cas de goitre du nouveau-né cette présentation vicieuse est signalée.

Deux fois seulement l'enfant est venu par le siège, une fois par la version pour une présentation de l'épaule.

L'influence de la compression du fœtus dans certains cas de présentation vicieuse peut donc être considérée comme nulle. On ne voit pas très bien en effet quel genre de compression pourrait amener une congestion du cou dans les présentations du siège ou dans celles de l'épaule.

Dans un cas (Simpson) une présentation vicieuse (front) était non pas la cause, mais la conséquence d'un goitre volumineux qui empêchait la flexion de la tête.

D'ailleurs, sur 28 observations contenant des détails sur la présentation, on rencontre une énorme prédominance des présentations du sommet :

1 face;
2 sièges;
1 front;
1 épaule;
23 sommets.

Dans la présentation du sommet la flexion de la tête est évidemment tout à fait incompatible avec une congestion locale de la région thyroïdienne.

Il en est de même des circulaires qui s'opposeraient plutôt, s'ils étaient très serrés, à la congestion de la région.

Ces conditions mécaniques, compressives pendant le travail, outre qu'elles sont toujours passagères et de courte durée, ne peuvent expliquer l'hypertrophie congestive de la glande thyroïdienne.

La nature reconnue au microscope, essentiellement vasculaire dans quelques rares cas étudiés, permet de se demander si quelques-unes de ces tumeurs ne sont pas de même nature que les angiomes sans pathogénie définie qui sont fréquents, comme on sait, chez les nouveau-nés. De nouvelles et de nombreuses études histologiques sont nécessaires pour établir ce point.

Forme parenchymateuse. — Ici encore on peut faire des hypothèses sans pouvoir les étayer sur des faits bien précis et nombreux.

Un *agent infectieux*, passant de la mère chez le fœtus et agissant soit par lui-même soit par ses toxines, peut-il amener une réaction hypertrophique de la glande thyroïde?

Ou plutôt, étant donné la fréquente coexistence du goitre chez la mère et le nouveau-né, l'agent toxique excitateur de l'hypergenèse de la thyroïde fœtale provient-il de l'insuffisance ou de l'hyperfonctionnement de la thyroïde de la mère? Simples hypothèses.

Certains faits signalés peuvent faire émettre dans des cas très rares l'hypothèse du goitre malformation fœtale. Dans une observation de Guillemin étudiée anatomiquement au laboratoire de la clinique obstétricale de Lyon, l'enfant présentait outre son goitre une hernie diaphragmatique.

On le voit, ces données pathogéniques, applicables à quelques cas isolés, ne peuvent actuellement être généralisées, et force est d'attribuer une plus certaine importance pathogénique aux causes habituellement invoquées pour expliquer le goitre chez l'adulte (influence des sels de magnésie, des sels de fer, etc., dans les eaux de boisson de la mère et retentissement sur le corps thyroïde du fœtus par un agent toxique sécrété par la thyroïde de la mère, ou non neutralisé par la sécrétion interne de cette dernière.

V

Symptômes. — Il y a lieu de se demander en premier lieu si le goitre du nouveau-né peut se manifester avant la naissance par une allure particulière et dystocique du travail. Dans l'immense majorité des cas, non, et on ne peut en général ni le percevoir ni le reconnaître avant la sortie de l'enfant.

Il est cependant réel qu'il a été assez souvent une cause de dystocie. Voici d'ailleurs quelques faits signalés à ce sujet.

Crighton. — Travail difficile, tête demeura trois heures au détroit supérieur. Le gonflement du cou était tel qu'il était sur le même plan que le menton; dans ces cas, insuffisance et difficulté de flexion de la tête a été la cause de la dystocie jointe peut-être au volume général du cou.

Béraud. — A la dilatation complète on a senti la tumeur globuleuse dont la forme, la surface et la consistance ne purent se rapporter à aucune partie normale du fœtus. Près de cette tumeur on sent une épaule. M. Delore pratiqua la version; la tumeur était du volume du poing d'un adulte.

Simpson. — Pratiqué un accouchement prématuré à sept mois parce que le cœur de l'enfant battait avec une lenteur anormale. Il était porteur d'un goître comme un œuf de poule.

L'accouchement fut pénible, dit-il, parce que cette tumeur empêchait comme quelquefois les bras placés sous le cou, la flexion de la tête. La présentation était une présentation du front et non du vertex.

Un autre cas rapporté par Simpson et observé par Reiller offrait la « *même présentation peu* » *ordinaire*.

Bayer et Hermann. — Retard d'engagement de la tête. On fait des pressions sur l'utérus, la tête descend un peu, puis remonte à la cessation des pressions. On est obligé d'appliquer le forceps.

Eulenberg. — Juive rétrécie et rachitique. Forceps un goitre comme un œuf de poule.

Lœhlein. — Primipare de trente-cinq ans, forceps qui a amené un enfant de 2 520 grammes, asphyxique. Il portait un goitre du volume d'une prune.

Kaman. — XIIpare. L'accouchement à sa première période dura très longtemps, l'expulsion se fit en quarante-huit minutes.

Plauchu. — Siège. Extraction facile presque spontanée.

Sur 28 cas, le goitre a été manifestement l'origine ou la cause de la dystocie; dans 2 cas, longueur de la dilatation, lenteur de l'engagement.

Par production de la déflexion de la tête :
2 fois dystocie par véritables présentations du front,
1 fois dystocie par véritables présentations de la face,
3 fois retard de descente et application de forceps.

Dans les deux sièges et l'épaule signalés, le goitre ne paraît pas être intervenu dans la dystocie.

Dans tous les autres cas, sommet ou accouchement facile.

On peut diviser les *symptômes* après la naissance, en symptômes *physiques* et symptômes *fonctionnels*.

Ces *symptômes physiques* sont révélés par l'examen de la face antérieure du cou.

La tumeur thyroïdienne. — L'existence d'une tuméfaction dans la région cervicale antérieure est un symptôme capital, mais cette tumeur est essentiellement variable.

1° Tantôt elle est pour ainsi dire latente, siège sur les parties postérolatérales de la trachée, ou dans la région rétrosternale, où elle demande à être soigneusement recherchée par la palpation minutieuse (Commandeur). Nombreux doivent être les cas où les symptômes fonctionnels marqués et asphyxiques ont été attribués à d'autres causes, alors qu'il s'agissait d'un petit goitre compressif, mais peu apparent;

2° Plus souvent elle est manifeste et attire l'attention par son volume, et par la déformation qu'elle impose à la face antérieure du cou. Parfois elle s'étend en masse depuis l'extrémité du menton jusqu'à la fourchette du sternum, débordant sur les clavicules et remontant sous les angles de la mâchoire jusqu'aux apophyses mastoïdes. Elle est en général fixe sur le centre et plus mobile sur les parties latérales. A un pareil degré, elle est peu mobile par la déglutition.

Dans deux cas de Crigthon, la face antérieure du cou saillante et tuméfiée est sur le même plan que le menton.

Elle est parfois aussi diffuse dans ses limites mais moins volumineuse. Elle est séparée parfois du sternum par un intervalle d'un centimètre, et s'étend du haut jusqu'à l'os hyoïde, en dehors jusqu'au bord externe du sterno-cléido-mastoïdien (Béraud et Danyau).

La forme générale est celle d'un croissant antérieur occupant la face antérieure du cou et remontant vers les parties latérales et l'angle du maxillaire. Parfois même il existe de l'œdème et un empâtement superficiel et diffus de la région sous-hyoïdienne. La circonférence du cou prise au niveau est notablement augmentée.

L'hypertrophie est souvent plus marquée d'un côté que de l'autre; la tumeur est assez fixe, même pendant la déglutition qu'elle empêche en général. Si on la saisit et si on cherche à la mobiliser, on entraîne avec elle le larynx.

Cette description correspond en général aux goitres congestifs.

3° Les goitres parenchymateux sont en général plus isolés. La forme de la tumeur rappelle les lobes du corps thyroïde avec leur forme à peu près conservée de pyramide droite et gauche, à base inférieure à sommet supérieur à grand axe oblique, de bas en haut et de dedans en dehors. La tumeur est en général plus mobile par les plans profonds et par l'ascension du larynx. La peau sans œdème se laisse facilement plisser au-devant de la tumeur. Parfois les deux lobes de la tumeur sont symétriques et de même volume. Plus souvent il y a une différence plus ou moins considérable de volume entre les deux côtés.

4° Cette différence de volume est encore plus accusée quand il y a d'un côté ou de l'autre un goitre kystique. Dans ces cas la tumeur est plus tendue, parfois fluctuante si la poche du kyste est peu cloisonnée (Béraud).

Dans toutes ces formes et surtout dans les goitres vasculaires, le cri de l'enfant, les efforts amènent parfois une augmentation de volume de la tumeur.

Symptômes fonctionnels. — Ils découlent soit de la compression plus grande du goitre sur la trachée, et de l'insuffisance d'hématose consécutive à la sténose trachéale, soit des compressions plus profondes sur les vaisseaux du cou et sur l'œsophage.

La *cyanose* et la *dyspnée* en sont les deux principales manifestations. La cyanose est parfois générale, surtout si l'enfant est débile, ou prématuré, mais elle prédomine souvent au visage (lèvres, oreilles).

La dyspnée suivant son intensité se traduit parfois par une simple accélération de la respiration et du cornage, parfois par du tirage sus et sous-sternal, épigastrique, battement des ailes du nez, etc.

Ces deux symptômes, cyanose et dyspnée sont souvent exacerbés et augmentent par accès provoqués par la toux, l'effort, la déglutition, la succion, etc., de véritables accès inquiétants de suffocation peuvent apparaître qui cessent par le repos, et parfois par le renversement de la tête en arrière, ou la projection artificielle du goitre en avant.

L'enfant refuse souvent le sein, la succion et la déglutition étant difficiles, parfois même impossibles, et provoquant des accès de suffocation. L'ascension du larynx étant empêchée par une tumeur volumineuse; les liquides déglutis pénètrent parfois par la glotte inobturée du larynx augmentant encore les crises paroxystiques de dyspnée.

La fréquence et la gravité de ces symptômes sont des plus variables.

Sur 50 observations réunies par Richard, 14 sont sans détails à ce sujet.

Sur les 36 autres observations, 29 fois la dyspnée et la cyanose sont constatés avec une gravité diverse.

Tantôt la cyanose est intense, il y a de l'apnée plutôt que de la dyspnée; l'enfant meurt après la ligature du cordon, après quelques mouvements spasmodiques du diaphragme, et ne peut être ranimé.

Tantôt dyspnée, tirage, cornage et asphyxie sont plus ou moins marqués, s'exagèrent par accès et l'enfant meurt au bout de quelques heures ou de quelques jours en un accès de suffocation. Tantôt la dyspnée, la cyanose existent, mais moins accusées, compatibles avec la vie ordinaire et elles disparaissent à mesure que le goitre se résorbe. Dans deux cas, ces symptômes fonctionnels ont été vite améliorés par l'exothyropexie.

Sept fois seulement l'existence du goitre n'a produit aucune sténose, ni aucune compression, ne s'est accompagnée d'aucun trouble fonctionnel important.

On peut dire que le goitre des nouveau-nés amène

donc une sténose et des troubles fonctionnels accusés, 80 p. 100 des cas environ, et dans le plus grand nombre des cas ces symptômes fonctionnels sont incompatibles avec la vie.

VI

Diagnostic. — Il arrive assez souvent en obstétrique qu'un enfant n'ayant pas souffert pendant le travail de l'accouchement vienne au monde en état de mort apparente et succombe après quelques essais de respiration ou dans un accès de suffocation. A l'autopsie, on découvre soit une malformation des voies respiratoires ou du cœur, soit une énorme hernie diaphragmatique incompatible avec la vie. Parfois rien ne vient expliquer cette mort inattendue, et peut-être un certain nombre de ces morts peuvent être mises sur le compte de goitres passés inaperçus. Le diagnostic est certainement facile quand le nouveau-né est porteur d'une volumineuse tumeur thyroïdienne. Cependant il faut bien savoir que souvent le goitre demande à être cherché, et une exploration minutieuse permettra parfois de trouver un petit goitre très compressif, soit derrière la fourchette du sternum, soit sur les parties latérales de la trachée (Commandeur). Il faut penser à ces goitres pour ainsi dire latents, car un traitement rapide pourra dans certains cas être mis en œuvre.

Mais dans la majorité des cas, il existe une tumeur sur la face antérieure du cou, et le diagnostic en est d'autant simplifié. On doit simplement préciser s'il s'agit bien d'une hypertrophie du corps thyroïde.

L'hypertrophie du thymus peut aisément être confondue. Mêmes phénomènes asphyxiques, mêmes accès de cyanose. Le tirage, le cornage, le ronflement existent dans les deux cas. Respiration sifflante et dyspnée et de fait l'erreur a été commise dans une très intéressante observation de Diethelm. Mais la tumeur est plus bas située, elle fait tomber en avant le haut du sternum, elle ne se continue pas vers les parties latérales du cou en deux cornes parfois assez perceptibles dans le goitre. La tumeur est plus fixe et plus rétro-sternale.

Un goitre kystique à prédominance unilatérale pourra être confondu avec un kyste branchial. Celui-ci est plus isolé, plus fluctuant, unilatéral. On pourra quelquefois constater sa transparence. Il n'est pas mobile par les mouvements de déglutition.

Le propre des tumeurs thyroïdiennes en général est d'être à des degrés divers bilatérales et de suivre les mouvements d'ascension du larynx. Mais la mobilité fait souvent défaut chez le nouveau-né et la déglutition souvent empêchée par la tumeur n'est pas assez énergique pour entraîner avec elle la masse thyroïdienne. On recherchera avec soin si en mobilisant le goitre artificiellement on entraîne du même coup le larynx. Rarement on constatera la modification du cri, celui-ci n'est pas modifié dans les formes peu compressive; il n'existe pas dans les formes dyspnéiques.

VII

Pronostic. — Le goitre du nouveau-né est donc une affection des plus graves. Bien des morts d'enfants à la naissance avec le tableau clinique de l'apnée et de la cyanose peuvent être mis sur le compte de goîtres méconnus rétro-sternaux ou latéro-trachéaux.

La mort survient dans la majorité des cas. Elle se produit surtout dans les goitres volumineux et diffus peu mobiles, congestifs. La survie se voit dans quelques cas de goitres congestifs peu volumineux qui ont une tendance à se résorber après la naissance.

La gravité dépend essentiellement du degré de sténose trachéale qui s'est établi pendant la vie intra-utérine.

Sur 50 observations des détails sur la survie ou la mort sont notés dans 39 cas.

Sur ces 39 cas, on note 16 cas de survie parmi lesquels :

7 sans signes de sténose et sans troubles fonctionnels à la naissance,

2 de survie par l'énothyropexie,

7 de guérison spontanée et progressive,

23 cas de mort dont 2 pendant le travail, et 21 cas mortels, soit peu après la naissance, soit dans les jours qui ont suivi.

En ne tenant compte que de ces 39 observations, on voit que le goitre du nouveau-né entraîne la mort dans 60 p. 100 des cas environ.

L'augmentation progressive de la tumeur n'a été mentionnée dans aucune observation. Quand la vie était possible avec le degré de sténose constitué à la naissance, la régression est au contraire la tendance générale du goitre du nouveau-né.

VIII

Traitement. — Le goitre du nouveau-né n'en nécessite parfois aucun. Quand les symptômes fonctionnels sont nuls ou peu accusés, que la tumeur thyroïdienne se résorbe progressivement et diminue, que l'enfant s'alimente spontanément, on ne voit guère de quelle utilité serait un traitement.

Dans ces formes moyennes avec cyanose et dyspnée peu marquée, les moyens médicaux de dérivation sanguine seront à employer (sinapismes, bottes de coton sur les membres inférieurs, saignée locale par des sangsues sur la région thyroïdienne, éponge chaude, vessie de glace, iodure de potassium).

Le traitement des formes graves est plus longuement à discuter.

Parfois un accès de suffocation ou de cyanose intense sera calmé par le renversement de la tête ou par des tractions en masse opérées en avant sur la tumeur.

Mais quand l'état général se maintient inquiétant, que doit-on faire?

Sans négliger, quand on en a le temps, les moyens de décongestion précédemment cités, il est évident qu'on doit intervenir quand il existe des accidents dyspnéiques et paroxystiques menaçants.

La *trachéotomie* est l'intervention qui vient la première à l'esprit. Nous croyons qu'elle est à rejeter. Outre qu'elle est rendue des plus difficiles par les déformations et les déplacements de la trachée, elle est grave chez le nouveau-né et prédispose beaucoup à la broncho-pneumonie ; elle n'a été employée

qu'une fois (Madelung) et il semble que l'on doive s'en abstenir (Commandeur).

Le *tube de Chaussier* ou l'*introduction de cathéters dans la trachée* a été essayé quelquefois, mais sans succès.

Les thyroïdectomies partielles sont des opérations trop graves pour le nouveau-né, et celui-ci succombe, soit à une hémorragie, soit à l'infection.

L'exothyropexie employée pour la première fois à Lyon par M. Pollosson et une autre fois en 1905 par Cadet, a à son actif deux brillants succès. De toutes les interventions sanglantes tentées contre le goitre des nouveau-nés, seule cette dernière a amené la guérison les deux fois où elle a été employée. Elle est simple, d'une exécution facile et rapide, ne s'accompagne pas d'une hémorragie notable. Le corps thyroïde libéré de la compression produite par la peau, les muscles sous-hyoïdiens et le sterno, ne comprime plus autant la trachée qui reprend un calibre suffisant. En outre au point de vue des résultats lointains, le goitre exopexié se résorbe et s'atrophie progressivement.

Après une incision médiane de la peau et des plans sous-jacents, il suffit de décortiquer la tumeur de chaque côté avec le doigt ou un instrument mousse jusqu'à ce qu'on ait pu la pédiculiser.

On l'extériorise ensuite hors de l'incision cutanée et on la fixe par un fil à la partie supérieure de l'incision. Un pansement, rigoureusement aseptique et peu serré, est ensuite appliqué.

L'exothyropexie est donc l'opération de choix. Elle est simple et sans danger. Dans le traitement des compressions produites chez le nouveau-né par le corps thyroïde et le thymus, c'est l'exopexie qui seule a permis des survies et des guérisons définitives, et au cours de nos recherches nous avons pu nous rendre compte que comme pour les goitres, l'hypertrophie du thymus a été traitée de la même façon.

En 1897, en effet, Fritz Konig a pratiqué avec succès l'exothymopexie, que Rehn avait antérieurement exécutée chez un enfant de deux ans. Il s'agissait d'un nourrisson de deux mois qui souffrait depuis sa naissance de dyspnée continue avec crises paroxystiques.

On incisa au-dessus de la fourchette sternale, remonta le thymus au manubrium sternal et le fixa aux tendons du sterno-cléido-mastoïdien.

C'est une intervention absolument analogue à l'exothyropexie et les résultats heureux montrent aussi bien dans l'hypertrophie du thymus que dans les goitres du nouveau-né qu'il ne faut pas reculer devant cette intervention chaque fois qu'ils entraîneront des troubles dyspnéiques graves avec accès de suffocation menaçants.

BIBLIOGRAPHIE

Nicod d'Arbent. *Bull. gén. de thérap.*, 1840. — Crighton. *Edimb. med. Journ.*, 1856. — Béraud. Soc. des sciences méd. de Lyon, 1861. — Béraud et Danyau. Soc. de chir., 1862. — Simpson. *Glascow med. Journ.*, 1866-1867. — Ormbsky. *The Lancet*, 1838. — Diethelm. *Uber angeborne struma Stenose*, Zurich 1890. — Spiegelberg. *Wunz. med. Zeits.*, 1864. — Kaman. *Wiener klin. Runds.*, 1903. — Pollosson. Soc. des sciences méd. de Lyon, 1899. — Commandeur. *Province méd.*, 1900. — Cadet. *Les goitres intra-thoraciques*, Lyon 1905. — Audebert. *Languedoc médico-chirurgical*, 1900. — Richard. Th. de Lyon, 1906.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 7 MAI 1907)

En annonçant à l'Académie la mort de Paul Poirier, et en retraçant sa vie si bien remplie et trop tôt terminée, M. le président en a rappelé quelques curieuses anecdotes : au moment de la guerre, il s'engagea comme mobile et se fit nommer clairon. « La vaillance et le bruit, c'est bien là tout Poirier, » a ajouté M. Gauthier... Un soir, en rentrant au quartier, il rencontra sur la route couverte de neige un pauvre mobile ivre-mort et ne pouvant plus faire un pas. Poirier essayait de le soulever et s'efforçait de l'emmener jusqu'au quartier où il trouverait un lit, quand un autre mobile, également attardé, s'arrêta et lui proposa de l'aider. A eux deux, ils ramenèrent le malheureux ivrogne en lieu sûr. De qui venait ce secours inattendu? De Waldeck-Rousseau. De là naquit cette amitié qui ne s'est jamais démentie et voilà pourquoi Waldeck-Rousseau, très malade, n'a jamais voulu d'autre chirurgien que Poirier.

Les huîtres et la fièvre typhoïde. — M. Netter, au nom d'une commission composée de MM. Chantemesse, Chatin, Edmond Perrier, Cornil et Netter, rapporteur, fait un rapport sur cette question et termine par les conclusions suivantes :

De nombreux et regrettables exemples ont justifié depuis 1896 l'avis de l'Académie de médecine au sujet de l'apparition possible de troubles gastro-intestinaux et même de fièvres typhoïdes à la suite de la consommation d'huîtres ayant séjourné dans une eau polluée. Le seul moyen d'empêcher ces accidents est de ne livrer aux consommateurs que des huîtres protégées contre toute souillure.

Recueillir les huîtres dans les eaux à l'abri de toute contamination directe ou indirecte par des matières fécales; empêcher une souillure ultérieure entre le point de récolte et l'arrivée à la table du consommateur : tel est le programme à remplir et sa réalisation est aisée par la collaboration des autorités compétentes.

L'Académie émet le vœu qu'une enquête à la fois topographique, chimique et bactériologique soit instituée par les autorités maritimes. A cette enquête seront soumis les parcs ostréicoles d'élevage, d'étalage, d'engraissement, d'expédition ainsi que les bancs naturels d'huîtres.

On ne devra conserver que les parcs dont cette enquête aura établi la salubrité ou dans lesquels les mesures nécessaires réclamées au cours de cette enquête auront été réalisées. Ces parcs resteront du reste soumis à une inspection régulière.

Les prescriptions visant la pollution des cours d'eau devront être appliquées strictement aux municipalités voisines des établissements ostréicoles.

Le dragage des bancs naturels d'huîtres dont la salubrité est reconnue douteuse ne sera autorisé que dans la période où il n'y a pas à redouter la vente de ces huîtres aux consommateurs.

Ces huîtres pourront être cédées aux parqueurs qui les laisseront dans leurs dépôts un temps suffisant pour assurer leur épuration.

Il sera également nécessaire de surveiller le transport et

la vente de ces huîtres, de s'assurer qu'aucune contamination n'est possible au cours de l'expédition ou chez les débitants en gros ou en détail. Cette surveillance devra être exercée sur les huîtres au même titre et par la même administration que pour toutes les autres denrées alimentaires.

On ne tolérera l'entrée des huîtres étrangères que lorsqu'elles proviendront de parcs soumis à une surveillance analogue à celle que nous réclamons pour les parcs nationaux et quand elles seront munies du certificat d'origine.

Le dupylidium canninium. — M. Blanchard appelle l'attention de l'Académie sur un helminthe peu connu, rarement rencontré jusqu'ici, le dupylidium canninium, dont il a eu récemment l'occasion d'observer un exemple. Il s'agissait d'un enfant de neuf mois qui, depuis quelque temps, rendait dans ses selles des corpuscules blanchâtres présentant certains accidents nerveux. Cet enfant fut admis à l'hôpital Bretonneau où M. Papillon le tint en observation et où il rendit, un beau matin, un ver de 50 centimètres de longueur. M. Papillon n'ayant jamais observé d'helminthes semblables le porta à M. Blanchard qui reconnut le dupylidium canninium. Les œufs d'où provient ce ver se trouvent dans la puce du chien et du chat. Or les chats et les chiens d'appartement présentent fréquemment des puces dans leur pelage. En se léchant ou en se secouant, ils répandent ces puces dans l'atmosphère et ces puces peuvent tomber, inaperçues, dans le lait ou les aliments de l'enfant. C'est ainsi que se fait la propagation du chien à l'homme. On ne connaît jusqu'ici que 60 observations de ce ver chez l'homme. Il y a eu, trois cas observés à Paris. Ces trois cas ont été recueillis par M. Blanchard. Ce ver peut produire chez l'enfant des accidents nerveux plus ou moins graves. Il peut aussi devenir le point de départ d'une appendicite.

La conclusion à tirer de ces faits, c'est qu'il importe de surveiller les chiens et les chats et de s'appliquer à détruire les insectes dont ils peuvent être porteurs dans leur pelage.

Appendicite. — M. Richelot fait une communication sur une terminaison peu connue de l'appendicite, et présente quelques considérations sur la fréquence des lésions appendiculaires. Si les opinions sont faites aujourd'hui sur l'*appendicite aiguë* et son traitement, l'*appendicite chronique*, au contraire, est toujours obscure et c'est elle qui crée les malentendus.

M. Richelot a observé un fait curieux qui se résume ainsi : appendicite aiguë, de forme grave et menaçante, refroidie peu à peu et n'ayant laissé qu'un peu d'empâtement douloureux dans la fosse iliaque; au bout de quelques mois apparaît un abcès dans la fosse iliaque *externe*, on le prend pour un abcès à distance d'origine infectieuse, on l'ouvre, il reste fistuleux et fétide; quelque temps après, il sort par l'incision un gros calcul fécal, et l'eau des lavements passe par la plaie de la fesse; donc, le foyer appendiculaire mal éteint avait perforé l'os iliaque. La fistule guérit en quelques mois.

M. Richelot rapproche de ce fait d'autres semblables, et conclut que les suppurations sous-jacentes au fascia iliaca, les psoïtis, sont presque toujours consécutives à une appendicite, l'infection s'étant propagée à travers la gaine aponévrotique, ou bien l'appendice lui-même ayant traversé cette gaine et versé directement son contenu dans l'épaisseur du psoas, comme les autopsies l'ont démontré.

Bien d'autres affections ont subi le même sort; l'appendicite, sous des noms d'emprunt, était beaucoup moins rare autrefois qu'on ne veut bien le dire. Elle n'est pas une « maladie nouvelle », elle est une maladie mieux connue, et elle nous explique aujourd'hui beaucoup d'accidents abdominaux restés pour nos devanciers à l'état de problèmes, tels que les typhlites et pérityphlites, les abcès de la fosse iliaque, les étranglements internes, les « volvulus », les péritonites, les coliques hépatiques ou néphrétiques; les salpingites, la soi-disant salpingite suppurée chez les vierges, souvent simulée par l'appendicite à évolution pelvienne. Il y a peu d'années encore médecins et chirurgiens voyaient tout avec des yeux de gynécologues.

La question la plus ardue est celle de l'*appendicite chronique* : 1° à une certaine époque, bien des femmes ont été accusées de lésions génitales, qui n'avaient que des troubles intestinaux; 2° bien des troubles intestinaux avaient pour cause ignorée l'appendicite chronique. Quant au tube digestif, c'est ici la grosse affaire, dans quelle mesure les douleurs intestinales, les dyspepsies, les colopathies relèvent-elles d'une appendicite chronique autrefois méconnue, et qu'il faut chercher pour la découvrir ?

Quelques observations montrent que l'appendicite se cache sous les apparences les plus diverses, telles que des crises douloureuses au creux épigastrique, etc.

La fréquence de l'appendicite, autrefois comme aujourd'hui, ne doit pas nous étonner. Elle s'explique par la disposition anatomique de ce diverticule, si apte à recevoir et à garder les souillures de l'intestin. Dans tous les cas, même dans les appendicites de « cause générale », l'origine intestinale de la maladie peut être invoquée. La théorie vermineuse de Blanchard répond, sans doute, à un bon nombre de faits, car « la lésion produite par le parasite est une porte ouverte à l'infection ».

Première conclusion : l'appendicite n'est pas une mine récemment découverte ; c'est un filon dont la teneur en minerai n'était pas exactement connue, et dont la mise en valeur donne aujourd'hui des résultats surprenants.

Deuxième conclusion : la médecine et la chirurgie ont déjà fait beaucoup pour dissiper d'anciennes confusions, pour rendre accessibles des lésions d'allure violente ou insidieuse; il faut continuer cette œuvre sans retours en arrière, scruter les faits obscurs, approfondir le diagnostic, et par là nous rendre capables d'assumer des responsabilités dont nos anciens maîtres n'ont jamais eu l'idée, et qui ont pour limite, non l'aspect séduisant d'une théorie, d'un rapprochement d'idées, d'un souvenir clinique, mais le scrupule d'une conscience droite.

M. Reclus demande que M. Richelot ajoute aux nombreuses affections qui peuvent être confondues avec l'appendicite, la grande indigestion.

Sarcomes des muscles. — M. Cornil fait une communication sur ce sujet.

— M. le président a déclaré vacante une place de membre titulaire dans le service d'accouchement en remplacement de Budin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 1er mai 1907 [*fin*])

Sarcome du médiastin. — M. Walther fait un rapport sur une observation de M. Létourneau (de Rochefort), relative à un malade qui, étant atteint d'un sarcome très volumineux du médiastin, avait donné tous les signes d'une aortite avec dilatation de l'aorte.

M. Walther a vu un cas analogue chez une jeune fille de dix-sept ans, qui était aussi atteinte de sarcome du médiastin. Une radiographie a permis de diagnostiquer la présence d'une tumeur dans le médiastin et de ganglions dans le voisinage. Cette jeune fille fut prise d'accès de suffocation très menaçants. Elle était soignée à Versailles par MM. les docteurs Laurent et Broussin. Une ponction fut faite qui resta sans effet. La malade fut alors soumise à la radiothérapie et elle fut considérablement améliorée, puis finit par succomber deux mois après.

Sténose pylorique. — M. Tuffier rapporte l'observation d'une sténose pylorique qu'il a traitée par la gastro-entérostomie. Cette observation sera certainement l'objet d'une discussion sur laquelle nous aurons lieu de revenir.

(Séance du 8 mai 1907)

M. le Président, après avoir exprimé les regrets de la Société à l'occasion de la mort de Paul Poirier, propose de lever la séance en signe de deuil. Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

Suivant l'usage, en pareil cas, on laisse la parole aux membres qui ont à faire des présentations.

M. Hartmann présente, de la part de M. Luttle (de New-York), un **photoscope** qu'il a imaginé en 1899. C'est un tube d'éclairage terminal, dont la lampe est à l'abri des souillures ou des chocs qui pourraient l'obscurcir ou la briser. Ce photoscope présente également d'autres perfectionnements très intéressants. Il a été construit bien avant celui de Straus.

PRATIQUE MÉDICALE

UN VIEUX REMÈDE TROP OUBLIÉ : LA CURE DE RAISIN

La cure du raisin est à l'ordre du jour depuis que la pasteurisation permet au praticien d'avoir, en tous temps, à sa disposition un jus de raisin frais dépourvu complètement d'alcool et conservé sans le secours d'aucun produit chimique.

Tel est le cas de la préparation spécialisée sous le nom de « stem » et à laquelle Mayet (de Lyon) vient de consacrer une longue étude clinique (1). Elle corrobore les résultats obtenus antérieurement par Moreigne, après des expériences portant sur 400 dosages : « augmentation de la diurèse; diminution du degré d'acidité des urines; diminution en valeur absolue et relative de l'acide urique; action dérivative sur l'intestin (action laxative); diminution des fermentations intestinales; action d'épargne vis-à-vis des matières azotées; fixation de graisse dans l'organisme; suractivité de la fonction hépatique, et en particulier de la sécrétion biliaire (2).

On conclura de cette étude et de l'analogie chimique du jus de raisins frais avec le lait de femme (3) que le « stem », ce lait végétal, peut être utilisé :

a. Comme boisson hygiénique sans alcool;

b. Comme aliment liquide très riche en éléments nutritifs (glucose, sels minéraux, etc.). Ce sera donc la boisson de régime (un demi-litre à un litre par jour) des tuberculeux, des convalescents, des débilités, de tous ceux, en un mot, chez lesquels le processus nutritif a besoin d'être relevé;

c. Comme agent thérapeutique, le jus de raisin frais sera indiqué : 1° dans les maladies de l'appareil urinaire (action sédative, diurétique, déchlorurante), dans les albuminuries, les cystites chroniques, etc. [Mayet, Péchollier (4), Carles (5)]; 2° dans la constipation, l'entérite muco-membraneuse, et leur fâcheuse compagne l'appendicite; 3° dans les affections du foie; 4° dans les cardiopathies, l'artério-sclérose (6) [action diurétique et régularisatrice des selles].

Disons en terminant que la cure doit être plutôt prolongée qu'intensive, que le « stem » (7) est très bien accepté par les enfants, et s'allie agréablement aux eaux gazeuses.

(1) Mayet. *Province méd.*, 9 mars 1907.
(2) Moreigne. *Arch. med expérim.*, 1902.
(3) Henry et Chevalier. In *Dechambre*.
(4) Péchollier. *Bull. de thérap.*, 1889.
(5) Carles. Le raisin en urothérapie, *Journ. des prat.*, 1901.
(6) Th. Bergouignan. Piatot, Paris.
(7) Société « Stem », 19, rue Confort, Lyon.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 20 AU 25 MAI 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Mercredi 22 mai, à une heure. — 4e : MM. Déjerine, André et Macaigne; — M. Branca, suppléant.

5e (1re partie), *Laënnec* : MM. Delens, Legueu et Pierre Duval; — (2e partie) : MM. Landouzy, Claude et Marcel Labbé; — M. Proust, suppléant.

Jeudi 23 mai, à une heure. — 4e (1re série) : MM. Joffroy, Desgrez et Richaud; — (2e série) : MM. Chantemesse, Chassevant et Dupré; — (3e série) : MM. Gilbert, Gilbert Ballet et Méry; — (4e série) : MM. Thoinot, Vaquez et Langlois; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 24 mai, à une heure. — 5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Gosset; — (2e série) : MM. Delens, Mauclaire et Pierre Duval; — M. Proust, suppléant.

Samedi 25 mai, à une heure. — 4e (1re série) : MM. Chantemesse, G. Ballet et Vaquez; — (2e série) : MM. Gilbert, Méry et Richaud; — M. Carnot, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Thiroloix et Renon; — (2e série) : MM. Robin, Jeanselme et Fernand Bezançon; — M. Launois, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Demelin et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Mercredi 22 mai 1907, à une heure. — M. de Lascazas de Saint-Martin. Sur la nature pneumococcique de certains œdèmes du poumon. (MM. Lannelongue, président; Brissaud, Segond et Cunéo.) — M. Lemaire. La déformation ogivale de la voûte palatine. (MM. Brissaud, président; Lannelongue, Segond et Cunéo.) — M. Roche. De l'ostéomyélite aiguë de la croissance au niveau du coude. (MM. Segond, président; Lannelongue, Brissaud et Cunéo.) — M. Huchet. Traitement des luxations anciennes du coude chez l'adulte. (MM. Segond, président; Lannelongue, Brissaud et Cunéo.)

Jeudi 23 mai 1907, à une heure. — M. Bausset. De l'avortement criminel. Etude historique et sociale. (MM. Debove, président; Raymond, Robin et Demelin.) — M. Gallet. Des différents débuts de la sclérose latérale amyotrophique. (MM. Raymond, président; Debove, Robin et Demelin.) — M. Josephson. De l'amélioration du logement ouvrier. (MM. Robin, président; Debove, Raymond et Demelin.) — M. Mongnet. Actinomycose primitive des canalicules lacrymaux. (MM. de Lapersonne, président; Albarran, Auvray et Morestin.) — M. Haas. Contribution à l'étude des compérites dans l'urétrite chronique. (MM. Albarran, président; de Lapersonne, Auvray et Morestin.)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

A vendre : Une bibliothèque médicale considérable, comprenant des ouvrages anciens et modernes; — Des thèses anciennes et modernes reliées.

A vendre : Une caisse à amputations n'ayant jamais servi, marque Mathieu; — Une machine électrique; — Une trousse; — Une boîte scapels; — Un microscope; — Un coussin à air; — Des gouttières; — Un ophtalmoscope; — Un forceps; — Un blépharostat; — Des instruments de chirurgie de tous genres.

Conditions très avantageuses. S'adresser au bureau du journal.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 55. — MARDI 14 MAI 1907. 80e ANNÉE. MARDI 14 MAI 1907. — N° 55.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS POUR TROIS PLACES DE MÉDECIN DES HOPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Oulmont, Thihierge, Aviragnet, Brissaud, de Beurmann, Bourcy, Letulle et Demoulin.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 11 mai 1907. — MM. Kendirdjy, 18; Schwartz, 17; Alglave, 10.

La prochaine séance aura lieu le mardi 14 mai, à quatre heures et demie, à l'Hôtel-Dieu.

CONCOURS D'INTERNAT DE LA MAISON DE NANTERRE. — *Epreuve clinique de pathologie interne.* — Notes de 0 à 20 : MM. Couton et Jacques, 18; Maurat, 17; Cottu, 15; Gaujoin, 14; Courcières, 13; Thévenot, 10.

Epreuve de médecine opératoire. — Question tirée : « Désarticulation du gros orteil et de son métatarsien. » — Questions restées dans l'urne : « Ligature de l'artère fémorale à la pointe du triangle de Scarpa. » — « Désarticulation du pouce et de son métacarpien. »

Notes de 0 à 20 : MM. Thévenot, 18; Cottu et Courcières, 16; Jacques, 15; Couton et Maurat, 14; Gaujoin, 12 1/2.

Sont nommés à la suite du concours pour entrer en fonctions le 1er juin :

Internes titulaires. — MM. Couton, 92; Maurat, 84; Jacques, 80; Cottu, 79.

Internes provisoires. — MM. Courcières, 76; Gaujoin, 73 1/2; Thévenot, 73.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Le jury est composé de MM. Guyon, Terrier, Quénu, Gley et Legueu.

Epreuve écrite. — « Anatomie des muscles fessiers; physiologie de l'articulation de la hanche. »

Séance du 10 mai. — MM. Küss, 28; Denicker, 27; Cottard, 25; Lemoine, 23.

Séance du 13 mai : MM. Chochon-Latouche, Poupardin et Villandre, 24; Deverre, 23.

La prochaine séance aura lieu le mardi 15 mai.

CONCOURS DU PROSECTORAT. — Le jury est composé de MM. Le Dentu, de Lapersonne, Reclus, Gley et Rieffel.

La première séance aura lieu le 21 mai.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'ASSISTANCE PAR LE TRAVAIL POUR LES VEUVES ET ORPHELINES DE MÉDECINS. — L'Association générale des médecins de France, estimant que, pour assister efficacement les veuves et orphelines valides laissées dans le besoin ou dans la gêne par ses sociétaires, il y a lieu de leur procurer du travail et des situations en rapport avec leurs aptitudes, plutôt que de leur donner des secours continus, trop souvent insuffisants et inefficaces, a, dans son Assemblée générale du 14 avril 1907, décidé, conformément aux conclusions du rapport présenté par M. le docteur Bouloumié, au nom de sa commission spéciale d'assistance, d'organiser un double service d'assistance par le travail et de placement.

De plus, le désir a été manifesté que l'organisation de ces services, tels qu'ils ont été prévus pour la Société centrale, soit étendue à la France entière avec le concours des sociétés unies, afin que partout les protégées de l'Association générale puissent en bénéficier.

Le but poursuivi est le placement, qui assure aux assistées une situation stable. Mais la recherche d'un emploi à la convenance de chacune d'elles demande parfois un temps bien long; l'assistance par le travail, immédiatement offerte, donnera le moyen de l'attendre et le facilitera.

Pour réaliser l'un et l'autre, la Société centrale a nommé une commission d'assistance, qui délègue ses pouvoirs, en ce qui concerne les relations avec les assistés, à un comité de dames. Elle a ouvert, dans les bureaux de son secrétariat, un registre d'offres et demandes d'emplois, exclusivement en vue des protégées du corps médical, et s'est assuré le concours, d'une part, du Syndicat de la presse médicale, pour faire donner à ces offres et demandes toute la publicité nécessaire, d'autre part, des œuvres d'assistance par le travail, pour qu'un travail en rapport avec les aptitudes et les besoins de chaque assistée puisse lui être immédiatement procuré.

La création de ce nouveau service ne saurait manquer d'avoir l'approbation du corps médical tout entier, qui n'ignore pas à quelques difficultés on se heurte quand il s'agit de soulage

efficacement une infortune qui doit durer autant que la vie et combien est grand le nombre de familles médicales qui, après la mort de leur chef, vivant dans la gêne et l'appréhension du lendemain, ne veulent pas solliciter un secours, mais seraient heureuses de trouver le moyen d'améliorer leur situation.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE SCOLAIRE. — LONDRES, DU 5-10 AOUT 1907. — Le Congrès est divisé au point de vue du travail en 11 sections qui sont :

I. Physiologie et psychologie des méthodes d'éducation et de travail intellectuel. — II. Inspection médicale des écoles. — III. Hygiène du corps enseignant. — IV. Education des écoliers et des maîtres en hygiène. — V. Education physique et hygiène de l'entraînement. — VI. Lhygiène en dehors de l'école. Colonies de vacances. Relations de l'école et de la famille. — VII. Maladies contagieuses. Les écoliers malades. — VIII. Ecoles pour les faibles d'esprit et les anormaux. — IX. Ecoles pour les aveugles et les sourds-muets. — X. Hygiène des internats. — XI. Bâtiments et fournitures scolaires.

Voici le programme provisoire :

Samedi 3 août, neuf heures du matin : Ouverture des salles de réceptions et des bureaux. Délivrance des tickets, des programmes et de tous les renseignements relatifs au Congrès.

Dimanche 5 août : Services à la cathédrale.

Lundi 5 août : Séance d'ouverture. Réception des délégués. Discours d'inauguration par le président du Congrès, sir Lauder Brunton.

Les mardi 6, mercredi 7, jeudi 8 et vendredi 9, de dix heures du matin à deux heures de l'après-midi : réunion des sections. A midi : discussion d'un des rapports en séance plénière.

Mardi 6, à trois heures : Excursions et visites. A huit heures du soir : Conférence par le Right Rev. Bishop Welldon D. D., doyen de Manchester : L'influence de l'éducation scolaire sur l'éducation morale des adolescents.

Mercredi 7 : L'après-midi et le soir séances d'affaires.

Jeudi 8, trois heures : Excursions et visites. Huit heures : Conférences sur l'hygiène du sport chez les jeunes filles et les jeunes femmes par le docteur Doléris, accoucheur des hôpitaux de Paris.

Vendredi 9, une heure et demie : Séance générale de clôture. Trois heures : Excursions et visites. Huit heures du soir : Conférence par le professeur Griesbach.

Samedi 10 : Excursions.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs André Larroche (d'Audengé) et Sagot (de Saint-Mandé).

HOPITAL LAENNEC. — SERVICE D'OPHTALMOLOGIE. — Exercices pratiques de technique ophtalmologique sous la direction du docteur Rochon-Duvigneaud, chef de service.

Les docteurs Onfray et Caillaud, assistants du service, commenceront le lundi 10 juin, à une heure et demie, une série d'exercices pratiques de technique ophtalmologique.

Application à la clinique des procédés d'optique, d'électricité (emploi de l'électro-aimant, électrolyse, électrothérapie, radiothérapie oculaire, etc.) et des procédés de laboratoire.

Ce cours sera complet en 20 leçons.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades et au maniement des appareils ; leur nombre est par conséquent limité.

Prière de s'inscrire dès maintenant, dans la matinée, auprès du docteur Onfray, à l'hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal.*) — (23 mars 1907.) DESGUIN : Du traitement des fractures obliques de la jambe (*suite et fin*). — FREDERICQ : La seconde ondulation positive (première ondulation systolique) du pouls veineux physiologique chez le chien. — HERTOGHE : Nouvelles recherches sur les insuffisances thyroïdiennes.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 4, avril 1907.) SABOURAUD : Nouvelles recherches sur les microsporums. — OLTRAMARE : Des chancres syphilitiques non suivis d'accidents secondaires. — Marcel FERRAND : Pemphigus végétant bénin. — W. DUBREUILH : Erythème scarlatiniforme récidivant.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 14, 6 avril 1907.) FRANKE : Un cas de tétanos traité par les injections intradurales de sulfate de magnésie. — (N° 15, 13 avril.) HOKE : Sur l'application de la réaction des précipitines au diagnostic de la fièvre typhoïde.

Écho médical du Nord. — (N° 15, 14 avril 1907.) RAVIART et DUBAR : Mutisme, aphonie, amnésie, aphasie, aphasie motrice, annisie, surdité musicale, surdité verbale, cécité verbale, cécité psychique, agraphie, chez un hystérique récemment guéri d'une monoplégie brachiale droite, remontant à huit ans. — (N° 16, 21 avril.) COLLE : Fracture de la rotule survenue au cours de la rupture d'une ankylose du genou. — SONNEVILLE et MINET : Traitement de la chloroanémie dite essentielle par les injections sous-cutanées de sérum de lapin préalablement saigné.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 15, 14 avril 1907.) SABRAZÈS et MURATET : Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires. Enorme éosinophilie sanguine. Eosinophilie d'un ganglion du foie. — DUVERGEY : De la dégénérescence épithéliomateuse de la grenouillette. — SÉRÉGÉ : Nouvelle contribution à l'étude de l'indépendance anatomique et fonctionnelle des lobes du foie (*suite*). — (N° 16, 21 avril.) MARTIN : Maladie du sommeil. Cinq nouveaux cas de trypanosomiase chez les blancs. Essais de traitement. Analyse du docteur Sabrazès. — SÉRÉGÉ : Nouvelle contribution à l'étude de l'indépendance anatomique et fonctionnelle des lobes du foie (*fin*).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 15, 14 avril 1907.) CHAVANNAZ : Sur trois cas de sphacèle de fibrome utérin. — PETIT : Résultats éloignés de l'éversion de la vaginale dans l'hydrocèle ancienne. — (N° 16, 21 avril.) CODET-BAISSE : Pied-bot varus équin congénital. Astragalectomie et tarsectomie cunéiforme. — CARLES : Les rapports de l'arthritisme et de la tuberculose.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 14, 6 avril 1907.) PIET : Félures et tassements des os. — (N° 15, 13 avril.) PIET : Félures et tassements des os. — CHOQUET : Adénome du sein à évolution clinique maligne avec adénite inflammatoire. — (N° 16, 20 avril.) PIET : Félures et tassements des os (*fin*). — CHOQUET : Kyste de l'ovaire avec concomitance de grossesse dans un utérus en rétroversion.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 15, 11 avril 1907.) WIENER et DE GRAEUWE : A propos de 100 cas d'analgésie intrarachidienne. — WEILL : Les convulsions. — (N° 16, 18 avril.) MARIQUE : A propos du Congrès des gouttes de lait. Les crèches d'allaitement maternel. — VAN LINT : La pratique ophtalmologique.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE
DES CHEFS DE CLINIQUE
DES INTERNES ET EXTERNES

A DATER DU 15 MAI 1907

A. Hôtel-Dieu. — 1. Médecin : M. le professeur Dieulafoy ; chef de clinique : M. Crouzon ; internes : MM. Doury, Sézary (2e semestre); externes : MM. Demonchy, Collet, Réveillaud, Kemhadjian, Bontemps, Mallet.

2. Médecin : M. Muselier ; interne : M. Guggenheim ; externes : MM. Baudry, Moussour, Even, Prigent, Mlle Gillard.

3. Médecin : M. Brissaud ; interne : M. Descomps ; externes : MM. Dufour, Monin, Lataillade, Le Roy des Barres.

4. Médecin : M. Faisans ; interne : M. Bénard ; externes : M. Jacques, Mlle Bernchtein, MM. Thibout, Tixier.

5. Médecin : M. Ballet ; internes : MM. Barbé, Lévy-Valensi; externes : MM. Pinchon, Boulland, Bleynie, Eckmekdjian, Morel, Loewy, Goret, Bougot.

6. Médecin : M. Petit ; interne : M. Merle (Pierre) ; externe : Mlle Feldmann, MM. Meyer, Duprey, Darget.

7. Chirurgien : M. le professeur Le Dentu ; chef de clinique : M. Français ; internes : MM. Marsan, Houdard, Riberol, Wolframm ; externes : MM. François (Maurice), Bouquier, Lehmann (Paul), Lenglet, Reinhold, Albertin, Chaineaux, Fuselier.

8. Chirurgien : M. le professeur de Lapersonne ; assistant : M. Joseph ; adjoint : M. Landolt; chef de clinique : M. Monthus ; chef de clinique adjoint : M. Cantonnet ; internes : MM. Coutelas, Bourdier; externes : MM. Beaujeu, David (V.), Haas, Hattat, Pollet, Thierry, Mikailovitch.

9. Chirurgien : M. Guinard ; internes : MM. Hautefort, Raymond ; externes : MM. Jeudi de Grissac, Fau, Godlewski, Castex, Mignot, Farah.

Consultation. — 10. Médecin : M. Enriquez ; suppléant : M. Audistère ; interne provisoire : M. Levant; externes : MM. Gazagnaire, Matheius, Saglier, Achard.

11. Chirurgien : M. Marion ; suppléant : M. Cottu ; externes : MM. Jouquan, Crétaux, Mlle Hervé.

B. Hôtel-Dieu Annexe. — 1. Médecin : M. Bergé ; interne provisoire : M. Pélissier (A.) ; externes : MM. Dreyfus, Guillemet, de la Vallée, Tribes.

2. Médecin : M. Belin ; interne provisoire : M. Pérol ; externes : MM. Adam, Hassan, Dubois, Besnard (J.).

3. Accoucheur : M. Champetier de Ribes ; assistant : M. Bouffe de Saint-Blaise ; interne : M. Deroide ; externes : MM. Philippon, Bello y Rodriguez, Bougon.

C. Hôpital de la Pitié. — 1. Médecin : M. Babinski ; interne : M. Clunet ; interne provisoire : M. Cesbron ; externes : MM. Génil-Perrin, Heuyer, Marmier, Boutet, Jacquemin (A.).

2. Médecin : M. Dalché ; interne : M. Lasnier; externes : MM. Falin, Palazzoli, Berton, Mitrany, Durand (Jean), Gervais.

3. Médecin : M. Lion ; internes : MM. Fage, Barbier (2e semestre) ; externes : MM. Crozet, Duval, Bader, Cadoul, Gaillard (Ph.).

4. Médecin : M. Rénon ; interne : M. Moncany ; externes : MM. Busson, Fontorbe, Rousseaux, Salès, Gouguet de Girac, Schneider.

5. Médecin : M. Claisse ; interne : M. Joltrain ; externes : MM. Canu, Lepel-Cointet, Ecot, Maréchal, Bertier (H.).

6. Médecin : M. Thiroloix ; interne : M. Stévenin ; externes : MM. Miginiac, Magrangeas, Sigwalt, Mlle Lévy.

7. Chirurgien : M. le professeur Terrier ; chef de clinique : M. Alglave ; adjoint : M. Desjardins ; internes : MM. Roux, Lemoine, Levêque ; externes : MM. Regnault, Desplas, Huber, Gassier, Monbrun, Cuvillier, Lancrenon, Mlle Cohen.

8. Chirurgien : M. Walther ; internes : MM. Rouhier, Berthaux, Olivier ; externes : MM. Mornet, Duraux, Thomas, Tison, Vaudescal, Colombe, Décourtieux.

9. Accoucheur : M. Lepage ; interne : M. Charrier ; externes : MM. Darnaudpeys, Chiray.

Consultation. — 10. Médecin : M. Jousset; suppléant : M. Lévy ; externes : MM. Tanzi, Colleville, Le Roy.

11. Chirurgien : M. Robineau ; suppléant : M. Alexandre ; externes : MM. Boutin, Sicard, Le Brun.

D. Hôpital de la Charité. — 1. Médecin : M. Labadie-Lagrave ; interne : M. Moulu ; externes : MM. Dupuylatus, Bobeau, Hadengue, Burguet, Klefstadt-Sillonville.

2. Médecin : M. Moutard-Martin ; interne : M. Weil (P.); externes : MM. Poisson, Barthélemy, Mlle Gunsbourg, M. Gastaldi.

3. Médecin : M. Oulmont; interne : M. Lenoir; externes : MM. Danton, Lévy (Isaac), Reilly, Lehucher.

4. Médecin : M. Morel-Lavallée ; interne : M. Paillard ; externes : MM. Villechaise, Métivet, Madre, de Cumont.

Service temporaire de médecine. — 5. Externe : M. Darrican.

6. Médecin : M. Toupet ; interne : M. Foy ; externes : Mlle Le Scornet, MM. Maleplate, Brisson, Labourdette.

7. Médecin : M. Roger ; interne : M. Demanche ; externes : MM. Chevallier (Paul), Latil, Chauvet, Rouget.

8. Chirurgien : M. le professeur Reclus ; chef de clinique : M. Schwartz ; chef de clinique adjoint : M. Piquand ; internes : MM. Gaimbellot, Chochon-Latouche, Toupet ; externes : MM. Viguerie, Bardet, Chevassu-Périgny, Michaut, Larcher, Breuillet, Bel.

9. Chirurgien : M. Campenon ; internes : MM. Lemeland, Dehelly, Woimant ; externes : MM. Petit (Henri), Barthélemy, Mercier, Rabiaud.

10. Accoucheur : M. Maygrier ; interne : M. Metzger ; externes : MM. Wunschendorff, Français (Raymond), Saison, Levrat.

Consultation. — 11. Médecin : M. Josué ; suppléant : M. Lippmann ; externes : MM. Fortin, May.

12. Chirurgien : M. Gosset ; suppléant : M. Lance ; externes : MM. Ageorges, Bonneau-Lavaranne.

E. Hôpital Saint-Antoine. — 1. Médecin : M. le professeur Hayem ; chef de clinique : M. Rosenthal ; chef de clinique adjoint : M. Agasse-Lafont; internes : MM. Marcorelles, Brissaud ; externes : MM. Couput, Boulet, Boulongne, Strauss, Mlle Joffe.

2. Médecin : M. Siredey ; interne : M. Deroye ; externes : Mlle Vasseur, MM. Besnard (G.), Trotain, Béranger.

3. Médecin : M. Béclère ; interne : M. Boudet; externes : MM. Jaugeas, Maingot, de Hayes, Béclère, Béchade, Mion.

4. Médecin : M. Vaquez ; interne : M. Giroux ; externes : MM. Colin, Wilhelm, Houlmann, Miriel, Lusseau.

5. Médecin : M. Jacquet; interne : M. Vigneron d'Heucqueville ; externes : MM. Serée, Huc, Leroy (Raoul), Couton.

6. Médecin : M. Le Noir ; interne : M. Guyader ; externes : MM. Paintaud, Fassou, Mézerette, Cluny, Lubin, Liébault.

7. Médecin : M. Mosny ; interne : M. Pinard ; externes : MM. Vincent (R.), Mutel, Mondor, Renaud.

8. Médecin : M. Mathieu ; interne : M. Durand ; externes : MM. Roudergues, Pernet, Larue, Espagnon, Gastal.

9. Médecin : M. Triboulet ; interne : M. Silbert; externes : MM. François (Paul), Alexandre (P.), Richard (André), Tridon.

10. Médecin : M. Lermoyez ; assistant : M. Laurens ; ad-

joint : M. Hautant ; interne : M. Blanluet ; externes : MM. Juni, Salmon, Nachmias, Albert, Langlais.

11. Chirurgien : M. Lejars ; internes : MM. Perrin, Sourdat, Moyrand ; externes : MM. Dubois (Jean), Blacque, Tchohadjitch, Peron, Chichmanian, Cassard.

12. Chirurgien : M. Ricard ; internes : MM. Matry, Giret, Hérisson ; externes : MM. Moutrier, Guiard, Renau, Vallery-Radot, Mlle Ricard, M. Dumas.

13. Accoucheur : M. Bar ; assistant : M. Brindeau ; interne : M. Pottet ; externes : M. Minon, Mlle Tchebotarewsky, MM. Simonin, Roullier.

Consultation. — 14. Médecin : M. Auclair ; suppléant : M. Villaret ; interne provisoire : M. Verdoux ; externes : MM. Faure, Perrier.

15. Chirurgien : M. Lapointe ; suppléant : M. Dupuy ; externes : MM. Feuillette, Cabiran, Mlles Lenormand, Bouteil.

F. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Huchard ; interne : M. Gendron ; externes : MM. Le Savoureux, Sonnié-Moret, Dujarric de la Rivière, Vinay.

2. Médecin : M. Barth ; interne : M. Billaudet ; externes : MM. Poirot-Delpech, Denet, Lehmann (Pierre), Caille, Gautier (Gustave).

3. Médecin : M. Hirtz ; interne : Mlle Debat-Ponsan ; externes : MM. Le Grand, Baron, Mlles de Jong, Montreuil, M. Gauchery.

4. Médecin : M. Achard ; interne : M. Feuillié ; externes : MM. Guilhaume (H.), Establier, Séjournet, Bricout.

5. Chirurgien : M. le professeur Berger ; chef de clinique : M. Guibé ; chef de clinique adjoint : M. Léo ; internes : MM. Froget, Bazy (2e semestre), Berger, Robert ; externes : MM. Dogny, Moreau, Colaneri, Mélamet, Hubert, Delaplane, Clogne.

6. Chirurgien : M. le professeur Albarran ; chef de clinique : M. Ertzbischoff ; chef de clinique adjoint : M. Saint-Cène ; internes : MM. Germain, Maugeais, Dubois ; externes : MM. Dinnematin, Luzoir, Teisset, Saujurjo, Photiadès, Roucayrol, Dubois (Maurice), Mouhaud, Mornard, Chardin.

7. Chirurgien : M. Routier ; internes : MM. Chenier, Ehrenpreis ; externes : MM. Butin, Chastel, Dive, Cornet, Mlle Gougel.

Consultation. — 8. Médecin : M. Sergent ; suppléant : M. Chiray ; interne provisoire : M. Sorrel ; externes : MM. Detré, Chabbert.

9. Chirurgien : M. Proust ; suppléant : M. Iselin ; externes : MM. Mouradian. Goldstein.

G. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. Chauffard ; interne : M. Fiessinger ; externes : MM. Chaperon, Bouland, Hébrard, Rousselot, Moriez, Ducamp.

2. Médecin : M. Widal ; internes : MM. Abrami, Brûlé ; externes : MM. Morellet, Gastinel, Weissenbach, Gautier (Claude), Vilbort, Kindberg, Léon, Cheurlot, Lévy (Pierre), Siguret.

3. Chirurgien : M. Schwartz ; internes : MM. Duval, Basset ; externes : M. Delval, Mlle Tretchenkow, MM. Riou, Rousseau (Fernand), Lorreyte, Desbouis.

4. Chirurgien : M. Quénu ; internes : MM. Küss, Sauvé [lauréat] (2e semestre), Francoz, Gruget ; externes : MM. Bodineau, Rabourdin (André), Mlle Delage, MM. Girode, Violle, Passot, Madier.

5. Chirurgien : M. Faure ; internes : MM. Hovelacque, Gruet ; externes : MM. Huggues de Beaufond, Pélissier, Mersey, Mlle Haimovitch.

Consultation. — 6. Médecin : M. Claude ; suppléant : M. Tessier ; interne provisoire : M. Josset-Moure ; externes : MM. Denance, Guillot.

7. Chirurgien : M. Riche ; suppléant : M. Duclaux ; externes : MM. Francey, Lissonde, Hanriot, Dorlencourt.

H. Hôpital Cochin annexe. — 1. Médecin : M. Renault (Alex.) ; interne : M. Le Blaye ; externes : MM. Torné, Pfeiffer, Istria, Lejeune.

2. Médecin : M. Queyrat ; interne : M. Laroche ; externes : MM. Kahn, Judel, Mouflet, Bertrand, Caux.

3. Médecin : M. Humbert ; interne : M. Henry ; externes : MM. Désémery, Jacquet, Gontier, Duchâteau.

I. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. le professeur Debove ; chef de clinique : M. Ferrand ; chef de clinique adjoint : M. Rathery ; interne : M. Harvier ; externes : MM. Wolff, Bergeret, Mlle Koch, MM. Potelet, Abbas, Lemuet.

2. Médecin : M. le professeur Robin ; chef de clinique : M. Michel ; chef de clinique adjoint : M. Bertherand ; interne : M. Kahn ; externes : MM. Chanoine-Davranches, Odoul, Pironneau, Magron.

3. Médecin : M. Troisier ; interne : M. Tinel ; externes : MM. Balland, Chabert (Jean), Mlles Sabin, Dreyfus.

4. Médecin : M. Lacombe ; interne : M. Chambard ; externes : MM. André, Giraud, de Saint-Genois de Grand-Breucq, Duval (Gontran).

5. Chirurgien : M. Bazy ; internes : MM. Fayolle, Cléret ; externes : MM. Ollé, Pruvost, Michel, de Rouville, Faurous, Lomon, Pouilloux.

6. Chirurgie (chroniques). — Interne : M. Brisset ; externe : M. Monod.

7. Chirurgien : M. Tuffier ; internes : MM. Villandre, Cottard (Eugène) ; externes : M. Faure-Beaulieu, Mlle Hertz, MM. Richard (Georges), Plaisant, Rolland.

8. Chirurgien : M. Michaux ; internes : MM. Planson, Vézard ; externes : MM. Wallimann, Parlitch, Plesse, Legal-Lassalle, Mlle Detiol.

9. Accoucheur : M. Ribemont-Dessaignes ; chef de clinique : M. Le Lorier ; chef de clinique adjoint : M. Raoux.

Consultation. — 10. Médecin : M. Gasne ; suppléant : M. Sainton ; interne provisoire : M. Flandin ; externes : MM. Vignes, Molina, Vernier.

11. Chirurgien : M. Herbet ; suppléant : M. Géraud ; externes : MM. Tronc, Pierret, Dupont (Gaëtan).

J. Hôpital Lariboisière. — 1. Médecin : M. Tapret ; interne : M. Flurin ; externes : MM. Rivière, Patenostre, Maintenon, Mlle Neveux, MM. Cagninani, Manne.

2. Médecin : M. Brault ; interne : M. Faroy ; externes : MM. Bouhard, Caudrelier, Ferry, Hubert, Berthaud, Morestin.

3. Médecin : M. Galliard ; interne : M. Leconte ; externes : M. Colibert, Mlle d'Argent, MM. Escallier, Petit (Pierre), Lelongt, Peigney, Chopin.

4. Médecin : M. Le Gendre ; interne : M. Poisot ; externes : MM. Bridoux, Jouenne, Aubry, Petit (Ch.), Renaud-Badet, Petit (Jacques), Rosenwald.

5. Médecin : M. Launois ; internes : MM. Esmein, Krantz (2e semestre) ; externes : MM. Bourquelot, Garsaux, Ribo, Carrié, Brodin, Beaussart.

6. Chirurgien : M. Reynier ; assistant : M. Savariaud ; internes : M. Boulard, Mlle Bouteil, M. Périneau ; externes : MM. Queste, Fontanier, Donzèlot, Leulier, Tripier, Mlle Baillet, M. Goldsmith.

7. Chirurgie (chroniques). — Interne : M. Mock ; externes : MM. Gaillard, Renault (André).

8. Chirurgien : M. le professeur Hartmann ; Assistant : M. Lavenant ; internes : MM. Lebras, Cadenat ; externes : MM. Bocquet, Cain, Cedermann, Gillard, Larroque, Logre, Mlle Peltier, M. Gastou.

9. Chirurgien : M. X.. ; Assistant : M. Cunéo ; internes : MM. Mocquot, Pappa, Barbier (Maurice) ; externes : MM. Gueniot, Bretel, Sebillotte, Vermenouze, Paynel, Vilfroy.

10. Chirurgien : M. Chaput ; internes : MM. Pascalis,

Burcker; externes : MM. Pignot, Laisney, Pizon, Bruel, Netter, Petit (Ch.).

11. Chirurgien : M. Sebileau; assistant : M. Gibert; adjoint : M. Lemaître; interne : MM. Halphen, Baldenweck; externes : MM. Budan, Delpech, Miégeville, Fénard, Brémond, Defaix.

12. Ophtalmologiste : M. Morax; assistant : M. Béal; adjoint, M. Druais; internes : MM. Carlotti, Duverger; externes : MM. Chaigneau, Boutin, Vergne.

13. Accoucheur : M. Bonnaire; interne : M. Filhoulaud; externes : MM. Duchazeaubeneix, Faux, Dupuy, Bion (Edgar).

Service d'électrothérapie. — 14. Médecin : M. Hischmann; internes : MM. Darriaux, Petit (Arnold).

Consultation. — 15. Médecin : M. Macaigne; suppléant : M. Legroux; interne provisoire : M. Clarac; externes : MM. Chédeville, Paoli, Duru, Corpechot.

16. Chirurgien : M. Michon; suppléant : M. Blandin; externes : MM. Veteau, Chanal, Parent.

K. Hôpital Tenon. — 1. Médecin : M. Ménétrier; interne : M. Touraine; externes : MM. Piot, Houdé, Vialay, Baille, Caron.

2. Médecin : M. Klippel; interne : M. Monier-Vinard; externes : M. Gendreau, Mlle Birnberg, MM. Gras, Bietrix.

Service temporaire de médecine. — 3. Externes : MM. Fourmaud, Thyébault.

4. Médecin : M. Florand; interne : M. Caron; externes : MM. Defort, Debelut, Pimpaneau, Judet.

5. Médecin : M. Jeanselme; interne : M. Sézary; externes : MM. Sevestre, Marquis, Pujol, Nicaud.

6. Médecin : M. Caussade; interne : M. Schæffer; externes : MM. Dubus, Pillot, Bruslon, Mazingarbe, Plée.

7. Médecin : M. Parmentier; interne : M. Chabrol; externes : MM. Allard, Cartier, Tissier, Roux, Bernard.

8. Médecin : M. Lamy; interne : M. Tournay; externes : MM. Hernette, Benazet, Rougier, Bue.

9. Médecin : M. Legry; interne : M. du Castel; externes : MM. Bugeau, Dubois (Robert), Pujos, Huchot, Renault.

10. Chirurgien : M. Legueu; internes : MM. Favreul, Huchet, Deverre; externes : MM. Onfroy de Breville, Berthod, Routier, Gillot, Bouhey, Ronnaux.

11. Chirurgien : M. Thiéry; internes : MM. Petel, di Chiara, Périer; externes : MM. Perron (A.), Duclos, Detay, Chataing, Vielle, Winaver.

12. Chirurgien : M. Souligoux; internes : MM. Fimbel, Lagane; interne provisoire : M. Roudinesco; externes : MM. Marcou, Rol, Blondin, Jean.

13. Accoucheur : M. Boissard; interne : M. Burgaud; externes : MM. Audibert, Lecat, Parent.

Consultation. — 14. Médecin : M. G. Brouardel; suppléant : M. Voisin; interne provisoire : M. Duchet-Suchaux; externes : MM. Jullien, Boucaut.

15. Chirurgien : M. Wiart; suppléant : M. Catz; externes : MM. Benassy, Murit, Gallais.

L. Hôpital Laennec. — 1. Médecin : M. Landouzy; chef de clinique : M. Laignel-Lavastine; chef de clinique-adjoint : M. Salomon; interne : MM. Troisier, Gougerot (2e semestre); externes : MM. Saint-Girons, Baumgartner, François (René), Jaïs, Mlle de Pfeffel.

2. Médecin : M. Barié; interne : MM. Macé de Lépinay, Lasnier (2e semestre); externes : MM. Béchaux, Vinchon, Bénard, Mlle Boirivant.

3. Médecin : M. Bourcy; interne : M. Bailly; externes : MM. Rebaud, Duru (E.), Bobrie, Cabre.

4. Médecin : M. Thoinot; interne : M. Parturier; externes : MM. Baldini, Chataing (André), Bechad, Roullier.

5. Chirurgien : M. Delbet; internes : MM. Dupont, Trèves, Caraven; externes : MM. Dumont, Steinmetz, Feil, Lamy, Turquety, Monnier.

6. Ophtalmologiste : M. Rochon-Duvigneaud; assistant : M. Auffray; adjoint : M. Caillaud; interne : M. Molinard; externes : MM. Gagnier, Potiron, Figowski.

Consultation. — 7. Médecin : M. Labbé; suppléant : M. Beauvy; externes : MM. Madelaine, Maillet, François.

8. Chirurgien : M. Duval; suppléant : M. Baumgartner; externes : MM. Gautier, Michelet.

M. Hôpital Bichat. — 1. Médecin : M. Talamon; interne : M. Chenot; externes : MM. Thiel, Mosqueron, Paris, Roussel.

2. Médecin : M. Aviragnet; interne : M. Sauphar; externes : MM. Vignal, Bloch, Lafont, Charroppin.

3. Chirurgien : M. Picqué; internes : MM. Petiteau, Lemarchal; externes : MM. Mar, Demonchy, Porte, Gheorghiu, Rousseau-Langwelt, Bonnet, Boissière, del Sal Caballero.

Consultation. — 4. Médecin : M. Laffitte; suppléant : M. Hauser; interne provisoire : M. Chamard-Bois; externes : MM. Fabre, Magnin.

5. Chirurgien : M. Baudet; suppléant : M. Vivier; externes : MM. Bourrouillou, Grapin.

N. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. le professeur Gilbert; interne lauréat : M. Philibert; interne : M. Baudouin; externes : MM. Rousseau (Emile), Fourrière, Delagenière, Géry, Gutmann.

2. Médecin : M. Œttinger; interne : M. Bonvoisin; externes : MM. Monod (Robert), Ballet, Mlle Lœser, MM. Balthazarian, Zaepffel.

3. Chirurgien : M. Potherat; internes : MM. Jacob, Dubosc; externes : MM. Guitton, Collignon, Gazel, Simon, Potherat, Leporcq.

Consultation. — 4. Médecin : M. Carnot; suppléant : M. Herscher; externes : MM. Baufle, Lafont (Jules).

5. Chirurgien : M. Auvray; suppléant : M. Leuret; externes : MM. Rousseau (Ferdinand), Dequidt.

O. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Letulle; interne : M. Debré; interne provisoire : M. Bienvenue; externes : MM. Duhamel, Camboulives, Clermont, Engel, Boulard, Bion (Georges), Guyonnaud, Loiseau.

2. Chirurgien : M. Nélaton; internes : MM. Bazy, Froget (2e semestre), Moreau; externes : MM. Sidoun, Bijon, Tison (Jacques), Lemuet (Paul), Butterlin de Berne, Lagarde, Viel.

3. Accoucheur : M. Doléris; interne : M. Laurence; externes : Mlle Gouribio, MM. Gaillard, Lascoux.

Consultation. — 4. Médecin : M. E. Fournier; suppléant : M. Oppenheim; externes : MM. Graziani, Ferté.

5. Chirurgien : M. Ombrédanne; suppléant : M. Marcille; externes : MM. Molard, Patry, Doucet, Oudar.

P. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le professeur Gaucher; chef de clinique : M. Rostaine; chef de clinique adjoint : M. Louste; internes : MM. Camus, Nathan, Bory; externes : MM. Laffont (Paul), Rousselot, Lenoble, Delmasure, Husset.

2. Médecin : M. Hallopeau; internes : MM. Garban, Raillet; externes : MM. Louvrier, Canhapé, Coustère, Bruneau, Didier.

3. Médecin : M. Danlos; interne : M. Blanc; externes : MM. Pestel, Petit (Paul), Girauld, Lutaud, Fronty.

4. Médecin : M. Balzer; interne : M. Galup; externes : MM. Dournay, Fortier, Dragoesco, Maurios, Alexandresco.

5. Médecin : M. de Beurmann; internes : MM. Grandchamp, Vouters (2e semestre), Glénard, Fage (2e semestre); externes : MM. Lalanne, Viel, Mary, Espinet, Jullien.

6. Médecin : M. Brocq; interne : M. Simon; externes : MM. Sourdeau, Simonot, Ferrand, Voillez, Lafontaine.

7. Chirurgien : M. Rochard; internes : MM. Bodolec, Faix, Lew; externes : MM. Pellot, Teyssier, Gheorghiu (Daniel), Panciulesco, Frenkel, Guedeney.

8. Chirurgien : M. Beurnier; internes : MM. Chazarain, Rabinovitch, Renaudin ; externes : MM. Dutheil, Théoharide, Pierrot, Mlle Parisse, MM. Labernadie, Lafon (Jules).

9. Chirurgien : M. Demoulin; internes : MM. Paul-Boncour, Dumas, Martin; externes : MM. Robin, Boulay, Maurer, Buquet, Beck, Mlle Cosmovici.

10. Accoucheur : M. Auvard ; interne : M. Pépin ; externes : MM. Cardot, Savouré, Minot, Auguste.

Consultation. — 11. Chirurgien : M. Lenormant; suppléant : M. Kendirdjy ; externes : MM. Astruc, Cavaroz, Croissant.

Service d'enfants convalescents. — 12. Médecin : M. Dufour; interne provisoire : M. Bruslé; externes : MM. Rouéché, Fabignon, Perron (F.), Chibret.

Service de chirurgie de l'hôpital Hérold (provisoirement installé à l'hôpital Saint-Louis). — 13. Chirurgien : M. Arrou ; internes : MM. Vincent (René), Rais, Senlecq; externes : MM. Crémer, Guignard, Rellier, Fallot, Toffin, Philippon, Chamorro.

Q. Hôpital Broca. — 1. Médecin : M. Thibierge ; internes : MM. Foix, Vincent (2e semestre) ; externes : MM. Bax, Colibert, Gillard, Daniel, Delot, Châtelain, de Barie.

2. Médecin : M. Darier; interne : M. Hamel; externes : MM. Rehm, Tzanck, Lasnier (Antonin), Mlle Déchaux, MM. Malterre, Guillermond, Pigé, Le Pontois, Chatelin, Jaisson.

3. Chirurgien : M. le professeur Pozzi; chef de clinique : M. Dartigues; chef de clinique adjoint : M. Lœwy ; internes : MM. Mallein, Ferran, Lerat (Henri); externes : MM. Amblard, Pougaud, Gréhant, Bastard-Bogain, Sauty, Fourrey, Kamenzer.

R. Maison municipale de santé. — 1. Médecin : M. Courtois-Suffit; interne : M. Chéné; externes : MM. Ramadier, Chamard, Malègue, Phélip, Desvaux de Lyf.

2. Médecin : M. Hudelo; interne : M. Braun; externes : MM. Lemoine (Jean), Finot, Sédillot.

3. Chirurgien : M. Mauclaire; internes : MM. Willette, Jacoulet, Doré ; externes : MM. Sourdille, Amaudrut, Villatte, Lefèvre, Béraud, Swiécinsky, Beloux, Molinié.

4. Chirurgien : M. Morestin ; internes : MM. Chevallier, Eliot ; externes : M. Durand (Gustave), Mlle Roy, M. Frette, Mlle Landelmann, MM. Noël, Baudouin.

S. Hôpital des Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le professeur Grancher (service assuré par le docteur Méry, agrégé); chef de clinique : M. Armand-Delille; chef de clinique adjoint : M. Babonneix; interne : Mlle Giry; externes : M. Montet, Mlle Bidaux, M. Stepowski, Mlle Landrieu, MM. Gosselin, Nadal.

2. Médecin : M. Moizard; interne : M. Roy; externes : MM. Bertier, Manville, Chevallier (Pierre), Lesbroussart.

3. Médecin : M. Comby; interne : M. David; externes : MM. Girou, Cunnac, Mme Bruninghaus, M. Gauthier (Louis).

4. Médecin : M. Variot; interne : M. Labarrière; externes : MM. de Quemper de Lanascal, Prost, Maisons, Blanc, Girard.

5. Médecin : M. Richardière; interne : M. Kauffmann; externes : MM. Vernière, Rogery, Ménard (Louis), Pont, Corret.

6. Médecin : M. Marfan; interne : M. Oppert; externes : MM. Libert, Lévy (Alfred), Nachmann, Lorne.

Crèche. — 7. Interne provisoire : M. de Vaugiraud.

8. Chirurgien : M. le professeur Kirmisson; chef de clinique : M. Tridon; chef de clinique adjoint : M. Auffret; internes : MM. Lamy, Monsaingeon, Mascarenhas ; externes : MM. Moulonguet, Lenoël, Gegermacher, Verrier, Baudouin (Henri), Garriguenc, Guichou, Mlle Aronovitch.

9. Chirurgien : M. Broca; assistant : M. Mouchet; internes : MM. Rendu (Albert), Barbet; interne provisoire : M. Lévy (Edmond); externes : MM. Cœur, Verspuech, Mlles Kœssler, Trency, M. Krebs, Mlle Schetzmann, MM. Gaufroy, Chapuis.

Service ophtalmologique. — 10. Ophtalmologiste : M. Terrien ; interne : M. Chenet; externes : MM. Segaux, Corré, Bulliard.

Service de la sélection. — 11. Interne provisoire : M. Vuillet.

T. Hôpital Trousseau. — 1. Médecin : M. Netter; interne : M. Nathan; externes : MM. Daufresne, Prieur, Lévy (Georges), Queuille, Streiff, Samson.

2. Médecin : M. Boulloche; interne : M. Lévy-Franckel; externes : MM. Loubeyre, Quioc, Prevel, Perilliat-Botonet, Milan, Boivin.

3. Chirurgien : M. Rieffel ; internes : MM. Saissi, Combier, Lemée; externes : M. Frick, Mlle Blanc, MM. Bellin du Coteau, Roux (Armand), Mlle Aronoff, MM. Carnot, Martignon.

Service de la diphtérie. — 4. Interne provisoire : M. Ménard (Pierre); externe : M. Bloch (André).

Consultation. — 5. Médecin : M. Apert; suppléant : M. Ball; interne provisoire : M. Lutembacher ; externes : MM. Lelièvre, Ghys, Gauthier (Emile).

U. Hospice des Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. le professeur Hutinel ; internes : MM. Ferrand, Lemaire ; externes ; MM. Bollack, Rouyer, Vosy, Toussaint, Levent.

2. Chirurgien : M. Jalaguier; internes : MM. Bord, Desmoulins; externes : MM. Villette, Darrieux, Autier, Casalis, Deffins, Berthomier, Perrin.

V. Hôpital Andral. — 1. Médecin : M. Bruhl ; interne : M. Fernet; externes : MM. Cotillon, Hartmann, Donzé.

2. Médecin : M. Renault (Jules); interne : M. Norero ; externes : MM. Mairesse, Vignéras, Ségard.

Consultation. — 3. Médecin : M. Sicard; suppléant : M. Delamare ; interne provisoire : M. Douay ; externes : MM. Dubs, Monnier.

X. Hospice de Bicêtre. — 1. Médecin : M. Marie ; interne : M. Ameuille ; interne provisoire : M. Fouquiau.

2. Chirurgien : M. Launay; internes : MM. Boudol, Portocalis, Coryllos.

Service des aliénés. — 3. Médecin : M. X... ; interne : M. Barré ; interne provisoire : M. Perdoux.

4. Médecin : M. Séglas; interne : M. Cotard (Lucien); interne provisoire : M. Bachy.

5. Médecin : M. Chaslin ; interne : M. Mallet; interne provisoire : M. Haller.

6. Médecin : M. Nageotte ; interne : M. Vincent (Clovis); interne provisoire : M. Gendron.

Y. Hospice de la Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le professeur Raymond ; chef de clinique : M. Lejonne; chef de clinique adjoint : M. Dreyfus-Rose ; internes : MM. Gougerot, Troisier (2e semestre), François, Rendu (H.) ; externes : MM. Benoist (Emm.), Philipon (Emm.), Abrami, Verdun, Kœchlin.

2. Médecin : M. le professeur Déjerine; internes : M. Aynaud, Mlle Landry ; externes : MM. Ferry (Maurice), Besnard (Jean), Vincent (Max), Godichaux, Wilmet.

3. Chirurgien : M. le professeur Segond ; internes : MM. Sauvé (lauréat), Denicker, de Fourmestraux ; externes : MM. Séron, Gouyon-Beauchamp, Zaepffel (Marcel), Bourdette.

Service des aliénés. — 4. Médecin : M. Voisin ; interne : M. Krantz ; externes : MM. Fricker, Maugis.

5. Médecin : M. Charpentier; interne : M. Schreiber; externes : MM. Brunet, Bilot.

6. Médecin : M. Deny ; interne : M. Stroehlin ; externes : MM. Jacquemin, Aivergnat.

Consultation. — 7. Chirurgien : M. Veau ; suppléant : M. Bouchet; externe : M. Vivicorsi.

Z. Hôpital Bretonneau. — 1. Médecin : M. Sevestre; interne : M. Marre; externes : MM. Smolizansky, Voillemot, Vouzelle, Jousset, Guinoiseau, Mlle Margoulis.

2. Médecin : M. Guinon; interne : M. Reubsaët; externes : MM. Lecœur, Delivet, Strelesbski, Alexandre (Paul), Mlle Vigor, M. Bith.

3. Chirurgien : M. Villemin; internes : MM. Debertrand, Merle (Emile), Houzel; externes : MM. Le Comte, Peraldi, Lascazas de Saint-Martin, Guerrero, Jonquières, de Rocca Serra.

Aa. Hospice des Incurables (Ivry). — 1. Médecin : M. Souques; interne : MM. Cawadias, Harvier (2e semestre); interne provisoire : M. Jumon; externe : M. Yuzbachian.

2. Chirurgien : M. Guillemain; internes : MM. Guillaume, Boyé; externe : M. Triqueneaux.

Ab. Hôpital de la Maternité. — 1. Accoucheur : M. Porak; assistant : M. Macé; accoucheur-adjoint : M. Potocki; internes : MM. Stern, Burnier.

2. Médecin : M. Charrin; interne : M. Gy; externe : M. Gastaud.

Ac. Hôpital Hérold. — 1. Médecin : M. Barbier; interne : MM. Boudon, Lian (2e semestre); externes : MM. Dufourmentel, Gougelet, Gaujoin, Magniel, Théry, Angot.

2. Médecin : M. Lesage; interne : M. Cléret; externes : MM. Dufour (Paul), Thibault (Paul), Leibovici, Rafinesque, Zislin, Bruker.

Le service de chirurgie est provisoirement installé à l'hôpital Saint-Louis (voir P).

3. Pour assurer le service de la garde et la sélection : internes provisoires : MM. Lorin et Lemarignier.

Ad. Hôpital Claude-Bernard. — 1. Médecin : M. Teissier; internes : MM. Lian, Boudon (2e semestre), Duvoir, de Brunel de Serbonnes; externes : MM. Garcin, Cadeau, Duché, Meyer-Heine, Bonhoure.

2. Médecin : M. Méry, suppléé par M. Griffon (*scarlatine*); interne : M. Lyon-Caën; externes : MM. Foisy, Girard (Jacques), Weber, Fege.

Ae. Hôpital de la Clinique d'accouchements (Tarnier). — 1. Accoucheur : M. X...; chef de clinique : M. Coudert; chef de clinique adjoint : M. Cathala; externes : MM. Schlissinger, Buizard, Laux, Bajan, Bossoreil.

Af. Clinique Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. le professeur Pinard; chef de clinique : M. Mouchotte; chef de clinique adjoint : M. Lacasse; externes : MM. Cremieu, Chevalier (Jean), Monnier, Morancé, Labouré, Serbourée.

Ag. Hospice des Ménages (Issy). — 1. Médecin : M. Wurtz; interne : M. Jumentié; interne provisoire : M. Chaudron; externe : M. Taubmann.

Ah. Hospice Debrousse. — 1. Médecin : M. F. Bezançon; internes : MM. Vaucher, Norero (2e semestre).

Ai. Bastion 29. — 1. Médecin : M. Chantemesse; interne : M. Milhit; externes : MM. Durand (Louis), Lenormand, Roy, Le Noble.

Service de l'érysipèle. — 2. Médecin : M. Milian; interne provisoire : M. Thibaut; externes : MM. Archontakis, Crépin, Grivot, Meunier.

Aj. Institution Sainte-Périne et maisons de retraite Chardon-Lagache et Rossini. — 1. Médecin : M. Gouget; internes : MM. Lerat (Georges), Dessaix (Chardon-Lagache).

Ak. Maison de retraite de Larochefoucauld. — 1. Médecin : M. Dupré; interne : M. Vouters; externe : M. Dardel.

Al. Hôpital de Berck-sur-Mer. — 1. Chirurgien : M. Ménard; assistant : M. Calvé; internes : MM. Pénard, Barbier (André), Saiget.

Am. Hospice de Brévannes. — 1. Médecin : M. Marie (R.); adjoints : MM. Pater, Clément; internes : MM. Delapchier, Séguinot, Presbéanu, Castéran, Bougean.

An. Asile Sainte-Anne. — 1. Médecin : M. le professeur Joffroy; chef de clinique : M. Vurpas; chef de clinique adjoint : M. Dupouy.

Ao. Fondation Vallée. — 1. Médecin : M. Bourneville; interne : M. Lévy-Bruhl.

Ap. Sanatorium d'Angicourt. — 1. Médecin : M. Küss.

Aq. Sanatorium d'Hendaye. — 1. Médecin : M. Camino; internes : MM. Cloquet, Brenac.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° Chefs de service (médecins, chirurgiens, accoucheurs, service des consultations); 2° chefs de clinique (médecine, chirurgie, accouchements); 3° internes titulaires; 4° internes provisoires; 5° externes.

N.-B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : M. Clunet, C-1 = C. Hôpital de la Pitié, 1. Service de M. Babinski.

MÉDECINS

et assistants de consultations de médecine.

CHIRURGIENS

et assistants de consultations de chirurgie.

Cunéo, J-9.
Delbet, L-5.
Demoulin, P-9.
Druais, J-12.
Duval, L-8.
Faure, G-5.
Gibert, J-11.
Gosset, D-12.
Guillemain, Aa-2.
Guinard, A-9.
Hartmann, J-8.
Herbet, I-11.
Humbert, H-3.
Jalaguier, U-2.
Joseph, A-8.
Kirmisson, S-8.
Landolt, A-8.
Lapersonne (de), A-8.
Lapointe, E-15.
Launay, X-2.
Lavenant, J-8.
Le Dentu, A-7.
Legueu, K-10.
Lejars, E-11.
Lemaitre, J-11.
Lenormant, P-11.
Marion, A-11.
Mauclaire, R-3.
Ménard, Al-1.
Michaux, I-8.
Michon, J-16.
Morax, J-12.
Morestin, R-4.
Mouchet, S-9.
Nélaton, O-2.
Ombrédanne, O-5.
Picqué, M-3.
Potherat, N-3.
Pozzi, Q-3.
Proust, F-9.
Quénu, G-4.
Reclus, D-8.
Reynier, J-6.
Ricard, E-12.
Riche, G-7.
Rieffel, T-3.
Robineau, C-11.
Rochard, P-7.
Rochon-Duvigneaud, L-6.
Routier, F-7.
Savariaud, J-6.
Schwartz, G-3.
Sébileau, J-11.
Segond, Y-3.
Souligoux, K-12.
Terrien, S-10.
Terrier, C-7.
Thiéry, K-11.
Tuffier, I-7.
Veau, Y-7.
Villemin, Z-3.
Walther, C-8.
Wiart, K-15.

ACCOUCHEURS

et assistants.

Auvard, P-10.
Bar, E-13.
Boissard, K-13.
Bonnaire, J-13.
Bouffe de Saint-Blaise, B-3.
Brindeau, E-13.
Champetier de Ribes, B-3.
Doléris, O-3.
Lepage, C-9.
Macé, Ab-1.
Maygrier, D-10.
Pinard, Af-1.
Porak, Ab-1.
Potocki, Ab-2.
Ribemont-Dessaignes, I-9.

SUPPLÉANTS

de consultations.

MÉDECINE

Audistère, A-10.
Ball, T-5.
Beauvy, L-7.
Chiray, F-8.
Delamare, V-3.
Hauser, M-4.
Herscher, N-4.
Kendirdjy, P-11.
Legroux, J-15.
Lévy, C-10.
Lippmann, D-11.
Oppenheim, O-4.
Sainton, I-10.
Tessier, G-6.
Villaret, E-14.
Voisin, K-14.

CHIRURGIE

Alexandre, C-11.
Baumgartner, L-7.
Blandin, J-15.
Bouchet, Y-7.
Catz, K-14.
Cottu, A-11.
Duclaux, G-7.
Dupuy, E-15.
Géraud, I-11.
Iselin, F-9.
Lance, D-12.
Leuret, N-5.
Marcille, O-5.
Vivier, M-4.

CHEFS DE CLINIQUE

MÉDECINE

Armand-Delille, S-1.
Crouzon, A-1.
Ferrand, I-1.
Laignel-Lavastine, L-1.
Lejonne, Y-1.
Michel, I-2.
Rosenthal, E-1.
Rostaine, P-1.
Vurpas, An-1.

Adjoints.

Babonneix, S-1.
Bertherand, I-2.
Dreyfus-Rose, Y-1.
Louste, P-1.
Rathery, I-1.
Salomon, L-1.
Dupouy, An-1.

CHIRURGIE

Agasse-Lafont, E-1.
Alglave, C-7.
Dartigues, Q-3.
Ertzbichoff, F-6.
Français, A-7.
Guibé, F-5.
Monthus, A-8.
Schwartz, D-8.
Tridon, S-8.

Adjoints.

Auffret, S-8.
Cantonnet, A-8.
Desjardins, C-7.
Léo, F-5.
Lœwy, Q-3.
Piquand, D-8.
Saint-Cène, F-6.

ACCOUCHEMENTS

Coudert, Ae-1.
Le Lorier, I-9.
Mouchotte, Af-1.

Adjoints.

Cathala, Ae-1.
Lacasse, Af-1.
Raoux, I-9.

INTERNES

Abrami, G-2.
Ameuille, X-1.
Archontakis, Ai-2.
Aynaud, Y-2.
Bailly, L-3.
Baldenweck, J-11.
Barbet, A-5.
Barbet, S-9.
Barbier (André), Al-1 et C-3.
Barbier (Maurice), J-9.
Barré, X-3.
Basset, G-3.
Baudoin, N-1.
Bazy, F-5 et O-2.
Bénard, A-4.
Berger, F-5.
Berthaux, C-8.
Billaudet, F-2.
Blanc, P-3.
Blanluet, E-10.
Bodolec, P-7.
Paul-Boncour, P-9.
Bonvoisin, N-2.
Bord, U-2.
Bory, P-1.
Boudet, E-3.
Boudol, X-2.
Boudon, Ac-1 et Ad-1.
Bougeon, Am-1.
Boulard, J-6.
Bourdier, A-8.
Bouteil (Mlle), J-6.
Boyé, Aa-1.
Braun, R-2.
Brenac, Aq-1.
Brissaud, E-1.
Brûlé, G-2.
Brunel de Serbonnes (de), Ad-1.
Burcker, J-10.
Burgaud, K-13.
Burnier, Ab-1.
Cadenat, J-8.
Camus, P-1.
Caraven, L-5.
Carlotti, J-12.
Caron, K-4.
Castel (du), K-9.
Castéran, Am-1.
Cawadias, Aa-1.
Chabrol, K-7.
Chambard, I-4.
Charrier, C-9.
Chazarain, P-8.
Chené, R-1.
Chenet, S-10.
Chenier, F-7.
Chenot, M-1.
Chevallier, R-4.
Chochon-Latouche, D-8.
Cléret, Ac-2.
Cléret, I-5.
Cloquet, Aq-1.
Clunet, C-1.
Combier, T-3.
Coryllos, X-2.
Cotard (L.), X-4.
Cottard (E.), I-7.
Coutelas, A-8.
Cruet, G-5.
Darriaux, J-14.
David, S-3.
Debat-Ponsan (Mlle), J-3.
Debertrand, Z-3.
Debré, O-1.
Dehelly, D-9.
Delapchier, Am-1.
Demanche, D-7.
Denicker, Y-3.
Deroide, B-3.
Deroye, E-2.
Descomps, A-3.
Desmoulins, U-2.
Dessaix, Aj-1.
Deverre, K-10.
Doré, R-3.
Doury, A-1.
Dubois, F-6.
Dubosc, N-3.
Dumas, P-9.
Dupont, L-5.
Durand, E-8.
Duval, G-3.
Duverger, J-12.
Duvoir, Ad-1.
Ehrenpreis, F-7.
Eliot, R-4.
Esmein, J-5.
Fage, C-3 et P-5.
Faix, P-7.
Faroy, J-2.
Favreul, K-10.
Fayolle, I-5.
Fernet, V-1.
Ferran, Q-3.
Ferrand, U-1.
Feuillié, F-4.
Fiessinger, G-1.
Filhoulaud, J-13.
Fimbel, K-12.
Flurin, J-1.
Foix, Q-1.
Fourmestraux (de), Y-3.
Foy, D-6.
François, Y-1.
Froget, O-2 et F-5.
Galup, P-4.
Garban, P-2.
Gendron, F-1.
Germain, F-6.
Giret, E-12.
Giroux, E-4.
Giry (Mlle), S-1.
Glénard, P-5.
Gougerot, Y-1 et L-1.
Grandchamp, P-5.
Grivot, Ai-2.
Guggenheim, A-2.
Guillaume, Aa-1.
Guimbellot, D-8.
Guyader, E-6.
Gy, Ab-2.
Halphen, J-11.
Hamel, Q-2.
Harvier, I-1 et Aa-1.
Hautefort, A-9.
Henry, H-3.
Hérisson, E-12.
Houdard, A-7.
Houzel, Z-3.
Hovelacque, G-5.
Huchet, K-10.
Jacob, N-3.
Jacoulet, R-3.
Joltrain, C-5.
Jumentié, Ag-1.
Kahn, I-2.
Kauffmann, S-5.
Krantz, J-5 et Y-4.
Küss, G-4.
Labarrière, S-4.
Lagane, K-12.
Lamy, S-8.
Landry (Mlle), Y-2.
Laroche, H-2.
Lasnier, C-2 et L-2.
Laurence, O-3.
Le Blaye, H-1.
Lebras, J-8.
Leconte, J-3.
Lemaire, U-1.
Lemarchal, M-3.
Lemée, T-3.
Lemeland, D-9.
Lemoine, C-7.
Lenoir, D-3.
Lerat (G.), Aj-1.
Lerat (H.), Q 3.
Lévêque, C-7.
Lévy-Bruhl, Ao-1.
Lévy-Franckel, T-2.
Lévy-Valensi, A-5.
Lew, P-7.
Lian, Ac-1 et Ad-1.
Lyon-Caen, Ad-1.
Macé de Lépinay, L-2.
Mallein, Q-3.
Mallet, X-5.
Marcorelles, E-1.
Marre, Z-1.
Marsan, A-7.
Martin, P-9.
Mascarenhas, S-8.
Matry, E-12.
Maugeais, F-6.
Merle (Emile), Z-3.
Merle (Pierre), A-6.
Metzger, D-10.
Meunier, Ai-2.
Milhit, Ai-1.
Mock, J-7.
Mocquot, J-9.
Molimard, L-6.
Moncany, C-4.
Monier-Vinard, K-2.
Monsaingeon, S-8.
Moreau, O-2.
Moulu, D-1.
Nathan, P-1.
Nathan, T-1.
Norero, Ah-1 et V-2.
Olivier, C-8.
Oppert, S-6.
Paillard, D-4.
Pappa, J-9.
Parturier, L-4.
Pascalis, J-10.
Pénard, Al-1.
Pépin, P-10.
Périneau, J-6.
Perrin, E-11.
Petit (Arnold), J-14.
Philibert (lauréat), N-1.
Petiteau, M-3.
Pinard, E-7.
Planson, I-8.
Poisot, J-4.
Portocalis, X-2.
Pottet, E-13.
Presbéanu, Am-1.
Rabinovitch, P-8.
Railliet, P-2.
Rais, P-13.
Raymond, A-9.
Renaudin, P-8.
Rendu (A.), S-9.
Rendu (H.), Y-1.
Reubsaët, Z-2.
Riberol, A-7.
Robert, F-5.
Rouhier, C-8.
Roux, C-7.
Roy, S-2.
Saiget, Al-1.
Saissi, T-3.
Sauphar, M-2.
Sauvé (lauréat), Y-3 et G-4.
Schæffer, K-6.
Schreiber, Y-5.
Séguinot, Am-1.
Senlecq, P-13.
Sézary, A-1 et K-5.
Silbert, E-9.
Simon, P-6.
Sourdat, E-11.
Stern, Ab-1.
Stévenin, C-6.
Stroehlin, Y-6.
Tinel, I-3.
Toupet, D-8.
Touraine, K-1.
Tournay, K-8.
Trèves, L-5.
Troisier, L-1 et Y-1.
Vaucher, Ah-1.
Vézard, I-8.
Vigneron d'Heucqueville, E-5.
Villandre, I-7.
Vincent, Q-1.
Vincent (Clovis), X-6.
Vincent (René), P-13.
Vouters, Ak-1 et P-5.
Weill (P.), D-2.
Willette, R-3.
Woimant, D-9.
Wolframm, A-7.

INTERNES PROVISOIRES

Bachy, X-4.
Bienvenu, O-1.
Bruslé, P-12.
Chamard-Bois, M-4.
Chaudron, Ag-1.
Clarac, J-15.
Cesbron, C-1.
Douay, V-3.
Duchet-Suchaux, K-12.
Flandin, I-10.
Fouquiau, X-1.
Gendron, X-6.
Haller, X-5.
Josset-Moure, G-6.
Jumon, Aa-1.
Lemarignier, Ac-3.
Levant, A-10.
Lévy (Edmond), S-9.
Lorin, Ac-3.
Lutembacher, T-5.
Ménard (Pierre), T-4.
Pélissier, B-1.
Perdoux, X-3.
Pérol, B-2.
Roudinesco, K-12.
Sorrel, F-8.
Thibaut, Ai-2.
Vaugiraud (de), S-7.
Verdoux, E-14.
Vuillet, S-11.

EXTERNES

Abbas, I-1.
Abrami, Y-1.
Achard, A-10.
Adam, B-2.
Ageorges, D-11.
Albert, E-10.
Albertin, A-7.
Alexandre (Paul), Z-2.
Alexandre (Pierre), E-9.
Alexandresco, P-4.
Allard, K-7.
Alvergnat, Y-6.
Amaudrut, R-3.
Amblard, Q-3.
André, I-4.
Angot, Ac-1.
Argent (Mlle d'), J-3.
Aronoff (Mlle), T-3.
Aronovitch (Mlle), S-8.
Astruc, P-11.

LIVRES NOUVEAUX

L'hygiène individuelle du soldat (1), par le docteur RAMALLY, médecin-major au 9e rég. de cuirassiers.

Ce petit livre écrit d'une plume alerte et familière comprend en quelques pages tout ce que le soldat doit savoir en fait d'hygiène. A côté des conseils pratiques que le soldat suivra facilement à la caserne ou en manœuvres, car ils sont donnés simplement par quelqu'un qui connaît bien le troupier, se trouve toute une partie consacrée à l'éducation du soldat vis-à-vis des maladies vénériennes. Le professeur Delorme a eu l'occasion de dire récemment à l'Académie tout le bien qu'il pense du livre du docteur Ramally, il aurait pu en dire davantage encore car on peut considérer cette petite brochure comme le modèle du genre.

L. GAYARD.

(1) In-8, de 40 pages. — Paris, 1906, Marcel Fortin, édit.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 56. — JEUDI 16 MAI 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 16 MAI 1907. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hopitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 14 mai 1907. — MM. Chevrier et Lecène, 19; Guibé, 16.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 16 mai, à quatre heures et demie, à la Charité.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. — Chirurgie.— *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation.* — Séance du 13 mai. — MM. Laroyenne (Lyon) : « Traitement des hypertrophies de la prostate; » Ombrédanne (Paris) : « Séméiologie des urines en chirurgie. »

Séance du 14 mai. — MM. Caubet (Toulouse) : « Abcès sous-diaphragmatiques; » Leriche (Lyon) : « Des hémorragies intra-péritonéales. »

Séance du 15 mai. — MM. Cavaillon (Lyon) : « L'hystérotraumatisme; » Lenormant (Paris) : « Des fistules biliaires. »

L'entrée des hôpitaux suivants : Hôtel-Dieu, Charité, Clinique Tarnier, où auront lieu les épreuves cliniques, est interdite aux candidats.

— Sciences anatomiques, physiologiques et naturelles. — Ordre de passage pour la leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation. — *Anatomie* : MM. Colin, Alquier, Dubreuil, Mulon, Géraudel, Delamare.

Physiologie. — MM. Sonneville, Turlais, Lassablière, Castelin, Camus, Busquet, Dubois, Ambard, Jeandelize, Lepage.

Les séances ont lieu au petit amphithéâtre de la Faculté, tous les jours, à cinq heures.

Séance du 14 mai : MM. Colin (de Nancy) et Alquier (de Paris) : « Les voies biliaires. »

— Paris. — Le prix Chatauvillard (2000 francs) pour 1907 est décerné à M. le docteur Plicque (de Paris) pour son travail intitulé : « Traitement de la tuberculose. »

— Lyon. — Le Conseil de la Faculté vient de désigner M. le professeur J. Teissier pour succéder à M. le professeur Bondet, qui prend sa retraite, dans la chaire de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — M. de Lapparent est élu secrétaire perpétuel pour les sciences physiques, en remplacement de M. Berthelot.

— M. Carpentier est élu par 47 voix au premier tour de scrutin, à la place d'académicien libre laissée vacante par la mort du colonel Laussedat. M. le professeur Cornil a obtenu 22 voix. M. Carpentier, ancien élève de l'École polytechnique, est un électricien d'une grande renommée, il est notamment l'auteur d'appareils de mesure répandus dans le monde entier, et il s'est occupé particulièrement de questions de télégraphie.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Il est institué au ministère de l'Intérieur une commission chargée d'établir le programme d'éducation et d'enseignement médico-pédagogique des pupilles difficiles de l'Assistance publique et d'examiner les différentes questions qui pourront lui être renvoyées.

Sont nommés membres de cette commission : MM. les docteurs Bourneville, Maurice de Fleury, Janet, Paul-Boncour, Philippe, Raymond, Roubinovitch et Thulié.

GUERRE. — Mutations. — MM. les médecins-majors de première classe Barbès passe au rég. de sap.-pomp. de Paris (service); Bardot, au 41e d'inf.; Benoît dit Becker, au 3e génie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Destrez, passe au 87e d'inf.; Malafosse, au 41e d'inf.; Huber, au 65e d'inf.; Legrand, aux hôp. d'Alger; Schmerber, au 2e huss.; Vigné, au 22e bat. chass. à pied; Vincent, au 5e d'art.; Blan, au 55e d'inf.; Mayer, au 8e d'art.; Delbru, au 4e d'art.

MM. les médecins aides-majors de première classe Boigey passe au 3e zouaves; Dusserre, au 44e d'inf.; Pichon, aux hôp. d'Oran; Lantieri, au 73e d'inf.; Caujole, au 161e d'inf.; Coze, au 36e d'art; Troude, au 30e d'art.; Hémery, au 14e drag.; Monery, au 1er génie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Carel, au 22e drag.; Pons, aux hôp. de Tunisie; Martin, aux hôp. d'Alger; Saury, aux hôp. de Constantine; Hérisson, au 145e d'inf.; Cruzel, au 147e d'inf.; Bovier-Lapierre, au 13e bat. chass. à pied.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 670.*)

UN PROJET
DE
RÉFORME DU CONCOURS DE L'INTERNAT

Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique vient d'être saisi de trois projets de réforme du concours de l'Internat en médecine élaborés, l'un par la Commission mixte des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, le second par l'Association des internes et anciens internes, le troisième par M. le docteur Bonnaire. Nous ne les exposerons pas, pour la bonne raison... que nous allons en indiquer un quatrième qui se rapproche de celui de M. Bonnaire, en le simplifiant toutefois.

L'admissibilité (écrit) et l'admission (oral) sont jugées par deux jurys *successifs* de huit membres, ce nombre pair de juges permettant d'attribuer aux candidats des fractions de point, ce qui facilite le classement.

Admissibilité. — Le jury se compose de *quatre médecins et de quatre chirurgiens des hôpitaux* tirés au sort : avec les médecins seront mis dans l'urne les aliénistes ; avec les chirurgiens les ophtalmologistes et les oto-rhino-laryngologistes, un seul spécialiste pouvant être toutefois appelé à siéger comme médecin ou comme chirurgien. Nous croyons préférable de ne faire appel pour ce premier jury qu'aux membres du corps médical non encore titulaires, parce qu'ayant moins d'occupations et plus d'ardeur que leurs aînés, ils pourront multiplier les séances et abréger la durée du concours.

Comme *épreuve*, *une composition écrite divisée en deux parties :*

1° *Deux questions d'anatomie viscérale* et *deux questions d'anatomie descriptive*, comportant des réponses très brèves, de 20 lignes par question au maximum ;

2° *Une question de pathologie médicale ou chirurgicale*, traitée en quatre pages au maximum.

La composition sera faite sur un unique cahier composé de huit pages (quatre pour les questions d'anatomie, quatre pour la question de pathologie) réunies sous couverture ; cette composition sera rendue *anonyme* comme nous allons le voir.

Inutile d'ajouter que les copies, forcément courtes puisque le nombre des pages est limité, devront être écrites lisiblement et sans abréviations, toute signature et tout signe extérieur devant *de plano* entraîner l'exclusion immédiate du candidat. Cette indication sera imprimée sur la première page du cahier remis aux concurrents.

Comme durée : une demi-heure de réflexion (que les candidats emploieront à coordonner leurs idées et à établir leur plan sur un cahier de papier *de couleur*) et deux heures et demie de rédaction.

La relève des copies est faite par les membres du jury qui se partagent les tables de candidats. Ce mode de procéder nous paraît le seul capable d'empêcher les concurrents d'écrire, une fois le temps réglementaire expiré ; les agents de l'administration n'ont pas l'autorité nécessaire pour arriver à ce résultat. D'autre part les copies étant remises *personnellement* par les candidats à un juge, la perte d'une copie devient inadmissible, ce qui empêche toute éventualité de réclamation.

Les copies sont réunies sur le bureau du président qui, après avoir appelé et fait pointer sur la ligne alphabétique le nom du candidat — inscrit en haut et à droite de la copie — scelle le coin d'ombre qui doit désormais rendre ce nom invisible.

Une fois toutes les copies ainsi anonymées, un tirage au sort détermine l'ordre des lectures : un numéro d'ordre est inscrit sur chaque copie, en bas et à droite, dans un deuxième coin d'ombre à sceller ultérieurement.

Pour la lecture des compositions, le jury se dédouble en deux sections (deux médecins et deux chirurgiens) chargées de juger l'une l'épreuve d'anatomie, l'autre l'épreuve de pathologie. Chaque section, déterminée par un tirage au sort effectué aussitôt après le numérotage des copies, la section d'anatomie étant formée la première, entend les lectures en commençant, la section d'anatomie par le n° 1 jusqu'au n° 360 par exemple, la section de pathologie commençant de 181 à 360 pour continuer de 1 à 180.

La lecture est faite par un membre du jury, en séance privée ; les points n'étant pas connus, « la moralité » d'une séance publique devient inutile ; 5 points sont attribués à chaque question d'anatomie, et 10 points à la question de pathologie, soit au minimum 30 points. Il paraît équitable de relever le coefficient de l'anatomie qui, dans notre projet, est éliminée de l'oral.

Après chaque séance de lecture les points obtenus par les copies n° 1, n° 2, n° 3..., n° 360 sont reportés sur un registre en face des n°s 1, 2, 3... 360.

Quand toutes les copies ont été lues, le jury réuni classe *par ordre de points* les copies et retient d'elles un nombre égal à trois fois le chiffre des places vacantes à ce moment, étant entendu qu'un même point ne sera pas coupé. Les copies des admissibles ainsi mises à part, on scelle le coin d'ombre portant le numéro d'ordre ; on ouvre le coin d'ombre renfermant le nom du candidat, et on dresse, par ordre alphabétique, la liste des admissibles.

Admission. — Le jury se compose de quatre médecins, trois chirurgiens, un accoucheur tirés au sort parmi les membres du corps médical, titulaires ou non. Tout juge ayant fait partie ou ayant refusé de faire partie du jury d'admissibilité ne pourra siéger dans le jury d'admission de la même année.

Comme *épreuves*, *deux épreuves orales* (dix minutes de réflexion et dix minutes d'exposition) portant :

L'une sur la pathologie interne, jugée par trois médecins et un chirurgien ;

L'autre sur la pathologie externe ou l'obstétrique, jugée par deux chirurgiens, un médecin, un accoucheur ;

Notation de 20 points, soit 10 par épreuve.

Les points sont attribués et publiés à la fin de chaque séance.

Les sections du jury sont déterminées par tirage au sort effectué en présence des candidats : la première formée est la section de pathologie interne.

CLASSEMENT. — Une fois les épreuves orales terminées, on ouvre le coin d'ombre portant le numéro d'ordre de la composition écrite — ce qui personnalise la copie — et on additionne les points obtenus par le candidat à l'oral et à l'écrit.

Pour la première et les dernières places, les candidats ayant le même point subissent une épreuve supplémentaire de dix minutes (après dix minutes de réflexion) portant sur une question de pathologie interne ou externe, suivant que le sort l'indiquera. A cet effet, le jury, avant d'entrer en séance, fait choix de 6 questions (3 de chaque ordre); les trois premières sorties de l'urne seront celles parmi lesquelles un second tirage effectué en séance indiquera celle que les candidats auront à traiter.

Le nombre des places mises au concours sera arrêté *ne varietur* le jour où le jury aura terminé ses opérations. Cela pour couper court à toutes les démarches auxquelles se livrent les candidats entre la fin du concours et la mise en fonctions des internes. Les places qui deviendraient ultérieurement vacantes seront occupées par des internes provisoires et ajoutées aux vacances de l'année suivante.

Le nombre des internes provisoires sera égal à une fois et demie le chiffre des places occupées à titre permanent par cette catégorie d'élèves dans les services hospitaliers. Par suite, les remplaçants des internes seront pris exclusivement parmi les externes de chaque service, plus au courant que quiconque des habitudes et de la thérapeutique du chef, plus à même, par conséquent, de suppléer l'interne.

Il nous reste à évaluer approximativement la durée du concours tel que nous venons de l'indiquer.

L'écrit, pour 360 copies lues, ce qui est la moyenne, à douze copies par séance, durerait trente séances, c'est-à-dire, à raison de quatre séances par semaine, huit semaines.

L'oral, pour cent quatre-vingts admissibles (soixante places vacantes en moyenne), à dix candidats par séance, nécessiterait dix-huit séances et durerait, à raison de trois séances par semaine, six semaines.

Au total, le concours serait achevé en quatorze semaines, soit trois mois, comme actuellement.

A ce point de vue de la durée, il ne semble guère possible de faire mieux, à moins de n'ouvrir l'accès du concours qu'aux externes pourvus de douze inscriptions au minimum. Nous savons bien que cette disposition aurait l'avantage de mettre à la disposition du corps médical des internes plus avancés dans leurs études, c'est-à-dire plus expérimentés et plus capables de prêter un concours utile aux accoucheurs et aux chefs de service spéciaux qui se plaignent de n'avoir pas toujours des internes suffisamment qualifiés pour les assister. Mais c'est là une grosse question qu'il convient d'étudier en même temps que celle de la limite d'âge qui s'impose d'ailleurs en présence de l'infériorité dans laquelle la nouvelle loi militaire place les Français appelés sous les drapeaux vis-à-vis des étrangers et des Françaises; nous y reviendrons peut-être un jour. Nous n'avons voulu aujourd'hui qu'exposer un mode de concours, très simple, comportant cette fameuse réforme de l'anonymat qui semble la panacée destinée à réprimer les abus du favoritisme, comme si l'âme des juges ne restait pas la même, c'est-à-dire humaine!

D'autres esprits, très sérieux, ont soutenu que le meilleur moyen d'obliger les juges à l'impartialité serait de rendre publics la discussion et le vote des points; nous en connaissons que cette manière de faire gênerait singulièrement.

MALADIE KYSTIQUE DES REINS

CHEZ L'ADULTE

Par M. H. MULLER prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon, et M. L. DESGOUTTES, ex-interne des hôpitaux de Lyon.

La dégénérescence kystique des reins chez l'adulte est une affection rare, sur laquelle l'attention est relativement peu attirée en clinique, par suite même de sa rareté.

Il nous a été donné d'observer un bel exemple de cette affection. En voici l'observation :

C..., âgé de trente-huit ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 17 août 1905, salle Carnot, dans le service de M. Vallas.

Il n'offre d'intéressant dans ses antécédents que le fait suivant : il y a six ans environ, il a été tamponné entre deux wagons, et à la suite de cet accident, il a pendant quelques jours pissé des urines sanglantes. Puis rapidement, cette hématurie s'arrêta et le malade put reprendre ses occupations.

Durant les six années qui séparent ce traumatisme de l'entrée du malade à l'hôpital en août 1905, on note, à deux ou trois reprises, de nouvelles *hématuries*, légères, de peu de durée, survenues spontanément, sans douleurs, sans cause apparente, que le malade attribua, sans en saisir exactement le lien, à son traumatisme antérieur. L'absence de douleurs et de tout autre symptôme, l'intégrité de l'état général, la disparition spontanée des hématuries, firent que le malade n'y attacha pas une grande importance.

Il y a trois jours, au milieu d'une santé en apparence parfaite, il fut pris brusquement, sans le moindre prodrome, de *douleurs intenses*, *atroces* dans la région lombaire droite, en même temps que d'*hématuries*.

Sa température, prise par le médecin traitant, était de 39 degrés.

A l'examen du malade, on trouva la moitié droite de l'abdomen distendue par une *tumeur* volumineuse, qui s'étendait des fausses côtes à l'arcade crurale. La palpation en était très douloureuse et l'on avait une grosse contracture de défense de la paroi. Cette tumeur, au dire du malade, était apparue depuis quelques jours seulement.

A gauche, la région rénale était un peu douloureuse à la palpation, mais on ne sentait pas de tumeur bien appréciable.

Il n'y avait ni pollakiurie, ni polyurie. Les urines étaient teintées uniformément en rouge, mais restaient claires : on ne trouvait ni mucosités, ni traces de pus.

L'hématurie, la tumeur abdominale firent porter le diagnostic de *lésion rénale* sans qu'on fût d'ailleurs fixé exactement sur la nature de cette tumeur rénale. L'hyperthermie

(39 degrés) faisait pencher en faveur d'une poche suppurée, mais d'autre part, les urines, sauf leur teinte sanglante, avaient toujours été claires et il était difficile d'admettre une pyonéphrose fermée, ne laissant pas passer le pus, et laissant passer le sang.

Malgré l'incertitude du diagnostic au point de vue de la nature de la tumeur rénale, et en présence des douleurs intenses, persistantes, que rien ne calmait, nous nous décidâmes à pratiquer une *néphrotomie*. L'incision, faite par la voie lombaire, mit à découvert un rein énorme, bosselé. Après l'incision du parenchyme il s'écoula un demi-litre environ d'un liquide gélatiniforme, coloré en brun chocolat. L'exploration digitale du rein permit de sentir une poche anfractueuse, une masse à cavités nombreuses remplies d'un contenu plus ou moins visqueux.

Les *suites opératoires* immédiates furent bonnes. Les douleurs disparurent, le malade put reposer. La température descendit à 38 degrés; la contracture abdominale s'atténua, la tumeur diminua notablement de volume, les hématuries cessèrent.

Après quinze jours d'amélioration, le malade se *mit à souffrir de l'autre rein*. En même temps, ses urines redevinrent sanglantes, et par la palpation on décela à gauche une tumeur qui devint rapidement aussi volumineuse que celle de droite au moment de la première intervention.

L'état général du malade, resté bon jusque-là, se mit à décliner rapidement : l'appétit et les forces se perdirent.

L'intensité des douleurs éprouvées par le malade conduisit M. Vallas à pratiquer à gauche une deuxième néphrotomie.

Cette intervention amena un soulagement marqué des douleurs, mais le malade s'affaiblit néanmoins rapidement et mourut quelques jours après, le 20 septembre 1905.

Autopsie. — L'autopsie montra une dégénérescence kystique complète des deux reins.

Le rein droit était gros comme deux poings et pesait 520 grammes.

Le rein gauche était énorme. Il était long de 25 centimètres, large et épais de 15 centimètres environ. Son poids atteignait près de 1 200 grammes.

On ne trouva nulle part, sur l'un ou l'autre organe, trace de parenchyme rénal intact. Les deux reins étaient transformés en un amas de kystes, de dimensions inégales, les uns gros comme une orange, les autres comme des grains de raisin. La plupart de ces kystes étaient remplis d'une substance semi-liquide, gélatineuse, d'aspect miroitant, de colorations des plus diverses, jaune, brune, verte.

Les parois kystiques étaient épaisses, colorées en vert, en violet et en noir. Beaucoup de cavités communiquaient les unes avec les autres.

Le long des uretères on trouva de petits ganglions lymphatiques d'une teinte noirâtre.

Les autres organes étaient intacts. Le foie en particulier n'avait pas de lésions kystiques.

La maladie kystique des reins est entrée dans l'histoire médicale avec Hufeland. Ce serait, d'après Lejars, le premier auteur qui en donnât une description d'ensemble.

Rayer, dans son *Traité des maladies des reins* (1841), en fit également une bonne étude.

L'affection fut étudiée ensuite au point de vue histologique : les travaux de Virchow en Allemagne, de Laveran, de Lancereaux, de Brault, de Malassez, de Gombault et Homey en France, sont classiques à ce sujet.

La thèse de Lejars (1888) résuma les travaux antérieurs.

Plus récemment, Jossand (Paris 1901-1902), Boudet (Bordeaux 1903-1904) consacrèrent également leur thèse à ce sujet.

Nous ne voulons pas, dans cet article, reprendre à fond cette question de la dégénérescence kystique des reins chez l'adulte. Nous laisserons de côté tout ce qui concerne l'anatomie pathologique et la pathogénie. Nous dirons cependant à ce dernier point de vue que la théorie qui fait de cette affection une affection néoplasique (Brault et Malassez, Gombault et Homey, Lejars) nous paraît la plus acceptable.

Nous voulons insister surtout sur quelques points cliniques et étiologiques, qui nous ont particulièrement frappés dans notre observation.

A. Au point de vue *étiologique* tout d'abord, nous croyons que le traumatisme subi par le malade ne doit pas être négligé. Certes, rien ne permet d'affirmer que c'est lui qui a déterminé l'affection dont est mort le malade. Peut-être a-t-il déterminé seulement l'hématurie, premier symptôme des lésions rénales, complètement latentes jusque-là. A ce point de vue tout au moins, il a joué un rôle indéniable et mérite d'être signalé. Le fait a d'autre part une importance au point de vue médico-légal : c'est à son tamponnement, en effet, que le malade faisait remonter le début de sa maladie, simple conséquence dans cette hypothèse d'un accident de travail. On comprend toute la difficulté de la solution de ce problème, qu'il était impossible de trancher équitablement dans un sens ou dans l'autre.

B. Au point de vue *clinique*, nous insisterons sur les points suivants :

1° Pendant très longtemps, les lésions rénales ont été compatibles avec une santé en apparence parfaite. En faisant remonter seulement le début de l'affection au tamponnement subi par le malade, on voit que, pendant six ans, on eut pour toutes manifestations cliniques *de légères hématuries qui survinrent à deux ou trois reprises sans cause apparente* et qui disparurent spontanément.

Pas de polyurie, pas de maux de tête, pas d'épistaxis, pas d'œdèmes plus ou moins fugaces, aucun signe en un mot qui pût attirer l'attention du côté d'une lésion rénale.

En somme, le malade n'eut, à aucun moment, aucun signe de brightisme, et par là il se différencie d'un grand nombre d'autres maladies kystiques de l'adulte, qui pendant très longtemps se comportent comme de simples néphrites interstitielles.

Avec Lejars, nous attribuons aux hématuries une grande importance au point de vue symptomatique. Ces hématuries offrent les caractères de spontanéité et de répétition qui les rapprochent absolument des hématuries des vrais cancers.

Malheureusement ce symptôme, si net dans notre observation, manque souvent, et d'après Lejars on ne le noterait que dans un cinquième des cas.

2° Nous retrouvons dans notre observation les symptômes qui seuls permettent de porter le dia-

gnostic avant toute intervention de dégénérescence kystique des reins. Ce sont :

a. Les douleurs;
b. L'existence de deux tumeurs rénales.

a. Les *douleurs* se bornent dans un grand nombre de cas à des sensations vagues, pénibles, dans les régions lombaires.

Chez notre malade, elles ont atteint une acuité excessive, lui arrachant des cris, lui interdisant tout repos.

Par elles seules, les douleurs n'éclairent guère le diagnostic. Mais elles ont une grande importance parce qu'elles conduisent à l'exploration des régions rénales, et font découvrir la présence de deux tumeurs lombo-abdominales.

b. La *constatation de deux gros reins, de deux tumeurs*, répondant chacune à chaque rein malade, permet seule de rattacher avec certitude les douleurs à leur véritable cause.

Chez notre malade, ce signe a été de la plus grande netteté. Les tumeurs rénales volumineuses atteignirent et dépassèrent même cliniquement le volume d'une tête d'adulte.

D'autre part, l'apparition et l'évolution de ces tumeurs ont été des plus intéressantes. Leur développement s'est fait d'une façon extrêmement rapide. Elles se sont développées en quelques jours. La première en date, celle du rein droit, était apparue, aux dires du malade, en même temps que les douleurs, c'est-à-dire quelques jours seulement avant l'entrée du malade à l'hôpital. Huit jours après, elle remplissait la moitié droite de l'abdomen, du thorax au pli de l'aine. La deuxième, celle du rein gauche, s'est développée sous nos yeux en quelque sorte. Elle n'était pas cliniquement appréciable à l'entrée du malade à l'hôpital; quinze jours après, elle avait atteint le volume de celle de droite et remplissait à son tour la moitié gauche de l'abdomen.

Ce développement rapide, intensif, des tumeurs rénales nous paraît être, avec leur bilatéralité, un bon signe de lésions polykystiques.

Nous retrouvons ici des caractères évolutifs de certains néoplasmes, qui, restant comme assoupis pendant longtemps, se mettent tout à coup à proliférer et atteignent rapidement un volume énorme.

3° Il est enfin un dernier point clinique sur lequel nous voulons maintenant attirer l'attention, c'est l'*hyperthermie* présentée par notre malade. La température, en effet, a oscillé autour de 39 depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à sa mort. Cette hyperthermie n'est pas indiquée par les classiques, sauf dans les cas de complications infectieuses, suppurations des poches rénales ou abcès périnéphrétiques. Or chez notre malade, la *fièvre* a été observée en dehors de toute complication infectieuse.

Il n'a jamais eu de pus dans les urines; les incisions de néphrotomie n'ont évacué aucune collection purulente, et à l'autopsie le contenu des kystes ne présentait nulle trace de suppuration.

L'hyperthermie paraît donc bien dans notre observation relever directement de la dégénérescence polykystique de ses reins, en dehors de toute complication.

C. Le *diagnostic* de reins polykystiques n'a été porté sur notre malade qu'après la première néphrotomie. Jusque-là, il nous a été impossible de poser un diagnostic ferme; n'ayant jamais observé de maladie kystique des reins, n'ayant jamais eu l'attention attirée sur elle, nous ne l'avions même pas comprise dans les différentes hypothèses émises sur l'affection en cause.

Nous pensions à l'entrée, c'est-à-dire à un moment où il n'y avait qu'une tumeur appréciable, soit à un néoplasme du rein, soit à une pyonéphrose fermée, calculeuse ou autre. Mais la première hypothèse cadrait mal avec la température que présentait le malade. D'autre part, contre l'idée de pyonéphrose existait ce fait que le malade n'avait pas et n'avait jamais eu de pus dans les urines : celles-ci avaient toujours été claires.

Il est certain que si l'on fait abstraction de la température, c'est le diagnostic de néoplasme qui cadrait le plus avec les symptômes cliniques (hématuries, tumeur rénale volumineuse à droite).

Tant que l'on ne constate pas la *bilatéralité* de la lésion, le diagnostic nous paraît donc devoir fatalement s'égarer. De même, avant l'apparition de toute tumeur, dans les cas où l'on a seulement quelques signes de brightisme et quelques hématuries, il est impossible d'affirmer à quelles lésions on a affaire et le diagnostic de maladie kystique ne peut être à ce moment qu'un diagnostic d'exception.

En somme, l'affection reste méconnue pendant la plus grande partie de son évolution et ne se manifeste avec ses caractères pathognomoniques qu'à un moment où les jours du malade sont désormais comptés : seule la *constatation de deux gros reins, apparus simultanément ou successivement* chez un malade souffrant depuis plus ou moins longtemps des régions lombaires, ayant présenté parfois des hématuries, permet de porter le diagnostic de reins polykystiques. Encore le diagnostic pourra-t-il s'égarer dans ces cas-là, du côté de lésions de *pyonéphroses doubles, calculeuses ou bacillaires* : l'absence de pus dans les urines sera d'une grande valeur à ce sujet.

D. Le *traitement* est à peu près nul. La bilatéralité presque constante des lésions fait rejeter toute tentative d'intervention radicale par la plupart des auteurs.

Lorsque le diagnostic est posé, il n'y a guère que deux indications d'intervenir chirurgicalement :

1° L'intensité des douleurs;

2° Les phénomènes infectieux avec collections suppurées rénales ou périrénales, on fera alors la néphrotomie.

C'est la première indication qui nous fit intervenir et pratiquer la néphrotomie, avant même de savoir que nous avions affaire à une maladie kystique. C'est elle encore qui obligea à une deuxième néphrotomie sur le rein opposé, le diagnostic étant hors de doute cette fois.

Les résultats de la néphrotomie sont excellents au point de vue sédation des douleurs : c'est une opération de soulagement indubitable ; à ce titre elle est donc indiquée.

L'ACTION DE LA HAUTE FRÉQUENCE

SUR

L'HYPERTENSION ET LES HYPOTENDUS

Par MM. DELHERM et LAQUERRIÈRE (1).

1° En étudiant uniquement des malades à *hypertension constante*, et en nous mettant autant que possible à l'abri d'influences étrangères au traitement électrique l'action hypotensive immédiate consécutive à chaque séance ne nous a pas paru un phénomène aussi constant qu'on l'a écrit;

2° L'abaissement durable de la pression par la répétition des séances nous a semblé bien moins constant et surtout beaucoup moins accentué que certains auteurs l'ont proclamé;

3° Nos observations ne nous ont pas permis de constater que, même avec un régime alimentaire, les applications de HF mettaient sûrement à l'abri soit des accidents de l'artériosclérose, soit d'une nouvelle élévation de la pression comme on l'a prétendu;

4° Chez les quelques malades que nous avons étudiés à ce point de vue, les séances n'ont pas semblé produire de modifications notables de la pression capillaire;

5° Le phénomène vasculaire qui nous a paru le plus fréquent, sans être rigoureusement constant, est l'augmentation de l'amplitude du pouls capillaire;

6° Cliniquement, nos résultats, soit chez les malades que nous avons examinés spécialement au sujet de leur pression sanguine, soit chez ceux qui n'ont pas été examinés à ce point de vue, ont été souvent favorables chaque fois qu'il s'est agi de ces sujets qu'on pourrait classer sous l'étiquette générale de « congestifs » (arthritiques, goutteux, prescléreux, artérioscléreux, etc.);

7° En effet, nous ne pensons pas que la pression sanguine, soit le seul facteur dont on doit tenir compte; nous attachons une grande importance à l'action des courants de H F sur la nutrition générale;

8° Ces courants qui peuvent produire en effet une meilleure ventilation pulmonaire, une élimination plus marquée de l'acide carbonique et une fixation plus active d'oxygène par le sang, qui augmentent la rapidité des échanges (réduction plus rapide de l'oxyhémoglobine) et rendent plus active la thermogenèse qui, enfin, améliorent les formules urinaires (analyses chimiques, cryoscopie) et assurent l'élimination plus complète des excréta, nous paraissent mériter une place importante parmi les meilleures mesures d'hygiène générale à prescrire comme moyen de soulagement symptomatique et peut-être même comme mesures préventives.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 MAI 1907)

Sur le rétablissement des pulsations du cœur en fibrillation. — M. KRONECKER, à la suite des expériences qu'il poursuit depuis de longues années, est arrivé à cette conviction que c'est l'anémie aiguë des parois du cœur qui fait cesser les pulsations franches et fait apparaître le phénomène de la trémulation fibrillaire. C'est l'état dans lequel meurt le cœur du chien. Les plexus nerveux indispensables à la coordination des mouvements musculaires sont paralysés par l'anémie, de la même façon que les centres nerveux du centre par l'embolie. Telle serait la cause du phénomène.

Cette anémie mortelle peut être occasionnée : 1° par la ligature des artères coronaires; 2° par l'embolie artificielle des mêmes artères; 3° par leur excitation électrique; 4° par l'irritation mécanique du centre vaso-moteur que M. Kronecker a découvert dans le septum ventriculaire; 5° par le refroidissement du cœur au-dessous de 30 degrés; 6° par des poisons vaso-constricteurs du cœur (par exemple chloroforme).

Recherches sur l'activité labique de la muqueuse gastrique et sur la prétendue action labogénique spécifique du lait, par M. Maurice DEHON.

De la loi de l'effet hémolytique des rayons de Becquerel, par MM. SALOMONSEN et DREYER.

Reproduction expérimentale de la conjonctivite chez le singe (macacus sinicus), par MM. C. NICOLLE et CUENOD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 14 MAI 1907)

L'alcoolisme. — Nous avons entendu une très intéressante communication de M. BRUNON (de Rouen) sur l'alcool et l'enfant. Il nous fait un tableau saisissant des progrès de l'alcoolisme chez l'enfant depuis une trentaine d'années, en Normandie. Il nous signale des faits d'alcoolisme de plus en plus fréquents chez le nourrisson, l'enfant en bas âge, les habitudes prises par les femmes, par des enfants de dix ans, par des adolescents, de s'alcooliser déjà quotidiennement.

Nous regrettons que le défaut de place nous empêche de suivre M. Brunon dans cette lamentable histoire de l'alcoolisme en Normandie.

« Remarquons, dit en terminant M. Brunon, qu'il y a cent ans, la Normandie était la source principale des régiments de cuirassiers. Aujourd'hui la France est obligée d'abaisser la taille réglementaire, et dans les régiments normands le tremblement alcoolique est fréquent chez les jeunes soldats.

Les opérations du tirage au sort ou de la revision sont toujours l'occasion de beuveries.

Un haut fonctionnaire de la Basse-Normandie me donne le document suivant que je copie textuellement :

— Le jour de la revision, dans les campagnes, les trois quarts des jeunes gens sont plus ou moins ivres. Beaucoup oscillent pendant l'examen des médecins. Et ce qui n'est pas moins frappant, c'est la face enluminée des maires au déjeuner préfectoral. Au nombre de quinze ou vingt, ils sont assis le long des murs et assistent immobiles à l'examen des conscrits.

En 1898, la ville d'Eu eut une garnison nouvelle. Le 1er janvier tous les débitants donnèrent à chaque soldat deux *bistouilles* pour une. La bistouille est un mélange de café et d'un tiers d'eau-de-vie.

Cependant, c'est une erreur que de considérer l'armée actuelle comme une « école d'alcoolisme ». Le contraire est la vérité. A l'armée, les efforts antialcooliques sont réels, mais les jeunes recrues arrivent au régiment contaminées depuis longtemps.

Conclusions. — Les efforts courageux et tenaces des anti-

(1) Rapport présenté à la Société de thérapeutique, 8 mai 1907.

alcooliques ont eu, depuis une vingtaine d'années, une influence incontestable sur les gens cultivés et la classe riche. Le bourgeois boit moins; l'officier, l'étudiant ne boivent plus; les *années de bière* de l'Allemand nous sont inconnues.

Chez les employés, dans la classe ouvrière et parmi les paysans, l'alcoolisme augmente, surtout parmi les femmes. De là, intoxication de l'enfant. L'adolescent, l'apprenti, s'adressent de plus en plus à l'absinthe; c'est une mode.

S'il en est temps encore, il faut organiser l'enseignement antialcoolique à l'école, au lycée, à l'église, au régiment. Il faut créer une génération d'éducateurs ayant la foi. Vingt ans d'efforts seront nécessaires.

Faute de quoi la France sera prochainement mûre pour être dévorée. »

De l'application de certains médicaments par injections intra-veineuses. — M. A. Darier a pratiqué, depuis quatorze ans, un grand nombre d'injections intra-veineuses médicamenteuses sans jamais aucune complication sérieuse; il pense qu'on doit réserver les injections hypodermiques aux alcaloïdes dont la toxicité et la résorption rapide pourraient être dangereuses.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 10 mai 1907)

Présentation d'un volumineux anévrisme de la partie tout initiale de l'aorte, presque complètement guéri par oblitération concentrique de la poche. — MM. Henri Lamy et Maurice Cléret. Le malade âgé de soixante-cinq ans avait eu la syphilis à quarante ans. Il a séjourné d'une façon continue à l'hôpital pendant les cinq dernières années de sa vie, et il présentait depuis son entrée une voussure très marquée de la région sterno-mamelonnaire gauche avec battements. Aucun signe de compression nerveuse ou veineuse, mais compression de la trachée du côté droit un peu au-dessus de sa bifurcation : cornage, toux rauque, accès de suffocation dans la position couchée sur le dos. Le malade avait été soumis au traitement suivant : repos, iodure de potassium à petites doses par intervalles, nourriture commune de l'hôpital.

Rumination chez une fillette de trois ans. — Il y a quelques jours, on conduit à M. Comby une fille de trente-neuf mois pour des troubles digestifs mal définis. L'enfant qui est petite, délicate, nerveuse, a souffert d'entéro-colite et de constipation. Elle a beaucoup d'appétit et mange avec voracité. Depuis trois mois, un phénomène insolite a attiré l'attention des parents. Quelques minutes après le repas, les aliments déglutis remontent dans la bouche, où ils sont retenus quelques instants avant d'être déglutis de nouveau. Cette rumination dure au moins deux heures. La mère veut forcer son enfant à cracher les aliments régurgités, mais l'enfant s'y refuse. Elle éprouve même du plaisir à ruminer quand il s'agit d'aliments préférés, tels que sucreries, gâteaux, crèmes, etc. Etat général bon, rien à l'examen des différents viscères. Pas de troubles analogues dans la famille. Ici, la rumination semble un cas isolé. Mais parfois elle présente un caractère familial très accusé. C'est ainsi que le docteur Brockbank (*Brit. med. Journ.*, 23 février 1907) a publié récemment l'observation d'une famille de huit membres, dont six ruminaient. Le père, âgé de trente-six ans, ruminant dès sa plus tendre enfance, avait épousé une femme qui ne ruminait pas. Des six enfants nés de ce mariage, cinq sont ruminants; le sixième, un nourrisson de quelques mois, ruminera peut-être à son tour, comme ses frères et sœurs. On a relevé souvent la tare nerveuse, et il semble bien qu'on puisse considérer la rumination comme une névrose du tube digestif, pouvant être guérie ou amendée par la psychothérapie.

Aphasie motrice et agraphie incomplète au cours d'un syndrome paralytique. — MM. Ed. Toulouse et L. Marchand. Une femme présente d'abord de l'affaiblissement intellectuel avec dysarthrie, sans qu'il y eût de troubles aphasiques. Plus tard elle fut atteinte d'aphasie motrice avec agraphie de l'écriture, spontanée et sous dictée, sans aphasie sensorielle. A l'autopsie. on rencontra des lésions diffuses de méningite chronique avec encéphalite superficielle expliquant le syndrome paralytique et un vaste foyer de ramollissement occupant le pied de la troisième frontale gauche et la moitié antérieure de l'insula gauche. En outre il existait un petit foyer de la grosseur d'une tête d'épingle au niveau du pli courbe gauche et un autre un peu plus étendu au niveau de la première et deuxième temporale droite.

Du polyadénome gastrique à centre fibreux et de son évolution cancéreuse. — MM. Ménétrier et Clunet ont observé cette forme de polyadénome dans trois cas.

Dans deux de ces observations la tunique gastrique contenait en même temps que les tumeurs polypeuses un petit cancer encore de faibles dimensions (4 centimètres) et encore au début de son évolution; néanmoins bien caractérisé par l'existence de tubes épithéliaux à cellules cylindriques infiltrant la sous-muqueuse, et même par la production de lymphangite cancéreuse dans les autres tuniques.

Dans les deux cas la petite tumeur présente à son centre un noyau fibreux avec lésions d'endartérite oblitérante et nodules périvasculaires permettant de l'identifier avec le noyau fibreux des polyadénomes voisins.

La superposition à ces lésions inflammatoires anciennes d'épithélioma en voie de développement récent, semble démontrer que l'évolution cancéreuse a eu pour point de départ un polyadénome antérieur semblable au polyadénome voisin, et permet d'écarter l'hypothèse de formations adénomateuses secondaires au cancer, simples lésions imitatives produites par l'évolution de celui-ci.

Ces observations nous paraissent ainsi particulièrement favorables pour fixer avec certitude les trois stades chronologiques de la lésion : nodule inflammatoire, adénome, cancer.

Méningo-encéphalite et hémorragie biliaire chez une épileptique. — MM. L. Marchand et H. Nouët (de Blois). La malade dont il s'agit est une épileptique non aliénée, âgée de quarante-cinq ans, qui présenta un délire fébrile avec incohérence, agitation, insomnie, refus d'aliments, état semi-comateux et des phénomènes méningitiques consistant en : contracture généralisée, raideur musculaire, céphalée, signe de Kernig, abolition des réflexes rotuliens et oculaires, température variant entre 38°6 et 40 degrés. La ponction lombaire révéla un liquide hémorragique, contenant de nombreux globules rouges, des polynucléaires et quelques lymphocytes.

A l'autopsie les auteurs ont trouvé des lésions de méningite chronique. Outre ces lésions, il existait de la méningite subaiguë et plusieurs foyers d'hémorragie miliaire dans le cerveau. Dans le cervelet il n'existait que de la congestion. Dans le bulbe il y avait une hémorragie capillaire au niveau du plancher du quatrième ventricule.

L'examen histologique a révélé au niveau des foyers hémorragiques, dans les méninges, une infiltration embryonnaire,

avec altérations vasculaires (périartérite, périphlébite) et des hémorragies méningées, dans le cortex sous-jacent, des capillaires dilatés, gorgés de sang, d'autres rompus et recroquevillés. Les cellules nerveuses étaient atrophiées, mal colorées ; il existait également une dégénérescence des fibres à myéline. Au niveau du bulbe, infiltration des méninges par des noyaux embryonnaires; lésions de périartérite et de périphlébite. Sur l'aile grise interne gauche, quelques capillaires sont rompus et présentent le même aspect que ceux du cortex. Les vaisseaux du bulbe sont atteints de périartérite, aucune trace d'endartérite. Les plexus choroïdes sont infiltrés d'amas innombrables de cellules embryonnaires.

Selon les auteurs, les hémorragies capillaires sont secondaires à des lésions des méninges.

Infantilisme tardif de l'adulte. Sclérose atrophique de la thyroïde avec néogénèse lymphoïde. — M. Gandy apporte les résultats de l'autopsie qu'il a pratiquée sur un des sujets, présentés par lui à la Société et atteints de myxœdème avec stigmates d'infantilisme sexuel. Il a constaté l'atrophie extrême de la thyroïde réduite au poids de 7 grammes, envahie par un processus de sclérose interstitielle avec atrophie des éléments glandulaires et par une série d'îlots de néoformations lymphoïdes. Le rôle de la disthyroïdie est donc des plus manifestes dans ce syndrome et c'est à l'opothérapie thyroïdienne qu'il faudrait s'adresser, à une période peu avancée de l'affection, pour avoir espoir d'obtenir un résultat thérapeutique.

PRATIQUE MÉDICALE

COMMENT DÉSODORISER LES PLAIES

La pratique des pansements chirurgicaux nous ménage parfois de pénibles moments. Il nous arrive, en effet, d'avoir à traiter des plaies septiques exhalant une très mauvaise odeur. Nous connaissons tous, par exemple, ces abcès tuberculeux de l'aine, véritables nappes purulentes, décollant aponévroses et vaisseaux et dont l'humeur fétide, extrêmement tenace, traverse l'épaisseur de tous les pansements. Une seule fois, à l'hôpital, il suffit d'observer la gangrène pour ne plus jamais oublier son extrême putridité. Les carcinomes utérins, certaines brûlures, etc., sont aussi fort malodorants.

Que faire pour éloigner cette véritable complication des plaies ? Il faut avoir recours à une puissante antisepsie. Mais quel est celui, parmi les antiseptiques, qui possède véritablement un pouvoir désodorisant énergique, sans causticité pour les tissus, sans toxicité pour l'organisme ? A notre avis, il n'en est qu'un : l'oxygène.

Mais pour apprécier nettement les effets désodorisants de l'oxygène, ce n'est pas à l'eau oxygénée qu'il faudra s'adresser. Son action est transitoire et par conséquent insuffisante. Nous conseillerons plutôt d'avoir recours, comme nous le faisons nous-même, au trioxychlorométhyle de vanadium.

Et pourquoi cette préférence? parce que l'Anios est, dans l'antisepsie actuelle, la seule substance qui nous offre un dégagement régulier et *permanent* d'oxygène. L'Anios est un véritable ferment métallique et sa qualité essentielle est de permettre au praticien l'usage de pansements oxygénés à demeure.

Quand nous saupoudrons une plaie fétide avec la poudre d'anios, que nous recouvrons ensuite de compresses trempées dans la solution à 2 p. 100 (1), nous observons très rapidement une désodorisation manifeste. Les agents putrides ne peuvent résister à l'action de ce sel vanadique. Parfois même il nous est arrivé d'observer une diminution très nette de la mauvaise odeur après le premier pansement. Nous pensons, quant à nous, qu'il faut reconnaître, à ce point de vue, une action spéciale à l'anios et qui se distinguerait (*en pratique*) de sa puissance germicide. Il faudrait ainsi diviser l'étude physiologique de ce ferment oxygéné en trois phases successives : une action désodorisante, un pouvoir microbicide, des propriétés kératoplastiques.

En réalité ce sont là les qualités même de l'oxygène. Mais elles n'avaient pu encore retenir longuement l'attention des observateurs parce que l'oxygène utilisé ne pouvait rester que quelques secondes au contact des tissus. L'usage du trioxychlorométhyle de vanadium, en assurant une continuité d'action à l'oxygène, devait faciliter grandement la connaissance de ses qualités cliniques.

Il est donc possible aujourd'hui de désodoriser rapidement les plaies fétides en ayant recours à cette sorte de fermentation oxygénée qui vient de l'Anios.

D[r] P. GIBOIN.

(1) Cette solution s'obtient en mélangeant à un litre d'eau bouillie le contenu d'une division des flacons d'anios, c'est-à-dire 20 grammes. C'est la solution de puissance germicide absolue.

LIVRES NOUVEAUX

Le cancer (1), par J. Thomas.

Dans sa préface, l'auteur indique qu'il a voulu exposer, dans un travail d'ensemble, sans commentaires, l'exposé de nos diverses connaissances sur cette terrible affection. Son ouvrage est donc une revue générale, dont la lecture remarquablement facile et intéressante montre, d'une manière exacte et complète, l'état actuel de la question.

Un premier chapitre d'historique résume les diverses théories qui, tour à tour, ont été proposées pour expliquer le cancer; la théorie parasitaire est, en particulier, fort bien exposée. Les chapitres suivants sont consacrés à l'histologie pathologique, aux caractères généraux de l'évolution anatomo-clinique, au diagnostic, au pronostic. Puis viennent la physiologie pathologique, l'étude des associations morbides, de la marche, des inoculations et des greffes, de la contagion; enfin, l'étude étiologique et pathogénique. Presque la moitié de l'ouvrage est consacrée à l'exposé des divers modes de traitement préconisés, et qui tous, ou peu s'en faut, comptent à leur actif, sinon des guérisons, du moins des améliorations très nettes. La lecture de cet ouvrage ne saurait être trop recommandée à tous ceux qu'intéresse le problème du cancer.

L. ALQUIER.

(1) In-8 de 546 p. — Paris. Maloine.

FORMULAIRE

PAQUETS CONTRE LA GASTRALGIE

Stovaïne	0g02
Magnésie hydratée	0g60
Craie préparée	0g40
Bicarbonate de soude	0g40

Pour un paquet. En prendre un après chaque repas. (*Huchard.*)

GOUTTES CONTRE LA GASTRALGIE

Stovaïne	0g25
Eau de laurier-cerise	10cc

A prendre xx gouttes au moment des accès ou avant le repas. (*M. Nigoul.*)

CONTRE LA BARRE STOMACALE, LE POINT DOULOUREUX DES VISCÉROPTOSIQUES, PARTICULIÈREMENT CHEZ LES FEMMES NERVEUSES.

Extrait gras de cannabis indica...	0g25
Stovaïne....	0g25
Gouttes blanches de Gallard.......	xx gouttes.
Teinture de badiane..............	c —
Eau distillée.....................	200 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères..	80 —

Une cuillerée à soupe cinq minutes avant chacun des deux repas principaux. (*La Revue médicale de Normandie.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS a tenu, ainsi que nous l'avons annoncé, sa première séance le samedi 11 mai 1907 sous la présidence de M. Coudray. Elle comprenait plus de cent auditeurs.

Le président fait l'éloge funèbre du docteur Combes, récemment décédé. Il prononce ensuite un fort beau discours inaugural où il fait l'historique des trois Sociétés qui viennent de fusionner. Il esquisse à grands traits le programme scientifique de la nouvelle Société et termine en faisant appel à l'union de tous ses membres par une heureuse péroraison fort applaudie : « Unissons nos intelligences et nos cœurs pour une Société de médecine de Paris toujours plus forte, toujours meilleure. »

M. Richelot fait une communication sur le *traitement des fistules vésico-vaginales graves*.

Après avoir rappelé le grand progrès réalisé par la méthode américaine, vulgarisée en France par Sims et Bozeman en 1858; après avoir montré que le procédé de dédoublement, imaginé par Duboué en 1864, oublié d'abord, puis remis en honneur à la Société de chirurgie en 1896, est supérieur au procédé américain, et permet d'aller plus loin dans la cure des fistules difficiles, M. Richelot entretient la Société d'un procédé qui date de quelques années et qui, selon lui, est le dernier perfectionnement réalisé dans cette question, celui de Braquehaye (de Tunis).

Ce procédé tire ses avantages à la fois de la méthode américaine et de celle du dédoublement; il donne plus d'étoffe qu'aucun autre pour oblitérer la perte de substance, et assure mieux l'étanchéité et la solidité de la réunion.

M. Richelot rapporte l'observation d'une malade qu'il a opérée en 1896, à l'hôpital Cochin, et dont la fistule était tellement large et difficile à combler que ni la méthode américaine, ni même le dédoublement ne pouvaient assurer le succès. Le procédé de Braquehaye eut un résultat parfait; après une opération difficile, la réunion immédiate fut obtenue et les fonctions de la vessie et de l'urètre se rétablirent d'une façon très satisfaisante.

La discussion est renvoyée à la séance prochaine.

L'ordre du jour appelle ensuite la discussion des articles du *règlement intérieur* présenté au nom du Conseil d'administration, et défendu par M. Dubar, rapporteur général du projet.

Le projet est adopté après quelques légères modifications à l'unanimité.

SOCIÉTÉ DES AMIS DE L'UNIVERSITÉ. — L'assemblée générale annuelle de la Société des amis de l'Université de Paris aura lieu le 16 mai, à la Sorbonne. Elle sera présidée par M. Liard, l'un des vice-présidents.

Après un rapport sur la situation de la Société, on procédera à l'élection du président. Sont proposés : comme président, M. Raymond Poincaré, sénateur, ancien ministre, avocat à la Cour d'appel et, pour remplacer MM. Glasson, Bischoffsheim et Brouardel, membres décédés du Comité, le docteur Lannelongue, le prince Roland Bonaparte et Mme la marquise Arconati-Visconti.

IVe CONGRÈS D'HYGIÈNE SOCIALE. — Le Congrès d'hygiène sociale s'est ouvert lundi à Lyon, sous la présidence de M. Léon Bourgeois.

PRIX FILLIOUX. — *Avis aux internes et externes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris.* — En conformité du legs fait à l'administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. En 1907, ces prix seront de 800 francs chacun.

Pour 1907, le concours sera ouvert le mardi 3 décembre.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (service du personnel), tous les jours, les dimanches exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 12 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le 12 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

HOPITAL SAINT JOSEPH. — Le concours d'internat de l'hôpital Saint-Joseph s'ouvrira le 20 juin pour six places d'internes titulaires, dont une dans le service d'oto-rhino-laryngologie, et plusieurs places d'internes provisoires.

Les internes titulaires sont nommés pour deux ans et reçoivent un traitement de 600 francs et une indemnité de logement de 500 francs.

Les demandes d'inscription (pièces à fournir : certificat de 15 inscriptions et références personnelles) doivent être adressées, avant le 10 juin, à M. l'administrateur délégué de l'hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse, Paris (IVe arrondissement).

CONCOURS. — Un concours pour la nomination aux places d'élève en pharmacie des dispensaires de l'Assistance publique sera ouvert le lundi 2 décembre 1907, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les élèves en pharmacie qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, de midi à trois heures, du mardi 15 octobre au vendredi 15 novembre 1907 inclusivement.

HOPITAL SAINT LOUIS. — M. H. Hallopeau reprendra ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques le jeudi 16 mai à trois heures et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

COURS PRATIQUE D'HYPNOTISME ET DE PSYCHOTHÉRAPIE. — MM. les docteurs Bérillon et Paul Farez commenceront, le mardi 11 juin 1907, un cours d'hypnotisme et de psychothérapie.

Ce cours sera privé; il comportera des démonstrations pratiques et sera complet en dix leçons; il se fera à l'Ecole de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts, où les inscriptions sont reçues les mardis, jeudis et samedis, de dix heures à midi. On peut également s'inscrire par correspondance.

Le droit d'inscription est fixé à 50 francs.

Les leçons auront lieu aux dates suivantes :

M. le docteur Bérillon, les 11, 13, 15, 18 et 20 juin, à dix heures et demie du matin.

M. le docteur Paul Farez, les 11, 13, 14, 19 et 20 juin, à six heures du soir.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de thérapeutique, par le docteur VAQUEZ, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. In-8 de 492 p. (Bibliothèque Gilbert-Fournier.) — Prix : Cart., 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Maladies de la nutrition, par les docteurs RICHARDIÈRE et SICARD, médecins des hôpitaux de Paris. Gr. in-8 de 378 p., avec 15 fig. — Prix : broch. : 7 francs ; cart. : 8 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'occultisme hier et aujourd'hui. Le merveilleux préscientifique, par le docteur J. GRASSET, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier, associé national de l'Académie de médecine. In-8 écu (0,200 × 0,130) de 436 p. — Prix : 5 francs. — Paris, Coulet et fils.

Princesses de science, par Colette YVER. In-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Calmann-Lévy.

Roman scientifique d'Emile Zola. La médecine et les Rougon-Macquart, par MARTINEAU. In-8, 1907. — Paris, Baillière.

Une loi nécessaire. L'insalubrité publique et l'expropriation, par le docteur Eug. GAUTREZ, directeur d'hygiène de la ville de Clermont-Ferrand, préface par Em. CHEYSSON, membre de l'Institut. In-18 jésus de 174 p. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

Formes postérieures de l'appendicite, par VIGNARD, CAVAILLON et CHABANON (de Lyon). In-8. — Prix : 1 franc. — Paris, Poinat.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Voyages circulaires en Italie. — La Compagnie délivre toute l'année, à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes très variés, permettant de visiter les parties les plus intéressantes de l'Italie. La nomenclature complète de ces voyages figure dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., vendu 50 centimes dans toutes les gares du réseau.

Ci-après, à titre d'exemple, l'indication d'un voyage circulaire au départ de Paris :

Itinéraire 81-A 2 : Paris, Dijon, Lyon, Tarascon (ou Montargis-Clermont-Ferrand), Cette, Nîmes, Tarascon (ou Cette, Le Cailar, Saint-Gilles), Marseille, Vintimille, San Remo, Gênes, Novi, Alexandrie, Mortara (ou Voghera, Pavie), Milan, Turin, Modane, Culoz, Bourg (ou Lyon), Mâcon, Dijon, Paris.

(Ce voyage peut être effectué dans le sens inverse).

Prix : Première classe, 191 fr. 50 ; deuxième classe : 139 fr. 85.

Validité : 60 jours. Arrêts facultatifs sur tout le parcours.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des Fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HOPITAUX. — *Admissibilité.* — Séance du 16 mai 1907 (consultation écrite). — MM. Gallois et Lœper, 17; Clerc, 1 .

La prochaine séance aura lieu le mercredi 22 mai, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.

CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Première épreuve clinique.* — Séance du 16 mai. — MM. Alexandre et Chifoliau, 18; Baumgartner, 16.

La prochaine séance (épreuve de consultation) aura lieu le samedi 18 mai, à quatre heures et demie, à Lariboisière.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation.* — Séance du 16 mai. — MM. Colle (Lille) : « Des luxations pathologiques non congénitales; » David (Montpellier) : « Occlusions intestinales postopératoires. »

— SCIENCES ANATOMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET NATURELLES. — *Leçon orale d'une heure après trois heures de préparation.* — Séance du 15 mai. — MM. Dubreuil et Mulon : « Le ventricule moyen du cerveau. »

Séance du 16 mai. — MM. Géraudel et Delamare : « Arbre trachéo-bronchique. »

GUERRE. — Un concours s'ouvrira le 30 juillet, à neuf heures du matin, à l'Ecole d'application du service de santé militaire de Paris, pour l'admission à sept emplois d'élève en pharmacie du service de santé militaire.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — La médaille d'honneur des épidémies en bronze a été décernée à MM. les docteurs Seran, aide de clinique à l'hôpital de Toulouse; Leuret, ancien interne des hospices civils de Bordeaux; MM. Cremer et Dupuy, internes à la maison d'arrêt de Saint-Lazare à Paris; Mothes, externe des hôpitaux à Bordeaux; Ségard, externe à l'hôpital Claude-Bernard, à Paris.

LE TESTAMENT DU PROFESSEUR POIRIER. — Parmi les dispositions testamentaires du professeur Poirier, il faut signaler un legs de 250000 francs, environ, fait aux pauvres de Granville. Cette somme sera appliquée à la création d'un établissement de puériculture qui sera construit et organisé par les soins des docteurs H. de Rothschild et Letourneur (de Granville).

L'UNIVERSITÉ DE LONDRES A PARIS. — L'Université de Londres sera reçue la semaine prochaine par l'Université de Paris. Les fêtes commenceront mardi matin par une réception à la Sorbonne.

Le programme comprend en outre une réception à l'hôtel de ville, des visites à Versailles et à Chantilly, dans les principaux établissements universitaires de Paris, des réceptions à l'ambassade d'Angleterre et à l'Elysée, et enfin un grand dîner suivi d'un concert à la Sorbonne.

LES AMIS DE L'UNIVERSITÉ. — Dans l'assemblée générale tenue jeudi à la Sorbonne, la Société des amis de l'Université s'est occupée des diverses subventions accordées à des œuvres d'enseignement.

Nous remarquons, en ce qui concerne la médecine, une somme de 2000 francs, mise à la disposition de M. Roger, professeur de pathologie comparée et expérimentale à la Faculté de médecine, pour l'achat d'appareils nécessaires à l'examen du fonctionnement de l'estomac et de l'intestin au moyen des rayons Röntgen.

L'ŒUVRE NOUVELLE DES CRÈCHES PARISIENNES a tenu mercredi après-midi son assemblée générale, sous la présidence du docteur Variot, à la mairie du VIIIe arrondissement.

Le docteur Jacques Bertillon, chef des travaux statistiques de la Ville de Paris, a rendu compte, dans un rapport des plus intéressants, des progrès des crèches qui appartiennent à cette œuvre. Depuis sa création, 1687 enfants y ont reçu les soins nécessaires; en outre, des consultations de nourrissons y sont données toutes les semaines; une école de bonnes d'enfants diplômées vient d'être fondée.

A l'issue de la séance, les membres sortants du comité central ont été réélus et l'on a nommé M. Jacques Bertillon, secrétaire général.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la dix-neuvième semaine, 1 037 décès, au lieu de 1 122 pendant la semaine précédente et au lieu de 954, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire s'est donc amélioré.

La fièvre typhoïde a causé 8 décès, la variole 5 (moyenne 1) et la scarlatine 9 (moyenne 3) continuent à dépasser la moyenne ordinaire de la saison. Le nombre des cas nouveaux s'élève à 393 (moyenne 83).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Chaigneau (de Barbotan-les-Bains) et Julien Demange (de Nancy).

REVUE GÉNÉRALE

LES PLEURÉSIES DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE

ÉTIOLOGIE ET SYMPTOMATOLOGIE

Par C. NORDMANN.
Interne des hôpitaux de Lyon.

I

Historique. — Les pleurésies dans la fièvre typhoïde n'ont été longtemps qu'une découverte d'autopsie. Ainsi, dès 1624, Spigel relate une observation suivie d'autopsie, dans laquelle l'histoire clinique et les lésions anatomiques ne rendent pas douteuse l'existence d'une fièvre typhoïde, compliquée de pleurésie.

Chirac (1762), Rœderer et Wagner (1762), Prost (1804) signalent des faits analogues.

Petit et Serre (1813), Bouillaud (1826) rapportent 6 observations.

Louis, le premier (1829), commença à apercevoir les relations qui peuvent unir pleurésie, fièvre typhoïde, et à ne pas trouver dans la coexistence de ces deux affections qu'une association fortuite.

Quand, par les recherches de Laënnec, le diagnostic clinique des pleurésies fut possible, Landel, Trousseau, Rilliet et Barthez, Grisolle, Rollet tracent en France le tableau clinique de la pleurésie typhique et remarquent sa rareté.

En Angleterre, Peacock, Gairdner, Jenner, Tredic;

En Allemagne, Griesinger, Hoffmann, Liebermeister insistent au contraire sur sa fréquence.

En 1885, commence la période bactériologique. Rendu et de Gennes, Valentini, Loriga et Pensuti, Mya et Beffanti furent les premiers à trouver de l'Éberth dans les pleurésies typhoïdiques.

Pendant longtemps toute l'attention fut orientée de ce côté-là et les auteurs se contentèrent des recherches microscopiques.

Depuis quelques années enfin, on s'est aperçu, à la suite des recherches de Charrin, de Kelsch, de Sacaze, que trouver l'Eberth dans le liquide pleural ne suffisait point à faire affirmer la nature éberthienne d'une pleurésie, et l'on s'est ingénié à combiner les multiples recherches de laboratoire.

II

Étiologie. — *Fréquence.* — Louis, le premier qui s'occupa réellement de ces pleurésies, en signale la rareté (1 cas sur 47).

Twedie affirma le contraire. Jenner évalua à 40 p. 100 les complications de telle sorte.

On était donc prêt en France, à admettre la plus grande fréquence en Angleterre des pleurésies typhiques, quand Murchinson publia une longue statistique de dothiénentéries, avec 2 cas seulement de pleurésies.

Récemment, nouvelle discussion du même ordre. Fernand Widal et Merklen signalent 10 observations d'épanchements typhiques observées en six mois. Siredey s'étonne de leur statistique.

Dans leurs cas en effet il s'agissait bien plutôt de transsudation pleurale que de pleurésie.

Néanmoins d'autres facteurs peuvent intervenir pour expliquer les résultats discordants des auteurs.

Influence des épidémies. — Celle-ci ne peut être niée. Dès 1876, Feréol signalait la tendance de l'épidémie d'alors à affecter les séreuses, et suivant les années, les pleurésies semblent plus ou moins fréquentes.

Méthode de Brand. — En réalité celle-ci a été à tort incriminée. Brand sur 211 cas baignés dès le début, ne signala pas de pleurésie. Si les pleurésies semblaient moins fréquentes autrefois, c'est qu'elles étaient moins souvent diagnostiquées.

Age des sujets. — Les enfants sont rarement touchés. Sur une centaine d'observations que nous avons colligées, 5 seulement concernent des enfants au-dessous de six ans.

Les vieillards sont beaucoup plus souvent atteints, se comportant en cela d'ailleurs comme les sujets déprimés.

Dispositions individuelles. — Leur importance est considérable, soit pour expliquer les pleurésies par infarctus chez les cardiaques, soit pour rendre compte de la nature fréquemment tuberculeuse des épanchements chez les individus prédisposés.

Role des lésions de voisinage. — L'anatomie pathologique dans les cas de décès vient généralement montrer l'importance des lésions de voisinage du poumon ou des autres organes.

Au niveau du poumon on constate :

Tantôt de la congestion pulmonaire simple avec bronchite (il s'agit alors surtout d'exsudations, mais parfois aussi d'épanchements abondants), tantôt des infarctus, des pneumonies ou broncho-pneumonies. A côté de pleurésies séreuses, les plus fréquentes, on pourra alors avoir affaire à des pleurésies purulentes ou même gangréneuses;

Tantôt on constate des foyers tuberculeux guéris ou en évolution. Dans les anciennes observations d'Hoffmann et Potain, les poumons renfermaient de grosses cavernes tuberculeuses.

Tantôt enfin de vastes abcès ou des foyers de gangrène pulmonaire donnant lieu à des pleurésies purulentes très graves.

Du côté du foie et de la rate des lésions de périhépatite et de périsplénite semblent parfois rendre compte de la coexistence de pleurésies sèches ou pleuro-fibrineuses.

Des abcès hépatiques ou péri-hépatiques (Remlinger), des phlegmons sous-diaphragmatiques viennent accompagner parfois et expliquer la présence d'empyèmes.

Cas inexplicables par l'anatomie pathologique. — Pour les empyèmes, on croit parfois avoir affaire à des empyèmes primitifs, mais, et bien que le pouvoir pyogène de l'Eberth soit indiscutable, en cherchant bien on finit par trouver ou un peu de pus au voisinage de la plèvre ou des escarres cutanées ou des lésions en voie de suppuration. La moindre éraillure du tégument peut suffire à expliquer la mise en jeu

des microbes de la suppuration, et il est assez rare de trouver des pleurésies purulentes inexplicables anatomo-pathologiquement.

Pour les pleurésies séro-fibrineuses ou hématiques au contraire, il est fréquent de n'avoir aucune explication par les lésions de voisinage, soit que celles-ci aient disparu, soit même peut-être qu'elles n'aient point existé. Dans ces cas-là c'est l'Eberth ou le bacille de Koch qui sont en cause. Parfois peut-être la syphilis interviendrait (Beriel). Pratiquement a-t-on affaire à des pleurésies tuberculeuses ou typhiques? C'est ce que le laboratoire et la clinique doivent chercher à élucider. Le problème a une importance d'autant plus grande que le pronostic dans les deux cas, est essentiellement différent : bénin dans les pleurésies éberthiennes, beaucoup plus grave dans les pleurésies tuberculeuses.

III

Recherches de laboratoire. — *Examen bactériologique de l'exsudat.* — On peut déceler les bactéries d'un liquide soit par l'examen direct qui ne donne qu'exceptionnellement des résultats positifs, soit par des cultures.

Ces cultures même positives ne prouvent souvent pas grand'chose ; elles peuvent être complexes, il peut y avoir association de bacilles de Koch et de bacilles d'Eberth.

Si la culture demeure stérile on est en droit de songer à la tuberculose. Le bacille de Koch est en effet en quantité si minime dans l'exsudat tuberculeux, et la culture en est si délicate qu'il est très difficile de l'obtenir.

En tout cas les résultats obtenus par cette méthode sont difficiles à interpréter. Dans nombre de pleurésies manifestement typhoïdiques, l'Eberth n'est point trouvé, il peut n'être rencontré qu'après plusieurs ponctions successives, à cause du pouvoir bactéricide des exsudats pleuraux et de l'existence précaire du bacille. Pour M. Paul Courmont, en outre, la réaction agglutinante tend à lutter contre l'envahissement bacillaire et à affaiblir l'agent infectieux, aussi l'Eberth, quand il est parfois trouvé, est-il modifié dans son aspect et se présente-t-il avec des caractères discutables.

La méthode des cultures ne peut donc suffire à elle seule à faire le diagnostic étiologique d'un épanchement pleural.

Pouvoir éberthicide de sérosité pleurale. — Il ne prouve rien. Un épanchement, quel qu'il soit, chez un typhique ne peut-il acquérir des propriétés empêchantes vis-à-vis de l'Eberth? (Lesieur et Barjon.)

Pouvoir agglutinant soit pour l'Eberth, soit pour le bacille de Koch.

Dans les pleurésies typhiques, le pouvoir agglutinant du liquide pleural peut être très considérable.

Mais les liquides de pleurésies à bacilles de Koch, à pneumocoques, à staphylocoques chez des typhoïsants, agglutinent aussi très bien (P. Courmont).

En outre Paul Courmont démontre in vitro que le pouvoir agglutinant peut disparaître ou diminuer par la présence in loco du bacille typhique.

La séro-réaction d'Arloing-Courmont d'autre part perd ici de sa valeur. Les agglutinines ne sont pas absolument spécifiques, les humeurs agglutinant l'Eberth, agglutinent généralement les cultures homogènes du bacille de Koch.

Cytologie. — Celle-ci a donné des résultats fort variables.

Ravaut montre dans ces pleurésies la présence de quelques polynucléaires, de lymphocytes parfois assez nombreux et constamment de grandes cellules endothéliales soudées et en placards.

Widal et ses élèves insistent sur l'importance de ces grandes cellules endothéliales isolées.

Léopold Lévi et Malloizel voient quantité de mononucléaires à gros noyaux.

Rosenthal constate la présence de lymphocytes d'abord, puis de polynucléaires.

Barjon, Lesieur voient au contraire au début un stade de polynucléose.

Si l'on songe d'autre part que dans les épanchements tuberculeux, les résultats sont variables suivant l'époque de l'épanchement, on voit combien la cytologie est loin de nous apporter des résultats décisifs.

Epreuve de la tuberculine. — C'est là une épreuve peu employée, mais qui pourra être utilisée, surtout si par les procédés récents de Marmorek et Merieux, on évite au malade les malaises légers inhérents à cette épreuve.

Inoculation au cobaye. — C'est là l'épreuve décisive au point de vue du diagnostic et beaucoup de pleurésies ont été regardées comme éberthiennes, que les cobayes auraient décelées tuberculeuses. Sur 60 observations récentes que nous avons compulsées, 15 fois seulement l'inoculation a été pratiquée.

Mais on ne trouve point toujours des lésions très marquées ; et d'autre part les animaux peuvent mourir de façon précoce. Plusieurs inoculations seront donc souvent nécessaires.

Conclusions. — Si chacune des épreuves de laboratoire peut laisser place au doute, des résultats concordants peuvent avoir une importance considérable pour le diagnostic. L'inoculation au cobaye nous paraît avoir une valeur primordiale.

Mais si l'on ne se trouve point outillé pour ces diverses recherches, la clinique, l'examen consciencieux et suivi du malade ne peuvent-ils nous amener à un diagnostic étiologique précis? Dans de nombreux cas nous croyons ce diagnostic possible, et pour cela nous allons examiner les différents types cliniques des pleurésies chez les typhiques.

IV

Données générales sur l'étude clinique des pleurésies typhiques. — Bien que les pleurésies typhiques aient une évolution différente suivant les périodes, il est quelques symptômes généraux communs à toutes, et quelques particularités intéressantes à signaler.

Plus grande fréquence à gauche. — Faut-il incriminer le voisinage de la rate toujours grosse dans la typhoïde ? Il nous semble difficile de l'affirmer.

Disproportion entre les signes physiques et l'abondance de l'épanchement. — Le liquide est générale-

ment peu abondant, moins abondant qu'on ne pourrait le supposer. Le fait a été attribué le plus souvent à l'état d'inflammation ou de congestion plus ou moins accentué du poumon sous-jacent. Le plus généralement on n'a que 2 à 300 grammes de liquide; l'épanchement reste postérieur et n'a pas de tendance à tourner.

Intensité et persistance des symptômes pulmonaires. — Ces symptômes ne sont souvent que l'exagération des troubles respiratoires normaux de la fièvre typhoïde.

Nature de l'épanchement. — On a longtemps discuté sur la nature du liquide pleural. Louis le considérait comme toujours rouge, Sorel comme toujours purulent.

Il nous faut insister sur la nature fréquemment hémorragique de ces épanchements, faits signalés pour la première fois par Charrin et Roger en 1890. Un liquide d'abord séreux peut devenir hémorragique, puis purulent ou inversement. Plus on s'éloigne de la période d'état, plus l'épanchement a chance d'être purulent.

V

Formes cliniques. — L'étude de ces caractères généraux nous montre qu'il faut étudier dans des chapitres séparés les pleurésies à chaque période.

A chaque période en effet, l'organisme réagit d'une façon différente.

Pleurotyphus. — Le pleurotyphus est une rareté. Un certain nombre de cas furent publiés par Lecorché et Talamon en 1884. Puis vinrent en 1894 les observations de Talamon et surtout de Fernet. Quelques cas récents ont été publiés.

Dans tous les cas, la pleurésie ouvre la scène, masquant la fièvre typhoïde. Cette pleurésie débute par un point de côté léger, qui disparaît vite.

Les symptômes typhiques sont toujours remarquablement atténués. Parfois même la typhoïde se présente plutôt sous la forme d'embarras gastrique fébrile. Dans une pleurésie avec symptômes généraux plus accusés que d'habitude, il faudra donc toujours soupçonner la fièvre typhoïde. Peut-être le pleurotyphus sera-t-il moins rare quand on saura mieux le chercher.

Le liquide est peu abondant, séreux.

La guérison de cette pleurésie se fait spontanément, sans jamais laisser ni submatité, ni affaiblissement respiratoire. Elle est complète.

Ajoutons que les symptômes fonctionnels ne sont pas très accusés et peuvent parfois passer inaperçus.

Si les pleurésies du début se traduisent généralement ainsi, d'une façon particulièrement bénigne, dans quelques faits il n'en est point ainsi.

Dans le cas de Gaultier, une pleurésie, au début bénigne, fut ensuite mortelle. Dans quelques cas la dothiénentérie débute par un empyème d'emblée très grave, et nous avons souvenir d'un malade mourant rapidement peu après son entrée à l'hôpital, d'un empyème, pour lequel furent trouvées des lésions intestinales de fièvre typhoïde débutante.

Pleurésies de la période de déclin. — Ces pleurésies ont un début insidieux. On est étonné au cours d'une typhoïde à la période de déclin de voir la température oscillant autour de 37 et 38°5, alors qu'il n'y a plus de symptômes intestinaux, plus de diarrhée, plus de ballonnement du ventre. En outre le malade a peu d'appétit contrairement à la règle, son état général est peu satisfaisant. Mais il n'accuse aucune souffrance, exceptionnellement il signale une douleur de côté, sans dyspnée. Le clinicien cherche la raison de cet état anormal, et est souvent étonné de trouver une pleurésie. Celle-ci évolue tranquillement, donnant lieu à des oscillations légères de température. L'épanchement est peu abondant, ne tournant pas en avant, sujet à modifications, semblant augmenter par moment. La ponction montre un liquide encore moins abondant qu'on ne supposait, quelquefois hémorragique, plus souvent sérohématique ou purulent. Parfois l'on trouve juxtaposées des poches à contenu différent.

Ces pleurésies guérissent en général rapidement et spontanément en deux ou trois semaines. Aussitôt l'épanchement résorbé la convalescence s'établit. Elles ne laissent aucun reliquat, aucune obscurité respiratoire. Par contre les empyèmes, soit primitifs, soit consécutifs à des pleurésies séreuses, guérissent plus lentement. Leur résorption se fait rarement spontanément et demande généralement des ponctions répétées ou une pleurotomie. Mais ces empyèmes ne donnent que peu de symptômes généraux. La température, à part quelques oscillations, n'offre rien de caractéristique. Le diagnostic de purulence est impossible, enfin la guérison se fait généralement complète.

Ces pleurésies du déclin sont donc généralement bénignes, elles n'aggravent point le pronostic de la fièvre typhoïde, leur nature est presque toujours éberthienne.

Types cliniques des pleurésies du déclin. — Ces pleurésies peuvent être tout à fait latentes, passer complètement inaperçues, ce qui explique peut-être les statistiques différentes des auteurs.

Elles peuvent être très cloisonnées, sous forme de pleurésies diaphragmatiques, de pleurésies interlobaires.

L'exsudation peut être extrêmement faible et tous les intermédiaires sont possibles entre la pleurésie sèche et l'épanchement assez abondant.

La tendance au cloisonnement explique la terminaison par symphyse quelquefois signalée.

Dans quelques cas enfin, les empyèmes peuvent être d'un pronostic sérieux, être même mortels.

Pleurésies de la convalescence. — Ces pleurésies nous semblent généralement tuberculeuses, mais non toujours (Barjon et Lesieur). Ceci leur imprime un caractère particulier.

Elles surviennent chez des individus généralement exempts de tuberculose et qui semblaient bien portants.

La fièvre typhoïde chez ces malades a évolué d'une façon très régulière; les signes de bronchite sont quelquefois plus accentués et plus persistants que d'ordinaire, mais la convalescence s'achève complètement, le malade se considère comme guéri. Mais plusieurs jours après la chute complète de la tem-

pérature, une dizaine généralement, quelquefois de deux à trois semaines, la scène change brusquement. Le malade accuse de la toux, un point de côté assez violent, des frissons répétés; le thermomètre marque 38, 39 ou 40 degrés, le médecin peut constater à ce moment des frottements pleuraux.

L'épanchement une fois formé n'offre point les phénomènes de variabilité et de disparition rapide signalés précédemment. Il donnera lieu à une toux sèche et persistante, à de la dyspnée. La température oscillera aux environs de 39. L'état général ne sera point toujours très brillant.

L'évolution de ces pleurésies est longue, durant parfois trois ou quatre semaines; l'épanchement se reforme assez vite après la ponction, et est souvent rebelle à des thoracentèses répétées.

Après la guérison on constate souvent des adhérences pleurales, de l'obscurité respiratoire, quelquefois des signes légers au sommet. Le malade devra donc être suivi de très près, examiné de temps en temps après sa guérison qui peut n'être qu'apparente.

Dans le cas type que nous venons de signaler, avec persistance de l'épanchement, reproduction rapide du liquide, modification de l'état général, anorexie et amaigrissement comme dans l'observation de Josserand, obscurité du sommet à la radioscopie comme chez notre malade, la nature tuberculeuse de l'épanchement est peu douteuse.

Mais d'autres fois les caractères ci-dessus signalés sont moins nets, les épreuves de laboratoire seules viendront montrer la nature tuberculeuse d'un épanchement qui autrefois aurait été considéré comme éberthien. Le pronostic clinique devra être réformé par le pronostic de laboratoire, ce qui n'empêche point maintes fois ces pleurésies de guérir complètement. Rappelons enfin que parfois ces épanchements peuvent ne point être tuberculeux.

Quant aux pleurésies purulentes, elles sont assez fréquentes à cette période souvent comme au moment du déclin les symptômes généraux sont peu marqués, la fièvre est peu élevée, la ponction exploratrice seule fait le diagnostic. L'épanchement purulent peut d'ailleurs avoir été primitivement séreux. La vomique est fréquente et peut se répéter comme dans les pleurésies à pneumocoques. Des empyèmes de nécessité ont aussi été signalés.

Mais parfois l'affection traîne, l'individu se cachectise et finit par mourir malgré une intervention quelquefois trop tardive.

Enfin, dans les empyèmes consécutifs à des abcès de voisinage (abcès du foie, infarctus suppuré) l'évolution est beaucoup plus dramatique et le pronostic plus grave, demandant une intervention d'urgence. L'empyème peut être gangréneux, il est dû alors à la gangrène pulmonaire, il faut intervenir vite. Le pronostic doit être très réservé.

Les empyèmes consécutifs à de la pyohémie sont rapidement mortels.

VI

Conclusions générales. — 1° Le pleurotyphus est une affection très bénigne. La pleurésie semble faire avorter la fièvre typhoïde; la guérison survient facilement et spontanément. Le traitement sera celui d'une fièvre typhoïde légère, les bains seront indiqués (Tripier et Bouveret);

2° A la période de déclin les pleurésies sont généralement peu abondantes, tournant court facilement, n'aggravant point le pronostic, ne laissant guère de séquelles. La ponction pourra être discutée. Si l'épanchement est très peu abondant, si le cœur tient bien, elle pourra être différée. Dans le cas contraire, mieux vaut ponctionner, pour soulager le cœur, pour amener une guérison plus rapide.

Les épanchements légers ne contre indiquent point le bain. Sont-ils plus abondants? Il vaut mieux ponctionner d'abord, baigner ensuite;

3° Les pleurésies du déclin ou de la convalescence sont des pleurésies plus abondantes, plus tenaces, se reproduisant facilement, ne disparaissant guère sans laisser de traces, pouvant amener des adhérences. Leur pronostic doit être réservé, en raison de leur nature généralement tuberculeuse.

L'état général devra donc être pendant longtemps l'objet de soins répétés.

L'épanchement, comme celui des pleurésies tuberculeuses, pourra, suivant les doctrines, être ou n'être pas ponctionné. Nous croyons qu'il vaut mieux ponctionner et éviter ainsi la formation d'adhérences;

4° Les empyèmes sont relativement fréquents. Monnier en signale 23 cas sur 35 pleurésies. Ils se comportent un peu comme les empyèmes à pneumocoques.

Ils sont souvent plutôt une surprise de la ponction qu'un incident prévu. Mais à côté des empyèmes bénins, d'origine éberthienne ou tuberculeuse, il y a des empyèmes graves dans la pyohémie et la gangrène pulmonaire surtout.

Si les premiers peuvent guérir spontanément ou par des ponctions répétées, si quelquefois ils demandent une pleurotomie, les deuxièmes conduisent à une thérapeutique chirurgicale d'urgence, dans les deux cas. Le pronostic est tout différent. En dehors de l'histoire du malade, l'état général seul suffit à le faire.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. Des pleurésies dans la fièvre typhoïde, *Semaine méd.*, 1898. — ARLOING-DUMAREST. Antagonisme de la fièvre typhoïde et de la tuberculose, Soc. de biol., 1899.

BARJON et LESIEUR. Des pleurésies dans la fièvre typhoïde, *Lyon méd.*, 1906. — BÉRIEL. Un cas de pleurésie hémorragique dans la fièvre typhoïde, *Gaz. des hôpit.*, 1906. — BILKE. Th. de Bâle, 1870. — BILLET. Pleurésies méta-typhiques, *Lyon méd.*, 1906. — BRUNEAU. *Complications pulmonaires de la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1893.

CADE. Pleurésie tuberculeuse dans la fièvre typhoïde, Soc. méd des hôpit. de Lyon, 1906. — CASTEX. *Complications pulmonaires dans la typhoïde*, Th. de Paris, 1879. — CHAPPET. Soc. méd. des hôpit. de Lyon, 1903. — CHARRIN et ROGER. De la présence du bacille d'Eberth dans les épanchements hémorragiques, Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1891. — P. COURMONT et MARTIN. Typhoïde avec complications pleuro-pulmonaires pneumococciques, *Lyon méd.*, 1897. — P. COURMONT. Soc. de biol., 1897. — CRESPIN. *Fièvre typhoïde dans les pays chauds*, Paris 1901.

DEBRIE. Typhotuberculose, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, t. XXXV. — DESCOS. Fièvre typhoïde et granulie,

Lyon méd., 1902. — Dineur. Séro diagnostic dans typh., *Bull. de l'Acad. roy. de Belgique*, 1897. — Dopter. Rechute dans typhoïde sous forme de pleurotyphus, Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1903. — Ducloux. *Accidents pulmonaires dans typh.*, Th. de Montpellier, 1882.

Fernet. Pleurotyphus. Soc. des sc. méd. de Paris, 1891.

Gaillard. *Pleurésies dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1883; — Tuberculose posttyphique, *Médecine mod.*, 1897; — Soc. méd. des hôpit de Paris, 1900. — Gauthier. Un cas de pleurésie dans typh., *Arch. gén. de méd.*, 1904. — Gillies. *Montreal med. Journ.*, t. XXX. — Gougerot. Réactions cellulaires dans les épanchements séro-fibrineux, *Arch. de méd. expériment.*, 1906.

Hoffmann. Th. de Leipzig, 1869. — Heymans. Th. de Wurzbourg, 1904. — Holscher. Th. de Munich, 1891.

Jacquin. *Pleurésies tuberculeuses chez les typhiques*, Th. de Lyon, 1903-1904. — Jaubert. *Typhoïde et tuberculose*, Th. de Lyon, 1906. — Jaugey. *Pleurésies dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1888. — Josserand et P. Courmont. Pleurésie tuberculeuse chez un typhique, Soc. méd. des hôpit. de Lyon, 1906.

Kelsch. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1892.

Labasle. *De quelques complications dans typh.*, Lyon 1892-1893. — Labiche. *Pleurésies typhiques*, Th. de Paris, 1899. — Lacombe. Pleurésies typhiques, *Journ. des prat.*, 1905. — Lanne. Th. de Lyon, 1893-1894. — La Saigne. *Pleurésies au cours de la fièvre typhoïde*, Paris 1879. — L. Lévi. Soc. méd. des hôpit. de Paris, nov. 1903. — L. Lévi et Malloizel. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1903. — Lévy. *Arch. expérim. de pathol.*, 1900. — Loriga et Pensuti. *Riforma med.*, sept. 1890.

Ménétrier. Fièvre typhoïde compliquée de pleurésie droite, Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1896. — Michel. *Pleurésies typhiques*, Th. de Paris, 1900. — Mosny et Beaufumé. Pleurésie tuberculeuse dans typhoïde, *Tribune méd.*, 1904. — Mya et Belfanti. *Journ. de l'Acad de méd.*, Turin 1890.

Nordmann et Billet. Pleurésies de la convalescence dans la fièvre typhoïde, *Arch. gén. de méd.*, 1906.

Osler. *John Hopkins' hospital reports*, 1900.

Pigarougue. *Pleurésies dans les infarctus*, Th. de Paris, 1902. — Pipet. Th. de Paris, 1899-1900. — Potain. Pleurésie et tuberculose dans la typhoïde, *Gaz. des hôpit.*, 1885.

Ravaud. *Cytologie des épanchents pleuraux*, Th. de Paris, 1901. — Raybaud. Fièvre typhoïde compliquée de pleurésie, *Bulletin méd.*, 1900. — Remlinger. Pleurotyphus et pleurésies à bacilles d'Eberth, *Revue de méd.*, 1900. — Rendu et de Gennes. Pleurésies purulentes posttyphiques, Soc. de chir., 1885. — Revilliod. Cong. de Montpellier, 1898. — Rolleston. *Brit. med. Journ.*, 1881. — Rosenthal. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1903; — *Tribune méd.*, 1904.

Sacaze. Un cas de pleurésie séreuse tuberculo-streptococcique, *Revue de méd.*, 1893. — Sears. A note on pleurity in typh., *Boston med.*, 1902. — Siredey. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1900. — Souques, Lesné et Ravaut. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1900.

Talamon. *Médecine mod.*, 1891. — Talamon-Lecorché. *Pleurotyphus. Etudes méd. de la maison Dubois*, 1881. — Tisserand et Truchet. Pleurésies purulentes posttyphiques, *Loire méd.*, 1906. — Twecdie. London 1862.

Valentini. *Berl. klin. Wochens.*, 1879. — Vergnaud. *Rapports de fièvre typhoïde et tuberculose*, Th. de Paris, 1901. — Veller. *Nederl. Tijdsch. voor Gineesk.*, 1905. — Vincent. Cytologie des pleurésies typhiques, Soc. de biol., 1903.

Weintrand. *Berl. klin. Wochens.*, 1893. — Widal et Merklen. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1903. — Widal et Lemierre. Soc. de biol., 1903. — Widal et Ravaut. Soc. de biol., 1903. — Wolf. Morphologie des pleuro-exsudats, *Berl. klin. Wochens.*, 1902.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 15 mai 1907)

Ouverture des abcès pelviens. — Toujours à propos de la communication de M. Robert Picqué, M. Broca examine la valeur comparative de l'incision périnéale et de l'incision rectale appliquées au traitement de ces abcès. Il faut, pour cela, distinguer les abcès supérieurs des abcès inférieurs. Les premiers seront toujours justiciables de l'incision abdominale. Pour les seconds on peut avoir à choisir entre l'incision périnéale et l'incision rectale. C'est à cette dernière que M. Broca donne la préférence. Les choses se passent alors comme lorsque ces abcès s'ouvrent spontanément par le rectum. Il n'y a pas à craindre, dans ces cas, d'infection de la poche par suite de l'ouverture du rectum. M. Broca a pratiqué trois fois cette incision rectale et il a vu les choses évoluer comme si l'ouverture s'était faite spontanément par cette voie. Il n'a jamais eu l'occasion de recourir à la voie périnéale qui, pour lui, n'est qu'une voie d'exception.

M. Chaput qui, depuis longtemps, ouvre beaucoup d'abcès pelviens par la voie rectale, affirma, contrairement à ce qui a été dit, que cette voie prérectale est très facile, très simple et qu'elle n'expose nullement aux hémorragies. Il n'est même pas nécessaire de recourir à l'anesthésie pour opérer par cette voie. Jamais il n'a constaté d'infection secondaire de la poche par suite de l'ouverture du rectum. M. Chaput préfère cette voie à la voie abdominale. Il ajoute quelques mots sur sa technique personnelle : il a recours à une pince troquart spéciale; il ne met jamais de mèches et se contente de maintenir l'ouverture en y introduisant chaque jour le doigt, ce qui n'est nullement douloureux.

M. Reynier, se basant sur la bénignité de l'ouverture spontanée par le rectum, et ayant constaté, après cette ouverture spontanée, l'abaissement considérable de la température, l'absence constante d'infection de la poche, etc., s'est demandé, avec M. Chaput, pourquoi le chirurgien n'interviendrait pas par cette voie. La position déclive, la réduction au minimum des voies d'absorption sont des avantages précieux. C'est pourquoi M. Reynier a de préférence recours à l'ouverture des abcès pelviens inférieurs par la voie rectale.

MM. Le Dentu et Mauclaire apportent également des faits en faveur de l'ouverture des abcès pelviens par la voie rectale.

Tétanos. — M. Rieffel se montre peu confiant à l'égard du sérum antitétanique. Il va même jusqu'à se demander si, dans certains cas, il ne serait pas capable d'aggraver la situation. Voilà, par exemple, un malade atteint de tétanos à marche lente, traité par le bromure et le chloral à très hautes doses. On fait une injection sous-cutanée de 5 centimètres cubes; le lendemain, il est pris de paralysie faciale, on refait une injection intra-rachidienne de 10 centimètres cubes; le tétanos se généralise. Pendant cinq jours on fait des injections sous-cutanées et le malade meurt subitement par spasme de la glotte. A côté de ces faits, il en est dans lesquels les malades guérissent sans injections, ou malgré les injections de sérum antitétanique.

M. Berger croit que les injections sous-cutanées ont une certaine valeur préventive. Il rappelle le cas de M. Routier : Un blessé auquel on a oublié de faire l'injection préventive, et qui a eu le tétanos. M. Berger a des faits semblables. Depuis la communication de Bazy en 1897, M. Berger a toujours eu recours aux injections préventives dans les cas de plaies de rues.

Il cite l'observation d'un homme arrivant à l'hôpital avec

une plaie du doigt; on nettoie cette plaie; cinq jours après, trismus. On ampute le doigt, on donne le chloral, à doses massives, on fait des injections de sérum, des injections de morphine, le malade meurt. Cet homme n'avait pas eu d'injections préventives. M. Berger cite un certain nombre de faits d'où il semble résulter que, si les injections de sérum se montrent inefficaces au point de vue curatif, elles semblent exercer une action favorable quand elles sont faites préventivement, soit en empêchant le tétanos de se développer, soit en l'atténuant, s'il apparaît malgré l'injection. Il est absolument démontré d'autre part que ces injections préventives sont inoffensives. M. Berger reste donc partisan de l'emploi des injections préventives dans tous les cas de plaies susceptibles de se compliquer de tétanos.

Tuberculose des ganglions iléo-cæcaux. — M. Demoulin fait un rapport sur un travail de M. Massoulard (de Troyes). Un malade paraît atteint d'appendicite chronique; on l'opère; on ne trouve rien à l'appendice, mais on trouve des ganglions autour du cæcum, on les enlève; on les examine et on les trouve tuberculeux. M. Demoulin rappelle que Gérard-Marchant avait appelé l'attention sur ces faits. Il rappelle également le fait communiqué par M. Michaux. Dans tous ces faits, c'est toujours le diagnostic d'appendicite qui a été porté. Il y a des cas où l'appendice est atteint et d'autres où il reste sain. Il faut donc, dans la classe des para-appendicites, ajouter les adénites péricæcales.

Perforation intestinale. — M. Rochard analyse une observation de M. Guyon (de Marseille). Il s'agissait d'une fièvre typhoïde à forme ambulatoire prise pour une appendicite; on opère; on trouve, dans le ventre, une sérosité louche, l'appendice sain, mais plusieurs ulcérations et une perforation du cæcum. Celle-ci est fermée; le malade guérit.

Blessures viscérales multiples par balle de revolver. — M. Rochard fait un second rapport sur une observation de M. Malartic (de Toulon). Il s'agissait d'une double perforation de l'estomac, de quatre perforations intestinales, de la blessure d'une artère mésentérique par balle de revolver; pyopneumothorax consécutif; ouverture du ventre immédiate, suture des perforations, ligature de l'artère ouverte; guérison.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 11 mai 1907)

Influence des variations des œdèmes sur la masse du sang. — MM. Achard et Demanche ont étudié les variations que subit la masse du sang lorsque, chez des sujets hydropiques, on augmente ou diminue l'œdème par des actions purement mécaniques. Pour apprécier ces variations, ils ont combiné la numération des globules, le dosage de l'hémoglobine et la mesure de l'indice de réfraction du sérum, qui donne la teneur de ce liquide en albumine.

En faisant passer des malades de la position couchée à la position assise, les pieds posés à terre, ce qui augmentait l'œdème, ils ont vu la masse de sang diminuer. En même temps le volume de l'urine diminuait aussi.

En augmentant l'œdème des membres inférieurs par des ligatures cellulaires appliquées à la racine des cuisses, à la façon de Bier, ils ont noté, de même, une diminution de la masse du sang.

Au contraire, la compression méthodique des membres œdématiés, de l'extrémité à la racine, a produit une augmentation de la masse du sang, accompagnée de diurèse.

Action du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux sur le treponema pallidum. — Wassermann, Neisser et Bruck ont découvert, dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux, des substances capables de se fixer sur les dérivés du *treponema pallidum* et de donner la réaction de Bordet et Gengou. Ils ont considéré ces substances comme étant des anticorps syphilitiques spécifiques. MM. Levaditi et Marie ont confirmé ces recherches, mais n'ont pas pu s'assurer que les principes découverts par Wassermann sont réellement des anticorps. Pour élucider cette question, les auteurs se sont adressés à l'expérimentation sur le singe. Ils ont fait agir *in vitro* du liquide céphalo-rachidien de paralytiques généraux et d'épileptiques sur des tréponèmes prélevés sur des chancres simiens ou humains et ont inoculé les mélanges à des singes (bonnet chinois, mac. cynomolgus et rhesus). L'expérience a montré que des liquides céphalo-rachidiens ayant donné une séro-réaction positive et qui par conséquent devaient, d'après Wassermann, contenir des quantités appréciables d'anticorps, n'ont exercé aucune action bactéricide directe sur les tréponèmes, les singes ayant pris la syphilis. Faut-il conclure de là que les substances de Wassermann ne sont pas des anticorps syphilitiques? Les auteurs ne le pensent pas, étant donné que l'on connaît des sérums riches en anticorps et qui sont préventifs sans être bactériolytiques. Néanmoins un doute doit persister. Les anticorps syphilitiques, étant censés agir sur les tréponèmes, devraient se comporter comme les autres anticorps spirillicides; or, ces derniers sont au plus haut point bactériolytiques.

Abcès provoqués et œdèmes expérimentaux. — Pour M. Feuillié, en pratiquant chaque jour chez le chien une injection sous-cutanée de sublimé, on obtient bientôt un nodule ferme au lieu d'œdème. Pendant ce temps disparaissaient peu à peu dans le sang les leucocytes en voie de dégénérescence.

Par l'examen des leucocytes du sang on peut ainsi prévoir chez l'homme, ce qui suivra localement l'injection de sublimé, nodule, œdème ou abcès aseptique.

Au lieu de sublimé, on peut se servir, pour des résultats analogues, d'huile mercurielle et même de chlorure de sodium.

Ces injections ne font que terminer localement la destruction des éléments en voie de dégénérescence.

Ces faits viennent à l'appui de cette proposition que *tout œdème a pour origine, au moins en partie, une dégénérescence cellulaire.*

Encéphalite aiguë expérimentale. — MM. Dopter et Oberthür ont pu réaliser chez le chien une véritable encéphalite expérimentale (encéphalite aiguë hémorragique et encéphalite hyperplastique), en injectant dans la substance cérébrale, de l'éther, de l'alcool, de l'essence de térébenthine ou des cultures filtrées de staphylocoque doré.

Les lésions provoquées consistaient, comme dans l'encéphalite humaine non suppurée, en hyperémie, hémorragies multiples, œdème, infiltration des parois vasculaires formant autour d'elles de véritables manchons leucocytaires, altérations chromatolytiques des cellules cérébrales. Ces phénomènes s'observaient non seulement au niveau du point d'inoculation, mais aussi à distance.

Dans le cas de survie prolongée des animaux, on assiste à l'évolution anatomique d'une véritable encéphalite hyperplastique.

Ces faits semblent de nature à expliquer la genèse de cette affection montrant que le foyer encéphalitique, dont l'étiologie est dominée par l'infection, relève non des microbes mais de leurs produits de sécrétion.

D'autre part, l'encéphalite aiguë hémorragique et l'encéphalite hyperplastique doivent être considérées comme deux variétés d'un seul et même processus inflammatoire.

Des lésions rénales provoquées par l'injection de doses massives de phlorhizine. — Pour MM. Policard et M. Gar-

NIER (de Lyon), l'injection de doses massives de phlorhizine dans le tissu cellulaire sous-cutané détermine des lésions rénales disposées en foyers circonscrits. L'altération porte uniquement sur l'épithélium à bordure striée des tubes contournés du rein, et consiste dans une dégénérescence vitreuse caractéristique.

Fonction trichogène du corps thyroïde. Signe du sourcil. — Pour MM. Léopold Lévi et Henri de Rothschild, le corps thyroïde exerce sur l'appareil pileux une influence manifeste dans le myxœdème spontané, congénital ou acquis, dans le myxœdème opératoire et chez les animaux thyroïdectomisés. On la retrouve encore dans l'insuffisance thyroïdienne, à des degrés divers (syndrome d'Hertoghe, infantilisme, hypo-thyroïdie minima).

Inversement, dans l'insuffisance ovarienne, qui s'accompagne d'hyper-thyroïdie, il y a souvent développement pileux exagéré, et de même, l'opothérapie thyroïdienne a une influence favorable sur l'appareil pileux.

Dans l'alopécie, lorsqu'elle n'est pas liée à des lésions locales (grossesse, affections générales, syphilis), il y a à tenir compte d'un élément d'hypo-thyroïdie.

Parmi les troubles de l'appareil pileux, les auteurs insistent sur la raréfaction des sourcils à leur partie externe liée à la kératose pilaire (Hertoghe), ou par troubles de développement. Ce signe, facile à constater : *signe du sourcil*, est parfois héréditaire, souvent familial et proportionnel au degré d'hypo-thyroïdie. Indice d'insuffisance thyroïdienne, il acquiert d'autant plus d'intérêt qu'il est associé à l'œdème palpébral permanent ou transitoire.

La notion de la fonction trichogène du corps thyroïde entraîne des déductions intéressant la syphilis, la prédisposition à la tuberculose, l'état de la volonté.

Action de la salive chauffée. — D'après M. Roger, la salive dont on a détruit le pouvoir saccharifiant par un chauffage prolongé entre 85 ou 100 degrés, n'est pas devenue complètement inactive; mélangée à de la salive fraîche, elle en augmente notablement l'action diastasique. Si on fait agir pendant une demi-heure $0^{cc}05$ de salive sur 10 centimètres cubes d'empois d'amidon à 1 p. 100, on obtient $0^{cc}007$ de sucre; si on a ajouté au mélange 2 centimètres cubes de salive dont le ferment a été détruit par un chauffage préalable, la quantité de sucre monte à 0,031. En mettant une dose de salive moitié moindre, on obtient encore 0,025 de sucre.

Pour réactiver la salive chauffée, il suffit d'une trace de salive fraîche, des quantités qui sont tellement minimes qu'elles ne saccharifient plus l'amidon, sont encore capables de donner, avec 2 centimètres cubes de salive chauffée, 0,005 et 0,007 de sucre.

Introduction à l'étude de la spécificité cellulaire. Transport de colloïdes à travers des colloïdes. Suc pancréatique et ovalbumine. — Il résulte de la note de M. H. Iscovesco que :

1° La charge de l'ovalbumine coagulée, en présence du suc pancréatique est électro-positive ;

2° Cette charge est inversée en présence du suc pancréatique dialysé ou bouilli, c'est-à-dire qu'elle devient électronégative ;

3° La charge de l'ovalbumine est fonction non seulement des sels contenus dans le suc pancréatique, mais aussi d'une substance inconnue qui est destructible par la chaleur et passe à travers les sacs à dialyse.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR L'ACCUMULATION DIGITALIQUE

Par le docteur Trullet.

Dans une précédente communication (1), inspirée par les résultats cliniques que nous avaient fournis les injections intramusculaires profondes de digalène, nous avons essayé de montrer toute l'importance pratique de ce mode d'introduction digitalique. Nous sommes convaincu, en effet, que la digitoxine Cloetta représente par sa fixité chimique, son dosage rigoureux, sa solubilité particulière, sa toxicité presque nulle et l'indolence de son administration intra-fessière, un réel progrès thérapeutique. Elle est un remède d'urgence pour les cas d'asthénie cardiaque aiguë, et permet en outre l'utilisation de la digitale, quand l'estomac des asystoliques est nettement intolérant. Dans aucune de nos observations, le moindre phénomène d'accumulation ne s'était manifesté, et pourtant nous avions injecté pendant cinq à six jours de suite 2 à 3 centimètres cubes de digalène.

Cette absence totale d'accumulation, nous l'avons observée aussi dans 7 autres cas d'asystolie, où nous avons ordonné le remède à doses encore plus élevées, 4 centimètres cubes *pro die* et *par la voie gastrique*.

Quand on songe aux phénomènes cumulatifs, que des doses correspondantes eussent infailliblement produits avec tout autre digitalique, n'y a-t-il pas là pour le praticien un fait d'un très grand intérêt et qui mérite qu'on s'y arrête un instant?

Jetons, en effet, un rapide coup d'œil sur ces observations.

Une asystolique par rétrécissement mitral pur absorbe en huit jours 28 centimètres cubes de digalène, une autre, en insuffisance mitrale troublée, en ingère 20 centimètres cubes en six jours, et 9 centimètres cubes par la suite, après une période de repos de cinq jours. Un autre, atteint de dilatation considérable du cœur droit, survenant dans le cours d'une ancienne néphrite, prend 23 centimètres cubes en sept jours, un autre, en asystolie (insuffisance mitrale), 29 centimètres cubes en trois fois trois jours, séparés par des intervalles de quarante-huit heures de repos, et jamais nous n'avons observé ni ralentissement du pouls, ni céphalée, ni vertiges, ni troubles oculaires. Dans tous les cas l'action est rapide et puissante, les battements du cœur se ralentissent, la dyspnée s'éloigne, la diurèse remonte, et enfin les œdèmes s'effacent. Et sait-on ce que représentent 4 centimètres cubes de digalène? Exactement 60 centigrammes de poudre de feuilles fraîches (4×15 centigrammes). Cette dose, sans doute, n'a rien d'exagéré par elle-même, mais c'est pendant cinq et six jours consécutifs et parfois davantage, que les malades ont absorbé ces 60 centigrammes! Comment expliquer alors cette non-accumulation à priori paradoxale? Par la nature même de la digalène.

Cette digitoxine, en effet, n'est pas autre chose que le principe actif des feuilles fraîches de digitale n'ayant encore subi aucune des altérations habituelles aux feuilles desséchées, utilisées pour les préparations galéniques, et de plus elle est *soluble*. Cette solubilité, plus encore que sa pureté chimique chimique invariable, explique l'*absence de phénomènes cumulatifs*. Que se passait-il en effet quand nos malades avaient absorbé leurs 4 premiers centimètres cubes? La diurèse montait, elle atteignait déjà 800 à 1 100 grammes, prouvant ainsi la diffusion rapide du remède et par suite son élimination. Les jours suivants, la diurèse atteignait 2 000, 2 500, dépassait 3 000 grammes, arrivait même chez un de nos malades à 4 500 grammes au huitième jour, et chez un autre à 4 400 grammes au cinquième. Une aussi puissante diurèse ne peut aller

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 46.

évidemment sans une élimination correspondante du médicament qui la fait naître, et qui ne peut ainsi s'accumuler. Ce qui prouve d'ailleurs cette manière de voir, c'est qu'il est nécessaire, dans beaucoup de cas, de faire recommencer l'absorption du remède, parce que la diurèse baisse de plus en plus malgré la persistance des œdèmes, quand on a cessé depuis cinq à six jours la médication.

Une autre constatation fort intéressante pour le praticien est inspirée aussi par nos observations. Jamais la digalène, absorbée à raison de 3 à 4 centimètres cubes par vingt-quatre heures, n'a déterminé de troubles gastriques. Elle nous a paru certainement beaucoup mieux supportée que n'importe quelle autre préparation de digitale. Elle a montré en outre dans tous les cas une *réelle constance thérapeutique*.

Mais ces questions sont secondaires quand on pense à la *non-accumulation de la digalène* : même utilisée à haute dose, elle nous met à l'abri de ce redoutable danger. Il y a là un fait digne de retenir l'attention des médecins et qui prouve combien les propriétés de la feuille fraîche de digitale, c'est-à-dire de la plante telle qu'elle se trouve dans la nature, diffèrent des propriétés *acquises* par cette même feuille qu'une dessiccation plus ou moins prolongée a nécessairement altérée.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 27 MAI AU 1er JUIN 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 27 mai, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Déjerine, Teissier et Balthazard ; — (2e série) : MM. Gaucher, Claude et Macaigne ; — M. Pierre Duval, suppléant.

Mardi 28 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Albarran et Morestin ; — (2e série): MM. Berger, de Lapersonne et Auvray ; — (2e partie): MM. Joffroy, Thoinot et Dupré ; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 29 mai, à une heure. — 3e (2e partie, oral) : MM. Brissaud, Roger et Macaigne ; — M. Teissier, suppléant.

Vendredi 31 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Gosset ; — (2e série) : MM. Delens, Mauclaire et Pierre Duval ; — M. Proust, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki ; — M. Macaigne, suppléant.

Samedi 1er juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Thiroloix et Jeanselme ; — (2e série) : MM. Robin, Renon et Fernand Bezançon ; — M. Méry, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Demelin et Brindeau ; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Mercredi 29 mai 1907, à une heure. — M. Boutin. Contribution à l'étude des embolies au cours des endocardites. (MM. Landouzy, président; Gaucher, Claude et Marcel Labbé.) — M. Lépine. Contribution à l'étude des incidents pleuro-pulmonaires au cours de la syphilis secondaire. (MM. Gaucher, président; Landouzy, Claude et Marcel Labbé.) — M. Masini. Des indications opératoires dans les grands écrasements du membre inférieur. (MM. Reclus, président; Segond, Gosset et Pierre Duval.) — M. Durand. La scopolamine anesthésique général en chirurgie infantile. (MM. Reclus, président; Segond, Gosset et Pierre Duval.) — M. Dorny. Luxation trapézo-métacarpienne en fracture de Bennett. (MM. Segond, président; Reclus, Gosset et Pierre Duval.)

Jeudi 30 mai 1907, à une heure. — M. Pageot. Des suppurations pyélorénales chez les typhoïdiques. Rôle pathogénique du bacille d'Eberth. (MM. Dieulafoy, président; Gilbert, Robin et Rénon.) — M. Lelièvre. De l'exercice illégal de la médecine en Bretagne. Les guérisseurs, dormeuses et rebouteurs du pays breton. (MM. Gilbert, président; Dieulafoy, Robin et Rénon.) — M. Moreau. De la stomatorragie. (MM. Robin, président; Dieulafoy, Gilbert et Rénon.) — M. Lafosse. Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des pancréatites aiguës. (MM. Le Dentu, président; Berger, Auvray et Morestin.) — M. Monier. Contribution au traitement des fractures de jambe par l'extension continue. Description d'un appareil nouveau. (MM. Berger, président; Le Dentu, Auvray et Morestin.) — M. Labrunie. Quelques considérations sur l'esprit du médecin. (MM. Berger, président; Le Dentu, Auvray et Morestin.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 211, 10 avril.) Sagnac : La relation entre le voltage d'un tube de Crookes et le degré de pénétration des rayons X. — Bordier : Sur quelques résultats fournis par l'électrodensimètre de Benoist. — Bertolotti : Petite ampoule radiogène pour endodiascopie et applications de radiothérapie interne.

Journal des praticiens. — (N° 16, 20 avril 1907.) L. Rénon : Principes de phtisiothérapie.

Montpellier médical. — (N° 12, 24 mars 1907.) Pradal, Vabre, Cavalié : Un cas d'hystéro-traumatisme à forme de spasme saltatoire. — (N° 13, 31 mars.) Villard : Histologie pathologique de la conjonctivite atropinique.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 13, 31 mars 1907.) — Toth : L'intoxication industrielle par le plomb, et les mesures à prendre contre elle. — Szanto : Sur deux méthodes rapides d'examen des urines recommandables. — (N° 14, 7 avril.) Toth : L'intoxication industrielle par le plomb, et les mesures à prendre contre elle (*suite*). — Szanto : Sur deux méthodes rapides d'examen des urines recommandables (*suite*). — (N° 15, 14 avril.) Fischer : Emploi de la tonocaïne surrénale Fischer dans la pratique chirurgicale. — Toth : L'intoxication saturnine industrielle et les moyens à employer pour la combattre.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 12, 23 mars 1907.) A.H. Cheatle : Conditions anatomiques permettant au pus de passer de l'antre vers le cou. — (N° 13, 30 mars.) Vincenzo Cozzolino : De la diffusion des sinusites d'un sinus à l'autre. — (N° 14, 6 avril.) Bichelonne : Fibro-chondromes branchiaux préauriculaires et cervicaux.

Le Directeur-gerant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de nomination de médecin des hopitaux. — Séance du 22 mai 1907 (consultation écrite). — MM. Lereboullet, 20; Balthazard, 18; Boix, 17, et Coyon, 16.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 24 mai, à neuf heures du matin, à l'hôpital Laënnec.

Concours de chirurgien des hopitaux. — *Epreuve de consultation.* — Séance du 18 mai. — MM. Mouchet, 18; Schwartz, 16; Alglave et Hallopeau, 15.

Séance du 21 mai. — MM. Fredet, 19; Grégoire, 18; Alexandre, 16; Iselin, 14.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 23 mai, à Necker.

Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Question écrite : « Trompes utérines, anatomie et physiologie. »

Lecture des copies. — Séance du 15 mai : MM. Couvelaire, 20; Sauvage, 19; Jeannin, 18; Devraigne, 16; Delestre, 15.

Séance du 17 mai. — MM. Le Lorier et Funck, 19; Mouchotte, 18; Chéron, 15.

Concours pour la nomination a deux places de chirurgien des hopitaux. — Ce concours sera ouvert le lundi 10 juin 1907, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), de midi à trois heures, jusqu'au samedi 25 mai inclusivement.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. — Chirurgie et accouchements. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation.* — Séance du 17 mai. — MM. Sencert (Nancy) : « Névralgies faciales et leur traitement chirurgical; » Lecène (Paris) : « Gangrène des membres inférieurs. »

Séance du 21 mai. — MM. Latarget (Lyon) : « Des indications des résections du coude ; » Garipuy (Bordeaux et Toulouse) : « Appendicite et grossesse. »

Séance du 22 mai. — MM. Sauvage (Paris) : « La môle vésiculaire; » Trillat (Lyon) : « De l'influence que l'hystéropexie proprement dite et les diverses opérations ligamentaires répondant aux mêmes indications cliniques peuvent exercer sur la grossesse et l'accouchement. »

Les épreuves cliniques auront lieu, savoir : Pour la chirurgie, vendredi 24 mai, à neuf heures et demie du matin, à la Charité; mardi 28 mai, à neuf heures et demie du matin, à l'Hôtel-Dieu; mardi 28 mai, à quatre heures et demie du soir, à la Charité; mercredi 29 mai, à quatre heures et demie du soir, à la Charité; — Pour les accouchements, jeudi 30 mai, à neuf heures et demie du matin et à quatre heures et demie du soir, à la Clinique Tarnier.

L'épreuve d'anatomie pathologique aura lieu le vendredi matin 31 mai, à la Faculté.

L'épreuve de médecine opératoire aura lieu le vendredi soir 31 mai, à quatre heures, à l'Ecole pratique.

— Sciences anatomiques, physiologiques et naturelles. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Séance du 17 mai. — MM. Sonneville et Turlais : « Influence du système nerveux sur la glycémie. »

— Concours de l'adjuvat. — *Epreuve orale :* « Artère carotide externe. » — Ont obtenu : MM. Deniker, Rouhier et Roux, 18; Küss, 17; Poupardin et Villandre, 16; Latouche et Cottard, 14; Lemoine, 13.

L'épreuve de dissection aura lieu le mercredi 27 mai à sept heures du matin, à l'Ecole pratique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. Léon Sourdille vient d'être nommé, après concours, chef de clinique chirurgicale.

— Reims. — Le concours qui vient d'avoir lieu devant la Faculté de médecine de Nancy, pour une place de professeur suppléant des chaires de médecine, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Blum, chef de clinique médicale à l'Ecole.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Reims. — Un concours pour une place de médecin suppléant à l'hôpital civil s'ouvrira le jeudi 25 juillet 1907, à huit heures et demie du matin.

LABORATOIRE DE TOXICOLOGIE. — M. Thoinot, professeur de médecine légale, médecin-inspecteur de la Morgue, est chargé de la direction scientifique du laboratoire de toxicologie, en remplacement du professeur Brouardel, décédé.

M. Ogier, sous-chef du laboratoire de toxicologie, est nommé chef de ce laboratoire.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Une commission est instituée près le ministre de l'Intérieur pour l'étude des diverses questions qui se rattachent à l'organisation générale de l'Assistance publique à Paris. En font partie : MM. les docteurs Bonnaire, Debove, Faisans, Navarre et Walther; M. le docteur Georges Bourgeois est nommé secrétaire.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 693.*)

MAMMITE SUPPURÉE POST-TYPHIQUE

Par Henri ROGER,
Interne lauréat des hôpitaux de Montpellier.

B... Albine, âgée de trente-cinq ans, domestique, entrée le 10 décembre 1906, à l'hôpital suburbain, dans le service du professeur Grasset, salle Espéronnier, n° 11.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à six ans.

Deux grossesses conduites à terme : la première, il y a quatre ans, accouchement au forceps, mort de l'enfant; la deuxième, il y a deux ans et demi, accouchement normal; l'enfant a été allaité par la mère jusqu'à l'âge de quinze mois; pas de complications du côté des seins durant l'allaitement.

Maladie actuelle. — Début vers le 3 décembre, par anorexie, courbature générale, céphalée, douleurs abdominales. La malade a présenté, depuis, des nausées, des vomissements, de la diarrhée.

10 décembre : anorexie, langue sale, rouge à la pointe; nausées, diarrhée, céphalée, tuphos. Température : 39°5 le soir. Pouls : 104.

Purgation, quatre bains.

11 décembre : Taches rosées et séro-réaction faiblement positive. Température : 38°5 et 38°6.

13 décembre : *Vomissements* abondants, ventre ballonné. Température : 38°8. Pouls : 80. Vessie de glace sur l'abdomen; champagne.

15 décembre : Les vomissements ont cessé. Douleurs abdominales. Petite *hémorragie intestinale*. Température, 38°5. $CaCl^2$: 4 grammes. Caféine, 0,50.

16 décembre : selles encore noirâtres; ergotine, lavement de sérum gélatiné.

17 décembre : L'hémorragie a cessé. Crise de dyspnée brusque. Température : 38. Pouls : 36.

18 décembre : *Vomissement*, mauvais état général. Premier bruit du cœur sourd. Caféine, 1 gramme.

19 décembre : Plusieurs crises de dyspnée avec cyanose. Température : 39 degrés. Pouls : 92. Cœur, bruits très sourds et affaiblis. Un peu d'embryocardie. Caféine, huile camphrée.

20 décembre : Nouvelle hémorragie intestinale. Température : 38°5, 38°8.

21, 22 décembre : Epistaxis assez abondantes.

23 décembre : *Vomissements*. Température, 37 degrés, 37°7.

26 décembre : La température est remontée à 38°5, mais baisse ensuite sous l'action du pyramidon : 0,30 administré pendant trois jours.

28 décembre : Apyrexie, 36°6 et 37 degrés. Petite hémorragie intestinale; la malade entre en convalescence.

10 janvier : La malade reste apyrétique depuis le 28 décembre et, alimentée depuis le 31 décembre, commence à se lever.

2 février : La malade allait quitter le service, quand elle nous montre une *tuméfaction du sein gauche*, dont elle souffre depuis quelques jours, et qu'elle a tenue cachée par crainte du bistouri; le début en remonte à une quinzaine de jours, vers le 15 janvier; elle ressentit alors un peu de douleur et de démangeaison, au niveau du mamelon gauche, et elle constata une légère induration, de la grosseur d'une bille, un peu au-dessous du mamelon. Cette induration aurait grossi peu à peu. Les douleurs auraient été assez légères et sans irradiations d'aucune sorte.

Nous constatons au-dessous, et en dedans du mamelon, une zone rougeâtre et une masse douloureuse à la pression, de la grosseur d'un œuf de poule, dure, résistante, mobile sous la peau et sur les plans profonds, ne présentant en aucun point de fluctuation. Pas de ganglions dans l'aisselle.

La température est normale.

Nous portons le diagnostic de *mammite*, et commençons les pansements humides.

5 février : Dans le quadrant inféro-interne, siège de la tuméfaction, semble apparaître la fluctuation en un point voisin du mamelon. Les douleurs ont augmenté sans être cependant vives; la température le soir ne dépasse pas 37°9 et le soir suivant 37°6.

9 février : La tuméfaction a envahi toute la glande, prédominant toutefois dans le quadrant inféro-interne où la rougeur et la chaleur sont à leur maximum, et où la fluctuation est maintenant très nette. Les ganglions axillaires sont durs et douloureux à la pression. Malgré les signes de suppuration manifestes, la température est à 36°4. Nous décidons la malade à une intervention immédiate.

Incision radiée, de 3 à 4 centimètres, au point fluctuant, sous anesthésie au chlorure d'éthyle, il s'écoule une quantité assez considérable (environ un verre à Bordeaux) de pus verdâtre, sans odeur particulière, sous tension dans une cavité assez profonde, intra et rétromammaire, où le doigt se promène assez librement. Un peu de pus est recueilli aseptiquement.

La cavité est drainée à la gaze. Pansement humide.

10 février : Le pus, lors du premier pansement, s'écoule encore en assez grande quantité, quand on exprima la cavité de l'abcès; un petit drain en caoutchouc est placé dans cette cavité. Température : 38°1 le matin, 37°6 le soir.

Depuis, la malade n'a plus eu de fièvre, le drain a été enlevé, la suppuration s'est tarie et la malade est sortie du service le 20 février, la plaie opératoire presque complètement cicatrisée.

Examen bactériologique du pus, par M. Delanoë, préparateur de microbiologie. Infection polymicrobienne, pas de streptocoque, ni de staphylocoque; quelques colonies microbiennes liquéfiant la gélatine.

De certaines de ces colonies, les plus nombreuses, on isole un bacille mobile, présentant l'aspect coli ou Eberth, ne prenant pas le Gram, donnant sur gélatine une culture blanchâtre, visqueuse, non transparente, présentant sur agar l'aspect coli, ne donnant pas de fluorescence avec le rouge neutre, ne rougissant pas le milieu Grimbert. Ce bacille n'est ni un coli, ni un Eberth. Il présente certains caractères du paratyphique B, mais en diffère notablement par d'autres; il ne possède pas notamment d'action zymotique sur l'agar glycosé, principale réaction du paratyphique B.

Nous n'insisterons pas sur certaines particularités, cependant intéressantes, de notre observation, telles que récidive de la fièvre typhoïde chez notre malade qui en avait déjà été atteinte dans sa jeunesse, hémorragies intestinales nombreuses, intoxication profonde se traduisant par les vomissements, la myocardite, la dyspnée d'origine bulbaire avec cyanose, et nous ne nous arrêterons que sur cette complication, survenue au cours de la convalescence, la mammite suppurée.

La glande mammaire est une des glandes les moins atteintes au cours de la fièvre typhoïde. Hanriot qui

a consacré sa thèse à cette étude (Nancy 1904) n'a pu réunir que vingt observations de mammite typhique. A ces cas, nous devons ajouter l'abcès pyohémique du sein de Hennif, rapporté par Delbet dans le *Traité* de Duplay et Reclus, la mammite bilatérale non suppurée au cours même de la dothiénentérie chez une femme venant de sevrer son enfant, rapporté par Guiraud à la Société des sciences médicales de Montpellier (*Montpellier méd.*, 3 fév. 1907) et une observation déjà ancienne de Lichtheim, passée inaperçue jusqu'ici, parce qu'elle a été publiée à l'occasion d'une autre complication concomitante, une thyroïdite, et que nous avons retrouvée dans nos recherches sur cette autre complication. Aussi nous nous permettons de la résumer rapidement.

OBS. LICHTHEIM. (Rapportée par Tavel, in *Uber Ætiologie der Strumitis*, Bâle 1892, p. 8.) — *Mammite et thyroïdite post-typhique.* — B..., trente-cinq ans, entrée le 30 octobre 1884 pour fièvre typhoïde ayant débuté il y a huit jours environ, qui évolue normalement dans le service et entre en apyrexie le 11 novembre.

Le 12 novembre (vingt-septième jour de la maladie), la malade se plaint d'une douleur dans le sein gauche qui est tuméfié. Peau normale, la palpation montre une induration de forme cylindrique ayant le mamelon pour centre, renflée en massue à la périphérie. Cette masse est mobile sous la peau et sur les plans profonds, douloureuse à la pression profonde; la peau est chaude, non douloureuse. On porte le diagnostic de mammite. Température : 37°5.

14 novembre : Angine.

15 novembre : Sensibilité très marquée à la pression dans la moitié droite d'un goitre dont la malade est porteur. La mammite est au contraire peu douloureuse : on ne perçoit plus qu'une légère augmentation de consistance.

20 novembre : Plus d'angine, ni de mammite; mais l'inflammation du goitre, la strumite persiste.

8 décembre : La malade quitte l'hôpital.

Cela fait donc avec notre observation un total de 24 cas de mammite typhique. Sur ces 24 cas, 10 seulement passèrent à la suppuration. Destrée (2 cas), West, Capellari, Davis Patterson, Mac Conkey, Thomas Mac Crae (2 cas), Hennif et le nôtre. Nous signalerons en outre l'observation de Fornaca, où la ponction exploratrice ramena quelques gouttes de liquide séro-purulent, à bacille d'Eberth, mais qui guérit sans formation d'abcès ni autre signe de suppuration. La mammite suppurée est donc très rare au cours de la fièvre typhoïde.

Elle survient d'habitude au déclin de la maladie, parfois comme dans notre cas, au début de la convalescence; mais elle peut se produire beaucoup plus tard. Mac Conkey a trouvé du bacille d'Eberth dans le pus d'un abcès du sein, survenu huit mois après la fièvre typhoïde.

Cette suppuration amène une poussée fébrile plus manifeste, quand elle survient au moment de la convalescence, et pouvant s'élever jusqu'à 40 degrés (Obs. II de Crae); mais chose assez curieuse, elle peut évoluer sans fièvre (observation I de Crae) ou avec une fièvre insignifiante, 37°5 à 38 degrés seulement pendant deux à trois jours, comme dans notre cas où le pus était cependant en quantité assez abondante et sous tension dans la cavité de l'abcès.

Elle nécessite l'incision de la collection suppurée au point fluctuant, précédée dans les cas douteux, de la ponction exploratrice, suivie ou non de drainage. Une fois la collection incisée, la guérison ne tarde pas à se produire.

Quant à la cause de cette mammite suppurée, il faut sans doute, ici comme pour la mammite typhique simple, incriminer la congestion de la glande et les allaitements antérieurs comme favorisant la localisation de l'infection sur cette glande; notre femme avait allaité son enfant, il y a, il est vrai, déjà un an. Mais la cause efficiente, la nature de l'infection, n'est pas toujours facile à retrouver : s'agit-il d'infection éberthienne ou d'infection secondaire? On ne peut répondre à cette question que par l'examen bactériologique du pus. Malheureusement, sur les 10 cas que nous avons réunis, cet examen manque dans 4 cas : West, Capellari, Mac Crae (Obs. II), Hennif. Dans les 6 autres cas où il a été fait, on a trouvé :

1° Deux fois le staphylocoque doré, ce sont les deux cas un peu spéciaux de Destrée, d'abcès du sein chez l'homme; peut-être s'agissait-il plutôt d'une infection cutanée que d'une infection glandulaire;

2° Une fois le staphylocoque blanc (observation I de Crae);

3° Deux fois le bacille d'Eberth (Davis Patterson et Mac Conkey);

4° Une fois (cas personnel) un bacille, incomplètement déterminé, mais qui semble appartenir au groupe des paratyphiques.

Il résulte donc de ces recherches que la mammite typhique suppurée n'est pas due à une seule cause. Elle est due assez souvent aux infections secondaires à staphylocoque, comme la plupart des suppurations typhiques; elle est due quelquefois cependant à la localisation sur la glande mammaire du bacille d'Eberth. Mais les examens bactériologiques ne sont pas encore assez nombreux pour permettre de ranger cette complication à côté de celles presque exclusivement éberthiennes, telles que cholécystite, ostéomyélite, orchite et thyroïdite typhiques.

NOTE
SUR
L'HYDRORACHIS TRAUMATIQUE AIGUE

Par le médecin principal MOTY,
Professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

Je propose de désigner ainsi une complication non décrite et fort douloureuse des entorses du cou susceptible de simuler une fracture des vertèbres cervicales ou du crâne. L'observation qui suit (1) tiendra lieu de description de cette complication, dont la rareté n'est probablement qu'apparente :

D..., cavalier au 8e hussards, entre le 20 février 1907 à l'hospice mixte de Verdun, pour chute sur la tête au manège.

(1) Soc. de chir., 10 avril.

L'accident date du 8 février; la tête a porté sur un sol mou de sciure de bois, il s'est produit une violente douleur à la nuque, mais pas de syncope. A l'entrée du blessé à l'infirmerie, son médecin-major, M. le docteur Brico, ne constate ni fièvre, ni signes de commotion, la douleur ressentie après la chute persiste toujours, mais permet quelques mouvements de rotation de la tête; seuls les mouvements de flexion et d'extension sont très limités.

L'antipyrine ne modifie pas la situation; le 11 on croit percevoir un certain gonflement dans la moité droite de la nuque. Contracture musculaire sans doute.

Le 19, la température s'élève à 39 degrés dans la soirée, et le malade est envoyé à l'hôpital.

A son entrée, température, 39°2, pouls, 112; aucune lésion des téguments, aucune modification des lignes extérieures du cou; langue légèrement blanche et recrudescence des douleurs de tête; pupilles et réflexes patellaires normaux; aucun signe d'hystérie d'après les recherches de M. Bovier-Lapierre, mon aide-major. Mêmes symptômes qu'au début du côté de la colonne cervicale, mais avec exacerbation de la douleur. Le malade tient son cou raide et s'oppose instinctivement aux mouvements passifs que l'on tente de lui imprimer, sa figure est anxieuse et contractée par la souffrance, ses plaintes sont continuelles et le sommeil fait défaut depuis trois jours.

Ponction lombaire avec une aiguille fine de l'appareil de Potain à défaut de canule spéciale et issue d'un liquide clair qui jaillit avec force et dont on recueille rapidement de 30 à 40 grammes; le liquide examiné contient quelques globules rouges intacts sortis avec les premières gouttes et qui paraissent provenir de la blessure d'un capillaire par l'aiguille.

Peu après la ponction, la douleur cesse presque complètement, le malade peut fléchir et étendre la tête, ce qui ne lui était plus possible depuis son accident, et son facies naguère méningitique retrouve son expression normale. La ponction avait eu lieu vers dix heures du matin, le soir le malade ne se plaignait plus que du traumatisme causé par la ponction.

Le lendemain 21, la température tombe à 37 degrés. Le 22, elle remonte passagèrement à 39 degrés, mais sans retour offensif des douleurs cervicales; il n'y a qu'un peu de céphalalgie frontale qui cède dans la nuit au bromure de potassium, le lendemain la convalescence s'établit définitivement. Sortie par congé le 13 mars.

En publiant cette observation nous avons l'intention d'attirer l'attention sur une lésion de la séreuse rachidienne qui n'a pas encore été décrite et qui n'est pas mentionnée parmi les complications des entorses du cou, mais qui se rencontre de temps à autre dans cette catégorie de traumatismes. J'ai souvenir d'avoir vu un cas du même genre chez un officier instructeur de Saumur à une époque où l'on ne ponctionnait pas la cavité rachidienne; il a guéri, mais après plusieurs semaines de souffrances. Un des généraux les plus en vue de l'armée aurait été victime de la même complication, huit à quinze jours après une chute de cheval, et en aurait également souffert pendant plusieurs semaines.

Il est à penser que les ponctions rachidiennes si heureusement introduites en chirurgie par Tuffier, feront à l'avenir reconnaître cette lésion beaucoup plus souvent que dans la passé, et qu'elles auront en même temps le précieux avantage de délivrer les patients de douleurs intolérables simulant à s'y méprendre celles de la méningite cérébro-spinale. Il y a quelque analogie entre cette hydrorachis et l'hydarthrose consécutive aux entorses des grandes articulations, et il serait surprenant que la distension du manchon fibro-séreux constitué par les enveloppes de la moelle ne fut pas suivi de temps à autre d'une exsudation anormale de sérosité dans cette dernière lésion aussi bien que dans la première.

Un point reste obscur, c'est l'origine de la fièvre constatée; j'avais pensé d'abord qu'il s'agissait de résorption de sang extravasé, mais son apparition est trop tardive; c'est en effet le jour même ou les trois ou quatre jours suivants que l'on observe d'ordinaire la fièvre de résorption hématique, il faut donc chercher ailleurs, soit du côté des troubles gastriques résultant de l'insomnie, soit plutôt du côté du système nerveux régulateur de la température; de nouvelles observations pourront seules trancher la question.

Ce qu'il y a encore de très remarquable dans cette complication, c'est l'apparition tardive des douleurs pseudo-méningitiques (onze jours dans notre cas); retard qui peut s'expliquer par ce fait que l'exsudation se fait lentement et ne produit tous ses effets que quand elle a déterminé un degré suffisant de pression dans la cavité cranio-rachidienne.

En résumé, nous nous sommes trouvé en face d'une hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien consécutive à une entorse cervicale exempte d'autres complications; cette hypersécrétion a pour signes une exacerbation des douleurs quelques jours après l'accident, et surtout la forte pression du jet au moment de la ponction rachidienne. La disparition de la douleur après cette petite intervention montre que la tension du liquide est sa seule ou au moins sa principale cause, et le traitement se fait ainsi en même temps que le diagnostic.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 MAI 1907)

Du fer dans les tissus végétaux et animaux. — M. A. MOUNEYRAT a déjà indiqué (7 mai et 25 juin 1906), une méthode extrêmement sensible de recherche et de dosage du fer dans les tissus végétaux et animaux.

Grâce à cette méthode il a pu faire un certain nombre de dosages qui lui ont montré quelles sont les proportions du fer contenu dans certains aliments.

Pour 100 grammes de substance sèche, le pain blanc contient 1^{mg}4 de fer, le lait de vache en contient 2,3, le riz 4,5, le raisin noir 5,8, les pommes de terre 6,2, les asperges 20,5, les épinards 35 milligrammes.

Le blanc d'œuf en contient également, le jaune d'œuf renferme 18^{mg}30 de fer.

M. Mouneyrat a pu constater que l'on trouve du fer dans tous les tissus et que cet élément semble faire partie constituante de toute cellule vivante.

Sur la glycose provenant du suc virtuel du sang. — MM. LÉPINE et BOULUD.

Sur la grandeur comparée de l'action cardio-inhibitrice de divers sels de potassium administrés à même concentration moléculaire. — MM. H. Busquet et V. Pachon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 21 mai 1907)

Opération de Gigli. — Nous entendons d'abord un rapport de M. Delens sur un travail de M. Ballenghen (de Roubaix) relatif à l'opération de Gigli dans la pratique obstétricale, opération qui consiste, en cas de rétrécissement du bassin, à sectionner non pas la symphise pubienne, mais l'os lui-même. M. Ballenghen étudie comparativement l'accouchement prématuré, la symphyséotomie et l'opération de Gigli.

De l'importance, au point de vue curatif, de la recherche de la toxicité urinaire dans l'appendicite. — Dans la première partie de sa communication, M. Lannelongue défend une opinion qu'il professe depuis longtemps, à savoir que l'appendicite n'est pas une maladie nouvelle. Elle n'est que la remplaçante en totalité des typhlites et des pérityphlites et en partie des péritonites aiguës, des salpingites, des psoïtis, de certaines maladies des reins et du foie, de troubles gastriques et digestifs et de maladies d'autres organes encore. La substitution d'une espèce unique à une douzaine de maladies journalières suffit pour expliquer à la fois la fréquence de l'appendicite et le rang qu'elle occupe dans le cadre nosologique. Elle a remplacé si bien les péritonites qui étaient jadis la terreur des familles et du public que, dans un relevé de cinq années avant qu'il fût parlé d'appendicite, de 1885 à 1889, il y avait à l'hôpital Trousseau 470 cas de péritonite, et dans une autre période de cinq ans, de 1895 à 1899, où il n'était plus parlé que d'appendicites, on en comptait 443, c'est-à-dire à peu près autant que de péritonites.

La seconde partie de ce discours a une portée pratique qui appelle l'attention. Dans l'appendicite aiguë, l'analyse méthodique et minutieuse des phénomènes morbides ne permet pas au clinicien le plus habile de résoudre, dans bon nombre de cas, le problème du degré et de l'intensité de l'infection, et par suite de fournir des indications exactes sur la nécessité de l'abstention ou de l'intervention opératoire. On peut cependant y parvenir par la connaissance de l'urotoxie, c'est-à-dire du degré de toxicité urinaire chez un sujet atteint d'appendicite aiguë.

A l'état normal, cette urotoxie est de 84 centimetres cubes chez les puéri-adolescents, ce qui veut dire qu'il faut injecter cette dose d'urine par kilogramme de poids du lapin dans la veine de cet animal pour le tuer.

Or l'urine des sujets atteints d'appendicite aiguë est pour le lapin 3, 4 et jusqu'à 5 fois plus toxique. Et lorsque le degré de toxicité tombe à 20 ou 25 au lieu de 84, la mort du malade est inévitable, si on ne l'opère pas.

On pourra donc sur cette simple donnée conclure à un pronostic fatal si on n'intervient pas. De là une indication opératoire nouvelle et précise.

On peut encore par cette méthode expérimentale connaître le degré d'infection des malades atteints d'appendicite prolongée ou chronique et choisir avec précision le moment le plus opportun pour l'opération.

Il est bon d'ajouter que la technique expérimentale est extrêmement facile et à la portée de tous les praticiens.

M. Hayem regrette que M. Lannelongue n'ait pas pris soin, dans ses expériences, d'injecter des urines présentant toujours la même densité, les urines concentrées d'un fiévreux ou d'un infecté devant forcément avoir un degré de toxicité supérieur à l'urine d'un homme bien portant.

Précautions à prendre pour éviter l'asphyxie dans les puits. — A propos de la catastrophe de Juziers, près de Mantes, qui a causé la mort de cinq ouvriers descendus successivement dans un puits de 30 mètres, le professeur Nestor Gréhant recommande un procédé qu'il a fait connaître, il y a longtemps, à l'Académie des sciences, qui consiste à faire descendre une cage contenant un petit animal, lapin, cobaye, etc., avant le début ou la reprise du travail; si l'animal est remonté vivant après une heure ou deux, les ouvriers peuvent descendre sans aucune crainte.

La portée de certaines voix. — Souvent un orateur est embarrassé quand il parle dans une salle dont il ne connaît pas les qualités acoustiques, pour savoir quelle énergie il doit donner à sa voix de manière à se faire entendre de tous ses auditeurs.

Le problème est en effet assez complexe : trois facteurs peuvent intervenir, la salle elle-même, les auditeurs, et l'orateur.

On sait que l'acoustique d'une salle est bonne lorsqu'il n'y a pas d'écho et que le son de résonance a une durée suffisante pour renforcer le son qui l'a produit sans empiéter sur le son suivant; nous savons aussi que l'oreille n'est pas également sensible à tous les sons ; reste l'influence de l'orateur.

On dit généralement que certaines voix portent mieux que d'autres; cette assertion est-elle vraie, et que signifie-t-elle exactement?

C'est ce qu'étudie le docteur Marage. Il recherche expérimentalement quelle énergie doivent donner à leurs voix pour se faire entendre des orateurs ayant des timbres de basse, de baryton ou de ténor.

Pour cela le docteur Marage emploie un orateur artificiel : la sirène à voyelles dont nous avons souvent parlé à propos de ses recherches sur les variations de l'acuité auditive.

Il peut ainsi mesurer facilement le volume d'air qui s'échappe et la pression. Le produit de ces deux nombres lui donnera l'énergie du son.

Les expériences ont été faites au Trocadéro, à l'église de la Sorbonne, à l'amphithéâtre Richelieu et à l'Académie de médecine.

Dans toutes les salles, les voix de basse ont un grand désavantage puisqu'elles doivent dépenser une énergie de 7 à 18 fois plus grande que les voix de ténor.

De plus, il y a des salles dans lesquelles une voix de basse doit dépenser, pour se faire entendre, une énergie 9 fois plus grande que dans d'autres. Les voix de baryton donnent des résultats intermédiaires.

On a donc raison de dire que certaines voix portent mieux; cette expression signifie simplement que certaines voix ont besoin d'un moindre effort pour se faire entendre.

M. Marage indique en terminant par quels moyens un orateur peut acquérir les qualités qui lui manquent en augmentant sa capacité pulmonaire et la force élastique de l'air vibrant qui s'échappe des résonnateurs supra-laryngiens.

Radiothérapie. — M. Béclère fait une communication sur la préréaction, c'est-à-dire l'irritation de la peau que provoquent les rayons de Röntgen ou les radiations du radium dans les premières heures. Il faut distinguer cette préréaction de l'irritation secondaire qui n'apparaît que deux ou trois semaines après l'application. On ne peut rien conclure de cette préréaction au point de vue de l'effet ultérieur.

De la perception lointaine des couleurs. — M. André Broca indique un procédé très prompt et très ingénieux pour constater l'aptitude d'un sujet à percevoir les différentes couleurs au loin. On comprend toute l'importance de cette constatation pour les marins appelés à distinguer les signaux colorés au loin. Ce procédé est basé sur la différence de la vision centrale d'avec la vision périphérique et consiste à habituer le sujet à se servir de la vision périphérique à volonté.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 MAI 1907)

Traitement des paralysies diphtériques. — M. COMBY a traité depuis cinq ans, treize cas de paralysies diphtériques plus ou moins graves, par les injections de sérum de ROUX. Tous ces cas ont guéri sans exception, et dans un délai très court. Cette méthode, employée dès 1898 par Ferré et Mongour, est donc très recommandable et M. Comby croit devoir encourager les praticiens à y avoir recours.

Tantôt les accidents paralytiques se déclarent chez des malades dont la diphtérie a été traitée par le sérum deux ou trois semaines auparavant. Tantôt ils apparaissent chez des malades dont la diphtérie a passé inaperçue et qui pour cette raison n'ont pas été injectés. Enfin il est des malades chez lesquels la sérothérapie est intervenue trop tardivement. Le médecin ne doit pas se laisser impressionner par ces divergences; la paralysie diphtérique reconnue, il doit la traiter immédiatement par le sérum. En agissant avec énergie et promptitude, il réussira presque toujours. Parmi les quatre cas inédits que l'auteur présente aujourd'hui il en est un particulièrement suggestif. Le docteur Papayanopoulos (d'Eski Chehir, Turquie d'Asie) constate une diphtérie grave chez son fils âgé de sept ans; il le traite par des injections répétées de sérum (130 centimètres cubes). Malgré cela, paralysie du voile du palais suivie de paralysie de l'accommodation. On essaie vainement plusieurs collyres. Découragé, notre confrère demande un avis par lettre. M. Comby lui conseille de faire les injections de sérum en série qui lui ont donné jusqu'à présent toute satisfaction. Il injecte alors 80 centimètres cubes en six jours (20 centimètres cubes les deux premiers jours, 10 centimètres cubes les quatre jours suivants). L'enfant avait de la fièvre et un mauvais état général. Dès la troisième injection, il n'y a plus de fièvre, l'enfant peut lire des lettres qu'il ne distinguait pas auparavant. A la sixième injection, il était entièrement guéri. Aucun accident sérique à déplorer.

M. NETTER apporte des faits qui confirment absolument les dires de M. Comby. Pour lui, la sérumthérapie appliquée au traitement des paralysies diphtériques donne des résultats *merveilleux*. Il y a cependant un point sur lequel M. Netter n'est pas de l'avis de M. Comby, c'est sur la survenue des accidents de la sérothérapie, qu'il a observés en assez grand nombre avec une apparence parfois inquiétante.

M. DOPTER prétend que l'on peut parfois éviter l'apparition de la paralysie du voile du palais après la diphtérie, en donnant aux malades des pastilles de sérum desséché de Martin; lequel sérum est un sérum antimicrobien. Il a constaté que depuis qu'il a recours à ce procédé, le nombre des paralysies du voile du palais a considérablement diminué.

Les fausses azoturies chez les diabétiques. — MM. Marcel et Henri LABBÉ. En faisant des dosages d'urée par l'hypobromite de soude chez les diabétiques, les auteurs ont été frappés des chiffres excessifs d'urée observés. Chez les uns le chiffre d'urée semblait indiquer un état de dénutrition que l'évolution du diabète démentait; chez d'autres le chiffre d'urée comportait une quantité d'azote uréique plus forte que la quantité d'azote total, trouvée dans la même urine par la méthode de Njehldahl, résultat absurde par conséquent : le dosage comparatif de l'urée par la méthode de Regnard et par la méthode de Ujörner Sjöqvista donne des résultats très différents, toujours trop élevés avec la méthode de Regnard. Ainsi dans le cas de N... diabétique sans dénutrition, l'urée par la méthode de Ujörner atteignait 24^{g}20, par la méthode de Regnard 32^{g}66; l'azote uréique calculé par la méthode de Regnard était donc de 15^{g}2, alors que l'azote total n'était que de 13,54. Ces erreurs de dosage de l'urée par la méthode de Regnard ordinairement utilisée en clinique, sont particulièrement marquées chez les diabétiques. Elles expliquent les chiffres fantastiques d'urée trouvés chez certains diabétiques (163 grammes dans un cas de Furbinger). Les auteurs qui croient à la constance ou à la grande fréquence de l'azoturie chez les diabétiques, doivent leur erreur en partie à ce qu'ils ont dosé l'urée par l'hypobromite, en partie à ce qu'ils n'ont pas tenu compte de l'alimentation des diabétiques qui sont habituellement de gros mangeurs de viande, de sorte qu'ils doivent nécessairement excréter beaucoup d'urée. On n'a le droit d'affirmer l'azoturie que si la quantité d'azote excrétée dépasse la quantité d'azote ingérée, et non quand elle dépasse une soi-disant moyenne normale qui n'existe pas.

Insuffisance thyroïdienne (huit cas de myxœdème atténué ou partiel). — MM. LÉOPOLD-LÉVI et Henri DE ROTHSCHILD. 1° Jeune fille de dix-neuf ans ayant grandi de 27 centimètres par quatre ans d'opothérapie thyroïdienne. Le myxœdème, complet au point de vue tégumentaire, est partiel. L'enfant a passé à douze ans son certificat d'études; à huit ans elle eut même le prix d'honneur et fut réglée à deux reprises.

2° Myxœdème partiel avec albuminurie, hémiplégie droite associée avec phénomènes d'hystérie. L'œdème est plus marqué du côté de la paralysie.

3° Myxœdème atténué à forme neurasthénique, ayant apparu à cinquante-deux ans chez une malade hypothyroïdienne, avec hypothyroïdie paroxystique.

4° Arriération mentale avec infiltration tégumentaire. Auto-infection périodique cédant au traitement.

5° Myxœdème paroxystique chez hypo-thyroïdien arriéré. Famille d'hypothyroïdiens.

6° Myxœdème fruste avec crises d'épilepsie. Infantilisme chez d'autres membres de la famille.

7° Myxœdème atténué avec incontinence d'urine, bégaiement, arriération physique et mentale. Trois sœurs infantiles ou arriérées.

8° Enfant de deux ans et demi. Amélioration rapide.

Ces cas servent aux auteurs à montrer qu'entre le myxœdème fruste, qui se rattache au grand myxœdème, et l'état de santé, on peut, en étudiant l'évolution de certains cas, et en les replaçant dans la famille, noter tous les intermédiaires : myxœdème fruste, infantilisme, arriération physique et mentale, hypothyroïdie bénigne chronique (neurasthénie, arthritisme), hypothyroïdie paroxystique, hypothyroïdie minima.

L'œdème étant sujet à apparaître tardivement, comme à disparaître spontanément ou sous l'influence du traitement, à être transitoire et paroxystique, ils proposent de substituer à l'expression de myxœdème celle d'insuffisance thyroïdienne, avec ou sans myxœdème (permanent ou transitoire).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 MAI 1907)

Recherches expérimentales sur le rôle des hématoblastes dans la coagulation. — MM. L. LE SOURD et Ph. PAGNIEZ apportent les résultats de recherches qu'ils ont entreprises sur le rôle encore si discuté des hématoblastes dans la coagulation du sang. Ils ont opéré avec des hématoblastes purs, isolés par centrifugation du sang oxalaté, et employé comme milieu de réaction le liquide d'hydrocèle, véritable solution naturelle de fibrinogène, comme on sait, qui, normalement incoagulable, coagule par addition de fibrin-ferment.

En ajoutant des hématoblastes purs et lavés dans l'eau physiologique au liquide d'hydrocèle, on obtient d'une manière constante sa coagulation. La rapidité du processus et l'importance du réseau de fibrine obtenu sont proportionnelles à la quantité d'hématoblastes employée.

Le caillot résultant de l'action des hématoblastes sur le liquide d'hydrocèle subit ultérieurement le phénomène de la

rétraction. Ce phénomène, comme l'ont montré MM. L. Le Sourd et Ph. Pagniez, est fonction de la présence des hématoblastes *intacts* et cette propriété rétractile est thermolabile. Elle disparaît par le chauffage (50-55 degrés) avant la propriété coagulante, thermolabile aussi, mais qui n'est détruite qu'à 58°5. Il y a donc là une analogie étroite entre la propriété coagulante des hématoblastes et celle du fibrin-ferment qui n'est lui aussi détruit qu'à 58°5 (Hayem, Bordet et Gengou).

Les hématoblastes isolés du sang sont donc susceptibles de provoquer la coagulation du fibrinogène du liquide d'hydrocèle, sans intervention apparente d'autre agent et c'est là une donnée intéressante touchant leur rôle probable dans la coagulation du sang total.

Contribution à l'étude de la ponction lombaire chez les syphilitiques. — La ponction lombaire pratiquée chez cinquante-trois syphilitiques par MM. Jeanselme et Barbé a montré que la lymphocytose pouvait se montrer à n'importe quelle période; cette lymphocytose est extrêmement fréquente dans la roséole, où la céphalée s'observe souvent, mais n'est pas la règle. Elle peut se voir également lorsque des syphilitiques anciens n'avaient aucun trouble nerveux décelable cliniquement. Quand on peut pratiquer une seconde ponction lombaire après une série de piqûres mercurielles, on voit que la lymphocytose peut disparaître ou persister; il y a donc là une indication de continuer le traitement ou de le cesser. En somme la ponction lombaire permet de faire un traitement raisonné, et de ne pas faire un traitement de hasard.

Albuminurie transitoire au cours de l'anesthésie lombaire expérimentale par la stovaïne. — MM. Piquand et Dreyfus ont observé parfois, à la suite de la rachistovaïnisation chez le lapin, une albuminurie tantôt légère, tantôt assez abondante et pouvant atteindre un gramme. La pathogénie de cette albuminurie n'est pas encore élucidée. Mais sa simple constatation prouve que la question d'un anesthésique absolument inoffensif chez les rénaux n'est pas encore résolue.

Petits incidents du traitement thyroïdien. Nervosisme expérimental. — D'après MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild, en suivant certaines règles dans l'application du traitement thyroïdien, on se met à l'abri d'accidents. Par contre, il peut se produire un ensemble de petits incidents qui, somme toute, reproduisent une partie du nervosisme (nervosisme expérimental).

Ces signes se retrouvent dans la maladie de Basedow, mais lorsqu'ils sont produits par un traitement thyroïdien passagèrement excessif, ils sont moins accentués, plus dissociés et moins durables.

Ils montrent que les émotions déterminent certain nervosisme par l'intermédiaire du corps thyroïde. D'autre part, la thyroïdine à petites doses peut faire disparaître tous les symptômes qu'elle est capable de produire. La grossesse, les maladies infectieuses ont cette même influence, qui se trouve mise en lumière dans le traitement thyroïdien et la maladie de Basedow. C'est que nervosisme et Basedow évoluent sur un fond d'hypothyroïdie : le mouton devient enragé.

A côté du nervosisme par l'hypothyroïdie, il faut placer un nervosisme directement lié à l'hypothyroïdie.

Introduction à l'étude de la spécificité. La charge de la gélatine en fonction du milieu. — Pour M. H. Iscovesco :

1° La gélatine contenant des traces d'électrolytes, prend une charge électropositive en présence d'eau distillée ou d'eau contenant des sels de métaux monovalents;

2° La charge devient électronégative si la gélatine est mise en présence de sels de métaux bivalents.

Cultures homogènes du bacillus mesentericus. — M. Lafforgue a obtenu des cultures *homogènes* de bacillus mesentericus par deux procédés : 1° En prélevant dans une culture classique en ballon, *vieille d'au moins cinq jours*, les parties claires du bouillon sous-jacentes au voile et les faisant végéter à l'étuve;

2° En soumettant cette même culture classique à la stérilisation (118°20) suivie de filtration sur bougie Chamberland. (la filtration seule peut suffire) : le filtrat ainsi obtenu, réensemencé avec du bacillus mesentericus neuf donne des cultures parfaitement homogènes.

Influence de la voie d'administration sur la dose minima mortelle pour la caféine (bromhydrate). — M. Maurel a comparé la voie gastrique avec la musculaire chez la grenouille; et, en outre de ces deux précédentes, la voie intraveineuse chez le lapin. Ses conclusions pour les conditions dans lesquelles il a opéré sont les suivantes :

1° Pour la grenouille, la dose minima mortelle est six fois plus faible par la voie musculaire que par la voie gastrique;

2° Pour le lapin cette même dose est seulement trois fois plus faible par la voie hypodermique que par la voie gastrique; et celle par la voie veineuse n'est pas très inférieure à celle de la voie hypodermique.

Histogenèse de l'épithélioma cylindrique du gros intestin. — M. Letulle, se basant sur deux observations provenant de pièces opératoires, montre que, dans le cancer cylindrique du gros intestin, la métamorphose cancéreuse de l'épithélium s'effectue tout à coup. Or rien, au niveau des régions envahies, n'explique la puissance anormale acquise soudain par l'épithélium, constatation qu'il est difficile d'expliquer avec la théorie parasitaire du cancer.

Rapport sur l'anthracose. — Une commission composée de MM. Dastre, Borrel, Henneguy, Letulle et Malassez, avait été chargée de rechercher si les poussières de charbon pénétraient ou non par la voie intestinale. M. Calmettes avait soutenu la possibilité de cette pénétration, M. Basset estimait que, dans ces conditions physiologiques, elle était impossible, MM. Kuss et Lobstein soutenaient qu'elle ne pouvait être obtenue que par l'ingestion répétée de substances inertes. Les expériences de la commission l'ont porté à conclure ainsi :

1° La commission n'a pas constaté le passage de particules de charbon, de l'intestin aux ganglions mésentériques, dans les conditions primitivement fixées : cobayes sacrifiés six heures après l'introduction d'encre de Chine dans l'estomac;

2° D'autre part, la commission a constaté le passage des poussières dans le cas d'ingestion répétée;

3° La commission a réservé la question de l'anthracose pulmonaire.

Autres communications :

Méthodes d'appréciation du métabolisme azoté chez les sujets sains et chez les malades. — MM. Marcel et Henri Labbé.

Relations de la sambugrine avec les autres glucosides cyanhydriques isomères. — MM. Bourquelot et Hérissey.

Nouvelles recherches sur l'action que les différents tissus animaux exercent vis-à-vis de la respiration musculaire. — M. Battelli et Mlle Stern.

Sur un appareil pour l'anesthésie. — M. Lafon.

Rapport des sécrétions gastrique et rénale. — MM. Enriquez et Ambard.

La réaction sulfhydrique, son principe, sa valeur. — M. d'Halluin.

Préparation de la typhotoxine par les solutions de NaOH. — M. Turro.

Les sels de magnésium et le système nerveux moteur périphérique. — M. Bardier.

Hydrothorax à liquide noir et anthracose pulmonaire. — MM. Péju et Charpenau.

Le lactose diurétique vrai. — M. Arrous.

Action favorisante du froid sur le tétanos expérimental. — M. Ciuca.

Métamorphose cancéreuse des glandes brunnériennes du duodénum. — M. LETULLE.

De l'intervention du sympathique dans la sécrétion chlorhydrique de l'estomac. — M. R. GAULTIER.

Lésions rénales déterminées par l'anémie artérielle du foie. — MM. DOYON, GAUTIER et POLICARD.

Sur le dosage de l'ammoniaque. — M. RONCHÈSE.

Contribution à l'étude des opsonines. — MM. LEVADITI et IMMANN.

Action du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux sur le virus syphilitique. — MM. LEVADITI et MARIE.

Recherches expérimentales sur l'exhalation de vapeur d'eau. — MM. GUILLEMARD et MOOG.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

LA NEURASTHÉNIE

Les mémoires récents sur la neurasthénie des ouvriers qui viennent d'être publiés en Allemagne par MM. Leubuscher et Bibrowicz, et en France par M. Iscovesco, montrent que cette maladie, tout comme l'hystérie, frappe non seulement les classes aisées, mais encore les milieux plus modestes.

Le traitement de la neurasthénie est donc à l'ordre du jour. L'hygiène morale, les sports, et quelques médicaments — glycérophosphates, lécithine, cacodylates — constituaient jusqu'ici le traitement de choix. Les derniers essais cliniques du professeur Huchard sur l'ibogaïne font espérer que ce nouveau médicament est appelé à rendre d'utiles services dans le traitement de la neurasthénie et des atonies nerveuses. On l'emploie sous forme de dragées Nyrdahl à base d'ibogaïne (2 à 6 par jour).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Charrin, médecin de la Maternité, professeur de pathologie générale et comparée au Collège de France.

Charrin était né à Condrieu le 25 septembre 1856; après avoir commencé ses études médicales à Lyon, il vint à Paris où il devint interne des hôpitaux en 1880. Médecin des hôpitaux le 1er mai 1890, il fut en 1892 nommé agrégé dans la section de médecine et de médecine légale, en même temps que MM. Gaucher, Roger, Marfan et Ménétrier.

En 1895 il devint chef de service à la Maternité, puis professeur suppléant au Collège de France où fut créée pour lui en 1902 la chaire de pathologie générale et comparée.

Charrin était membre du Comité consultatif d'hygiène et officier de la Légion d'honneur.

L'œuvre de Charrin est considérable, on lui doit notamment d'avoir établi que les accidents des maladies infectieuses relèvent généralement des poisons sécrétés par les microbes, d'avoir réalisé la vaccination par produits solubles, d'avoir montré un phénomène dont les conséquences furent considérables, l'agglutinement des microbes.

Dans ces dernières années Charrin s'était surtout attaché à l'étude des auto-intoxications, de la nutrition des nouveau-nés et aux problèmes de l'hérédité.

MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE (sous la direction de MM. SEGOND, professeur, et J.-L. FAURE, agrégé. Cours de M. le docteur GERNEZ, prosecteur).— CHIRURGIE INFANTILE ET CHIRURGIE DU THORAX. — Ouverture du cours le vendredi 7 juin 1907, à une heure et demie :

I. Bec de lièvre. Perforations palatines. Végétations adénoïdes. Ablation des amygdales.

II. Trépanation de l'apophyse mastoïde. Abcès du cerveau et du cervelet.

III. Tubage. Trachéotomie. Corps étrangers des voies digestives et respiratoires. Œsophagotomie.

IV. Traitement du torticolis. Incision des abcès du cou, des abcès rétro-pharyngiens. Traitement des ganglions tuberculeux du cou. Autoplasties.

V. Traitement du pied bot, du pied plat, du genu valgum, des courbures rachitiques. Arthrodèses. Anastomoses tendineuses.

VI. Traitement de la péritonite tuberculeuse. Cure radicale de la hernie inguinale. Appendicite. Anus contre nature.

VII. Hydrocèle, cure radicale. Ectopie testiculaire. Hypospadias. Phimosis. Paraphimosis.

VIII. Abcès du sein. Ablation du sein cancéreux et curage de l'aisselle. Opérations esthétiques sur le sein. Résection costale pour abcès froids.

IX. Ponction et pleurotomie pour pleurésies. Opérations d'Estlander. Thoracoplasties. Volets thoraciques. Pneumotomie.

X. Ponction du péricarde. Chirurgie du cœur. Voie d'accès dans le médiastin postérieur.

Le cours aura lieu tous les jours.

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seul admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 50 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à trois heures, les mardis, jeudis et samedis.

SUR LA CONSERVATION DES TUBES EN CAOUTCHOUC. — On sait combien est éphémère la durée des tubes en caoutchouc employés dans les laboratoires.

Plusieurs procédés plus ou moins efficaces ont été préconisés pour leur conservation; M. G. Guérin donne, dans l'*Union pharmaceutique*, le procédé suivant :

On fait dissoudre du caoutchouc, dit de Para, de première qualité, dans de la benzine pure cristallisable. La dissolution, de consistance plus que sirupeuse, est alors étendue au pinceau sur les tubes en caoutchouc, préalablement dépouillés par lavage et frottement du talc ou de toute autre substance étrangère qui les imprègne et soigneusement désséchés.

On passe une deuxième couche lorsque la première est sèche.

Les tubes ainsi traités conservent toute leur souplesse, sont d'une étanchéité parfaite et d'une conservation en quelque sorte indéfinie.

L'hyperémie et son action thérapeutique, par Auguste BIER, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Bonn. Ouvrage traduit sur la quatrième édition allemande par les docteurs Alfred MACHARD, ancien chef de clinique chirurgicale de l'hôpital cantonal de Genève, et Arnold VALETTE, ancien médecin-adjoint au même hôpital. In-8 de XX-412 p., avec 32 fig. dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

EMBOLIES PULMONAIRES

L'embolie pulmonaire est l'oblitération d'une branche de l'artère pulmonaire par un corps en circulation dans le sang. Ce corps migrateur, caillot ou corps étranger, est appelé *embolus*. Dans un certain nombre de cas, une dégénérescence spéciale du poumon succède à l'oblitération du vaisseau; c'est

l'*infarctus*. La doctrine de l'embolie a été édifiée par Virchow ; il avait eu des précurseurs, parmi lesquels van Swieten. Il convient de rappeler aussi les travaux de Charcot et Ball, Lancereaux, Duguet.

L'embolus oblitère, selon son volume, une grosse, une moyenne ou une petite branche de l'artère pulmonaire. Les lésions et les symptômes cliniques consécutifs sont assez différents dans les trois cas.

ÉTIOLOGIE. — Les plus importantes des embolies pulmonaires ont pour cause l'arrivée dans une branche de l'artère pulmonaire d'un fragment de caillot sanguin venant des veines périphériques, du cœur droit, plus rarement du tronc même de l'artère pulmonaire; ce fragment de caillot détermine une grosse ou une moyenne embolie. Les petites embolies, dites capillaires, ont diverses causes très distinctes des précédentes.

Système veineux périphérique. — C'est l'embolie des *phlébites;* le caillot de la veine oblitérée s'étendant de proche en proche en aval de l'oblitération, son extrémité dirigée vers le cœur finit par atteindre le point de réunion du vaisseau avec une autre veine; cette extrémité est alors battue par le courant sanguin; elle se détache en totalité (grosse embolie) ou s'effrite peu à peu (embolies moyennes). L'embolus passe dans la veine cave inférieure, le cœur droit et arrive enfin à l'artère pulmonaire.

Parmi les phlébites du membre inférieur, dans lesquelles on doit craindre l'embolie pulmonaire, il faut citer : la phlegmatia alba dolens d'origine puerpérale, la phlébite des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, pneumonie), la phlébite variqueuse, la phlébite consécutive aux fractures, aux traumatismes. L'embolie est plus rare dans la phlébite des chlorotiques, la phlébite des goutteux. Elle est encore moins à craindre dans la phlébite des cachexies tuberculeuses ou cancéreuses (Lancereaux); cela tient à ce que la thrombose des cachexies se fait lentement et le caillot a le temps d'adhérer à la paroi veineuse avant d'avoir pris un volume considérable.

L'embolie peut survenir à la suite de phlébite des veines iliaques ou de leurs branches dans l'infection puerpérale, l'appendicite, à la suite de thrombose des veines de l'intestin dans l'étranglement herniaire, de thrombose des veines de l'estomac dans la gastrite phlegmoneuse.

Chez l'enfant, c'est la thrombose marastique du choléra infantile, la phlébite de la veine ombilicale, la thrombose des veines rénales, des sinus de la dure-mère.

Cœur. — Des caillots se forment dans les cavités droites du cœur, en particulier dans l'oreillette, et peuvent passer dans l'artère pulmonaire toutes les fois que le cœur droit est dilaté. C'est dire qu'on verra l'embolie se produire surtout dans les affections mitrales, à la période d'asystolie. Après les affections mitrales, viendrait le rétrécissement aortique (Gerhardt), la myocardite, la péricardite. On a dit, qu'au cours des affections cardiaques, l'emploi de la digitale pouvait favoriser la formation de concrétions sanguines et par suite d'embolies; cette opinion n'est plus admise aujourd'hui.

L'endocardite ulcéreuse ou végétante du cœur droit peut naturellement détacher un lambeau de végétation dans l'artère pulmonaire.

Artère pulmonaire. — Il est plus rare que la thrombose, origine de l'embolie, ait son siège dans l'artère pulmonaire. Cependant on a signalé quelques cas de thrombose de l'artère pulmonaire par athérome; et la thrombose athéromateuse d'une artère lobulaire donne un infarctus pulmonaire tout à fait comparable au ramollissement cérébral par thrombose (Bucquoy, Périvier).

Il faut encore signaler la thrombose de l'artère pulmonaire par stéatose, dégénérescence amyloïde, à la suite de la compression de cette artère par un anévrisme de l'aorte ou un ganglion du médiastin; ces cas sont exceptionnels.

Embolies capillaires. — Les causes des petites embolies capillaires sont très nombreuses, et quelques-unes n'ont aucun intérêt clinique; c'est ainsi qu'il suffira de citer les embolies *cellulaires* décrites par Archoff dans les maladies infectieuses, et constituées par de grands éléments d'aspect hyalin provenant peut-être de la moelle osseuse; les embolies *hématiques* formées de débris globulaires et observées dans les brûlures, les congélations, dans certaines intoxications.

Plus intéressantes sont les embolies graisseuses, gazeuses, cancéreuses, microbiennes et parasitaires.

Les lésions qui peuvent produire les *embolies graisseuses* sont assez nombreuses; au premier rang, ce sont les fractures (23 cas sur 42, Busch), puis les ostéomyélites, plus rarement les abcès dans les tissus graisseux, les abcès du foie, du cerveau, les suppurations diverses. On a encore signalé des embolies graisseuses à la suite d'injections sous-cutanées d'huiles médicamenteuses, d'où le conseil de ne jamais pousser l'injection sans s'être assuré que l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau. Enfin on a attribué à des embolies graisseuses le coma diabétique; et Virchow a noté ces mêmes embolies dans les poumons et les reins en cas d'éclampsie puerpérale.

Les *embolies gazeuses* résultent de l'introduction de l'air dans les veines. On a exagéré autrefois l'importance et la fréquence de cet accident; d'après Bichat, une bulle d'air pénétrant par hasard dans une veine amène la mort subite. Sans aller jusque-là, on admet aujourd'hui qu'il existe au niveau du cou et de l'aisselle une zone dangereuse où les veines sont maintenues béantes par les aponévroses qui les entourent, pendant les opérations sur ces régions, et où l'ampliation thoracique exerce une aspiration de l'air atmosphérique dans ces vaisseaux. L'embolie gazeuse ne s'arrête pas toujours dans les poumons; elle peut aller jusqu'aux capillaires du bulbe et du cerveau; et l'anémie subite des centres nerveux par embolie gazeuse est au moins aussi importante pour expliquer la mort que l'embolie capillaire du poumon.

Les *embolies cancéreuses* peuvent déterminer la formation d'un cancer métastatique dans le poumon. De la même façon le sarcome peut infecter le poumon. Dans les tumeurs mélaniques, on observe des embolies de granulations pigmentaires.

Les *embolies microbiennes* de la pyohémie déterminent au poumon la production d'abcès miliaires ou d'abcès embolique.

Dans certaines formes de granulie, le bacille de Koch passe par les veines et le cœur (la preuve en est donnée par la présence de tubercules des veines et du cœur) et vient au poumon déterminer une éruption généralisée.

La gangrène pulmonaire reconnaît aussi dans certains cas une origine embolique; c'est ainsi que chez l'enfant, des foyers nombreux de gangrène pulmonaire peuvent être consécutifs à une otorrhée fétide et on retrouve au poumon les anaérobies qui y ont été apportés par voie sanguine, c'est la gangrène pulmonaire d'origine otique (Guillemot).

Enfin, comme embolie *parasitaire*, on sait que les hydatides peuvent être apportés au poumon par la circulation veineuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Soit une grosse embolie venant d'une thrombose phlébitique du membre inférieur. L'embolus peut oblitérer le tronc de l'artère pulmonaire, ou l'artère droite ou gauche; plus habituellement, il s'arrête plus loin au niveau de la bifurcation d'une grosse branche. Il se dirige plus fréquemment dans le poumon *droit* que dans le gauche, et surtout vers les lobes *inférieurs*, ce qui s'explique par les plus grandes dimensions de la branche droite de l'artère pulmonaire et le plus gros calibre des rameaux inférieurs.

L'embolus est un cylindre brunâtre ou jaunâtre qui, au début, n'oblitère pas complètement le vaisseau; mais bientôt l'oblitération devient complète par adjonction de nouvelles couches de fibrine. Au bout de quelques jours, l'embolus présente un ramollissement central, tandis qu'à la périphérie il est envahi par des bourgeons charnus de l'endartère. Une canalisation du caillot pourrait s'établir, la masse ramollie centrale étant entraînée par le courant sanguin ou résorbée par les vasa vasorum.

Les ramifications de l'artère pulmonaire étant terminales, c'est-à-dire sans anastomoses, il y a suppression complète de la fonction respiratoire dans le territoire pulmonaire correspondant au rameau oblitéré, mais non nécrose puisque la nutrition se fait par les artères bronchiques. Si, après une grosse embolie, la mort a été subite, on trouve ce territoire pulmonaire anémié et atélectasié. Si le malade a vécu quelques heures, l'hyperémie est survenue, parfois même de l'œdème, par régurgitation de sang provenant des veines pulmonaires. Il est exceptionnel que la congestion aboutisse à l'hémorragie et à la formation d'un gros infarctus. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le rouleau compresseur et les médecins. — M. le ministre des Finances vient d'adresser aux membres de la commission parlementaire de législation fiscale une longue lettre que les médecins feront bien de méditer.

Elle a trait aux modifications à apporter au projet d'impôt sur le revenu que nos lecteurs ont pu apprécier (*Gaz. des hôpit.*, n° 25, p. 295).

Quelques passages de cette lettre doivent attirer particulièrement notre attention :

M. Caillaux propose, d'une part, « de limiter à 4 le nombre des classes qui différencient les communes, de décider que l'exemption sera de 2000 francs dans toutes les localités de plus de 10 000 habitants, le chiffre de 2500 étant maintenu pour Paris. »

Enfin il accepte certains dégrèvements portant sur des revenus du travail excédant ces chiffres, mais sans préciser dans quelle mesure.

Pour compenser ces dégrèvements il faut donc frapper plus haut au moyen de l'impôt complémentaire. M. Caillaux propose de changer son tarif sans porter au delà de 4 p. 100 son taux maximum. Il a en effet la conviction que les grandes fortunes ont pour échapper a l'impôt des facilités particulières et que les atteindre apparaîtrait « comme une menace à l'égard des capitaux qu'il est dans nos doctrines économiques de considérer comme un élément essentiel de l'activité et de la prospérité des sociétés. J'ai dit à la tribune, ajoute-t-il, à diverses reprises, que l'on ne pouvait et que l'on ne devait songer à faire de l'impôt une sorte de *rouleau compresseur* qui passerait sur les grosses fortunes, et je suis assuré que la très grande majorité de nos collègues partagent ce sentiment.

Nous sommes donc conduits, dit M. Caillaux, *par la force même des choses, à demander aux classes moyennes les sommes nécessaires pour faire face aux nouveaux dégrèvements proposés* ».

Si la lettre de M. Caillaux est, malgré sa belle assurance, d'une imprécision bien faite pour alarmer les contribuables, il n'en est pas de même de sa conclusion. Les médecins feront bien de la méditer.

Hopitaux de Paris. — Concours de nomination de médecin des hopitaux. — Séance du 24 mai 1907 (consultation écrite). — MM. Leri, 19; Pissavy, 18; Michel et Rathery, 17.

La prochaine séance aura lieu le mercredi 29 mai, à neuf heures du matin, à l'hôpital Necker.

Concours de chirurgien des hopitaux. — *Epreuve de consultation.* — Séance du 23 mai. — MM. Lecène, 20; Chifoliau, 19; Kendirdjy et Marcille, 18; Piquaud, 16.

Facultés de médecine. — Concours d'agrégation. — Chirurgie et accouchements. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation.* — Séance du 23 mai. — MM. Rudaux (Paris) : « Paralysies obstétricales; » Péry (Bordeaux) : « Bassins viciés par claudication. »

Deuxième séance du 23 mai. — MM. Voron (Lyon) : « La dystocie par fibromes utérins; » Delestre (Paris) : « Rétention de l'arrière-faix après l'accouchement. »

La séance du lundi 27 mai aura lieu à quatre heures; les trois derniers candidats passeront dans cette séance.

La première question sera donnée samedi 25 mai, à quatre heures, la deuxième à cinq heures et la troisième à six heures.

— Sciences anatomiques, physiologiques et naturelles. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Séance du 22 mai. — MM. Lassablière (Paris) : « Des actions trophiques nerveuses. »

Séance du 23 mai. — MM. Camus et Busquet (Paris) : « Régulation de la pression artérielle par les variations de composition du milieu intérieur. »

— Concours de l'adjuvat. — Le jury de ce concours a classé les candidats dans l'ordre suivant : MM. Deniker 73, Küss 71, Rouhier 70, Roux 69, Villandre 67.

— Concours pour le clinicat. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira, à la Faculté de Paris, le lundi 17 juin 1907, à neuf heures du matin.

Il sera pourvu : 1° pour le clinicat médical, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et de deux chefs de clinique adjoints; 2° pour le clinicat chirurgical, à la nomination de deux chefs de clinique titulaires et d'un chef de clinique adjoint; 3° pour le clinicat obstétrical, à la nomination d'un chef de clinique adjoint; 4° pour le clinicat des maladies mentales, à la nomination d'un chef de clinique titulaire; 5° pour le clinicat des maladies du système nerveux, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint; 6° pour le clinicat des maladies cutanées et syphilitiques, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint; 7° pour le clinicat chirurgical infantile, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint; 8° pour le clinicat gynécologique, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint; 9° pour le clinicat thérapeutique, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 705.*)

REVUE GÉNÉRALE

LES COTES CERVICALES CHEZ L'HOMME

Par le docteur F. GARDNER (de New-York.)
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les côtes surnuméraires ont été d'abord connues anatomiquement, et longtemps regardées comme de simples curiosités. Aujourd'hui, certaines d'entre elles ont un intérêt pathologique; cela est vrai surtout des côtes cervicales, qui ne sont pas très rares. Elles ont maintenant une histoire clinique, on les diagnostique sur le vivant très aisément, grâce à la radiographie, et, depuis qu'on a commencé à connaître leurs méfaits, bon nombre ont déjà été enlevées chirurgicalement, et le plus souvent avec succès. Il y a aujourd'hui assez de faits pour que l'on puisse consacrer à ces côtes surnuméraires un chapitre spécial de nosologie.

I

Historique. — Elles auraient été signalées par Galien et d'autres auteurs anciens, mais c'est Hunauld qui, le premier, en 1740, devant l'Académie royale des sciences, décrivit et figura un très beau cas. En 1755, Sue adressa au même corps scientifique un mémoire sur la même question. Hodgson, en 1815, et Astley Cooper, en 1821, rapportèrent chacun un cas de compression de la sous-clavière avec thrombose à l'intérieur du vaisseau et gangrène des doigts, causée par une exostose de la première côte, exostose qui était, plus que vraisemblablement, sous la dépendance d'une côte cervicale, dont la connaissance n'était alors que rudimentaire. En 1835, Rognetta rapporte un cas avec compression du plexus brachial et œdème du bras. En 1836 et 1837, Boinet et Chassaignac apportèrent plusieurs cas de côte cervicale devant la Société anatomique. En 1849, parut la première étude un peu étendue sur le sujet : elle est due à Gruber. Halbertsma, en 1857, consacra son attention à l'étude des rapports de la sous-clavière avec l'os anormal. Luschka, en 1859, fit la même chose pour le dôme pleural. En 1860, Willshire reconnut l'anomalie sur le vivant et en 1861, Holmes Coote extirpa ce que, comme beaucoup d'autres auparavant, il appelle une exostose de l'apophyse transverse gauche de la septième cervicale, présentant des rapports intimes avec les vaisseaux et les nerfs, en réalité une côte cervicale; son opération resta unique pendant près de trente ans. Le second mémoire de Gruber (1869) porta à 76 le nombre des cas connus jusqu'alors : 2 seulement avaient été diagnostiqués côte cervicale chez le vivant (Willshire, Huntemüller); 3 nouveaux cas ainsi reconnus furent ajoutés par Struthers (1874). Puis vinrent une série d'études purement anatomiques : Paget, Poland, Fischer (1880), Stephend (1883), Albrecht (1884), Leboucq, Blanchard (1885). En 1884, Mesnard rassemble dans sa thèse 7 cas d'exostoses du creux sus-claviculaire, dont 5 rattachés à la première côte et 1 à la septième cervicale, qui sont probablement des côtes cervicales incomplètement développées. En 1889, Perier pratiqua la seconde opération dont la relation se trouve dans la thèse de Planet (1890). En 1894, Pilling porta le total des cas connus à 139, dont 9 seulement avaient été reconnus cliniquement. De 1891 à 1895, 6 opérations étaient venues s'ajouter aux deux de Coote et Perier. Mais, après l'avènement de la radiographie, la façon d'envisager les côtes cervicales change. Au lieu de les étudier comme trouvailles d'autopsie, ou plutôt de dissection, on les étudie sur le vivant et ainsi l'on rattache à leur véritable cause bien des troubles jusque-là restés imprécis et inexpliqués. Et les chirurgiens attaquent triomphalement le nouvel ennemi. Il n'est pas douteux que la fréquence des cas diagnostiqués et opérés n'aille en augmentant rapidement lorsque l'on considère qu'en 1894, il y avait en tout 9 cas reconnus sur le vivant et qu'à la fin de 1896, il y avait 8 cas opérés, alors qu'aujourd'hui Keen peut en rassembler 43, auxquels il faut adjoindre le cas tout récent de Russell, soit 36 en dix ans (dont 26 dans les six dernières années), contre 8 en trente-cinq ans avant l'emploi de la radiographie. De ces 44 cas, 3 seulement sont français et un suisse, contre 5 anglais, 16 allemands et 19 américains. Cette pauvreté ne laisse pas que d'étonner, puisque les deux premiers mémoires anatomiques sur les côtes cervicales et la première opération pratiquée contre cette anomalie dans la période moderne de la chirurgie viennent tous trois de Paris.

II

Anatomie. — La présence d'une côte cervicale est une anomalie *réversive*, c'est-à-dire un rappel d'une disposition existant chez certains animaux inférieurs (reptiles, poissons). On les trouve parfois chez les enfants de parents dégénérés; Israël parle d'un malade qu'il a opéré dont la sœur avait aussi des côtes cervicales. Russell relate les cas d'un frère et d'une sœur qui avaient également tous deux des côtes cervicales, de telle sorte que l'*hérédité* semble être un facteur possible.

L'arc haemal ou costal de la vertèbre-type fait partie intégrante de toutes les pièces de la colonne vertébrale de l'homme — le coccyx excepté — mais ne présente pas partout le même degré de développement. Celui-ci atteint son maximum à la région dorsale : toutes les vertèbres dorsales ont des côtes, et les sept premières ont un attachement sternal complet. A la région lombaire, l'arc costal n'est plus représenté que par l'apophyse costiforme. Au sacrum, les points costaux se soudent à la partie qui représente l'apophyse transverse et les deux forment les masses latérales de l'os. A la région cervicale, enfin, la côte est représentée par toute la partie des apophyses transverses située en avant du canal transversaire, lequel canal est l'homologue du trou costo-transversaire de la région dorsale, et par le tubercule antérieur des apophyses transverses; ce tubercule antérieur se retrouve sur toutes les vertèbres cervicales. Pour celui de la septième cervicale, il y a un point d'ossification spécial constant : quelquefois, il y en a un pour la sixième, exception-

nellement pour la cinquième ou la quatrième (Theile). C'est le développement exagéré de ce point transversaire antérieur de la septième cervicale qui forme la côte cervicale la plus fréquemment observée. Les autres points de la sixième et de la cinquième cervicales ne se développent en côte que beaucoup plus rarement. Stifler relate un cas où il considère la côte comme développée aux dépens de la sixième cervicale, mais comme il n'y eut ni radiographie, ni opération, le doute est permis. Deux autres cas (Hanswith, Williams) ont été attribués aussi à la sixième cervicale, mais par erreur. Dans un cas de Czerny, relaté par Völcker, il y avait une côte rudimentaire développée aux dépens du tubercule antérieur de l'apophyse transverse de la cinquième cervicale; cette côte servait de pédicule à un lipome partiellement calcifié et ossifié pesant un kilogramme. Dans trois cas, il y avait deux côtes surnuméraires dui même côté. Le plus beau de ces trois cas est celu, opéré par Karg, où les deux côtes, bien développées dépendaient de la sixième et de la septième cervicales. Anomalie jusqu'à présent unique, l'artère sous-claviculaire passait *entre* les deux côtes et l'intervalle était si étroit qu'il suffisait d'une inspiration ample pour faire disparaître complètement le pouls radial. Dans les deux autres cas, les deux côtes étaient beaucoup moins développées. Beck, au cours d'une opération pour côte cervicale développée aux dépens de la septième vertèbre, trouva une autre côte rudimentaire implantée sur la sixième. Strathers, à la dissection du cadavre d'un enfant mâle âgé de quatre ans, trouva aussi deux côtes cervicales rudimentaires implantées sur les mêmes vertèbres.

Les points osseux complémentaires des tubercules transverses existant des deux côtés, il semblerait, *à priori*, que l'anomalie dût être *bilatérale* le plus souvent, ou tout au moins aussi fréquente d'un côté que de l'autre, cependant Riesman les déclare plus fréquentes à gauche. Jusqu'au moment où l'emploi de la radiographie se généralisa, l'anomalie fut considérée comme bilatérale dans environ les deux tiers des cas. Mais comme, jusque-là, la côte la moins développée était très difficile à déceler, en l'absence de tout symptôme causé par elle, il est probable que cette proportion déjà élevée est encore inférieure à la réalité. En fait, depuis l'emploi des rayons X, la bilatéralité semble encore plus fréquente. Sur les 18 cas avec examen radiographique rassemblés par Schönebeck, il s'en trouve 14, soit 77,8 p. 100, où l'anomalie est bilatérale et 4 seulement (22,2 p. 100) où elle ne s'observe que d'un seul côté. Les 4 cas radiographiés de Russell sont tous bilatéraux.

Mais, si la bilatéralité s'observe ainsi dans les quatre cinquièmes des cas environ, l'*inégalité de développement d'un côté à l'autre* est la règle absolue, et la *limitation des symptômes au côté où la côte est le plus développée* la règle presque absolue, puisque l'on ne connaît que deux cas (Schönebeck, Rutkowski) où la bilatéralité de l'anomalie se soit accompagnée de la bilatéralité des symptômes. Et alors, il s'agisssit de cas complexes : l'un des malades était âgé, le second était atteint de syringomyélie (celui de Schönebeck). Russell croit que les symptômes sont plus fréquents à droite, ce qui revient à dire que les côtes seraient plus développées de ce côté.

Keen fait remarquer qu'à l'inverse des autres anomalies de développement, une côte cervicale ne s'accompagne généralement pas d'autres malformations. Cependant, parmi la liste des affections nerveuses trouvées associées à une côte cervicale (Borchardt, Schönebeck, Oppenheim, Marburg), scléroses multiples (Lévi) ou atrophie musculaire progressive à type cervico-facial, il y en a certainement qui sont dues à un développement imparfait de l'axe cérébrospinal. Un pied-bot a été noté dans un cas déjà ancien de Poland. Ballantyne rapporte le cas d'une jeune femme de vingt-deux ans qui, outre sa côte cervicale, avait un vagin imperforé avec hématométrie. Keen déclare qu'il n'a pas trouvé d'autres imperfections du squelette ou des parties molles associées à la présence d'une côte cervicale. Et pourtant, plus loin, il consacre plusieurs pages et plusieurs figures à l'étude des radiographies de Drehmann dans la scoliose congénitale associée à une côte cervicale, et là, il y a des anomalies osseuses assez grosses. De fait, elles sont si grosses qu'elles doivent nous faire reviser pour certains cas la notion de la côte cervicale, anomalie simple due seulement au développement exagéré d'un point osseux normal et nous faire admettre que, dans certains cas, il y a anomalie qui remonte beaucoup plus haut, jusqu'à la segmentation des protovertèbres de l'embryon.

On savait, avant l'ère radiographique, qu'une côte cervicale pouvait s'accompagner — en fait s'accompagnait assez souvent — de scoliose congénitale. Drehmann et Garré avaient cité des cas ; sur les 65 cas de côte cervicale de la statistique de Schöneberg, il y avait 22 fois (soit 1/3 très sensiblement) coexistence de scoliose. Mais c'est à un second travail, tout récent, de Diehmann, que nous devons les renseignements les plus précis. Si l'on doit en croire ses schémas radiographiques, la scoliose liée à la présence d'une côte cervicale s'accompagne de nombreuses anomalies vertébrales et costales. Qu'on en juge par les quelques exemples suivants : I. Garçon de douze ans. La radiographie montre une segmentation de la septième cervicale; entre celle-ci et la première dorsale existe une vertèbre intercalaire rudimentaire en forme de coin, sur le côté convexe de laquelle s'insère une côte cervicale qui va rejoindre la première côte. Les deux premières vertèbres dorsales semblent fusionnées. La quatrième côte gauche est rudimentaire. — II. Fille de quatorze ans. Entre la première et la deuxième dorsales, vertèbre supplémentaire peu développée. De ces trois corps vertébraux, soudés entre eux, partent les côtes régulières et une côte supplémentaire. L'autre moitié du thorax est normale. — III. Enfant de dix-huit mois: du côté de la convexité de la scoliose, il y a une côte cervicale parfaitement développée, en rapport avec une vertèbre surnuméraire. Cette vertèbre est divisée en deux portions : une grande, en forme de coin, qui porte la côte, et une rudimentaire du côté de la concavité. Du côté de la convexité, la première dorsale porte deux côtes ; la douzième

dorsale du côté opposé également. Il est possible qu'il y ait un peu d'imagination dans la description de ces anomalies si nombreuses et si grosses; nous savons tous qu'il est quelquefois difficile d'interpréter rigoureusement une radiographie, mais une côte cervicale étant une anomalie, une scoliose congénitale une autre, quoi d'étonnant à ce qu'il y ait des anomalies dans le segment adjacent de la colonne vertébrale? Il est intéressant de noter que Russell, dans un cas, ne put arriver à déterminer s'il y avait côte cervicale ou non; la radiographie ne montrait que douze côtes, et il n'y avait apparemment que cinq vertèbres entre la dernière vertèbre portant une côte et le sacrum. Mais, d'autre part, la huitième racine cervicale émergeait *au-dessous* de la première côte et la première paire dorsale au-dessous de la seconde côte. Lane rapporte des cas dans lesquels une côte cervicale étant présente, la douzième côte dorsale est très petite ou absente; il croit que la cause qui amène l'apparition d'une côte cervicale cause aussi une absence de développement des côtes inférieures. Peut-être dans le cas de Russell, l'anomalie d'émergence des nerfs s'explique-t-elle par une fusion des corps de la septième cervicale et de la première dorsale. Ce cas montre bien la complexité des lésions et la difficulté de les reconnaître parfois exactement même à la dissection. Il sera intéressant de voir si les radiographies futures confirmeront ou infirmeront les résultats de Drehmann. Il y a surtout à vérifier soigneusement l'existence des vertèbres intercalaires, à la présence desquelles il rattache toute une classe de côtes cervicales, au lieu de voir dans celles-ci seulement une exagération du développement du point normal complémentaire du tubercule antérieur de l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale, comme le veut la théorie le plus fréquemment admise. En tout cas, le travail de Drehmann vient fort à l'appui de l'existence de la scoliose congénitale véritable, que beaucoup veulent nier aujourd'hui.

Les anomalies du nombre des côtes sont plus fréquentes dans le sexe féminin que dans le masculin. C'est là un fait de connaissance ancienne puisque Thomas et Cushing citent un passage d'un auteur de 1650 dont l'opinion causa une discussion fort animée basée sur la théorie biblique de la création d'Eve. Quoi qu'il puisse en être de l'explication, nous devons constater, dans le cas particulier qui nous occupe, que les côtes cervicales sont plus fréquentes chez la femme. Sur 43 cas opérés cités par Keen, il y a 31 femmes et 12 hommes seulement. Sur les 4 cas de Russell, il y a 3 femmes et 1 homme.

Anatomiquement, le développement d'une côte surnuméraire cervicale peut varier considérablement depuis la simple exagération du tubercule de la septième cervicale jusqu'à une côte complète avec attachement sternal. La classification la plus complète et la meilleure est celle de Gruber qui distingue quatre classes.

Dans la *première*, il y a simplement légère augmentation de longueur de l'apophyse costale qui ne dépasse pas encore le niveau de la pointe du vrai tubercule transverse. Dans la *seconde*, la côte dépasse le sommet de l'apophyse transverse; elle peut mesurer d'un centimètre et demi à 3 ou 4 centimètres : elle présente une extrémité soit libre, soit fusionnée avec la première côte thoracique. Dans ce cas, cette dernière semble avoir une extrémité postérieure bifurquée ou *présenter une exostose*.

Les côtes de la *troisième* classe sont plus longues, elles présentent un corps osseux complet, qui s'allonge parallèlement à la première côte, et vient s'unir à la partie antérieure osseuse de celle-ci, soit par un ligament, soit par fusion osseuse. Dans plusieurs cas de cette catégorie, on a vu une articulation à quelque distance de la première côte, de telle sorte qu'on aurait pu croire que la côte cervicale s'articulait avec *une exostose de la première côte*. Assez fréquemment, cette projection de la première côte qui semble s'avancer au-devant de la côte cervicale a une direction perpendiculaire à cette première côte; elle s'épaissit au point de jonction avec la côte cervicale, et il en résulte une tubérosité formée de deux portions coudées presque à angle droit. Cette disposition, trouvée plusieurs fois sur le cadavre, a été trouvée 5 fois dans les opérations sur le vivant.

Les côtes de la *quatrième* sorte sont complètes; elles ont un cartilage qui vient se souder au sternum directement; c'est rare; ou bien se fusionne avec le cartilage de la première côte dorsale et ainsi atteint le sternum. De la réunion de ces deux cartilages résulte un >- ou un -< suivant le côté, et la branche horizontale correspondant à deux cartilages fusionnés, est naturellement très large. La côte figurée par Hunauld dans son mémoire est un bel exemple de cette variété complète.

Les deux premières catégories sont beaucoup plus fréquentes que les deux dernières. Mais il peut y avoir d'autres modalités irrégulières dans le développement d'une côte cervicale. La partie moyenne peut manquer, la côte n'est plus alors représentée que par ses deux extrémités réunies par un trousseau fibreux (1), celui-ci venant à faire défaut lui-même, les extrémités peuvent rester complètement indépendantes. Si l'extrémité antérieure d'une telle côte est soudée à la première côte thoracique par une fusion osseuse, cette extrémité antérieure figure encore une *exostose de la première côte*. Il est plus que vraisemblable que la plupart des cas d'exostose de la première côte, décrits par les auteurs, sont attribuables à plus juste titre à quelqu'une de ces anomalies d'une côte cervicale, dispositions qui correspondent à des types normaux de la série animale.

Quand la tête est bien développée, elle rappelle beaucoup la première côte thoracique par sa configuration. Comme elle, elle est aplatie de haut en bas; elle a une tubérosité marquée. Sa *face supérieure* présente une large gouttière, parfois très

(1) Luschka figure un cas où une côte de la deuxième catégorie est terminée par une extrémité renflée; du bord supérieur du cartilage de la première côte dorsale, au point d'attachement sternal s'élève un tubercule qui est relié à l'extrémité renflée de la côte par un fort trousseau fibreux. Des anomalies analogues sont citées par Keen.

profonde, pour le passage de l'artère sous-clavière; en avant de cette gouttière, il y a un tubercule sur lequel vient s'insérer le scalène antérieur, soit en totalité, soit seulement par un faisceau.

Nous avons vu les différentes modalités de terminaison antérieure suivant la longueur de la côte. L'*extrémité postérieure* fixée à la colonne vertébrale présente aussi des variations nombreuses. Elle s'articule avec la colonne vertébrale, tantôt avec le corps de la vertèbre, tantôt avec le disque intervertébral, tantôt avec un corps vertébral anormal, comme nous l'avons vu plus haut. L'articulation est quelquefois une diarthro-amphiarthrose comme les articulations normales des côtes; quelquefois, au contraire, l'articulation est absolument immobile. De la rigidité variable de cette articulation, et de la fixité plus ou moins grande de l'extrémité antérieure, dépend la mobilité de la côte et de la tumeur osseuse qu'elle forme dans le cou.

Quand il y a des côtes cervicales des deux côtés, l'une est non seulement plus développée que l'autre, mais elle est placée aussi *plus haut*. C'est du côté de cette côte plus haute et plus grosse que se manifestent les symptômes.

III

Rapports. — L'*artère sous-clavière* affecte avec la côte anormale des rapports différents suivant la longueur de l'os. Si celui-ci est court ou modérément long, le vaisseau, ainsi que les troncs du plexus brachial n'ont pas à passer au-dessus de lui, mais passent simplement en avant de son extrémité antérieure. Halbertsma dit que lorsque la côte a 5 centimètres ou moins, l'artère passe en avant d'elle et non au-dessus, et que quand elle a plus de 5 centimètres et demi, l'artère passe au-dessus; cette loi donne une idée assez exacte de ce qui existe dans la majorité des cas, mais il y a des exceptions : la côte mesurait 5 centimètres, 6 centimètres et même 7 dans un cas de Brodier, et l'artère passait encore en avant d'elle. On n'a jamais vu l'artère passer au-dessous d'une côte cervicale en rapport avec la septième vertèbre; on l'a vue une fois, dans un cas auquel nous avons déjà fait allusion plus haut (l'opération est de Karg, c'est la troisième dans l'ordre chronologique; elle fait suite à celles de Coote et de Perier; le cas est rapporté par Ehrich), passer entre deux côtes cervicales. Lorsque l'artère passe au-dessus de la côte cervicale, elle est naturellement obligée de monter beaucoup plus haut pour sortir du thorax et par conséquent de décrire une courbe beaucoup plus accentuée, si accentuée même parfois que le passage sur la côte devient le sommet d'un angle aigu décrit par le vaisseau. Une sous-clavière à trajet normal s'élève d'ordinaire dans le cou un peu au-dessus du bord supérieur de la clavicule. En cas de côte cervicale, c'est de 3,5 à 5 centimètres au-dessus de cet os qu'elle doit s'élever, pour de là se diriger brusquement en bas et en dehors vers l'aisselle. Et, bien que Sue prétende que si la cage thoracique est développée verticalement plus que d'ordinaire, les vaisseaux doivent se développer aussi proportionnellement en longueur — ce qui doit être vrai dans bien des cas, puisque la majorité des côtes cervicales ne donnent point de symptômes — il n'en est pas moins vrai que la formation de cet angle entraîne des modifications dans le calibre de l'artère. Murphy l'a vue *aplatie*; fait plus curieux, plusieurs fois (Ehrich, Murphy, Keen) on a trouvé une dilatation *en aval* de l'angle : une fois, il y avait véritable anévrisme cylindrique, également en aval (Adams).

Donc l'artère est beaucoup plus haute et plus superficielle en cas de côte cervicale. La compression en est rendue beaucoup plus facile, et Boyd a vu un cas où une telle disposition favorisa grandement la guérison d'un anévrisme. L'artère peut être plus facilement mise à nu si on voulait la lier; mais si on ne s'apercevait pas de l'anomalie, on pourrait être induit en erreur dans les temps opératoires. Il faut se rappeler cependant que l'artère peut occuper une position haute dans le cou, s'élever à 3 ou 3,5 centimètres au-dessus de la clavicule, sans que, pour cela, il y ait côte cervicale. Quain a figuré un cas de ce genre, et Keen signale deux faits où la situation haute induisit en erreur et fit diagnostiquer une côte cervicale qui n'existait pas.

La *veine sous-clavière* est d'ordinaire loin en avant et au-dessous de l'artère. Elle est beaucoup moins dérangée de ses rapports normaux que l'artère. Aussi ne joue-t-elle qu'exceptionnellement un rôle dans la symptomatologie. Elle n'est pas gênante pendant l'opération pour ablation d'une côte cervicale. Le plus souvent même, on ne la voit pas.

Le *plexus brachial* passe au-dessus de la côte avec l'artère. Les racines inférieures sont le plus intimement en rapport avec la face supérieure de la côte; elles peuvent être comprimées sur elle ; on les a vues aplaties.

Le *scalène antérieur* s'insère souvent à l'extrémité de la côte cervicale. Les scalènes moyen et postérieur peuvent s'insérer sur elle aussi, mais peuvent avoir également leurs insertions normales. Parfois, le plexus brachial et l'artère sous-clavière passent à travers le scalène antérieur et le divisent en plusieurs faisceaux, fait important pour la possibilité de compression de l'artère par le muscle.

Quand la côte est bien développée, il y a un espace intercostal comblé par un ou deux muscles intercostaux. S'il n'y en a qu'un, c'est l'externe.

Le *dôme pleural* et le *sommet du poumon* s'élèvent beaucoup plus haut dans le cou qu'à l'état normal. Le dôme est souvent si adhérent qu'il est difficile de séparer les deux organes sans déchirer la plèvre. Quelquefois, au contraire, on ne voit même pas la plèvre pendant l'opération; cependant il faut toujours se rappeler son voisinage quand on libère la face inférieure de la côte.

Tels sont les rapports principaux d'une côte cervicale. Quand elle est bien développée, on peut les résumer en disant qu'elle prend les rapports normaux d'une côte thoracique ordinaire. Quand elle est moins développée, ses rapports sont très variables et beaucoup plus irréguliers, mais moins importants à connaître, car il est rare qu'elle cause des symptômes obligeant à intervenir. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 22 MAI 1907)

Traitement des abcès pelviens. — M. PONCET rappelle un travail de M. Potel (de Lyon) sur l'incision rectale appliquée au traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire. Dans tous les cas publiés dans ce travail, cette incision rectale s'est montrée bénigne et efficace. Deux fois seulement, il y eut des hémorragies, d'ailleurs faciles à arrêter. On voit généralement que dans les cas où ces abcès s'ouvrent spontanément par le rectum, les suites sont simples et la guérison rapide. Il est donc naturel que les chirurgiens songent à recourir à cette voie pour ouvrir ces abcès. M. Poncet cite le cas d'une jeune fille, atteinte d'un abcès pelvien d'origine appendiculaire qu'il allait opérer par la voie abdominale et qui, pendant l'anesthésie chloroformique, évacua son abcès par l'intestin. M. Poncet se contenta d'agrandir l'ouverture rectale de 2 ou 3 centimètres d'un coup de ciseaux. Qu'il s'agisse d'ouverture spontanée de ces abcès par le rectum, qu'il s'agisse d'une incision pratiquée sur le rectum par le chirurgien, les suites sont les mêmes : l'abcès s'évacue par cette voie et la guérison s'opère sans qu'il soit nécessaire de drainer, ni de laver la plaie rectale.

M. WALTHER fait observer que tout le monde est d'accord sur la facilité d'ouvrir les abcès pelviens par la voie rectale. Il rappelle qu'un de ses élèves, M. Chevallier a fait, en 1900, une thèse sur ce sujet et qu'il concluait que l'ouverture des abcès pelviens d'origine appendiculaire par le rectum, était une bonne opération.

M. Jaboulay (de Lyon) avait lui aussi préconisé cette voie.

M. GUINARD, jusqu'à ces derniers temps, n'avait jamais ouvert d'abcès pelviens par la voie rectale. Il a changé d'avis depuis que lui est arrivé le fait suivant : Il allait opérer une jeune fille d'un abcès pelvien par la voie abdominale, quand l'interne ayant lavé un peu fort la paroi abdominale il se dégagea tout à coup une odeur infecte et on s'aperçut que l'abcès s'était ouvert spontanément par le rectum. M. Guinard se contenta d'agrandir un peu l'ouverture en introduisant des ciseaux fermés et en les retirant ouverts. La malade alla ensuite aussi bien que possible et la guérison fut très prompte.

Quelque temps après, M. Guinard eut l'occasion de voir un malade dont l'abcès bombait du côté du rectum, il incisa de ce côté et la guérison se fit aussi très rapidement. M. Guinard a opéré deux autres malades par cette voie avec le même succès. Il est donc tout disposé à se rallier à l'opinion de MM. Chaput et Reynier.

M. PICQUÉ, dont le rapport sur le travail de M. Robert Picqué a été le point de départ de cette discussion, ne partage pas les préférences de plusieurs de ses collègues pour le choix de la voie rectale appliquée au traitement des abcès pelviens; avec M. Sieur, il continue à préférer la voie abdominale. Il ne pense pas que l'ouverture spontanée des abcès pelviens par cette même voie soit une solution désirable. Dans bien des cas, en effet, même après cette ouverture spontanée, il faut tout de même ouvrir le ventre et compléter l'opération par cette voie, ce qui a l'avantage de permettre d'enlever l'appendice. C'est ainsi que chez une jeune fille de dix-huit ans dont l'abcès pelvien s'était ouvert spontanément par le rectum, M. Picqué fit la laparotomie, trouva des collections indépendantes qui ne s'étaient pas vidées, les enleva et procéda à l'ablation de l'appendice. Enfin M. Picqué estime que la communication de la poche avec l'intestin n'est pas sans inconvénients, ni sans dangers. Pour ces raisons, M. Picqué n'est pas disposé à préconiser la voie rectale pour l'ouverture des abcès pelviens.

Tétanos. — Nous revenons à la discussion sur le tétanos. Il serait difficile de tirer une conclusion bien précise de cette discussion. Il n'est qu'un point sur lequel tout le monde est d'accord, c'est que les injections de sérum antitétanique sont inefficaces comme moyen de traitement curatif. Quelle est leur valeur au point de vue du traitement préventif ? C'est ici que les avis commencent à différer. Toutefois la majorité des orateurs qui ont pris la parole sur ce sujet semble disposée, avec plus ou moins de confiance, à faire faire, dans leurs services, des injections préventives de sérum antitétanique.

M. REYNIER a donc bien raison, en commençant son argumentation, de dire que les lecteurs des comptes rendus de la Société de chirurgie doivent être bien embarrassés. En effet, tandis que MM. Bazy, Routier, Berger et d'autres affirment la valeur de ces injections préventives, d'autres, avec M. Reynier, restent dans le doute sur leur efficacité, surtout dans les conditions où elles sont pratiquées. M. Thierry a proclamé la faillite de ces injections. Sans aller aussi loin, M. Reynier apporte 33 cas de tétanos s'étant développé malgré les injections préventives. De son côté, M. Berger nous a apporté 9 cas semblables, ce qui porte à 41 le nombre de ces faits.

M. Bazy fait valoir cet argument que depuis qu'il a recours aux injections préventives, il n'observe plus de tétanos dans son service. Mais plusieurs chirurgiens qui n'ont pas recours à ces injections déclarent également n'avoir pas observé plus de tétanos que M. Bazy. Quoi qu'il en soit, au point de vue de la contagion, M. Reynier affirme que les précautions antiseptiques suffisent pour l'éviter.

M. Bazy ne saurait tirer aucune conclusion applicable à l'homme des expériences de M. Nocard ou de la pratique des vétérinaires. M. Nocard, en effet, inocule en même temps la toxine et le sérum. Les choses ne se passent pas de la même façon dans la pratique hospitalière où nous arrivons toujours trop tard.

M. Reynier rappelle aussi ces cas de tétanos larvé dans lesquels les accidents graves peuvent se développer à une très longue échéance. Faudra-t-il, dans ces cas, renouveler indéfiniment les injections ? N'y aurait-il pas quelque danger à le faire ?

Quoi qu'il en soit, M. Reynier, tout en se montrant très peu confiant dans l'action des injections sous-cutanées de sérum antitétanique, n'est pas moins d'avis d'y recourir, à titre curatif, espérant y trouver une certaine action atténuante de tétanos.

M. MAUCLAIRE se contente d'apporter des faits qui semblent peu favorables à la méthode des injections de sérum antitétanique. Cinq cas de tétanos dans lesquels ont été faites des injections, soit préventives, soit curatives : cinq morts. Ce sont là des résultats peu brillants.

M. DELORME a observé un premier cas de tétanos en 1870 chez un homme qui avait reçu un éclat d'obus. Il est ensuite arrivé jusqu'en 1893 avant d'en observer un second cas, bien qu'ayant été major dans des régiments de cavalerie où, comme on sait, les hommes manient constamment le crottin de cheval et se mettent conséquemment dans les meilleures conditions tétanigènes. Il a été attaché à l'école de Saumur, où les chutes de cheval sont fréquentes, où l'on manie également le crottin de cheval et il n'y a pas observé un seul cas de tétanos. Au Val-de-Grâce, il en a observé un cas qui mérite d'être mentionné : un pompier, qui voulait découcher, saute par-dessus un mur et tombe sur un pieu qui avait été retourné, dont la partie habituellement enfoncée sous la terre se trouvait en l'air. Il se blesse la fesse et arrive avec une plaie qui suppure abondamment. Il a le tétanos; on débride largement la plaie, on la nettoie, on y trouve un morceau du pieu qui s'était cassé et qui contenait des débris de terre avec le bacille tétanigène. MM. Roux et Vaillard vinrent voir ce pompier avec M. Delorme qui leur demanda de faire des injections de sérum antitétanique, tout en administrant le chloral et le bromure à hautes doses. Ces messieurs s'y refusèrent. M. Delorme préféra alors recourir au traitement classique; on ne fit pas d'injections. Ce malade succomba. M. Delorme a encore observé deux autres faits de tétanos, dont l'un chez un malade opéré de cure radicale de hernie, réuni par première intervention et atteint de tétanos au vingtième jour, alors qu'il semblait complètement guéri.

Récemment, un confrère de l'armée a eu, dans son service, un cas de tétanos dont il est mort. On s'est ému, dans le public, de ce fait et on a blâmé le médecin de n'avoir pas fait des injections de sérum antitétanique. Qui oserait affirmer ici que ce malade aurait guéri si on lui avait fait ces injections ?

A propos de la communication de M. Delorme, un de nos

confrères nous signalait un fait qui aurait une grande importance si la théorie équine du tétanos était encore admise. Dans les statistiques médicales de la Compagnie générale des omnibus à Paris, statistiques remarquablement tenues, on ne relève aucun cas de tétanos depuis la fondation de l'antique Compagnie.

M. Quénu résume la discussion et en voulant la clore la ranime. Il a pu rassembler neuf cas de tétanos chez des blessés auxquels on avait oublié de faire les injections préventives de sérum antitétanique, dans des services où ces injections sont de règle.

M. Legueu apporte un dixième cas.

M. Delbet, frappé de la différence des résultats obtenus par les vétérinaires avec les résultats obtenus par les chirurgiens propose que la Société de chirurgie saisisse l'Institut Pasteur et lui demande de remettre la question à l'étude. Cette proposition est adoptée.

M. Tuffier ne nous encourage pas beaucoup à faire plusieurs injections sur le même individu et surtout à ne pas faire tantôt des injections intra-rachidiennes ou intra-craniennes et tantôt des injections sous-cutanées, certaines expériences ayant démontré qu'une injection intra-rachidienne faite après une injection sous-cutanée pourrait plutôt aggraver le tétanos.

En résumé, après quelques observations de MM. Schwartz, Delbet, Potherat et Thiéry, on arrive à cette conclusion que nous n'avons pas la démonstration scientifique de l'efficacité des injections de sérum antitétanique, mais qu'il ne faut pas moins conserver la foi ou tout au moins l'espérance que ces injections peuvent encore sauver quelques vies humaines.

M. Guinard ne pensait pas, en présentant un cas plutôt banal, susciter une discussion de cette importance. Il estime qu'en matière de tétanos, il faut s'accrocher à toutes les branches possibles de salut et c'est pourquoi il a recours à l'isolement, au chloral, au bromure à hautes doses et aussi aux injections de sérum. Si le malade guérit après l'emploi de tous ces moyens, il n'oserait pas encore affirmer que c'est à ces moyens qu'il doit sa guérison.

M. Morestin est élu membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(Séance du 16 mai 1907)

Contusions de l'abdomen avec rupture du foie par coup de pied de cheval. — M. Mignon (de Paris) cite une observation analogue à celle de M. Bichelonne (*Gaz. des hôpit.*, 1907, p. 571). L'intervention eut lieu vingt-sept heures après le traumatisme, intervention trop tardive, il aurait fallu arrêter l'hémorragie avant que le collapsus cardiaque fût irrémédiable. Quant à la question de la valeur relative de la suture et du tamponnement, il se produit souvent que la difficulté de l'application de la suture rend le tamponnement obligatoire; dans l'observation précitée le complet assèchement montra l'efficacité du tamponnement; les manœuvres opératoires trop prolongées ajoutent à la gravité du choc initial, il est aussi nécessaire d'opérer vite que d'intervenir tôt, les grands traumatismes de l'abdomen ont d'autant plus de chances de guérison que la laparotomie est moins différée.

M. Ferraton (de Versailles) estime que tout soupçon sérieux d'atteinte viscérale après un traumatisme de l'abdomen impose l'ouverture du ventre sans attendre une complète certitude. Le tamponnement à la gaze sèche suffit d'ordinaire pour arrêter les hémorragies parenchymateuses du foie; c'est le procédé d'application le plus général et le plus facile en cas d'urgence.

Prophylaxie de la scarlatine. — M. Le Rouvillois (de Paris) revenant sur la question estime que la suppression des permissions serait la meilleure mesure prophylactique contre la scarlatine.

Prophylaxie de la syphilis. — MM. Costa (de Marseille) et Rudler (de Belfort) montrent la nécessité des mesures administratives et doutent que l'éducation morale suffise à préserver le soldat.

M. Toubert (de Montpellier) expose dans un mémoire très documenté la **législation militaire concernant les blessures et maladies contractées, en service commandé.**

Après des communications sur les **pansements** par MM. Debrie (de Fontainebleau), Cahier (de Marseille) et Vialle (de Nice), M. Ferraton (de Versailles) présente un blessé atteint de **fracture indirecte de la rotule traitée par la suture simple à la soie forte du périoste prérotulien et des ailerons.** Le résultat fut excellent. L'articulation put être mobilisée au bout de quinze jours.

M. Le Rouvillois (de Paris) présente un malade atteint d'une **fistule dentaire ayant un siège anormal en avant du sac lacrymal.** L'ablation de la dent cariée amena la guérison.

M. Vialaneix (de Toulouse) montre une **épingle ayant provoqué une perforation intestinale et consécutivement un phlegmon iliaque. Laparotomie. Guérison.**

LIVRES NOUVEAUX

Le diverticule de Meckel (1), par MM. E. Forgue et Vincent Riche.

Le diverticule de Meckel est mieux connu depuis la fréquence croissante des interventions chirurgicales.

MM. Forgue et Riche ont fait œuvre utile en présentant, dans un travail d'ensemble, appuyé sur une documentation nombreuse et précise, l'anatomie et la pathologie des restes omphalo-mésentériques. Les auteurs ont pu réunir 650 observations, tant anatomiques que cliniques, et c'est sur ces bases qu'ils ont entrepris cette intéressante étude.

Dans une première partie, purement anatomique, ils étudient le développement et la régression du système omphalo-mésentérique à l'état normal, ainsi que les anomalies d'involution qu'il peut présenter, soit par excès, soit par défaut.

La deuxième partie est clinique et thérapeutique. Au point de vue clinique, ils ont établi deux grandes subdivisions dans la pathologie des restes omphalo-mésentériques : l'une la plus importante, doit être rattachée à la pathologie intestinale; l'autre a trait à la pathologie de la région ombilicale.

Les auteurs rangent dans la première les occlusions mécaniques dues au diverticule de Meckel libre ou fixé, les invaginations, les volvulus, les hernies du diverticule, la diverticulite ou inflammation du diverticule, les entérokystomes de Roth, les sténoses congénitales de l'iléon reconnaissant pour cause un excès d'involution du canal vitellin.

Dans la deuxième partie, ils placent le diverticule ouvert à l'ombilic, avec ses diverses complications, les kystes ombilicaux, les tumeurs adénoïdes diverticulaires de Lannelongue et Frémont les épithéliomes cylindriques primitifs de l'ombilic.

Telle est très rapidement résumée l'analyse de ce remarquable travail de près de 400 pages, orné de 70 figures des plus intéressantes. C'est la résultante de tout ce qui a été écrit sur cette question depuis l'année 1698, où Ruysch figura, pour la première fois un diverticule intestinal jusqu'au dernier travail de Miles F. Porter en septembre 1905.

C'est donc le travail le plus complet et le plus récent que nous possédions sur la matière. Il convient de féliciter hautement les auteurs qui ont su mener à bien et mettre au point ce chapitre si spécial de la pathologie intestinale. A. R.

Les professeurs de clinique de la Faculté de médecine de Paris [scènes médicales, 1re série (2)], par le docteur Pierre Maurel.

Dans cette plaquette, l'auteur fait défiler « Nos maîtres » dans une série de portraits très ressemblants, les plaçant dans le cadre des cliniques et services hospitaliers très bien rendus. La forme est soignée, le trait fin et... suggestif. C'est une publication qui restera comme document. Elle a sa place marquée dans les bibliothèques d'amateurs, de fantaisies médico-littéraires intéressantes et bien venues. L. S.

(1) In-8. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.
(2) In-8. — Paris, Steinheill.

Les jardins de la médecine (1), par le docteur F. Helme.

Depuis longtemps les amis du docteur Helme le pressaient de réunir en un volume les notes ou les études publiées au jour le jour dans différents journaux ou revues.

Notre excellent confrère s'est enfin décidé à les satisfaire et c'est ainsi que les *Jardins de la médecine* ont vu le jour. On retrouvera avec plaisir un certain nombre des études si appréciées du brillant chroniqueur, études qui, toutes, de près ou de loin, se rattachent à l'art médical. Ici de l'histoire : la sinusite maxillaire de Louis XIV, apothicaires et pharmaciens, les paysans au moyen âge, Diderot médecin, voyages de Montaigne aux eaux, la maladie et le testament de Jean-Jacques Rousseau, etc. Là, de la sociologie et de la physiologie : l'évolution du féminisme, essai sur l'amour, impressions d'Allemagne, etc. Ailleurs encore, des portraits et des figurines : Trousseau, Bretonneau, Potain, Hanot, Péan, Sappey, Girode, Charcot, le fantaisiste docteur Gruby, le docteur Hamon, médecin de Port-Royal, etc.

En résumé, c'est la floraison que l'auteur a rassemblée de son mieux, afin de plaire au lecteur. Souhaitons, pour parler comme Montaigne, qu'il reçoive la gerbe de même visage qu'il a reçu chaque fleurette séparément. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 3 AU 8 JUIN 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 3 juin, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Auguste Broca, Thiéry et Legueu.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Roger, Desgrez et Legry.

1er (oral) : MM. Walther, Rieffel et Cunéo.

3e (1re partie, oral) : MM. Tuffier, Wallich et Branca; — (2e partie) : MM. Gaucher, Claude et Balthazard; — M. Macaigne, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Mauclaire et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Delens, Gosset et Proust; — M. Teissier, suppléant.

Mardi 4 juin, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Desgrez et Fernand Bezançon.

1er (oral) : MM. Le Dentu, Rieffel et Morestin.

2e : MM. Gley, Launois et Maillard.

3e (1re partie, oral) : MM. Berger, Thiéry et Demelin; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Gouget et Jeanselme.

4e : MM. Chantemesse, Thoinot et Richaud; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. de Lapersonne, Ricard et Marion; — (2e série) : MM. Albarran, Hartmann et Auvray; — (2e partie) : MM. Robin, Thiroloix et Renon; — M. Dupré, suppléant.

Mercredi 5 juin, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Lejars, Thiéry et Legueu.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gaucher, Roger et André.

1er (oral) : MM. Delbet, Sébileau et Rieffel.

3e (1re partie, oral) : MM. Delens, Wallich et Cunéo; — M. Macaigne, suppléant.

5e (2e partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Landouzy, Teissier et Marcel Labbé; — (2e série) : MM. Brissaud, Legry et Claude; — M. Pierre Duval, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki; — M. Proust, suppléant.

Jeudi 6 juin, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Albarran, Hartmann et Thiéry.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Achard et Maillard.

2e : MM. Retterer, Chassevant et Langlois.

3e (1re partie, oral) : MM. Ribemont-Dessaignes, Marion et Rieffel; — (2e partie) : MM. Raymond, Renon et Carnot.

4e : MM. Chantemesse, Thoinot et Vaquez; — M. Dupré, suppléant.

Vendredi 7 juin, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Sébileau, Auguste Broca et Mauclaire.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Desgrez et Balthazard.

1er (oral) : MM. Lejars, Rieffel et Cunéo.

3e (1re partie, oral) : MM. Delbet, Wallich et Branca; — (2e partie) : MM. Déjerine, Roger et Claude.

4e : MM. Landouzy, Thoinot et Macaigne; — M. Teissier, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Proust; — (2e série) : MM. Delens, Legueu et Pierre Duval; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki; — M. Legry, suppléant.

Samedi 8 juin, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Méry et Maillard.

1er (oral) : MM. de Lapersonne, Retterer et Morestin.

3e (1re partie, oral) : MM. Maygrier, Thiéry et Auvray; — (2e partie) : MM. Troisier, Gouget et Carnot.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Richaud; — M. Vaquez, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Thiroloix et Fernand Bezançon; — (2e série) : MM. Robin, Renon et Jeanselme; — M. Launois, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Demelin et Brindeau; — M. Langlois, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Le docteur Deny commencera le dimanche 26 mai à dix heures et les continuera les dimanches suivants des conférences cliniques sur les maladies mentales.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — HOPITAL TENON. — Le docteur Boissard, accoucheur de l'hôpital Tenon, commencera une série de leçons sur le traitement des suites de couches physiologiques et pathologiques, le jeudi 30 mai, à dix heures et demie, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure, pendant les mois de juin et de juillet.

Le docteur Caussade, médecin de l'hôpital de Tenon, commencera une série de démonstrations cliniques, le mardi 28 mai, à dix heures du matin, et les continuera les mardis suivants, à la même heure, pendant les mois de juin et de juillet.

Le docteur Lamy, médecin de l'hôpital Tenon, commencera ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux et de l'appareil cardio-vasculaire, le vendredi 24 mai, à dix heures et demie, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure, pendant les mois de juin et de juillet.

MUSÉUM NATIONAL D'HISTOIRE NATURELLE. — CONFÉRENCES DE RADIOGRAPHIE. — Le dimanche 26 mai 1907, à dix heures du matin, M. Contremoulin, chef du laboratoire principal de radiographie des hôpitaux, commencera, dans le nouvel amphithéâtre d'anatomie comparée, une série de six conférences complémentaires sur la radiographie appliquée à l'anatomie comparée et les continuera à la même heure les dimanches 2, 9, 16, 23 et 30 juin.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre de M. le docteur Delsol (de Palaiseau).

(1) In-8. Prix 3 fr. 50. — Vigot frères, édit.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Medical Record. — (Vol. LXXI, n° 9, 2 mars 1907.) Joseph COLLINS : L'influenza dans ses relations avec les maladies du système nerveux. — Robert Curtis BROWN : Relation de l'amygdale avec l'infection et les maladies infectieuses. — F. KIEFFER : Un nouveau streptothrix pathogène pour les bestiaux (streptothrix de la pneumonie des bovidés). — Sohier BRYANT : Préservation de l'ouïe. — Goethe LINH : Œdème aigu du pharynx avec observation d'un cas ayant nécessité une trachéotomie d'urgence. — Jose M. FERRER : Observation sommaire d'un cas de trichiniase. — (N° 10, 9 mars.) George PEABODY : Le régime déchloruré dans la néphrite parenchymateuse chronique. — Brooker MILLS et G. WARD : Influenza; mastoïdite suppurée; leptoméningite; triple intervention; mort; autopsie. — Napoleon BOSTON : Fièvre typhoïde compliquée d'accès multiples des reins et de pneumonie lobaire. — Edward FEIL : La prophylaxie des maladies. — Robert MORRIS : Une main de fer dans un gant de caoutchouc. — S. STRAUS : Abcès intra-abdominal, dû à une infection par le gonocoque et le bacterium coli, compliquant une grossesse; opération avec drainages abdominal et vaginal combinés; guérison. — (N° 11, 16 mars.) B. MARPLE : Lésions oculaires de l'artério-sclérose généralisée. — Seymour OPPENHEIMER : Quelques remarques sur l'opération radicale de la mastoïdite dans le traitement de la suppuration chronique de l'oreille moyenne. — Lenox CURTIS : Traitement abortif de la pneumonie. — Wesley CARTER : Carcinome primitif du cornet inférieur avec observation d'un cas. — N. STUDY : L'embolie. — Henry C. COE : Observation d'un cas de sarcome globocellulaire inopérable de l'ovaire, traité avec succès par un mélange de toxines de l'érysipèle et de bacillus prodigiosus. — (N° 12, 23 mars.) Samuel LLOYD : La fracture par arrachement de la colonne vertébrale. — Pearce BAILEY : Modifications pathologiques dans la fracture par arrachement de la colonne vertébrale. — ROCHWELL : Photothérapie dans les maladies nerveuses. — Abram BROTHERS : Mobilisation précoce des malades après les grandes opérations gynécologiques. — John Roy WILLIAMS : Valeur pronostique de la diazo-réaction dans la tuberculose ; observations intéressantes concernant les différences qu'elle présente dans la race blanche et dans la race noire. — (N° 13, 30 mars.) Carl BECK : Nouvelle méthode pour opérer l'épispodias. — Stephen Smith BURT : La pneumonie; l'emploi de l'air frais et d'une solution saline, l'abus de l'alcool, de l'opium et d'autres drogues dans le traitement de cette maladie. — FRIEDMAN : La localisation dans l'occlusion intestinale multiple. — A. STRAUCH : Le babeurre dans l'alimentation infantile. — THIENHAUS : Relation entre les signes cliniques et les constatations microscopiques dans les cas de carcinome de l'utérus. — A.-J. MARTIN : Illustrations pour journaux médicaux. — (N° 14, 6 avril.) Chevalier JACKSON : Gastroscopie. — T. MORRIS : Involution de l'appendice. — C. JACOBSON : Cause et traitement du cancer. — Leonard BLUMGART : Observations sur la valeur diagnostique et pronostique des éosinophiles dans le sang; un cas d'infection rectale par un schistosoma hematobium. — G. MAC KEE : Relation de quatre cas de syphilis sans manifestations secondaires appréciables. — F. KIEFFER : Un cas ancien de séparation chirurgicale d'un monstre double (xiphophage). — (N° 15, 13 avril.) Adolf BAGINSKY : Traitement des affections cardiaques aiguës dans l'enfance. — Gilman THOMPSON : Thermothérapie locale. — George PEABODY : Anévrisme de la crosse de l'aorte avec rupture dans l'œsophage chez une jeune femme ne présentant pas de manifestations syphilitiques. — Louis LADINSKI : Diagnostic de la grossesse précoce avec note sur un signe particulier. — WASHINGTON : Mastoïdite sans symptômes suivie de méningite et de mort. — James K. HALL : Prolapsus du rectum; intervention chirurgicale chez un aliéné. — Percy R. WOOD : L'aspiration dans l'otite moyenne aiguë. — H. RICHARDSON : Arrêt dans le développement intellectuel.

Pédiâtrie pratique. — (N° 8, 15 avril 1907.) AIGRE : La lutte contre la tuberculose et la respiration des enfants. — G. FOURNIER : Contribution à l'étude de la trépanation de la mastoïde chez le nourrisson. — RUOTTE : Cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant.

Presse médicale. — (N° 29, 10 avril 1907.) LANDOUZY : Nosographie. Pathologie générale. Diagnostic de l'hérédo-syphilis tardive. Pédagogie médicale. — LEGUEU : Du cathétérisme de l'uretère à travers la vessie ouverte. — ANCEL et BOUIN : Rayons X et glandes génitales. — (N° 30, 13 avril.) JOSUÉ : Néphrite chronique, cause d'artério-sclérose. — BROCA : Nécrose de la mâchoire inférieure par éruption de la canine de lait. — DESFOSSES et MARTINET : La cautérisation ignée, ses indications. — (N° 31, 17 avril.) GIRARD-MANGIN, Mme et Henri ROGER : Nouvelles recherches expérimentales sur les poisons cancéreux. — GÉRAUDEL : La circulation sanguine dans le foie. — (N° 32, 20 avril.) MONISSET et BEUTTER : Hématémèse mortelle dans la cirrhose. — DESFOSSES et MARTINET : L'ion salicylique. — (N° 33, 24 avril.) H. DE BRUN : Pneumopaludisme du sommet. — R. GARIPUY : La rétention prolongée de l'arrière-faix dans l'avortement. — (N° 34, 27 avril,) ROCHON-DUVIGNEAUD : La rétinite leucémique. — NOICA et STROMINGER : Les réflexes cutanés dans leurs rapports avec les réflexes tendineux au cours du tabes.

Province médicale. — (N° 15, 13 avril 1907.) FINCK : Manifestations anormales de la goutte ; la goutte testiculaire. — LAROYENNE et FLAISSIER : Les troubles de croissance du membre inférieur au cours de l'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou chez les enfants. — MAYET : Etiologie possible de dix-neuf cas de fièvre typhoïde. — (N° 16, 20 avril.) PERRIN et PARISOT : Essais d'opothérapie chez les diabétiques. — STEFANI : Adénites intra-inguinales. — MAYET : Leucocytoses symptomatiques. — (N° 17, 27 avril.) PIOLLET et ARGAUD : Botryomycose humaine. — CADE et VIALLE : Les manifestations pleurétiques des anévrismes de l'aorte.

Revue de chirurgie. — (N° 4, 10 avril 1907.) DEVÉ : Des kystes hydatiques gazeux du foie (2 fig.) [*à suivre*]. — CRANWELL : Angiome caverneux de la face (3 fig.). — THÉVENOT et GABOURD : Les hernies spontanées du repli semi-lunaire de Spiegel (4 fig.). — BAUMGARTNER et HUGUIER : Les luxations sous-astragaliennes (*suite*). — DAMBRIN : Etude sur les luxations des cartilages semi-lunaires du genou. Anatomie pathologique. Diagnostic et traitement (*suite et fin*, 1 fig.). — GUIBÉ : Volvulus de l'intestin grêle et de la partie initiale du gros intestin (*suite*).

Revue médicale de l'Est. — (N° 6, 15 mars 1907.) S. RÉMY : Rétroversion de l'utérus gravide. — (N° 7, 1er avril.) ETIENNE et THIRY : Ictère catarrhal éberthien chez un vieillard n'ayant jamais eu la fièvre typhoïde. — BAROS : Sur deux cas d'infection puerpérale traités par injections intra-veineuses de collargol.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Epreuve de consultation.* — Séance du 25 mai 1907.— MM. Baumgartner et Guibé, 18; Chevassu et Chevrier, 17.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Lecture des copies.* — Séance du 22 mai: Ont obtenu : MM. Schwaab, 18; Guéniot et Lacasse, 17.

Séance du 24 mai. — MM. Delestre et Mouchotte, 18; Guéniot, 16.

— CONCOURS DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Sont désignés pour faire partie du jury des concours des prix de l'internat en pharmacie MM. Sommelet, André, Portes, Tiffeneau, Champigny.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le jury du concours pour une place de médecin des hôpitaux qui s'ouvre aujourd'hui est composé de MM. Audry, Collet, Courmont (Jules), Lyonnet, Mouisset, Paviot, Pic, Roque, médecins des hôpitaux; Albertin, Tixier, chirurgiens des hôpitaux; Plauchu, accoucheur des hôpitaux; Weill, professeur à la Faculté.

— VERSAILLES. — Sont nommés internes de l'hôpital de Versailles, à la suite du concours qui vient de se terminer : MM. Adain et Fabre de Parrel.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation.* — Séance du 24 mai. — MM. Couvelaire (Paris) : « Des lésions traumatiques du crâne fœtal au cours de l'accouchement; » Pouliot (Bordeaux et Toulouse) : « Thrombus puerpéral de la vulve et du vagin. »

Séance du 27 mai. — MM. Fournier (Toulouse) : « Le bassin oblique ovalaire de Naegele; » Jeannin (Paris) : « L'examen clinique du bassin; » Gonnet (Lyon) : « Indications de l'application du forceps. »

SCIENCES ANATOMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET NATURELLES. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Séance du 24 mai. — MM. Dubois et Ambard : « La respiration des tissus. »

Séance du 25 mai. — MM. Jeandelize et Lepage : « Mécanismes de l'absorption. »

MM. les candidats (anatomie) sont priés de se trouver au petit amphithéâtre, mardi 28 mai, à six heures trois quarts, pour procéder au tirage de l'ordre dans lequel les candidats feront l'exposé de leurs travaux personnels.

Ordre de passage (histoire naturelle) : Lundi, MM. Martin et Gautié; mardi, MM. Brumpt et Cabane; mercredi, MM. Mandoul et Lafferre.

SCIENCES PHYSIQUES, CHIMIQUES, ET PHARMACOLOGIQUES. — Séance du 27 mai. — MM. Brissemoret et Nicloux : « Synthèse de l'aconitine et des alcaloïdes qui s'y rattachent. »

— PARIS. — CONCOURS DU PROSECTORAT. — *Epreuve écrite.* — Question : « La circulation veineuse du cerveau et le liquide céphalo-rachidien. Abcès par congestion. »

Lecture. — MM. Martin, 25; Descomps, 24; Guimbellot, 21.

Prochaine séance lundi 3 juin, à 10 heures 1/2 du matin.

— TOULOUSE. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes en date du 24 mai 1907, une place de professeur titulaire est déclarée vacante à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en argent est décernée à M. le docteur Oberlin, médecin de l'infirmerie normale, à la maison de Saint-Lazare ;

A M. Ch. Marini, interne à l'hôpital français de Tunis.

La médaille de bronze est décernée à M. Lemaire, interne des hôpitaux civils de Toulouse.

UNE CLINIQUE CHEZ UN MÉDECIN GREC. — M. Edmond Pottier, a lu à la dernière séance de l'Académie des inscriptions

et belles-lettres, une note sur un petit vase à figures rouges de la collection Peypel.

C'est une très jolie peinture attique du Ve siècle représentant une clinique chez un médecin grec. On y voit le chirurgien à sa consultation, examinant et soignant des blessés qui portent tous des bandelettes de pansement.

Ces documents sur la médecine antique sont précieux et rares.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Marcel Cordier, étudiant en médecine à Lyon.

COURS PRATIQUE D'HYPNOTISME ET DE PSYCHOTHÉRAPIE. — MM. les docteurs Bérillon et Paul Farez commenceront, le mardi 11 juin 1907, un cours d'hypnotisme et de psychothérapie.

Ce cours sera privé; il comportera des démonstrations pratiques et sera complet en dix leçons; il se fera à l'Ecole de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts, où les inscriptions sont reçues les mardis, jeudis et samedis, de dix heures à midi. On peut également s'inscrire par correspondance.

Le droit d'inscription est fixé à 50 francs.

Les leçons auront lieu aux dates suivantes : M. le docteur Bérillon, les 11, 13, 15, 18 et 20 juin, à dix heures et demie du matin.

M. le docteur Paul Farez, les 11, 13, 14, 19 et 20 juin à six heures du soir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La physique de l'infini. Essai de rationalisation de la science expérimentale. Infirmation de la théorie newtorienne. La terre ne tourne pas, etc., par Léon Max. In-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

La tuberculose, par A. Maréchal, médecin en chef de l'hôpital de Saint-Josse Ten-Noode (Bruxelles). In-8. — Prix : 2 fr. 50. — Bruxelles et Leipzig, 1906, Misch et Thron, éditeurs.

Formulaire et consultations médicales, par Lemoine et Gérard. 2e édit., in-8 relié. — Paris, Vigot frères.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Billets simples de France en Espagne. — Les principales gares du réseau P.-L.-M. (Paris, Dijon, Lyon, Marseille, etc.) délivrent des billets directs simples pour Barcelone. Consultez le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M.

SUR UN CAS

D'ANÉMIE SYMPTOMATIQUE EXTRÊME (1)

Par le professeur Georges HAYEM.

Vous avez pu voir le malade que je vous présente aujourd'hui au lit 33 de la salle Béhier où il est couché depuis le 21 janvier 1905.

Il a dû vous frapper par son anémie extrême et vous pouvez remarquer qu'il présente encore une coloration pâle des téguments et des muqueuses qui ressemblerait beaucoup à celle de la chlorose, s'il n'y avait pas, en outre, une sorte de teinte terreuse de presque toute la surface du corps. Malgré l'intensité évidente de l'anémie, il n'y a pas trace d'œdème au niveau des jambes, mais la face est bouffie et l'on trouve un léger empâtement œdémateux à la face postérieure des cuisses et au fond des bourses. Ce malade ne paraît pas avoir eu d'hémorragies; il n'a jamais vomi de sang et il n'a jamais remarqué de changement dans la couleur de ses évacuations. L'anémie semble être indépendante de pertes sanguines; elle ne s'accompagne pas d'étourdissements, bien qu'il y ait de l'essoufflement au moindre effort.

Le pouls est faible, mais régulier; au cœur il n'existe de souffle anémique ni à la pointe ni à la base. Au niveau des jugulaires, on trouve un frémissement cataire des plus nets. Il n'y a pas de ganglions dans les régions sus et sous-claviculaires. Le ventre n'est pas déformé, le foie descend à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes, il est lisse, non bosselé, peut-être plus abaissé qu'hypertrophié, la rate n'est pas gonflée, l'estomac ne paraît pas dilaté, il n'y a ni vomissements, ni diarrhée, ni constipation. Les seuls troubles notables, mais importants, accusés par le patient, consistent en un état dyspeptique avec anorexie élective pour la viande.

Les urines ne présentent rien de particulier.

La température oscille autour de 37°5, et le 1er février elle est montée à 38 degrés.

Ajoutons, pour achever cette rapide description, que le malade se sent très affaibli, que depuis quelques jours il reste complètement alité et comme indifférent à ce qui se passe autour de lui.

Voici son histoire : c'est un menuisier âgé de quarante-sept ans, vieilli avant l'âge, car il en paraît bien soixante. Rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires : son père est encore vivant, sa mère est morte à cinquante-sept ans, hydropique. Il est le dernier d'une famille de douze enfants, dont neuf sont morts en bas âge d'affections diverses.

Jusqu'a l'âge de vingt ans, il a habité Villeneuve-Saint-Georges et a toujours eu une bonne santé. Exempté du service militaire pour insuffisance de taille, il vient à Paris à ce moment pour exercer la profession de menuisier dans laquelle il a débuté à seize ans. A trente-sept ans il contracte une bronchite aiguë qui dure trois semaines; depuis il tousse un peu chaque hiver.

La maladie actuelle paraît remonter au mois de novembre 1902. A cette époque, sans qu'il y ait des troubles dyspeptiques accentués, il survient de l'inappétence et du dégoût pour la viande. Bientôt apparaissent de l'amaigrissement et de la faiblesse. La pâleur si frappante actuellement ne daterait que d'août 1903. Le malade, quoique peu vaillant, continue à travailler; il se nourrit de lait, d'œufs, de légumes et de vin, et ne s'arrête que tout dernièrement, en décembre 1904, par suite de l'augmentation de l'anorexie qui devient presque absolue. A cette date, il a trois ou quatre vomissements de matière filante et de bile et quelques poussées diarrhéiques passagères, mais les vomissements ne sont ni rouges ni noirs et les selles n'offrent pas d'apparence hémorragique.

Depuis que le malade est dans le service, un siphonage de l'estomac, fait à jeun, a ramené un peu de liquide visqueux, brunâtre, contenant de la bile et quelques gouttes de sang rouge, mais l'étude de la digestion du repas d'épreuve n'a pas encore été faite.

L'examen du sang pratiqué par M. Pater, interne du service, a donné les résultats suivants :

Globules rouges	762 600
Globules blancs	4650

Equilibre globulaire :

Neutrophiles	57 p. 100.
Mononucléaires clairs	19 —
Lymphocytes	17 —
Eosinophiles	1 —
Formes de transition	6 —

Pas de myélocytes, mais hématoblastes assez nombreux et quelques globules rouges à noyau.

Un nouvel examen fait hier par M. Bensaude donne les résultats suivants :

Hématies	488 250
Valeur globulaire un peu inférieure à 1.	
Leucocytes	8 060
Polynucléaires	80 p. 100
Nombreuses formes de transition.	
Pas de myélocytes.	
Quelques hématies nucléées.	
Hématoblastes peu nombreux.	
Réticulum n° 2.	

Le caillot n'est pas rétractile; depuis vingt-quatre heures que la prise du sang a été faite, il n'existe pas encore une goutte de sérum.

Il nous faut maintenant avec ces éléments poser le diagnostic.

Il est certain que notre malade est atteint d'une anémie extrême. Cette anémie est-elle protopathique ou symptomatique?

L'état du sang présente les caractères d'un syndrome connu sous le nom d'anémie pernicieuse, syndrome dont je vais vous indiquer les éléments les plus essentiels. Ce sont les suivants : 1° grande diminution du nombre des hématies qui tombe au-dessous d'un million; 2° grande inégalité dans les dimensions des globules rouges; dans les cas les plus nets, tendance à la

(1) Leçon faite le 4 février 1905, à la clinique de l'hôpital Saint-Antoine et recueillie par M. le docteur Bensaude, chef de clinique, et complétée par des observations ultérieures.

(prédominance des grandes hématies et des globules rouges géants, d'où élévation de la valeur globulaire G); 3° présence de pseudo-parasites, généralement peu abondants; 4° diminution du nombre des globules blancs avec tendance à la prédominance des mononucléaires de grande taille; quelques auteurs ont signalé dans certains cas l'existence de myélocytes, en petit nombre d'ailleurs; 5° variations dans le nombre des hématoblastes; dans les formes les plus accusées, il y a une diminution notable de ces éléments pouvant s'accompagner d'irrétractilité du caillot sanguin. Si le caillot est rétractile, le sérum est pâle, comme dans toutes les anémies chroniques intenses.

J'ai admis que le syndrome de l'anémie pernicieuse était tantôt symptomatique, c'est ce qui a lieu le plus souvent, tantôt protopathique, c'est-à-dire caractéristique d'une anémie primitive sans localisations anatomo-pathologiques particulières et avec une étiologie banale, en un mot sans cause apparente d'anémie. Cette distinction a été adoptée par quelques auteurs, entre autres par MM. F. Bezançon et Labbé dans leur *Traité d'hématologie*. En Allemagne, cependant, on continue à confondre les deux espèces d'anémie pernicieuse que j'ai distinguées.

J'ai cherché à caractériser ces deux espèces par l'état du sang. Les cas protopathiques étant très rares chez nous, cette étude est difficile à poursuivre.

Voici les caractères différentiels qui me paraissent les plus importants :

Dans la forme protopathique on trouve : une diminution plus rapide des hématies et des petites formes de globules rouges; le nombre des hématies devient très inférieur à celui qu'on relève dans les anémies symptomatiques; un abaissement précoce du chiffre des hématoblastes et comme conséquence l'irrétractilité du caillot; l'apparition relativement précoce d'hématies nucléées souvent de grande taille; rien de précis quant aux globules blancs.

Dans les formes symptomatiques, on constate des caractères qui sont opposés aux précédents : les globules rouges sont relativement plus abondants, ils descendent rarement au-dessous d'un million; les dimensions en sont très variables et très inégales, sans disparition des petites formes, d'où grandes déformations globulaires et souvent abondance de pseudo-parasites; la valeur globulaire reste souvent au-dessous de 1 qu'elle dépasse rarement d'une façon marquée; les hématoblastes sont relativement abondants et peuvent s'élever par poussées, d'où conservation de la rétractilité du caillot et possibilité d'avoir du sérum; les globules rouges à noyau sont plus rares et généralement plus petits.

Ces distinctions ont certainement de l'importance et peuvent se résumer ainsi : l'anémie protopathique est avant tout un processus d'arrêt dans la formation du sang, c'est une anémie par anhématopoïèse et j'entends par là l'arrêt de la formation du sang par les hématoblastes. Il se fait assez tôt une réaction de la moelle osseuse, ce qui nous explique la présence des myélocytes et des globules rouges nucléés, mais cette réaction médullaire est incapable de suppléer la formation par les hématoblastes.

Dans les formes symptomatiques, la fonction hématoblastique reste active, du moins pendant longtemps, et c'est pourquoi on trouve des éléments de diverses dimensions. Mais voici qui complique la question et ouvre la porte aux objections et aux discussions :

Dans certains cas d'anémie symptomatique extrême (quatrième degré), liés à une affection permettant une longue lutte, il arrive un moment où le processus hématoblastique fléchit; l'état du sang devient semblable à celui de la forme protopathique; en d'autres termes, certains cas d'anémie extrême (de causes diverses) présentent une phase terminale dans laquelle apparaissent les caractères dits d'anémie pernicieuse vraie, c'est-à-dire d'anémie par anhématopoïèse. On comprend qu'à cette période ultime il devienne impossible de faire un diagnostic différentiel par l'examen du sang seul. C'est ce qui a lieu chez notre malade; le 25 janvier dernier il avait un sang dont les caractères étaient ceux de l'anémie symptomatique; aujourd'hui les lésions hématiques sont celles de l'anémie protopathique. MM. Sergent et Lemaire (1) ont publié, il n'y a pas longtemps, l'observation d'un malade dont le sang présentait les caractères de l'anémie protopathique. On trouva un néoplasme stomacal, mais il faut faire remarquer que l'examen du sang a été pratiqué quelques jours avant la mort. Sommes-nous en présence d'un fait analogue?

Nous avons vu que l'étiologie était nulle et que les caractères actuels du sang étaient ceux de l'anémie protopathique. Mais l'histoire clinique de notre malade n'est pas celle de cette forme d'anémie; elle attire l'attention sur l'existence d'une affection de l'estomac qui a débuté il y a au moins deux ans et a marché progressivement. D'après les symptômes principaux : anorexie, amaigrissement, anémie progressive, on doit, malgré l'absence de tumeur, penser au cancer de l'estomac. Le diagnostic est généralement facile à faire en pratiquant l'examen du suc gastrique. Notre chimiste n'a pas encore eu le temps de le faire; nous avons toutefois retiré du liquide à jeun avec un peu de sang rouge, ce qui montre que l'estomac saigne facilement. Le diagnostic de cancer de l'estomac nous paraît très probable, sinon absolument certain.

Nous sommes donc en présence d'une anémie symptomatique d'une affection organopathique de l'estomac, présentant les caractères de l'anémie pernicieuse protopathique.

S'agit-il de cette affection particulière que j'ai fait connaître sous le nom de forme anémique du cancer, forme qui se distingue de la cachexie cancéreuse vulgaire par la précocité et l'intensité de l'anémie et, parfois, par l'absence non seulement de tumeur mais encore de signes importants de dyspepsie? Le diagnostic n'offre d'intérêt et de certitude que dans la première période de la maladie. Plusieurs fois sous le masque de l'anémie, j'ai découvert un cancer peu

---

(1) E. Sergent et H. Lemaire. Un cas de cancer latent de l'estomac à forme d'anémie pernicieuse, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 23 oct. 1903, p. 1091.

avancé et opérable. Un de mes malades, opéré il y a sept ans dans ces conditions, est encore en vie (1).

Nous ne sommes plus ici, tant s'en faut, au début de la maladie, le malade dit n'être pâle que depuis le mois d'août 1903, un an environ après le début de ses malaises, mais peut-être n'a-t-il pas prêté grande attention aux premiers signes de décoloration qu'il a pu présenter. Aussi, bien que nous soyons actuellement dans la période cachectique, nous croyons pouvoir dire, en raison de la précocité de l'anémie et du degré extrême qu'elle atteint, malgré l'absence, au moins apparente d'hémorragies, qu'il s'agit très vraisemblablement d'un nouveau cas de forme anémique.

Il est toujours intéressant dans ces cas de forte anémie des adultes de discuter quelle est la pathogénie de l'anémie. Le cancer de l'estomac n'est pas la seule affection gastrique anémiante. J'ai décrit une forme anémique de l'ulcère et nous en avons actuellement un exemple au n° 26 *bis* de la salle Béhier. Je vous ai déjà présenté ce malade qui est entré le 21 novembre 1904 et nous avons reconnu chez lui les signes classiques de l'ulcère; il n'a eu qu'une seule hématémèse il y a deux ans et depuis il présente une anémie intense du deuxième degré.

Ces deux maladies, néoplasme et ulcus, étant toutes deux productrices de perte de substance, plus ou moins saignantes, on peut se demander si, même en dehors des hémorragies évidentes, il n'y a pas un suintement sanguin, si par conséquent il n'y a pas anémie par hémorragie. Il est certain que les tubages ramènent souvent un peu de sang noir, parfois frais, chez des malades qui ne paraissent pas atteints d'hémorragie, et qui ont des selles en apparence normale. Vous savez d'ailleurs que les selles passent souvent pour normales, à un examen superficiel, bien qu'elles soient noires au centre, comme truffées et qu'il soit assez facile d'y trouver de l'hématine ou du sulfure de fer. Mais, dans tous ces cas, il ne peut s'agir que de faibles suintements, et l'anémie est hors de proportion avec ces pertes. D'ailleurs dans plusieurs cas chez de très grands anémiques, et au moment de poussées intenses, nous avons fait examiner les selles régulièrement sans pouvoir y découvrir du sang. Plusieurs d'entre vous se rappellent certainement un jeune homme très anémié, couché au n° 8 de la salle Bazin, atteint probablement d'un ulcère stomacal que nous avons fait opérer par M. Hartmann. Ses garde-robes examinées avec le plus grand soin pendant un mois n'ont jamais présenté de modifications.

Il semble donc y avoir un autre processus que l'hémorragie pour provoquer cette anémie. D'ailleurs sans parler de la chlorose, d'autres maladies organopathiques peuvent donner lieu à des anémies intenses ou même extrêmes. J'en ai publié plusieurs exemples et récemment M. Marcel Labbé (2) en a fait connaître un dans un cas de néphrite qui ne fut accompagné d'aucune hémorragie. Nous en avons actuellement un exemple remarquable chez une malheureuse femme de quarante-trois ans, atteinte de tuberculose osseuse et thoracique n'ayant jamais eu d'hémoptysie ou d'autres pertes de sang.

Il existe donc des anémies symptomatiques d'affections organopathiques qui peuvent prendre l'aspect de l'anémie intense, sans donner lieu à des hémorragies.

Pour expliquer ces faits deux hypothèses peuvent être émises : il s'agit ou bien d'un processus de destruction des éléments du sang ou bien d'un arrêt de formation. J'ai mis en avant la destruction ou l'usure précoce; mais celle-ci peut être comprise de diverses manières. Les études faites sur les substances hémolysantes ont amené quelques auteurs à supposer qu'il y avait des poisons destructeurs des globules rouges dans le sang circulant. Je ne puis souscrire à cette opinion car dans ce cas le sérum devrait être teinté par l'hémoglobine mise en liberté.

Or, dans ces cas d'anémie pernicieuse protopathique ou symptomatique, le sérum a sa coloration habituelle; il est même d'autant plus pâle que l'anémie est plus intense. Dans beaucoup de cas j'ai obtenu du sérum très pâle, semblable à du liquide de kyste hydatique. La vérité est que dans ces cas, les globules rouges ne sont pas détruits dans le sang, mais bien dans les parenchymes comme à l'état physiologique, et l'on trouve des dépôts de fer dans le foie et dans la rate. C'est quelque chose d'analogue à ce que j'ai admis dans la chlorose où les éléments faiblement résistants et caducs sont facilement détruits. Ce processus ne se complique qu'à la fin d'anhématopoièse qui, je le crois, n'est qu'un fait secondaire, car ces anémies symptomatiques même très avancées peuvent guérir, tandis que l'anémie pernicieuse protopathique est fatalement mortelle. Dès que, en effet, les signes de l'anhématopoièse se montrent, on peut affirmer que la fin est proche, d'où la gravité extrême du pronostic.

La connaissance de la forme anémique du cancer est surtout intéressante pour la pratique, car une intervention chirurgicale faite à temps peut prolonger l'existence ou même ameer une guérison. Dans le cas actuel, le malade ne me paraît pas pouvoir bénéficier d'une opération; peut-être ne la supporterait-il pas.

Le malade qui a fait l'objet de cette leçon a encore séjourné dans le service pendant sept semaines, jusqu'au 26 mars.

Pendant tout le mois de février il est resté dans un état sensiblement stationnaire; il s'est plaint de douleurs gastriques vagues sans localisation précise, et il a eu à plusieurs reprises des poussées de diarrhée qui furent combattues par de l'acide lactique. A partir de la deuxième semaine du mois de mars, il a commencé à se sentir mieux; les forces sont revenues; il a pu se lever dans la journée et manger avec plus d'appétit; son teint s'est coloré et la bouffissure et les œdèmes ont disparu presque complètement. L'examen du sang, fait à diverses reprises (voir le tableau), montre le relèvement progressif de la formule hématologique, avec réapparition des hématoblastes et de la rétractilité du caillot.

Vers la fin du mois de mars l'état du malade était trans-

(1) Il est encore aujourd'hui — neuf ans après l'opération — dans un bon état de santé.

(2) M. Labbé. Anémie pernicieuse progressive et néphrite chronique, Soc. méd. des hôpit., 29 janv. 1904.

formé à tel point qu'on aurait pu croire erroné le diagnostic de cancer.

Ce résultat surprenant a été obtenu simplement par le repos absolu et par l'administration du fer associé au régime lacté d'abord et képhirique ensuite.

Le 26 mars le malade quitte l'hôpital, mais il continue à fréquenter notre consultation externe. Tout en n'osant pas encore travailler, il sort et déploie une certaine activité, et il digère assez bien à la condition de suivre un certain régime, d'ailleurs assez large.

Le 5 mai, on constate une amélioration marquée. Il a engraissé de 2 kilogrammes, son teint est légèrement rosé, les troubles digestifs ont totalement disparu, l'anémie est moindre. Le malade présente, cependant, un peu d'œdème malléolaire quand il reste debout quelque temps.

Date	25 janvier 1905	17 février 1905	26 février 1905	2 mars 1905	15 mars 1905	9 avril 1905	17 mai 1905	14 juin 1905	29 juin 1905
N	762.600	858.700	1.105.323	978.437	1.124.350	1.333.000	1.085.000	912.000	2.480.000
R	1.033.653	1.385.191	1.385.191	1.385.191		1.523.710			2.770.250
G	1,35	1,45	1,25	1,28	1,19	1,14			0,8
B	4.650	6.130		8.680	8.230	5.270	7.800	9.750	8.575
Alt. morph. des hématies.......	Très marquée.	Accent. nombr. gl. nains.				Quelques gl. nains.	Nombr. gl. géants et nains.	Nombr. gl. géants et nains.	Assez marquée.
Hématies nucléés......	2 p. 300 bl.					2 p. 250 bl.	0	1 p. 100 bl.	Nulles.
Lymphocytes........	17 p. 100					6.5 p. 100	6 p. 100	6 p. 100	15 p. 100
Mononucléaires........	25 p. 100					35 p. 100	33 p. 100	25 p. 100	13 p. 100
Polynucléaires.......	57 p. 100					56,5 p. 100	60 p. 100	69 p. 100	71 p. 100
Eosinophiles.......	1 p. 100					2 p. 100	1 p. 100	0	1 p. 100
Hématoblastes........	Rares.	Peu abondants.	Peu abondants.	Peu abondants.	Moyenn. abondants.	Assez abondants.		Assez abondants.	Moyenn. nombreux.
Caillot......	Non rétractile.	Non rétractile.	Non rétractile.	Non rétractile.	Légèrement rétractile.	Nettement rétractile.	Légèrement rétractile.	Rétractile.	Rétractile partiellem.
Reticulum fibrineux...	N° 2.							Pas de réticulum.	
Observ.....									

Examen du suc gastrique 8 mai 1905	A jeun	Après 30 minutes	Après 60 minutes	Après 90 minutes
A	0	0	0	0
H	0	0	0	0
C	45	117	54	70
H + C	45	117	54	70
T	242	197	211	250
F	197	80	157	180
$\frac{A - H}{C}$	0	0	0	0
$\frac{T}{F}$	1,22	2,46	1,34	1,38
Peptones..................	Constatées.	Constatées.	Constatées.	Constatées.
Résidu..................	Incolore.	Incolore.	Incolore.	Incolore.
Variation de la concentration..................	0,00713	0,01585	0,01913	0,01325
Caractères physiques.....	20^{cc} de liquide bilieux sans résidus.	17^{cc} de liquide bilieux mal émulsionné.	45^{cc} de liquide bilieux mal émulsionné.	15^{cc} de liquide bilieux mal émulsionné.

Vers la fin du mois de mai survient une crise de diarrhée qui dure huit jours, mais l'amélioration se maintient quand même, et lorsque le malade revient nous voir le 28 juin, sa santé est manifestement meilleure qu'elle ne l'a jamais été depuis que nous le suivons. L... a augmenté de 3 kilogrammes en trois semaines; les joues sont colorées et il se sent plus fort. Il éprouve encore une certaine répugnance pour la viande, cependant il mange fréquemment des rôtis, du foie de veau, des escaloppes de veau, trois à quatre œufs par jour, beaucoup de pâtes et de pain. Il boit deux litres de lait. Malgré ce régime, il n'a pas de douleurs de l'estomac, pas de nausées, pas de vomissements. Une seule fois dans les derniers temps il a rendu un peu de bile. L'examen du sang montre également une grande amélioration.

Vers le commencement de 1906 il s'est senti assez bien pour remplir pendant environ six semaines le métier de gardien au Grand-Palais, mais à partir du mois de mai son état s'aggrave rapidement et il vient demander des soins à notre consultation des maladies de l'estomac. Ne se trouvant pas soulagé, il se décide à entrer de nouveau à l'hôpital le 6 juin 1906. Il est pâle, amaigri, mais nullement cachectique. Il se plaint de douleurs abdominales analogues à celles qu'il avait déjà accusées autrefois mais beaucoup plus violentes. Il n'a ni diarrhée, ni constipation. Les selles sont régulières et de coloration normale.

La palpation de l'abdomen n'est pas douloureuse, mais elle fait percevoir des petites masses dures dont les plus grandes ne semblent pas excéder le volume d'une mandarine. Ces masses sont surtout nettes dans la région de la fosse iliaque droite. Les ganglions de l'aîne du même côté sont durs, volumineux, mais nullement douloureux.

La température est normale. On prescrit le repos absolu et des compresses chaudes sur le ventre, qui soulagent beaucoup le malade.

Le 10 juin, le malade rend des selles noires franchement

mélæniques. Il se sent cependant mieux qu'à l'ordinaire.

Le 21, il se plaint à la visite d'un malaise général et le soir il rend une demi-cuvette de bile et de lait caillé.

Dans la nuit du 21 au 22, il éprouve de violentes douleurs abdominales, et le 22 au matin son état rappelle celui d'une péritonite aiguë sans fièvre et sans hypothermie; les vomissements sont fréquents, bilieux. Les yeux sont excavés, la face grippée; les douleurs de plus en plus intenses nécessitent l'emploi répété d'injections de morphine. La mort survient le 23 au matin.

A l'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, on trouve les lésions d'une péritonite aiguë récente, localisées surtout au niveau du petit bassin. Il y a un peu de liquide louche dans la cavité péritonéale et les anses intestinales sont agglutinées par des fausses membranes molles, jaune verdâtre.

On trouve des noyaux cancéreux sur la face inférieure du diaphragme, sur la face péritonéale de la paroi abdominale, au niveau des deux lobes du foie et du hile de la rate.

Mais les lésions les plus intéressantes occupent le tractus gastro-intestinal. L'estomac est le siège d'une linite plastique cancéreuse. A l'ouverture de l'organe on remarque que l'épaississement de la paroi n'est pas très notable, il dépasse à peine un demi-centimètre dans les points les plus malades. Il n'y a pas d'ulcération pas de tumeur proprement dite.

L'intestin grêle présente huit tumeurs occupant surtout le bord mésentérique; la plus élevée siège à 80 centimètres du pylore et la plus basse à 55 centimètres de la valvule iléo-cæcale.

La plupart de ces tumeurs sont petites et constituent un simple épaississement du bord mésentérique, surtout perceptible par la palpation. Les plus volumineuses atteignent la grosseur d'une noisette ou même d'une noix.

La muqueuse est saine au niveau de la plupart des tumeurs, seules les cinquième, sixième et septième sont ulcérées. Les néoplasies ne semblent pas s'être développées aux dépens de la muqueuse intestinale.

Le calibre de l'intestin reste normal malgré la présence de ces néoplasies, il n'est rétréci qu'au niveau de la huitième tumeur, la plus proche de la valvule iléo-cæcale.

L'examen histologique montre une infiltration néoplasique diffuse des tuniques stomacales et intestinales. Dans l'intestin, le cancer affecte, par places, le type épithéliomateux.

On relève, en outre, une infiltration cancéreuse des couches profondes du rectum et du tissu cellulaire périrectal à environ 10 centimètres au-dessus de l'anus.

Ce cas, des plus instructifs, vient compléter l'histoire de la forme anémique du cancer et trancher une des questions que mes travaux antérieurs ont soulevée relativement à la valeur diagnostique de la formule hématique dans les cas d'anémie extrême.

Au moment où j'ai présenté le malade aux élèves de la Clinique (février 1905), je n'avais encore jamais vu dans le cancer de l'estomac un type de sang ressemblant aussi parfaitement à celui qui caractérise l'anémie pernicieuse protopathique. Ce type me paraissait être, en raison d'autres cas où la même formule hématique s'était montrée peu de temps avant la mort, un signe de fin prochaine. Or, notre malade a vécu encore plus d'une année et a pu réparer en partie son sang, grâce au traitement que j'applique à la chlorose et aux anémies symptomatiques. Il est donc de toute évidence que l'anémie extrême symptomatique peut devenir assez considérable pour rendre l'état du sang analogue à celui qu'on rencontre dans l'anémie pernicieuse protopathique, et cela, contrairement à ce que j'ai pu croire, sans qu'on puisse en inférer que le malade est à la veille de succomber.

La formule hématique n'est donc pas, dans ces formes extrêmes d'anémie, la clé du diagnostic. Celui-ci ne doit reposer que sur les considérations étiologiques. L'anémie pernicieuse vraie, protopathique, diffère de toutes les autres anémies extrêmes par l'absence de toute cause apparente d'anémie. C'est pour le moment sa seule caractéristique. J'ajoute qu'elle se distingue encore des formes symptomatiques par ce fait grave qu'elle résiste au traitement et, cependant, nous venons de voir que celui-ci peut encore être efficace alors que l'anémie symptomatique ne se distingue plus, au point de vue hématologique, de la forme protopathique. L'amélioration survenue chez notre malade, malgré l'existence de néoplasies multiples et une anémie aussi profonde, est véritablement étonnante. Nous pensons que cet heureux résultat s'explique par ce fait que l'état dans lequel le malade est entré dans notre service était en partie la conséquence des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles il vivait et des fatigues qu'il a courageusement supportées pour venir en aide par son travail à une famille nécessiteuse, alors qu'il était, cependant, exténué. Aussi a-t-il suffi d'un repos absolu, aidé d'un régime convenable et d'un peu de fer, pour produire une sorte de résurrection relative.

Les détails anatomiques que nous avons brièvement énumérés ne sont pas moins intéressants que les particularités cliniques. Je me propose d'y revenir dans un travail que je prépare en collaboration avec mon chef de laboratoire, M. le docteur Bensaude. Qu'il me suffise de faire remarquer qu'il s'agit d'un nouveau cas de cancer gastro-intestinal à localisations multiples, analogue à celui qui a été également observé dans mon service et récemment publié (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 MAI 1907)

Sur les réactions à la lumière du tissu de l'iris. — M. A. NEPVEU. Brown-Séquard a établi que le tissu musculaire iridiens des poissons et des batraciens, est directement excitable par la lumière : il n'a pas trouvé cette réaction chez les autres vertébrés pour lesquels elle ne fut pas depuis recherchée. D'autre part, d'Arsonval (Soc. de biol., 9 mai 1891) fit rendre un son à un muscle strié, excité par la lumière intermittente. R. Dubois rappelait également (*Ann. Un.*, Lyon 1892) le pro-

(1) BENSAUDE et OKINCZIC. Rétrécissements cancéreux multiples de la partie sous-diaphragmatique du tube digestif, *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, 4 juillet 1906.

blème de l'irritabilité lumineuse du muscle, et y ajoutait des données neuves.

Les expériences de M. Nepveu lui ont montré que loin d'être, comme il a toujours été admis, un fait isolé, particulier à la physiologie des poissons et des batraciens, *l'irritabilité lumineuse directe se rencontre chez toutes les classes d'animaux à iris, sauf les mammifères.*

Sensibilité absolue de l'oreille. — M. H. Abraham.

Sur les mélanges explosifs d'air et d'éther. — M. J. Meunier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 24 mai 1907)

Traitement thyroïdien de l'infantilisme. — M. Apert relate l'observation d'un sujet hérédo-syphilitique qui, ayant toujours été malingre, cessa complètement à l'âge de douze ans de s'accroître en taille et en poids. La courbe de la taille et du poids qui avaient toujours été mesurés soigneusement depuis la naissance de l'enfant, montre un arrêt de développement brusque à cette époque, et même une diminution de poids. Un traitement thyroïdien fut institué deux ans après et cet enfant qui était resté deux ans stationnaire, ne tarda pas à rattraper le temps perdu, et est maintenant normalement développé et a pu, à dix-huit ans, être accepté pour un engagement militaire.

Myxœdème familial (dysthyroïdie familiale). — M. Apert montre une enfant de sept ans et demi, atteinte de myxœdème franc et ayant la taille et les aptitudes d'une enfant de trois ans. La mère de cette enfant joint à des symptômes d'hypothyroïdie fruste bénigne au sens d'Hertoghe (empâtement facial, signe du sourcil de L. Lévi et H. de Rothschild) des symptômes hyperthyroïdiens en particulier de l'agitation, de la tachycardie, de la loquacité, des règles abondantes, fréquentes et qui ont paru de bonne heure. La fille aurait également depuis six mois un léger écoulement sanguin mensuel. En somme à côté des signes hypothyroïdiens, il y a des signes d'hyperthyroïdie, et c'est le nom de *dysthyroïdie* qui convient à ces états.

Pleurésie séro fibrineuse tuberculeuse post-traumatique. Impossibilité d'évacuation de l'épanchement. — MM. E. Mosny et P. Harvier rapportent l'observation d'un malade qui, à la suite d'une contusion thoracique, présenta, du côté traumatisé une pleurésie séro-fibrineuse enkystée, de nature tuberculeuse. L'évacuation de l'épanchement n'était pas possible, du moins pratiquée comme d'habitude avec une seule aiguille. L'aspiration ne pouvait être faite que si deux aiguilles étaient simultanément introduites dans la plèvre. Quelques jours plus tard, la ponction au moyen d'une seule aiguille, devenait possible.

Cette impossibilité d'évacuation, temporaire d'ailleurs, tenait à deux causes : 1° au défaut de rétraction du diaphragme par suite des adhérences pleuro-basilaires ; 2° et surtout à l'*état de splénisation* du poumon sous-jacent, qui rendait cet organe inextensible. Dans ces conditions, la mise en place d'une seconde aiguille, par laquelle l'air extérieur remplaçait le liquide dans la poche pleurale, pouvait seule permettre l'aspiration.

Plus tard, la splénisation pulmonaire rétrocédant, le poumon redevint rétractile et l'évacuation s'effectua sans difficulté par un seul orifice de ponction.

Les auteurs pensent que, dans les cas très fréquents où la spléno-pneumonie évolue, sans être suivie d'épanchement pleural proprement dit, il existe communément une exsudation séreuse plus abondante qu'on ne le croit généralement et qui ne passerait pas inaperçue si l'on prenait la précaution de rendre l'aspiration possible par la mise en place de deux aiguilles.

Maladie de Basedow traitée par l'opothérapie hypophysaire. — MM. Louis Rénon et Azam. Chez une malade atteinte d'un syndrome complet de maladie de Basedow, les auteurs ont obtenu une amélioration manifeste, après vingt-deux jours d'ingestion quotidienne de 30 centigrammes de poudre totale d'hypophyse de bœuf.

L'exophtalmie a diminué. Le tremblement, les sueurs, les troubles digestifs, les sensations de chaleur n'existent presque plus. Le poids s'est accru. La tension artérielle s'est élevée de 4 centimètres de mercure. Le goitre a diminué, mais il n'a pas disparu. La tachycardie a rétrocédé plus lentement.

Ces résultats sont conformes à ceux déjà notés par l'un des auteurs et M. Arthur Delille, dans des cas analogues. Peut-on espérer la guérison par une longue continuation du traitement ? Il est impossible de le dire, car elle n'a pas été obtenue dans des cas antérieurs, où, malgré une longue période d'amélioration, la plupart des signes ont fait leur réapparition, dès la cessation du traitement.

L'effet de l'opothérapie hypophysaire sur la maladie de Basedow mérite d'être mis en lumière, nonobstant les incertitudes qui règnent encore sur son mode d'action. Le goître exophtalmique est-il, dans quelques cas, sous la dépendance d'une insuffisance hypophysaire consécutive à un défaut de fonctionnement ou à une lésion de l'hypophyse ? Faut-il faire intervenir une perversion du jeu d'écluses attribué par M. de Cyon au corps thyroïde, jeu destiné, par la régularisation de la pression sanguine intra-cranienne, à protéger le cerveau contre les congestions dangereuses, et dont le fonctionnement est réglé par l'hypophyse ? La chose est possible. L'opothérapie hypophysaire agit-elle sur la maladie de Basedow, grâce aux propriétés physiologiques vasculaires particulières au suc hypophysaire, et qui l'ont fait utiliser dans les toxi-infections ? C'est encore possible, d'autant plus que MM. Hallion et Carrion dans leurs expériences sur les animaux, ont noté une action vaso-constrictive intense exercée par l'extrait d'hypophyse sur le corps thyroïde.

Quoi qu'il en soit, il a paru aux auteurs intéressant d'attirer à nouveau l'attention sur des faits capables d'une certaine utilisation thérapeutique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 25 mai 1907)

Influence des principales voies d'administration sur la dose minima mortelle de spartéine (sulfate). — M. Maurel a comparé, pour la spartéine, la voie gastrique avec la voie musculaire pour la grenouille, et, en outre des deux précédentes, la voie veineuse pour le lapin.

Ses conclusions, pour les conditions dans lesquelles il a opéré, sont les suivantes :

1° Pour la grenouille, la dose minima mortelle de la voie gastrique sera soixante fois plus élevée que celle de la voie musculaire, proportion qui n'existe guère que pour les glucosides

2° Pour le lapin, la dose minima mortelle de la voie gastrique est seulement cinq fois plus élevée que celle de la voie hypodermique, et cette dernière de trois à cinq fois plus élevée que celle de la voie veineuse.

Sur les altérations du foie et des reins consécutives aux ablations du thyroïde et des parathyroïdes chez le chien. — Pour MM. Alquier et Theuveny, ces altérations apparaissent dans les jours qui suivent l'opération, ce qui est important à deux points de vue :

1° Les modifications des autres glandes internes représentent peut être tout simplement leur réaction à l'intoxication qui engendre l'insuffisance thyro-parathyroïdienne et n'indiquent pas nécessairement une synergie fonctionnelle entre les diverses glandes;

2° L'exercice des lésions du foie et des reins après la parathyroïdectomie seule montre que la théorie parathyroïdienne de l'éclampsie puerpérale, formulée par Vassale, n'est pas en opposition avec ce que nous savons sur l'anatomie pathologique de l'éclampsie.

Sur les infections sanguines autogènes ou hétérogènes chez les animaux à l'état normal. — Pour MM. Sacquepée et Loiseleur chez les animaux (cobayes, lapins, rate) pris à l'état normal, le sang prélevé par ponction du cœur ne renferme que rarement des microbes (proportion de 8,80 p. 100). Ces microbes sont d'ailleurs variés (colibacille, cocci, etc.), on peut les retrouver pendant plusieurs semaines sans qu'ils provoquent de troubles morbides appréciables. Tous sont inoffensifs pour l'animal qui les héberge, bien qu'ils puissent être pathogènes pour des espèces étrangères.

On peut par exemple trouver chez un rat bien portant des microbes capables de provoquer des épizooties très graves chez les cobayes. Cette dernière constatation est fort intéressante pour l'étiologie générale.

Si l'on fait ingérer aux animaux des microbes pathogènes (bacille d'Eberth, bacille paratyphique B, bacilles pyocyaniques, pneumocoque) mélangés à leurs aliments, le microbe ingéré ne se retrouve qu'exceptionnellement dans le sang du cœur, à quelque moment qu'on prélève ce dernier : sur 61 animaux soumis à l'expérience, 1 seul (soit 1,7 p. 100) a présenté une septicémie (pyocyanique) d'ailleurs bénigne et fugace. Encore s'agissait-il d'un animal très jeune (lapin de moins de deux mois).

Le sang des animaux normaux est donc presque toujours stérile; il ne se laisse pas facilement envahir par les microbes autochtones et encore moins par les microbes étrangers à l'organisme.

Cœur de Traube et hyperplasie médullaire des surrénales. — MM. Vaquez et Aubertin. A côté des lésions que nous avons décrites dans les surrénales de certains brightiques, lésions qui portent sur la couche corticale, M. Wiesel vient de signaler chez les rénaux qui présentent de l'hypertrophie du ventricule gauche, une hyperplasie des éléments médullaires de la glande, c'est-à-dire des cellules chromaffines dont on connaît le rôle hypertenseur.

Nous ne pouvons nous prononcer sur la fréquence de cette altération dans les surrénales des brightiques hypertendus athéromateux ou non, ne l'ayant point trouvée d'une façon constante. Toutefois, nous devons dire qu'elle existe nettement dans certains cas, soit en coexistence avec l hyperplasie corticale, soit en dehors de cette dernière. Et le cas dans lequel nous l'avons trouvée la plus nette, est justement un cas de néphrite à gros rein, à lésions surtout épithéliales, sans diminution du nombre des tubes contournés, sans lésions glomérulaires, sans plaques fibreuses. Dans ce cas l'hypertrophie du ventricule gauche était considérable, et l'hyperplasie de la substance médullaire des surrénales était telle qu'en certains points le tissu chromaffinien venait faire hernie à travers la substance corticale et affleurer presque la capsule fibreuse; la médullaire était d'ailleurs normale; or, dans ce cas, il n'y avait point d'hyperplasie notable de la substance corticale, pas d'hyperplasie adénomateuse, et peu de spongiocytose.

La réaction des surrénales aux néphrites, souvent à la fois corticale et médullaire peut donc, dans certains cas, être dissociée.

Importance fonctionnelle du pigment dans la surrénale. — Pour M. Mulon, lorsque les surrénales ont *longtemps* fonctionné, ou *beaucoup* fonctionné, lorsqu'une surrénale a fonctionné *seule* à la place de deux, on y trouve plus de pigment et moins de graisse.

En conséquence, comme signe d'hyperépinéphrie, il faudrait s'en rapporter plutôt à l'hyperpigmentation et à la diminution de la graisse qu'à l'augmentation de la graisse. Celle-ci indiquerait surtout un retentissement de la fonction surrénale.

Autres communications :

Préparation instantanée de solutions colorantes limpides. — M. Guéguen.

De l'action favorisante du froid sur l'infection streptococcique expérimentale. — M. Ciuca.

Présence des corpuscules de Negri dans les glandes salivaires des chiens enragés. — Mlle Stefanescu.

Des rapports qui existent, chez les monstres ectroméliens, entre la morphologie externe des éléments squelettiques et leur structure histologique. — M. Salmon.

Conditions dans lesquelles la muqueuse digestive est perméable aux muqueuses de l'intestin. — MM. Basset et Carré.

Note sur l'action pathogène des levures. — MM. Rajat et Péhu.

Sur la prétendue toxicité des corps du groupe de l'iodol. — M. Hervieux.

Appareil pour le dosage de l'urée et de l'azote total. — M. Lafon.

Infection expérimentale des nerfs par le streptocoque. — MM. Verger et Brandeis.

Évolution épithéliomateuse cornée du fibrome lacunaire de la mamelle. — MM. Coyne et Brandeis.

Réalisation de crises épileptiformes obtenues par électrolyse, chez le lapin. — M. Gautrelet.

Des effets physiologiques consécutifs à l'application de l'électrode à l'oreille de l'animal, dans l'électrolyse. — M. Gautrelet.

Des modifications qu'entraîne la suppression de la circulation dans l'électrolyse. — M. Gautrelet.

Verdissement expérimental des huîtres. — M. Sauvageau.

FORMULAIRE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS LE RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

Pour combattre la dyspnée : un granule à 1/4 de milligramme de Digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution au millième, pendant 3 ou 4 jours de suite, tous les 15 ou 20 jours.

PRATIQUE MÉDICALE

LA TRIDIGESTINE

On tend aujourd'hui de plus en plus à admettre que les troubles fonctionnels et les lésions conséquentes de l'appareil digestif sont surtout dus à une mauvaise hygiène alimentaire. Que la nourriture soit trop copieuse, excitante, indigeste ou avariée, le résultat est toujours sensiblement le même. Il se produit un surmenage des fonctions digestives, sécrétoires et motrices, qui aboutit à l'hypofonction puis à la sclérose.

Comment se fait cette transformation? Tout aliment est, par définition même, un excitant de l'élément tissulaire, par quelque mécanisme du reste que se produise l'excitation. Si les excitations sont trop fortes, anormales, insuffisantes, la cellule se détruit à la longue, mais tandis que, dans le premier cas, l'hyperfonctionnement, le surmenage conduit à la sclérose par accumulation des déchets insolubles de la synthèse assimilatrice, dans le second cas, l'hypofonction apparaît d'emblée, primitive, déterminant une atrophie des éléments cellulaires, par défaut d'excitation fonctionnelle. On voit que, dans tous les cas, l'hypofonction apparaît, primitive ou secondaire, conditionnant, si on n'y porte pas promptement remède, la lésion irréparable.

L'ensemble des troubles gastriques désignés sous le nom de dyspepsies se réfère à cette période d'hypofonction, bien qu'on englobe quelquefois dans son cadre de véritables apepsies lésionnelles, la gastrite atrophique, etc. Il y a longtemps déjà que, contre cet état d'hypofonction, des plus dangereux pour le patient puisqu'il provoque des troubles variés et intenses et une dénutrition plus ou moins rapide, on a préconisé les ferments digestifs artificiels, attendu que, en effet, l'hypofonction réside, en grande partie, dans une diminution des sécrétions glandulaires stomacales. Et l'indication, en une telle occurence, de ces ferments artificiels est d'autant plus rationnelle, que, quand ils sont bien préparés, ils suppléent parfaitement aux sucs naturels, et sont ainsi capables de parfaire la digestion gastrique des aliments, de soulager la sécrétion physiologique, de modérer, par suite, la stase et les fermentations anormales et de pourvoir, tout en restreignant la ration, aux besoins nutritifs de l'individu.

L'extrême fréquence des insuffisances sécrétoires gastriques, consécutives non seulement aux erreurs alimentaires, mais encore aux troubles nerveux, aux maladies infectieuses diverses, aux affections génitales, aux lésions viscérales, etc., justifie l'apparition des nombreuses marques existantes de ferments artificiels. Malheureusement ces marques sont de valeur très inégale, parce que l'on a méconnu certains principes de chimie physiologique et de pharmacodynamie. Les sucs gastriques obtenus d'animaux opérés, porteurs de fistule ou à estomac isolé, sont pathologiques. D'autre part, quand on dissout dans un véhicule alcoolique et tanique, comme le vin et les élixirs, les ferments digestifs, on atténue beaucoup leurs propriétés fermentaires, si même on ne les supprime pas. De même l'association, dans un véhicule liquide commun, des divers ferments, à réaction fonctionnelle opposée, comme la pepsine et la pancréatine, dont la première demande un milieu acide et la seconde un milieu alcalin ou neutre, entraîne la destruction au moins partielle de leur activité réciproque. Enfin l'ingestion sous forme de cachet a elle-même des inconvénients, car l'enveloppe est plus ou moins résistante et les enfants ne peuvent en user. Pour toutes ces raisons, c'est à la tridigestine Dalloz, que l'on doit donner la préférence, dans le traitement de toutes les formes de la dyspepsie. Elle présente en effet, à l'état sec, qui assure l'inaltérabilité de leurs propriétés fermentaires, et enrobés dans du saccharose pur, les trois ferments essentiels, pepsine, diastase et pancréatine. D'un goût agréable, d'une conservation indéfinie, d'une activité soigneusement dosée, elle peut être utilisée par tout le monde, même par les plus jeunes enfants, et des centaines d'observations attestent son efficacité. Ajoutons toutefois qu'on doit lui joindre l'acide chlorhydrique officinal, en cas d'hypochlorhydrie, et les préparations de noix vomique ou de strychnine, en cas d'insuffisance de la motricité gastrique.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 3 AU 8 JUIN 1907

THÈSES

Jeudi 6 juin 1907, à une heure. — M. Deseglise. L'infantilisme tardif de l'adulte. (MM. Debove, président; Joffroy, Gilbert et Jeanselme.) — M. Delmas. La mort avec ictus dans la paralysie générale. (MM. Joffroy, président; Debove, Gilbert et Jeanselme.) — M. Nachmias. Greffe dentaire (réimplantation). (MM. Gilbert, président; Debove, Joffroy et Jeanselme.) — M. Hubert. Étude sur l'amastie. (MM. Le Dentu, président; Berger, Auvray et Morestin.) — M. de Foumestraux. Les accidents cérébraux et oculaires consécutifs à la ligature de la carotide primitive (étude expérimentale et clinique). (MM. Berger, président; Le Dentu, Auvray et Morestin.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 4, avril 1907.) Joly : Le sucre dans la ration de manœuvres du fantassin. Compte rendu des résultats obtenus par l'alimentation sucrée, au 94e régiment d'infanterie, pendant les manœuvres d'automne en 1906. — Lair : Traîneau porte-brancard.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 12, 8 avril 1907.) Poncet et Leriche : Tuberculose inflammatoire à forme néoplasique. Les lipomes d'origine tuberculeuse. — Sardou : L'épreuve de la montagne. — (N° 13, 15 avril.) Renaut : La faiblesse musculaire essentielle du cœur. Ses causes, ses signes aisément reconnaissables ; hygiène et traitement. — Rochard : Du cancer de l'appendice. — Bardet : Médication stimulante et compensatrice dans l'hyposthénie gastrique. — (N° 14, 23 avril.) Perrot et Hurrier : Médecine et pharmacie indo-chinoises (*suite*).

Bulletin médical. — (N° 27, 10 avril 1907.) André Lapointe : A propos du traitement des méningites otitiques suppurées. — (N° 28, 13 avril.) Roy : Pancréatite ourlienne (diagnostic avec une métastase gastrique). — (N° 29, 17 avril.) L. Brocq : L'éruption papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face. — (N° 30, 20 avril.) Raymond : La psychasthénie (psycho-névrose autonome). — (N° 31, 24 avril.) E. Valude : Etiologie et traitement de l'ophtalmie sympathique. — (N° 32, 27 avril.) Long et Roch : Le saturnisme dans le milieu ouvrier genevois. — Desmarets : Etiologie clinique des hémoptysies des tuberculeux gallois, les auto-écrasements du pied.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-32

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hopitaux. — Sont déclarés admissibles aux épreuves définitives : MM. Lecène, 67 points; Fredet, 66; Chevassu, Chifoliau et Marcille, 62; Mouchet, 61; Chevrier et Guibé, 60.

Séance du 27, à Clamart. — MM. Marcille, 29; Fredet et Lecène, 28; Mouchet, 27; Chevrier, 26; Chevassu, Chifoliau et Guibé, 25.

Prochaine séance jeudi 29, à 4 h. 1/2, à la Charité.

Deuxième concours. — Sont désignés pour faire partie du jury, MM. J.-L. Faure, Hartmann, Kirmisson, Terrier, Le Dentu, Morestin, Huchard.

MM. Hartmann, Kirmisson, Terrier et Huchard n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Première épreuve clinique.* — Séance du 27 mai : Ont obtenu : MM. Couvelaire, 19; Sauvage, 15; Devraigne, 14.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. — Sciences anatomiques, physiologiques et naturelles. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Séance du 27 mai. — MM. Martin et Gautié : « Histoire naturelle des trichophytons. »

Séance du 25 mai. — MM. Brumpt et Cabane : « L'uncinariose (ankylostomiase). »

Voici l'ordre de passage pour l'exposé des travaux personnels des candidats :

Anatomie. — MM. Géraudel, Alquier, Dubreuil, Mulon, Colin et Delamare.

Physiologie. — MM. Camus, Jeandelize, Busquet, Lepage, Lassablière, Ambard, Sonneville, Turlais et Dubois.

Histoire naturelle. — MM. Lasserre, Mandoul, Martin, Gautié, Cabane et Brumpt.

Sciences physiques, chimiques et pharmacologiques. — Séance du 28 mai. — MM. Dorléans et Florence : « Synthèse des sucres. »

Séance du 29 mai. — MM. Mouneyrat et Robert : « Pyrazols. »

MAISON NATIONALE DE SANTÉ. — M. le docteur Mignot est nommé médecin en chef de la Maison nationale de Saint-Maurice, en remplacement de M. le docteur Antheaume, nommé médecin en chef honoraire.

XVIIe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (*Genève et Lausanne, 1er-7 août 1907*). — Programme. — *Genève.* — Jeudi 1er août : Matin, séance d'inauguration; — Après-midi, premier rapport. M. Gilbert Ballet : « L'expertise médico-légale et la question de responsabilité. » Discussion; — Soir, promenade en bateau et dîner sur le lac.

Vendredi 2 août : Matin, séance à l'asile de Bel-Air. Communications diverses; — Après-midi deuxième rapport. M. Antheaume : « Les psychoses périodiques. » Discussion. Réunion du Comité permanent.

Samedi 3 août : Matin, communications diverses. Démonstrations anatomiques et projections; — Après-midi, communications diverses. Réunion du Congrès en assemblée générale.

Dimanche 4 août : Pas de réunion officielle. Les congressistes iront à Divonne-les-Bains (Ain) ou à Evian-les-Bains (Haute-Savoie), où des réceptions sont organisées par les établissements hydrothérapiques de ces stations.

Lausanne. — Lundi 5 août : Matin, séance au palais de Rumine. Troisième rapport. MM. Claude et Schnyder : « Nature et définition de l'hystérie. » Discussion; — Après-midi, asile de Cery-sur-Lausanne. Dernière séance. Communications diverses. Collation offerte par l'asile. Départ pour Montreux-Territet.

Mardi 6 août : Excursion à Glion, Caux, Rochers de Naye. Déjeuner à Caux. Diner au Kursaal de Montreux.

Mercredi 7 août : Excursion dans la Gruyère. Réception par l'asile de Marsens (près Bulle). Dislocation du Congrès.

Le Congrès comprend : 1° des membres adhérents (docteurs en médecine); 2° des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine, présentés par un membre adhérent).

Le prix de la cotisation est de : 20 francs pour les membres adhérents; 10 francs pour les membres associés.

Prière d'adresser sans retard à M. le docteur Long, secrétaire général du Congrès, 6, rue Constantin, Genève : 1° les adhésions et le montant des cotisations; 2° les titres et résumés des communications.

Un programme plus détaillé sera envoyé à la fin de juin aux adhérents.

Les membres adhérents et associés inscrits recevront en même temps un formulaire à remplir pour les demandes de billets de réduction sur les chemins de fer français (réduction 50 p. 100, durée : 25 juillet-15 août). Ce formulaire avec l'indication du trajet à parcourir jusqu'à Genève (gare du P.-L.-M.) devra revenir au Secrétariat général avant le 10 juillet.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 16, 20 avril 1907.) Goldberg : L'examen bactériologique des urines a-t-il une importance pratique pour le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies des voies urinaires? — (N° 17, 27 avril.) Jolles : Sur la présence des pentoses dans l'urine. — (N° 18, 4 mai.) Rumpf : Action des courants oscillants sur le cœur.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 16, 18 avril 1907.) Wassermann : La science de l'immunité et son importance pour la pratique. — Kolle : La sérothérapie et la séroprophylaxie des maladies infectieuses aiguës. — Ebstein : Sur la nature et le traitement de la prédisposition goutteuse. — Sahli : La sphygmobolométrie, nouvelle méthode d'examen de la circulation. - Rihl : Sur la tachycardie atrioventriculaire chez l'homme. — Eppinger : L'ictère dans la cholécystite. — Steinert : Sensation de vibration et sens de la pression. — Jezierski : Recherches sur la transmission de la lèpre aux animaux. — Yakimoff : Le traitement de la diurèse expérimentale par l'atoxyl. — (N° 17, 25 avril.) Goldscheider : Sur les symptômes morbides psycho-réflexes. — Kolle : La sérothérapie et la séroprophylaxie des maladies infectieuses aiguës (*suite*). — Sahli : Sur la sphygmobolométrie, une nouvelle méthode d'exploration de la circulation (*suite*). — Giemsa : Contribution à la question de la coloration du spirochæte pallida dans les frottis. — Kleinschmidt : Sur le traitement des contractures musculaires ischémiques. — Baerwald : Stations alpines à fièvre des foins. — Kolakzek et Müller : Sur un procédé simple pour différencier les suppurations tuberculeuses des autres. — (N° 18, 2 mai.) Morgenroth et Lydia Rabinowitch : Les réactions d'immunité du tissu tuberculeux et leur rapport avec la théorie de l'action de la tuberculine. — Determann : Contribution au diagnostic de l'abcès sous-phrénique. — Trappe : Un cas sporadique d'anguillule intestinale dans une diarrhée chronique en Silésie. — Harthmann : Sur la céphalalgie nasale et la neurasthénie nasale. — Ewald : Etiologie et diagnostic des corps étrangers articulaires. — Dreyer : Présence de spirochètes dans des condylomes. — (N° 19, 9 mai.) Joseph : Thérapeutique générale des dermatoses. — Ziegler et Jochmann : Sur la leucémie myéloïde aiguë. — Horner : Recherche de la pression sanguine avec le sphygmoscope de Pal. — Karewski : Abcès du foie après l'influenza. — Offergeld : Sur la métrite puerpérale disséquante. — Paderstein : Migraine ophtalmoplégique et paralysie périodique de l'oculomoteur. — Harnack : Sur la question de l'électricité cutanée.

Écho médical du Nord. — (N° 17, 28 avril 1907.) Bertin : Le sang des diabétiques.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. (N° 17, 28 avril.) Gauducheau : Note préliminaire sur la culture et la fonction bactériolytique d'un protozoaire amiboïde.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 17, 28 avril 1907.) Delaye-Andérodias : Fonctionnement de la consultation des nourrissons de l'hôpital suburbain des enfants du Bouscat. Ses résultats.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 17, 25 avril 1907.) Dauwe : Valeur comparée des succédanés de la cocaïne en anesthésie lombaire. — Pariset : Essai de pathogénie du diabète arthritique.

Medizinische Blatter. — (N° 16, 20 avril 1907.) Löw : Evolution de la doctrine moderne de l'immunité. — Singer : Le brunchisan et sa valeur thérapeutique dans les maladies de l'appareil respiratoire. — (N° 17, 27 avril.) Krausz : Sur les ménorragies. — (N° 18, 4 mai.) Scherk : Pathogénie de la diathèse urique.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 16, 21 avril 1907.) Rihmer : Sur la tuberculose rénale. — (N° 17, 28 avril.) Liebermann et Fenyvessy : Sur l'action de la dilution sur le sérum normal et sur l'immunisérum hématolytique inactivé. — (N° 18, 5 mai.) Rihmer : Sur la tuberculose rénale (*suite*).

Revue de médecine. — (N° 4, 10 avril 1907.) Gilbert et Villaret : Les circulations veineuses supplémentaires de la paroi thoraco-abdominale antérieure, en particulier au cours des affections hépatiques (15 fig.). — Sabourin : Le point de côté scissural (4 tracés). — Legouzat : Quelques considérations sur la pathogénie de l'hémiplégie diabétique. Apoplexie pulmonaire, hémiplégie avec aphasie fugace et mort subite chez un diabétique.

Revue neurologique. — (N° 6, 30 mars 1907.) Marinesco : Quelques recherches sur la transplantation des ganglions nerveux (7 fig.). — Grasset : Un signe de paralysie organique du membre inférieur : possibilité de soulever isolément le membre paralysé avec impossibilité de soulever simultanément les deux membres inférieurs. — Bonnier : Troubles oculo-moteurs par intoxication rachi-labyrinthique. — (N° 7, 15 avril.) J. Roux : Neurofibromatose périphérique et centrale. — E. Medea : Altération des nerfs périphériques dans l'anémie mortelle. A propos des névrites chez les aliénés (1 fig.).

Revue scientifique. — (N° 15, 13 avril 1907.) D'Ocagne : Sur l'application de la méthode graphique à l'art du calcul. — Hérubel : L'océanographie et la biologie. — Hémardinquer : La persistance des impressions lumineuses sur la rétine et la cinématographie. — Nicolardot : Colombium ou niobium. — (N° 16, 20 avril.) L. Maillard : Les industries chimiques de la mer. L'industrie salinière. — Paul Adam : Sur l'inspection du lait. — (N° 17, 27 avril.) Trouessart : Les animaux à sang chaud et l'évolution de la chaleur animale. — Pervinquière : Revue des thèses de géologie. — Maillard : Les industries chimiques de la mer. L'industrie salinière.

Semaine gynécologique. — (N° 15, 9 avril 1907.) Pichevin : Trois kystes dermoïdes sur les deux trompes. — (N° 16, 16 avril.) Delanglade : Des prolapsus génitaux. — A. Venot : Accidents et complications urinaires au cours des fibromes utérins. — (N° 17, 23 avril.) Pichevin : A propos de la grossesse extra-utérine. — Venot : Accidents et complications urinaires au cours des fibromes utérins. — (N° 18, 30 avril.) Delage et Caujoux : Hydrosalpinx intraligamentaire unilatéral.

Semaine médicale. — (N° 15, 10 avril 1907.) Roch : De l'antidotisme et de l'antagonisme en thérapeutique et en toxicologie. — (N° 16, 17 avril.) Chemisse : La mort subite chez les enfants. — (N° 17, 24 avril.) Beaujard et Lhermitte : La radiothérapie de la syringomyélie.

Tribune médicale. — (N° 15, 13 avril 1907.) Dupré : Revue polyclinique de psychoses alcooliques. — (N° 16, 20 avril.) Weil (Emile) et Octave Claude : Les hémorragies et les troubles de coagulation du sang dans les néphrites. — Marcille : Kystes dermoïdes de l'abdomen chez l'homme. — (N° 17, 27 avril.) Cunéo et Delamarre : Granulome télangiectasique de la langue.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 7, 15 avril.) Fortin : La vision chez les peintres. Etude physio-pathologique.

ÉTUDE HISTOLOGIQUE
DE
L'HYPERTROPHIE EXPÉRIMENTALE
DES CAPSULES SURRÉNALES CHEZ LE CHIEN

Par L. ALQUIER,
Chef des travaux anatomiques à la Clinique des maladies nerveuses.

(Travail du laboratoire de M. le professeur Raymond.)

Divers auteurs ont décrit les modifications de structure que présente la surrénale, soit dans l'hypertrophie compensatrice (étude de la glande laissée en place, après ablation de l'antre), soit dans la grossesse et dans diverses infections ou intoxications. Nous avons repris cette étude chez le chien dans le double but de comparer entre elles les modifications produites chez cet animal par l'hypertrophie compensatrice, la grossesse et les extirpations partielles ou totales de l'appareil thyro-parathyroïdien et aussi de rechercher s'il existe quelque analogie entre les modifications structurales réalisées par l'expérimentation et les « adénomes d'hyperfonctionnement » de l'homme.

I

Avant d'aborder l'étude des modifications histologiques qui caractérisent l'hyperfonctionnement des surrénales, nous résumerons brièvement leur structure et les caractères histologiques de leur fonctionnement à l'état normal, en n'envisageant bien entendu que la glande elle-même à l'état adulte, abstraction faite du tissu conjonctif, des vaisseaux et des nerfs.

Dans la couche corticale, Arnold (1866) d'après la disposition du tissu conjonctif, puis Gottschau (1883), se basant sur la constitution des cellules, décrivaient, en allant de la périphérie au centre, trois couches : glomérulée, fasciculée, réticulée (voir les *Traités d'histologie*).

Guieysse (1) ajoute à ces trois couches une quatrième; celle des spongiocytes, occupant la zone la plus externe de la fasciculée, et constituée par des cellules à protoplasma « alvéolaire » offrant l'aspect d'une éponge dont les mailles ne renfermeraient ni graisse, ni substance coagulable comme les albuminoïdes, mais paraissent contenir un liquide.

Fuhrmann (2) ne voit dans ces cellules que des éléments vacuolisés comme on en trouve dans la substance médullaire, et réunit la couche glomérulaire et les spongiocytes sous le nom de « couche corticale externe » par opposition à la « couche corticale interne » constituée par les couches fasciculée et réticulée.

Les travaux de Mulon, de Bernard et de Bigart ont ajouté des notions importantes.

Canalis (3) avait considéré la cariokynèse comme normale et constante dans les surrénales. Mulon sur des coupes sériées a reconnu (1) qu'il s'agit surtout de division directe. Elle n'existe que dans la couche glomérulaire, qui joue ainsi le rôle d'une véritable assise génératrice, vis-à-vis de la substance corticale tout entière.

La cariokynèse est accessoire, et s'observe surtout dans les quatrième à sixième rangées de cellules en partant de la périphérie, c'est-à-dire dans la couche spongieuse ; les signes de division du protoplasma manquent ou sont peu nets.

Dans les spongiocytes, la graisse est remplacée par ce que Bernard et Bigart ont appelé la « graisse labile » (2). C'est une substance qui se colore en noir par l'acide osmique, mais, même après l'action de ce réactif, demeure soluble dans les dissolvants de la graisse. Mulon (3) a étudié les réactions histo-chimiques de cette substance, et reconnu à l'aide de la lumière polarisée, qu'il s'agit d'une lécithine. Bonnamour et Policard (4) avaient constaté la présence chez la grenouille, de lécithine qui, d'après Bernard et Bigart (5), représente 50 p. 100 de la graisse totale des surrénales. Mulon a montré, à l'aide de la lumière polarisée, qu'elle n'existe que dans la couche spongieuse, et propose de dénommer cette dernière, *couche lécithinogène*.

D'après Mulon (6) les cellules de la couche spongieuse deviendraient les cellules des couches fasciculée et réticulée, en se chargeant de pigment jaune, qui passe dans les capillaires sanguins, principalement au voisinage immédiat de la substance médullaire où « l'excrétion » se fait à la fois, par fonte partielle de certaines cellules, et suivant le mode holocrine. Par places, en effet, des amas de pigment entraînent avec eux le noyau qu'on trouve déformé, mais encore bien colorable, jusque dans les amas de pigment intra-vasculaire. Ainsi, la glande antitoxique ne comprendrait qu'une seule espèce de cellules, sécrétant, au début du cycle fonctionnel, un corps gras spécial, et du pigment à la fin.

Bernard et Bigart (7) s'écartent de cette manière de voir, lorsqu'ils distinguent, entre les zones graisseuses et pigmentées, une zone de cellules indifférentes d'où dériveraient en dehors, la couche graisseuse, en dedans, la pigmentée. A cette conception, Mulon objecte, avec raison (8) que les phénomènes de division cellulaire ne s'observent que dans la couche graisseuse.

Divers auteurs ont signalé dans la fasciculée et la réticulée l'existence de *corps sidérophiles*, prenant l'hématoxylène au fer de Heidenhain. Mulon (9) a montré qu'ils sont superposés à la substance osmophile : les corps sidérophiles peuvent être interpré-

(1) GUIEYSSE. Th. de Paris, 1901.
(2) FUHRMANN. *Anat. Anzeiger*, 1903, t. XXIV, p. 606-608.
(3) CANALIS. *Internat. Monatss.*, 1886.

(1) MULON. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1903, p. 592.
(2) BERNARD et BIGART. Soc. anat., nov. 1902.
(3) MULON. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1902, p. 1310; 1903, p. 82 et 452.
(4) BONNAMOUR et POLICARD. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1903, p. 471.
(5) BERNARD et BIGART. *Bull. de la Soc. de biol*, 1903, p. 120.
(6) MULON. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1902-1906 et *Bibliographie anat.*, 1904 et 1905.
(7) BERNARD et BIGART. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1905.
(8) MULON. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1905, p. 592.
(9) MULON. *Bibliographie anat.*, 1905, p. 223.

tés comme corps gras ou comme dus à la présence de l'adrénaline. Dans le même travail, l'auteur montre encore que les cellules de la couche pigmentée du cobaye, isolées dans l'humeur aqueuse, ne présentent pas d'autres détails de structure que le noyau et le pigment, les filaments en peloton, en réseau, etc., qu'on y décrit, sont dus à l'action des réactifs.

La substance médullaire est formée de cellules présentant une affinité spéciale pour les sels de chrome d'où leur nom de *cellules chromaffines* (Stilling). Mulon et Ciaccio ont constaté en outre la réaction de Vulpian (coloration verte par le perchlorure de fer), Mulon a vu que l'acide osmique *employé en vapeurs* (pour ne pas dissoudre l'adrénaline) donne une coloration rose, qui en un quart d'heure, devient noire; les trois réactions appartiennent également à l'adrénaline qui se trouve dans la substance médullaire à l'état de granulations. Celles-ci sont également colorables par le nitrate d'argent, suivant la méthode de Ramon y Cajal (1).

Abelous, Soulié et Toujean (2) étudiant la production in vitro de l'adrénaline, dans la pulpe de surrénale mise à l'étuve dans la solution physiologique de chlorure de sodium, ont pu reconnaître qu'elle se forme dans la substance corticale et s'accumule dans la médullaire.

D'autre part, Christiani (3) a observé que la substance médullaire est indispensable à l'existence; les rats meurent dès que la totalité de la substance médullaire leur a été enlevée, survivent au contraire s'il en reste une partie; les greffes n'assurent la survie que si elles contiennent de la substance médullaire.

Telles sont les principaux renseignements actuellement donnés par l'histologie, sur le fonctionnement des capsules surrénales.

L'hypertrophie compensatrice qui, théoriquement, devait se produire dans la surrénale laissée en place, après extirpation unilatérale, n'existerait pas, au point de vue de la richesse en adrénaline, s'il faut en croire Battelli et Mlle Ornstein (4). Ces auteurs ayant enlevé une surrénale à trois lapins et à sept chiens, ont dosé l'adrénaline dans l'antre, après un intervalle variant d'un jour à trois mois. Jamais ils ne l'ont trouvée supérieure à la quantité contenue dans la glande enlevée; plusieurs fois, elle était moins abondante, parfois même d'une manière notable.

L'hypertrophie pondérale et la cariokynèse ont été constatées par Stilling (5) chez le lapin. Pettit (6) a constaté chez l'anguille, au bout de quelques semaines l'augmentation des vaisseaux, dans la proportion d'un à quatre, et même davantage; les cellules doublées de volume, ne sont plus sur une seule rangée, mais au moins, sur deux rangs. Il conclut à une hypertrophie compensatrice par prolifération anormale et hyperactivité des éléments sécrétants, et retrouve les mêmes caractères dans l'intoxication par la pilocarpine et diverses infections microbiennes.

(1) Laignel-Lavastine. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1905, t. I, p. 661. — Voir pour les réactions histo-chimiques des granulations chromaffines : Grynfellt. *Bibliographie anat.*, 1903, p. 135.

(2) Abelous, Soulié et Toujean. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1905, t. I, p. 533, 574. et t. II, p. 520.

(3) Christiani. *Bull. de la Soc de biol.*, 1902, p. 710, 811, 1124.

(4) Battelli et Mlle Ornstein. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1906, t. II, p. 677.

(5) Stilling. *Revue de méd.*, 1888.

(6) Pettit. Th. doct. ès sc., Paris 1896.

Labzine (1) constatait que les capsules surrénales ne peuvent se régénérer. Toute perte de substance est réparée par une cicatrice conjonctive. Toutefois les cellules de la glomérulaire présentent une multiplication qui, nette au bout de vingt-quatre heures, diminue déjà au cinquième jour. La médullaire ne prend aucune part à cette ébauche de régénération.

Notons, en passant que Pende (2) a étudié histologiquement l'atrophie de la surrénale de lapins, après section du nerf splanchnique ou du plexus cœliaque.

Théodossief (3) a observé l'hypertrophie des surrénales après ovariotomie chez des chiennes (4); après un maximum de dix mois, le stroma et le parenchyme sont hyperplasiés; l'hyperplasie porte surtout sur les couches glomérulaire et fasciculée, tandis que la réticulée et la médullaire subissent plutôt une réduction de volume. Tout d'abord, il y a prolifération des cellules glomérulaires qui s'avancent jusqu'à la médullaire, et font, sous la capsule d'enveloppe, des saillies irrégulières. Plus tard, la fasciculée présente des foyers ou bandes irrégulières d'hyperplasie s'insinuant dans la médullaire. On note de nombreuses figures de cariokynèse.

L'hypertrophie gravidique a été étudiée chez le cobaye par Guieysse (5). La capsule surrénale est pendant la gestation, toujours augmentée de volume (10 à 14 millimètres au lieu de 8 à 10 1/2); histologiquement, les modifications consistent essentiellement en vacuolisation exagérée de la spongieuse qui envahit la fasciculée, et en sidérophilie très abondante. Il n'y a pas de modifications du pigment, de la graisse, ni de la substance médullaire. Ces modifications sont au maximum vers le milieu de la grossesse (trentième jour), puis diminuent, mais ne sont pas encore complètement effacées trois mois après l'accouchement. Il s'agit d'une hyperfonction, car cinquante minutes après l'injection de 2 centigrammes de chlorhydrate de pilocarpine, la surrénale présente le même aspect que dans la grossesse.

De nombreux auteurs ont observé des modifications analogues au cours de diverses infections ou intoxications expérimentales (6).

(1) Labzine. *Arch. des sc. biol. de Saint-Pétersbourg*, 1905, t. XI, p. 249.

(2) Pende. *Arch. lat. de méd. et de biol.*, 1903, p. 78.

(3) Théodossief. *Russki Wratch*, 1906, p. 135.

(4) Mulon a récemment assimilé les cellules corticales de la surrénale à la cellule à lutéine des corps jaunes de l'ovaire. Soc. de biol., 1906.

(5) Guieysse. Th. de Paris, 1901.

(6) Outre les phénomènes « d'hyperplasie » on note aussi des hémorragies des lésions dégénératives des cellules glandulaires, enfin des lésions inflammatoires, diapédèse et sclérose. Voici quelques indications à ce sujet :

Roux et Yersin. Hémorragies dans la diphtérie expérimentale, *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1889. — Roger. Hémorragies par le bacille de Friedlander, *Bull. de la Soc. de biol.*, et *Presse méd.*, 1894. — Langlois. *Dans les intoxications chroniques, les surré-*

Marrassini obtint récemment les résultats suivants (1) dans la grossesse chez le cobaye : vacuolitation de la fasciculée ; sidérophilie et diminution du pigment dans la réticulée ; après castration de cobayes mâles : hyperpigmentation et diminution de la sidérophilie dans la réticulée ; diminution des spongiocytes ; ces modifications s'atténuent rapidement et disparaissent en quinze à vingt jours. Chez les animaux soumis à la néphrectomie unilatérale : vacuolisation de la fasciculée ; sidérophilie ; légère augmentation de volume et sidérophilie des cellules médullaires.

En somme, l'hypertrophie compensatrice, celle de l'excitation par la pilocarpine, comme celle qui s'observe dans la grossesse, et diverses intoxications est, d'après les auteurs, essentiellement caractérisée par l'extension de l'aspect spongieux à la fasciculée ; l'augmentation de volume de la glande paraît due surtout à l'augmentation du volume de ces éléments, la prolifération étant, d'ordinaire, peu marquée. La graisse et les corps sidérophiles sont, d'après plusieurs auteurs, plus abondants qu'à l'état normal.

II

Les surrénales que j'ai étudiées peuvent se diviser en 4 groupes :

nales du cobaye peuvent sextupler, en poids : au début des intoxications, il y a hyperactivité glandulaire, Th. de doct. ès sc., Paris 1896. — DELAMARE. Sclérose et adénomes dans la sénilité, *Bull. de la Soc de biol.*, 1903, p. 1152. — OPPENHEIM et LŒPER. Chez les cobayes dont une capsule a été enlevée, diverses infections ou intoxications donnent une vacuolisation des cellules corticales, supérieure à ce qu'on observe chez les animaux non décapsulés, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1901-1902-1904-1906. — OPPENHEIM. Th. de Paris, 1902. — BERNARD et BIGART. La faradisation des membres intérieurs chez le cobaye pendant une heure et demie donne la vacuolisation de la fasciculée ; les vacuoles contiennent la graisse, labile, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1902, p. 1400. — BARDIER et BONNE. Mêmes résultats après tétanisation musculaire, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1903, p. 355. — Rapprocher ces deux derniers faits des constatations d'ABELOUS. La survie des grenouilles après décapsulation passe de quarante-huit heures à quatre, cinq jours, après énervation des membres postérieurs ; elle est diminuée par l'injection de strychnine à dose légèrement convulsivante. Le massage et les mouvements passifs des membres postérieurs abrègent notablement la survie des lapins décapsulés, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1904, p. 951. — GOUGET. Simple hypertrophie pondérale, sans étude histologique chez des lapins rendus saturnins, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1903, p. 1659. — GOURAUD et DOPTER. Après néphrectomie chez le lapin, les capsules présentent des lésions dégénératives et l'hyperplasie de la glomérulée, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1904, p. 291. — NICOLAS et BONNAMOUR. Trois lapins rabiques, sur quatre, présentaient une énorme cariokinèse de la couche glomérulaire, sans grosses lésions cellulaires, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1905, II, 213. — LABZINE. Dégénérescence rapide dans l'infection streptococcique sans hyperplasie, *Arch. de biol. de Saint-Pétersbourg*, 1905, XI, 319. — TCHERWENTZOFF. Lésions dégénératives de la glande chez des rats et des lapins inoculés avec le bacille de la peste, *Id.*, 1906, XII, 139. — BONNAMOUR. Dans l'inanition, l'intoxication diphtérique, il y a hyperproduction de graisse et de pigment ; parfois, cariokynèse surtout localisée à la périphérie de l'écorce, mais pouvant s'observer jusque dans la médullaire, *Bibliogr. anat.*, 1906, p. 87. — PADOA. Plusieurs intoxications bactériennes donnent tuméfaction, trouble, augmentation de la graisse, cariokynèse ; bibliographie de quelques travaux italiens, *Capsules surrénales dans quelques infections et intoxications expérimentales*, Florence 1906.

(1) MARRASSINI. *Lo sperimentale*, 1906, IX, p. 198.

1° *Hypertrophie compensatrice :*

L'une des capsules, tantôt la droite, tantôt la gauche, a été enlevée à cinq chiennes adultes, pesant de 7 à 10 kilos, paraissant bien portantes. Bien entendu, non seulement ces chiennes n'étaient pas enceintes, mais l'état des mamelles et celui de l'utérus (vérifié à l'opération et à l'autopsie) permettait d'exclure toute grossesse récente.

Après l'opération, les animaux n'ont présenté aucun trouble et ont engraissé régulièrement. Ils ont été sacrifiés après un à deux mois ; la surrénale laissée en place a été fixée par le sublimé-iodiformol de Dominici, qui nous a donné d'excellents résultats. Deux fois, l'ablation de la première surrénale n'avait pas été absolument complète.

La capsule laissée en place était, dans les 5 cas, rouge et turgescente, et paraissait augmentée de volume, par rapport à sa congénère. Histologiquement, les modifications relevées par comparaison entre les deux surrénales de chaque animal, sont de même nature et ne diffèrent que par leur degré. Elles présentent leur maximum dans le cas où l'intervalle entre l'ablation et la mort a été le plus considérable (deux mois et un jour). Ce cas nous servira de type pour cette description.

Dans la médullaire, on note seulement une légère augmentation de volume de certaines cellules, avec tendance à la vacuolisation. Mais les différences sont peu notables. Dans un cas seulement, la médullaire présentait quelques figures rarissimes de cariokynèse dont il n'y a guère lieu de tenir compte, en raison de leur caractère tout à fait exceptionnel.

Les modifications de la corticale portent sur la fasciculée et la réticulée. La couche glomérulaire présente des dimensions et un aspect variables d'un point à un autre, mais aussi bien dans la surrénale saine que dans l'autre ; la forme et la dimension des cellules ne présente aucune différence nette ; les noyaux offrent des figures de division directe, analogues, quoique moins nombreuses, à celles observées par Mulon chez le cobaye (il faut remarquer que nos animaux étaient tous adultes) et de rares figures de cariokinèse. Mais, ni les unes ni les autres ne sont plus abondantes dans la surrénale laissée en place ; comme il n'y a pas de signes de division cellulaire dans les autres couches de la corticale, on peut conclure que l'*augmentation de volume observée n'est pas due à une prolifération intense des éléments glandulaires*.

Dans la fasciculée, ce qui frappe, au premier coup d'œil, dans les cinq cas, c'est le nombre et le volume des spongiocytes de Guieysse, qui s'étendent à toute la moitié externe, et même davantage, de la fasciculée. La figure 1 représente, dessinée au même grossissement, des spongiocytes des deux capsules du même animal (la technique ayant été de tous points identique).

En raison de l'augmentation de volume des cellules, les travées sont tassées les unes contre les autres, partant, un peu moins distinctes que normalement.

La couche profonde de la fasciculée et la réticulée présentent des cellules à peu près identiques dans les deux surrénales ; dans la seconde, les formes de

transition entre le spongiocyte et la cellule à pigment sont seulement plus nettes et plus nombreuses.

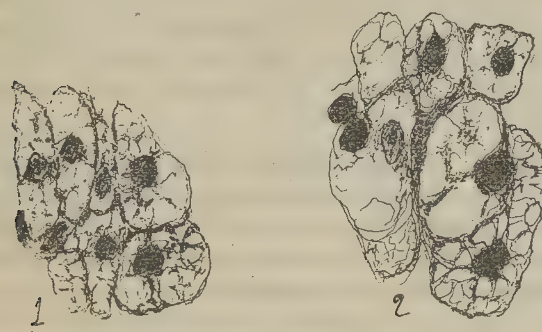


Fig. 1. — 1. Spongiocytes de la surrénale normale; — 2. Spongiocyte de la surrénale laissée en place et enlevée au bout de deux mois et un jour. Les cellules sont augmentées de volume, mais surtout le réticulum est tout à fait inégal, rompu par place, et certaines cellules présentent de grosses vacuoles irrégulières, avec refoulement du noyau à la périphérie.

Les cellules à pigment (fig. 2) sont dans la surrénale hypertrophiée, plus riches en pigment

J'ai pu observer, avec la plus grande netteté, le phénomène d'excrétion du pigment dans les vaisseaux sanguins, décrit par Mulon : le pigment se retrouve mêlé au sang, à l'intérieur des vaisseaux, à l'état de granulations ou de masses irrégulières, dont quelques-unes, volumineuses, contiennent un noyau déformé, ratatiné, mais encore nettement visible.

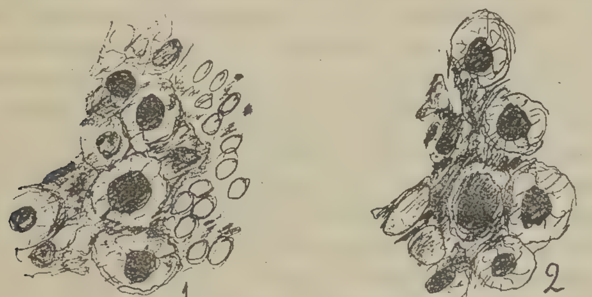


Fig. 2. — *Cellules à pigment de la couche réticulée.* — 1. Surrénale normale; — 2. Surrénale laissée en place. Dans cette dernière les amas pigmentés, représentés ici par une teinte ombrée uniforme, sont plus nombreux et surtout plus volumineux, aussi bien à l'intérieur des cellules que dans leurs interstices. Mais la différence est moins accentuée que pour les spongiocytes.

La graisse est, dans la surrénale laissée en place, particulièrement abondante au niveau des spongiocytes où elle se trouve soit dans les travées, à l'état de fines granulations, soit dans les vacuoles, à l'état de masses irrégulières. Elle est en moins grande quantité, mais cependant encore très abondante, dans la couche graisseuse (glomérulée) et diminue dans la partie profonde de la fasciculée et de la réticulée (technique; fixation et imprégnation de la glande fraîche par un séjour de quarante-huit heures dans le liquide de Marchi, inclusion de la celloïdine).

Les corps sidérophiles sont, à l'état normal, peu abondants et de faible volume, dans la fasciculée et la réticulée. Dans la surrénale hypertrophiée ils se présentent sous forme de masses irrégulières, parfois très volumineuses, surtout abondantes dans les parties profondes de la substance corticale; quelques masses semblables se retrouvent dans la médullaire.

2° *La surrénale après ablations complètes ou incomplètes de l'appareil thyro-parathyroïdien*, 15 expériences pouvant se décomposer ainsi :

Thyro-parathyroïdectomies totales — Quatre expériences, trois fois mort en un, trois, cinq jours avec, dans les deux derniers cas, accidents convulsifs. Le quatrième chien put être maintenu en vie pendant treize jours, grâce à l'opothérapie thyroïdienne (corps thyroïdes de mouton *dont les parathyroïdes avaient été enlevées aussi complètement que possible*) mais succomba, au bout de ce laps de temps, avec des accidents convulsifs. A ces quatre expériences, il convient d'ajouter une cinquième, dans laquelle, bien que l'ablation ait respecté la moitié inférieure de l'un des thyroïdes, tout se passa comme dans les trois premiers faits, avec mort en cinq jours.

Chez les quatre animaux non soumis à l'opothérapie thyroïdienne, la surrénale présente des modifications inverses de celles précédemment décrites. En effet, les spongiocytes ont complètement disparu et sont remplacés par des cellules arrondies ou polyédriques, à protoplasma à peu près homogène, ressemblant à celles qu'on observe à l'état normal dans la partie moyenne de la fasciculée, mais presque sans granulations. Les éléments de la glomérulée présentent le même aspect, avec un noyau arrondi, tandis que, normalement, le corps protoplasmique et le noyau sont très allongés et étroits. Dans la réticulée les cellules contiennent une quantité normale de pigment. Tous les noyaux, d'ordinaire sombres et denses, sont volumineux, clairs, avec plusieurs nucléoles, ou bien présentant une fragmentation irrégulière de leur chromatine. Les travées cellulaires sont moins larges que normalement, en raison de la diminution de volume des cellules glandulaires; en conséquence, les interstices sont plus larges, les vaisseaux sanguins apparaissent dilatés.

Ces lésions nettes, même chez l'animal mort en vingt-quatre heures après la thyroïdectomie, augmentent chez ceux qui n'ont succombé qu'après trois et cinq jours. Elles sont à peine ébauchées au contraire chez l'animal soumis à l'opothérapie, et qui a survécu treize jours; mais ici, on observe des lésions dégénératives très intenses : nécrose, aspect trouble au vitreux du protoplasma, noyaux pâles, souvent en pycnose.

Thyro-parathyroïdectomies unilatérales. — Cinq expériences. Après l'opération pas de convulsions, mais un degré variable d'abattement; les urines, étudiées dans un cas présentaient, avant l'opération, des traces nettes d'albumine qui ont augmenté après avec signes d'intoxication transitoire. Chez les quatre autres, l'opération a été très bien supportée; au bout de quelques jours, l'état semblait redevenu normal; trois ont été sacrifiés à des intervalles de deux mois et demi, trois et quatre mois; chez le dernier au bout de trois mois, l'autre lobe du corps thyroïde fut enlevé, ce qui détermina la mort, en trois jours.

La surrénale présente, chez ces animaux, un aspect variable.

a. Chez les trois qui ont survécu sans incidents, l'aspect est analogue à celui de l'hypertrophie compensatrice, décrite plus haut : bien net dans 2 cas

(survie de deux et demi et quatre mois), ébauché dans le troisième (survie de trois mois).

b. L'animal, dont les urines étaient albumineuses avant l'opération, tué au bout de deux mois, offre les mêmes modifications qu'après la thyro-parathyroïdectomie complète.

c. Chez le dernier (thyroïdectomie en deux temps à trois mois d'intervalle) la surrénale présente un mélange des deux aspects. Il semble qu'aux lésions décrites en *a* ait brusquement succédé l'aspect *b*, comme si les spongiocytes n'avaient pas encore eu le temps de se rétracter et de perdre complètement leurs vacuoles.

Thyro-parathyroïdectomie unilatérale avec ablation consécutive, soit d'une parathyroïde, soit d'une partie de l'autre lobe. — En instituant cette nouvelle série d'expériences, j'avais espéré obtenir l'hypertrophie des parathyroïdes laissées en place, et, en les enlevant ensuite, voir si une insuffisance, surtout parathyroïdienne, donnait à la surrénale des modifications spéciales. Un chien à qui j'avais enlevé un des lobes du thyroïde, subit, deux mois après, l'ablation de la parathyroïde externe droite et fut sacrifié trois mois après. Chez un autre, l'ablation d'une parathyroïde fut suivie, à deux mois de distance, de l'ablation du corps thyroïde opposé; l'animal fut tué un mois plus tard; chez un troisième, la parathyroïde étant difficile à enlever, la première opération comprit tout le pôle supérieur du thyroïde gauche; le lobe droit fut enlevé six mois après, l'animal sacrifié deux mois plus tard.

Enfin dans une dernière expérience, l'ablation de l'extrémité supérieure du thyroïde gauche fut suivie, au bout de vingt-six jours, de l'extirpation de la parathyroïde supérieure droite; l'animal succomba six jours après cette deuxième intervention.

Il n'y a pas lieu d'insister spécialement sur les modifications histologiques des surrénales qui présentent un aspect analogue à celui décrit au paragraphe précédent en *c*.

3° *Surrénales dans la grossesse.* — Les capsules surrénales de deux chiennes enceintes près de terme

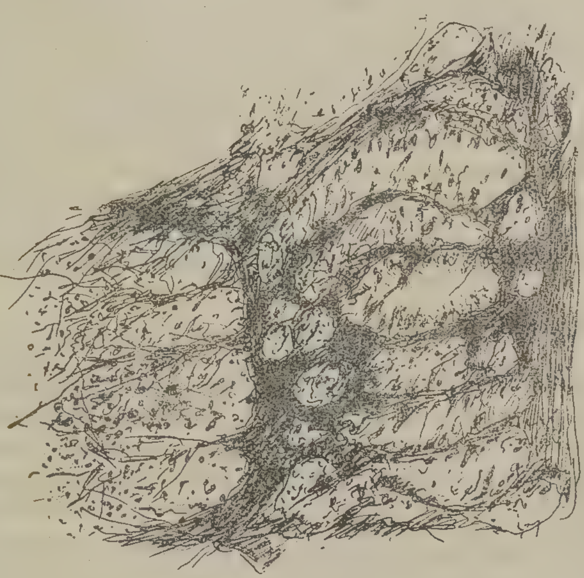


Fig. 3. — *Surrénale de chienne enceinte.* — Réaction du tissu conjonctif: dissociation des couches glomérulaire et spongieuse; aspect se rapprochant de celui des « adénomes » des vieillards.

présentaient les modifications décrites plus haut dans « l'hypertrophie compensatrice ». Mais chez l'une de ces chiennes existait un aspect qui doit nous arrêter un instant.

Outre les lésions ci-dessus mentionnées, existe en effet, dans ce cas, par endroits, un aspect comparable, dans une certaine mesure, à celui de certains « adénomes » décrits chez l'homme, dans la vieillesse et les néphrites. La capsule conjonctive envoie à l'intérieur de la glande des prolongements fibreux irréguliers qui sectionnent et étranglent irrégulièrement les tubes de la glomérulée et de la couche spongieuse. Les cellules de cette dernière présentent l'aspect vacuolisé « alvéolaire » si souvent constaté dans les « adénomes » de l'homme. A la périphérie, des culs-de-sac de la glomérulaire sont enclavés dans la cellule conjonctive; leurs cellules sont petites, comme étouffées par le tissu ambiant.

Chez une chienne thyroïdectomisée pendant la grossesse, l'aspect des surrénales est analogue à celui de la grossesse simple. Il en est de même ainsi chez une vieille chienne d'environ huit à neuf ans qui survécut à la thyroïdectomie double, grâce à la persistance d'une parathyroïde qui s'hypertrophia. Cinq mois après l'opération, la chienne devenue enceinte, succomba d'éclampsie.

L'autopsie montra une grossesse double, presque arrivée à terme.

Que conclure de tout ceci?

Après ablation de l'une des surrénales chez le chien, la glande laissée en place présente des modifications nettes au bout d'un mois, et surtout au bout de deux.

Ces modifications consistent essentiellement en augmentation de volume et en vacuolisation des spongiocytes, qui occupent toute la partie externe de la couche fasciculée.

Dans la partie profonde de cette dernière et dans la réticulée, le pigment est augmenté, mais moins nettement, ainsi que les corps sidérophiles. La graisse est également augmentée.

La substance médullaire, les vaisseaux et le tissu interstitiel ne présentent que des modifications peu nettes et paraissant dénuées d'importance.

Ces modifications, concordant avec ce que d'autres ont observé après des injections de pilocarpine, paraissent bien indiquer une hyperactivité de la glande.

Mais il n'y a pas de multiplication anormale des cellules glandulaires.

L'étude des surrénales normales et en hyperactivité confirment, chez le chien, les observations faites par Mulon sur le cobaye, concernant le rôle générateur de la couche glomérulaire qui, seule, présente des figures de division, surtout division directe, exceptionnement cariokynèse, et l'excrétion du pigment dans les vaisseaux sanguins, en partie, suivant le mode holocrine.

Les modifications constatées dans « l'hypertrophie compensatrice » sont nettes, également dans la grossesse. On les retrouve après la thyroïdectomie unilatérale, *avec survie prolongée au moins plusieurs semaines.*

Au contraire, la thyroïdectomie est suivie *presque immédiatement* de modifications inverses, consistant

en disparition des spongiocytes, avec des modifications profondes dans la glomérulaire, dont les noyaux et les cellules deviennent arrondis et prennent le caractère des cellules de la couche fasciculée.

L'aspect de l'écorce devient alors très analogue à ce qu'on observe chez l'homme à l'état normal; ajoutons que les noyaux d'ordinaire denses et sombres, augmentent de volume, deviennent clairs, avec nombreux nucléoles ou fragmentation de la chromatine.

Si l'on accepte l'hypothèse généralement admise, qui considère le premier type comme indiquant l'hyperactivité glandulaire, le second, qui en est juste l'opposé, devrait représenter une phase d'hypofonction de la surrénale.

Après la thyroïdectomie, il y aurait donc une phase immédiate d'hypofonction qui s atténuerait au bout de plusieurs semaines, si l'animal survit sans accidents.

On voit que rien ne distingue, dans tout ceci, les modifications de la surrénale qui caractériseraient « l'hypertrophie de suppléance » et celles consécutives à la thyroïdectomie ou à la grossesse, comme aussi aux intoxications.

Rappelons qu'après la thyroïdectomie apparaissent les signes d'une auto-intoxication, que traduisent, dès les premiers jours [Alquier et Theuveny (1)] l'albuminurie et des lésions importantes du foie et des reins. Si bien que, chez les animaux thyroïdectomisés, les modifications des surrénales traduisent peut-être tout simplement la réaction à l'auto-intoxication. On peut même se demander si cette explication ne s'appliquerait pas également à « l'hypertrophie compensatrice » qui apparaît ainsi fort discutable en raison des phénomènes d'intoxication que peut déterminer l'ablation de l'une des surrénales.

Une seule fois enfin, accidentellement, pourrait-on dire, nous avons rencontré chez une chienne enceinte, un aspect rappelant jusqu'à un certain point, les « adénomes » observés chez l'homme dans les néphrites et dans la vieillesse. Ici encore il n'y a pas de signes de prolifération anormale des cellules glandulaires, elles présentent les modifications observées d'ordinaire, l'aspect « adénomateux » paraît ici dû à l'hyperplasie irrégulière du tissu conjonctif.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 MAI 1907)

Malformations cardiaques chez les hérédo-syphilitiques. — M. LANDOUZY a fait une importante communication sur ce sujet. Il reconnaît tout d'abord que ces malformations cardiaques sont rarement le fait de la syphilis. Elles sont bien plus fréquemment le résultat de la tuberculose ou de l'alcoolisme des parents. Mais dans le cas spécial qu'il présente, les lésions rénales et cardiaques constatées à l'autopsie, l'examen histologique ne peuvent laisser aucun doute sur l'origine hérédo-syphilitique de la malformation cardio-vasculaire.

(1) ALQUIER et THEUVENY. Soc. de biol., 25 mai 1907.

M. Landouzy accompagne cette observation de considérations de pathologie générale du plus haut intérêt. Il insiste également sur l'importance thérapeutique qui découle de l'étude de ces faits et sur l'indication d'un traitement auto et postconceptionnel dans beaucoup de ces cas.

M. PINARD, sans vouloir suivre M. Landouzy dans les questions de pathologie générale qu'il a discutées, partage complètement son opinion, opinion que M. Pinard a lui-même souvent soutenue, sur la nécessité, pour les accoucheurs en particulier, de s'occuper du traitement de l'espèce aussi bien que de celui de l'individu. Il ne peut donc, à ce point de vue, qu'approuver entièrement tout ce qu'a dit M. Landouzy. Quant à l'interprétation du fait en question, M. Pinard se demande si M. Landouzy est bien réellement autorisé à conclure qu'il s'agit bien d'une malformation cardiaque d'origine hérédo-syphilitique. Nous savons aujourd'hui que ces malformations sont beaucoup plus souvent le fait de l'éthylisme des parents que celui de la syphilis. Ces cas sont très rares dans lesquels on trouve des malformations cardiaques qui soient nettement d'origine hérédo-syphilitique.

M. LANDOUZY partage si bien l'opinion de M. Pinard qu'il a eu soin, en communiquant ce fait, d'émettre toutes les réserves possibles. Mais ici l'examen histologique, les lésions constatées à l'autopsie ne doivent laisser aucun doute sur l'origine syphilitique de la malformation cardiaque. Dans tous les cas de ce genre il est indiqué d'instituer, autant que possible, un traitement ante et postconceptionnel. D'ailleurs, y aurait-il le moindre doute, qu'on peut toujours *tâter* l'enfant au point de vue syphilitique.

Opération césarienne conservatrice. — Très intéressante la communication de M. LEPAGE sur l'extension des indications de la césarienne conservatrice. Jusqu'ici il était de règle de n'y recourir qu'avant la rupture des membranes. M. Lepage pense qu'alors même que les membranes sont rompues, à condition que la malade n'ait pas subi de traumatisme chirurgical antérieur, application de forceps ou tentatives de version, on peut encore recourir à l'opération césarienne conservatrice. C'est ce qu'il a fait dans trois cas avec succès.

Solutions colloïdales. — M. BARDET a fait une communication sur ce sujet, déjà traité à l'Académie par M. Robin et par lui-même. Il s'agit des solutions tenant en suspension des ferments métalliques. Il distingue ces solutions, dites solutions de Brodig, qu'on obtient par le passage de faibles étincelles électriques entre deux pôles métalliques plongés dans l'eau, du collargol qui est un véritable sel soluble d'argent. De l'étude approfondie que M. Bardet a faite de ces solutions de Brodig, il faut retenir ce fait important qu'elles perdent leurs propriétés quand elles sont chauffées à 70 degrés, et qu'elles ne se conservent pas. Bien que les effets thérapeutiques de ces solutions et du collargol soient comparables, ces substances sont absolument différentes au point de vue chimiques.

Traitement optique du strabisme. — M. DE LAPERSONNE a fait sur ce sujet une communication basée sur près de 200 observations. Dans les cas de strabisme accompagnés de lésions matérielles, le relèvement de la vue est impossible par le traitement optique, il faut recourir à l'opération. Dans le strabisme convergent au-dessous de dix ans, on ne doit pas, selon M. de Lapersonne, procéder à une intervention chirurgicale. Il faut recourir à des verres correcteurs et au besoin paralyser l'accommodation par l'atropine. Si la vision est très inférieure d'un côté, avec strabisme fixe, il faut remonter la vision de l'œil dévié par l'usage d'un bandeau exclusif sur l'œil sain. Il faut ici beaucoup de patience. Au-dessus de dix à douze ans, il faut en venir aux opérations et aussitôt après commencer la correction optique des deux yeux. C'est en associant le traitement optique aux opérations, qu'on arrive au rétablissement de la vision binoculaire.

Vaccin contre la fièvre aphteuse. — M. CORNIL communique une note de M. Ory, d'où il résulte qu'on pourrait vacciner les bestiaux contre la fièvre aphteuse à l'aide du virus de horse-pox.

De l'importance de l'examen du larynx chez les chanteurs. — Au début de la séance, M. PERIER a lu un travail de MM. Moure (de Bordeaux) et Bouyer fils (de Cauterets) sur cette question. Selon les auteurs, il serait nécessaire de procéder à l'examen médical des élèves de chant dès le début de leurs études, afin de s'assurer de leur état de santé générale et de connaître la conformation des différentes parties constituantes de l'appareil de phonation (soufflerie, anche, résonateurs, etc.) de chacun d'eux. La conformation et les aptitudes fonctionnelles des différentes parties constituantes de l'appareil de phonation devraient, en effet, servir seuls de base logique au classement des voix. En outre, la respiration vocale exige un entraînement rationnel variable suivant la capacité pulmonaire naturelle de chaque sujet et suivant le rendement de voix demandé. Aussi l'emploi des registres doit-il être réglementé par un médecin compétent. L'abus du registre de poitrine, par exemple, surmène l'anche laryngée et la soufflerie pulmonaire.

Les élèves de chant devraient être soumis, pendant la durée de leurs études, à la surveillance médicale d'un laryngologiste, pour prévenir les accidents possibles de l'entraînement vocal, accidents qui ont détruit tant de belles voix pleines de promesses. Les données scientifiques actuelles sur l'organisation et le fonctionnement de l'appareil de phonation sont, en général, trop ignorées des maîtres et des élèves de chant. La culture des voix faite sur les données physiologiques éviteraient les dangers de cet enseignement empirique.

Centenaire de Linné. — M. GUIGNARD, délégué par l'Académie au centenaire de Linné, donne lecture du discours qu'il a prononcé à cette occasion.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA PRÉSCLÉROSE

Dans une maladie qui commence le plus souvent par l'intoxication, pour continuer et finir par l'intoxication, la médication diurétique a une grande importance, puisqu'elle a pour but et pour résultat de débarrasser l'organisme du plus grand nombre de substances toxiques.

Ainsi s'exprime M. le docteur Huchard dans sa récente édition des *Consultations médicales* (1906, p. 184). Il insiste, d'autre part, sur la nécessité qu'il y a d'activer la sécrétion urinaire en s'adressant à un agent médicamenteux qui n'augmente pas la tension sanguine, qui n'agisse point sur le nombre et la force des contractions cardiaques, en un mot qui influence uniquement les éléments sécréteurs du rein. C'est pourquoi ses préférences vont à la *santhéose*, diurétique rénal direct, qui doit à sa pureté chimique irréprochable son efficacité constante et son innocuité absolue.

Aux artério-scléreux et aux cardio-scléreux, on prescrira 2 à 4 cachets par jour de santhéose (ces cachets, dosés à 50 centigrammes, sont en forme de cœur et se présentent dans le commerce par boîtes de 24). Au stade prémonitoire de la présclérose, une moindre dose peut suffire : on prescrira alors 1 ou 2 cachets de santhéose pure, dosés seulement à 25 centigrammes (ces cachets sont en boîtes de 32).

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

LIVRES NOUVEAUX

Les maladies populaires. Etude médico-sociale [2e édit. (1)], par L. RÉNON.

Nous avons dit, à propos de la première édition de ce livre, tout le bien qu'il en faut penser, et tout le mérite de l'auteur qui a su, en des pages précises, nettes et courageuses, étudier celles des maladies populaires qui touchent le plus le peuple, celles qui le déciment, celles contre lesquelles commence à s'organiser partout une lutte qui bientôt portera ses fruits : les maladies vénériennes, l'alcoolisme, la tuberculose. Ces maladies, l'auteur les a étudiées, en médecin uniquement préoccupé des intérêts supérieurs de la race humaine, sans s'embarrasser d'aucune autre question. La première édition des *Maladies populaires*, épuisée en dix-huit mois, a été récompensée par l'Académie de médecine et par l'Académie des sciences morales. Très augmentée, remise au point, cette deuxième édition a subi de grandes modifications nécessitées par les acquisitions scientifiques sur la syphilis et la tuberculose. Cet ouvrage, d'une lecture si attrayante à la fois et si facile, paraît à son heure, au moment où la lutte contre les maladies populaires est au premier rang des préoccupations nationales.

COURTOIS-SUFFIT.

Manuel pratique de massage et de gymnastique médicale suédoise [troisième édition (2)], par J.-E. MARFORT.

Ce livre rendra certainement de grands services aux médecins parce qu'il est clair et pratique, de plus les excellentes figures dont il est orné et les ingénieuses silhouettes qui accompagnent le texte en certains endroits en rendent la lecture encore plus fructueuse.

Sans avoir la prétention d'analyser l'ouvrage en quelques lignes nous dirons que dans les considérations générales du début on trouvera de précieux renseignements sur la durée des séances, sur le moment de la journée où il est préférable de les faire, sur les substances qui en facilitent l'exécution.

Dans les parties suivantes de cette troisième édition l'auteur a apporté des remaniements et des augmentations considérables, notamment en ce qui concerne les causes de la prophylaxie et le traitement des scolioses, le massage gynécologique, la gymnastique médicale, etc.

Après avoir lu cet ouvrage on ne peut que souscrire au jugement qu'en donne le docteur Vandremer dans sa préface : « Bien ordonné, clairement pensé, simplement écrit, ce livre est bien celui qui convient au praticien pour le guider et pour l'instruire. »

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8. — Paris, C. Masson.

(2) In-8 de x-320 p, avec 111 fig. — Prix : 5 francs. — Vigot frères, Paris 1907.

NOTES POUR L'INTERNAT

EMBOLIES PULMONAIRES [1]

ANATOMIE PATHOLOGIQUE (*suite*). — L'infarctus, exceptionnel en cas de grosse embolie, est au contraire la conséquence habituelle de l'embolie d'une moyenne ou d'une petite branche de l'artère pulmonaire.

L'*infarctus hémoptoïque* de Laënnec est le farcissement d'une portion du parenchyme pulmonaire par du sang extravasé (Hirtz et Straus); c'est la variété la plus fréquente de l'hémorragie ou apoplexie pulmonaire.

On trouve à l'autopsie un ou plusieurs infarctus; parfois il y a des infarctus dans les deux poumons. Ils sont situés surtout en bas et en arrière, quelques-uns en plein parenchyme, la plupart superficiels et faisant saillie sous la plèvre.

L'infarctus profond est ovoïde; l'infarctus sous-pleural a une forme conoïde ou pyramidale, à base périphérique, le sommet dirigé vers le hile.

Le volume est variable; on peut décrire des infarctus acineux, lobulaire, multilobulaire, lobaire. La couleur est rouge brun, noirâtre, parfois couleur de jais; Gendrin les a comparés à des truffes.

A la coupe, la surface de section est compacte, granuleuse, laissant suinter un liquide noirâtre, non spumeux, si l'infarctus est récent; plus sèche et plus dure, s'il est ancien. Les bords sont nets, parfois entourés d'un peu d'hyperémie ou d'œdème.

Au microscope, on voit les capillaires gorgés de globules sanguins, les cavités alvéolaires également remplies de globules enserrés dans un réseau de fibrine. Au milieu des globules rouges, apparaissent des cellules épithéliales desquamées et en voie de dégénérescence; elles sont chargées de granulations pigmentaires, produits de destruction des globules sanguins; on voit encore des cristaux d'hématoïdine (Cornil et Ranvier). Dans les zones périphériques qui entourent l'infarctus, lésions de pneumonie épithéliale.

La *pathogénie* de l'infarctus hémoptoïque a été jadis l'objet de longues discussions. C'est une lésion hémorragique; or dans les infarctus des autres organes à artères terminales (rein, cerveau), le principal caractère est l'ischémie. Il fallait donc expliquer pourquoi au poumon une oblitération vasculaire est suivie d'hémorragie dans le territoire du vaisseau oblitéré. Cette hémorragie ne se produit pas aussitôt; ce n'est que vingt-quatre à trente-six heures après l'embolie qu'elle survient. Virchow expliquait l'hémorragie par la *fluxion collatérale*; sur les bords de ce qui va devenir l'infarctus, les vaisseaux perméables reçoivent par surcroît tout le sang destiné au territoire desservi par la branche obstruée; ces vaisseaux finissent par se rompre. Cohnheim admet une *congestion veineuse* rétrograde : la différence de pression entre les veines du territoire anémié et le tronc où elles vont s'aboucher produit un reflux veineux qui remplit les vaisseaux au-dessous de l'obstacle et est suivi d'hémorragie. Dittrich a montré le rôle important des *altérations des parois vasculaires;* cette théorie a été reprise par Ranvier et par Duguet : l'embolus, souvent septique, détermine des lésions du vaisseau dans lequel il s'est arrêté; la paroi vasculaire se rompt au niveau ou en amont de l'embolus; le sang s'épanche entre la tunique interne et l'adventice, constituant une sorte d'anévrisme disséquant tout le long des ramifications artérielles situées en aval, le sang finit par envahir les cavités alvéolaires.

Evolution de l'infarctus. — Si l'embolus vient à disparaître au bout de peu de temps, la guérison anatomique de l'infarctus est possible. Fibrine et globules du sang subissent la dégénérescence graisseuse et sont résorbés. Plus habituellement, l'oblitération artérielle ayant persisté et la nutrition par les artères bronchiques étant devenue insuffisante, c'est tout le parenchyme embolisé qui subit la dégénérescence graisseuse et devient un bloc caséeux grisâtre ou jaunâtre; plus tard il se ramollit, peut être évacué par les bronches, d'où formation d'une caverne (Gerhardt). Dans d'autres cas, l'infarctus est envahi par le tissu fibreux et peut même s'infiltrer de sels calcaires (Pitres).

Mais cette évolution peut être troublée par des *complications*. Parfois l'infarctus s'enflamme et suppure; plus rarement il se gangrène. Il faut distinguer la gangrène tenant à ce que l'embolus est parti d'un foyer putride; la gangrène par arrivée secondaire d'anaérobies à l'infarctus; la gangrène par compression ou oblitération des artères bronchiques. Dans quelques cas, la gangrène débute à la périphérie de l'infarctus, le dissèque et l'isole des parties voisines (Forster). D'après Duguet, cette forme de gangrène est plus fréquente que celle qui débute dans l'infarctus lui-même.

On a signalé, dans quelques observations, l'hépatisation pneumonique rouge ou grise limitée au foyer embolique ou occupant ce foyer et les parties voisines (Virchow, Luzzato, Balzer).

Enfin, si l'infarctus est sous-pleural, des fausses membranes fibrineuses se développent à la surface de la séreuse; il peut même se produire un épanchement plus ou moins abondant, séreux ou hémorragique. Cette forme de pleurésie est à peu près la seule qu'on observe chez les vieillards (Charcot).

Embolies capillaires. — Ces embolies ne sont généralement pas suivies d'infarctus, ni des effets ordinaires de l'obstruction vasculaire; la circulation peut en effet se rétablir par les anastomoses, à moins que les embolies ne soient très nombreuses.

Dans les poumons atteints d'*embolies graisseuses*, l'examen macroscopique ne révèle en général que des lésions banales : congestion, œdème, ecchymoses sous-pleurales. Quand il y a infarctus, ce qui est rare, on admet que les embolies graisseuses étaient septiques, et ont apporté dans les capillaires du poumon des germes qui ont formé des colonies et déterminé secondairement l'infarctus (Weber, Niederstadt). Sur une coupe, le sang qui sort des vaisseaux ruisselle de gouttelettes huileuses. Mais c'est surtout l'examen microscopique qui permet le diagnostic anatomique; on voit dans les capillaires des gouttes réfringentes que l'acide osmique colore en noir; elles sont disposées en boules, en chapelets ou en cylindres.

En cas d'*embolie gazeuse*, le sang mélangé à l'air forme dans les petits vaisseaux du poumon des chapelets capillaires qui offriraient une grande résistance à la circulation (Poiseuille, Jamin). La suppression brusque de l'hématose pourrait donc être dans certains cas la cause de la mort. Mais on sait aujourd'hui que l'air traverse aisément les réseaux capillaires; et l'origine des accidents semble le plus souvent ailleurs que dans un obstacle à la circulation pulmonaire, dans le cœur ou dans l'encéphale.

Les *embolies septiques* de la pyohémie, de la fièvre puerpérale engendrent des pneumonies lobulaires suppurées; les foyers, souvent nombreux, présentent au début les aspects de l'hépatisation rouge, grise; puis il se fait une fonte purulente du lobule, du centre à la périphérie. Le contenu de ces abcès est jaune verdâtre, noirâtre, fluide avec des fragments de tissu pulmonaire. Quelquefois ces embolies septiques ont eu en même temps des effets mécaniques, c'est-à-dire qu'elles ont déterminé et un infarctus et la suppuration. Ranvier a décrit trois aspects de cet infarctus : infarctus rosé, infarctus rouge ou hémorragique, infarctus blanc ou suppuré.

Quant aux embolies *gangréneuses*, *cancéreuses*, *parasitaires*, il suffira de les rappeler; car les décrire serait faire l'étude anatomique de certaines formes de gangrène, d'épithéliome, de sarcome, de kyste hydatique du poumon. (*A suivre.*)

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, nº 58, p. 694.

Eléments d'obstétrique, par V. Wallich, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-16 de 660 pages avec un atlas de 88 figures. — Prix : cart., 8 francs. — Paris, G. Steinheil.

Les professeurs de clinique de la Faculté de médecine de Paris. Scènes médicales, 1re série, par le docteur Pierre Maurel. In-8 jésus de 104 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, G. Steinheil.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche (méthode Lorenz), ses résultats, par le docteur J. GOURDON, avec une préface du professeur LORENZ (de Vienne). In-8. — Paris, O. Doin.

N° 62. — SAMEDI 1er JUIN 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 1er JUIN 1907. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE NOMINATION DE MÉDECIN DES HOPITAUX. — Séance du 30 mai 1907 (consultation écrite). — MM. Camus et Laignel-Lavastine, 19; Nobecourt, 17; Hallé, 16.

Prochaine séance samedi 1er juin, à neuf heures du matin, à l'hôpital Laënnec.

CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Epreuve orale.* — Séance du 30 mai. — MM. Fredet, Lecène et Mouchet, 19; Marcille, 15.

Prochaine séance samedi 1er juin, à quatre heures et demie, à la Charité.

Deuxième concours. — Sont désignés pour faire partie du jury, MM. J.-L. Faure, Hartmann, Walther, Terrier, Le Dentu, Morestin, Brocq.

MM. Hartmann, Terrier et Brocq n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Première épreuve clinique.* — Séance du 30 mai : Ont obtenu : MM. Finck et Schwaab, 19; Le Lorier, 18.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — SCIENCES ANATOMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET NATURELLES. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Séance du 29 mai. (Histoire naturelle.) — MM. Mandoul et Lasserre : « Les microorganismes à corps spiralé. »

SCIENCES PHYSIQUES, CHIMIQUES ET PHARMACOLOGIQUES. — Séance du 30 mai. — MM. Derrien : « Indol et ses dérivés. » — Nogier : « Courant de haute fréquence. Production, graduation, propriétés physiques et physiologiques. »

APPEL DES MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE EN 1907. — Le nombre des médecins de réserve et de l'armée territoriale à convoquer en 1907 sera fixé, dans chaque grade, aux chiffres ci-après indiqués :

RÉSERVE (période de quatre semaines).

Médecins-majors de deuxième classe........	10
Médecins aides-majors de première classe....	65
Médecins aides-majors de deuxième classe...	426
Total.....	501

ARMÉE TERRITORIALE (période de deux semaines).

Médecins-majors de deuxième classe........	29
Médecins aides-majors de première classe....	213
Médecins aides-majors de deuxième classe...	77
Total.....	319

C'est au directeur du service de santé de leur corps d'armée d'affectation que les médecins de réserve et de l'armée territoriale doivent adresser les demandes qu'ils pourraient formuler en vue d'obtenir soit un sursis ou devancement d'appel, soit un changement de lieu de convocation ou une autorisation de stage sans solde.

Ce directeur statue sur les demandes dont il s'agit, à moins qu'elles ne tendent à l'accomplissement d'une période normale d'instruction ou d'un stage sans solde dans un corps d'armée autre que celui auquel les intéressés sont affectés.

Dans ce cas, les demandes, instruites d'abord par le directeur du service de santé du corps d'armée d'affectation, sont soumises à l'appréciation du général commandant le corps d'armée, qui les transmet, en cas d'acceptation, au général commandant le corps d'armée sur le territoire duquel les médecins demandent à être convoqués.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau traité de chirurgie, publié en fascicules sous la direction de A. LE DENTU, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et P. DELBET, professeur agrégé à la Faculté de Paris. 33 fascicules, gr. in-8, avec figures. Il paraît un fascicule par mois depuis le 1er mai 1907. L'ouvrage complet coûtera environ 250 francs. On peut souscrire en envoyant un acompte de 50 francs. — Vient de paraître : **Les grands processus morbides**, par P. DELBET, CHEVASSU, SCHWARTZ et VEAU. In-8 de 588 pages, avec 53 figures. — Prix : broché, 10 francs; cart., 11 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 4, avril 1907.) CHIARI et MARSCHIK : Deux cas de sarcome du nez, l'un externe, l'autre interne ; opération, guérison. Diagnostic différentiel par les rayons X. — LAUTMANN : Œdème des paupières d'origine nasale. — POYET : Ulcération tuberculeuse de la carotide. Hémorragie, mort. — MAINGOT : Electro-cocaïnisation de la muqueuse pituitaire. — FREY : Un cas d'hémiplégie consécutif à une injection sous-muqueuse d'adrénaline.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Mai 1907.) Louis LEWIN et Georges PANNIER : Protection des ouvriers dans les industries toxiques. — Pierre PARISOT et Louis SENCERT : De la viabilité dans ses rapports avec la chirurgie. — KERMORGANT : De l'alimentation en Indo-Chine. — COURMONT : La remise en eau des étangs des Dombes. — Etienne GINESTOUS : Les accidents oculaires des ouvriers agricoles.

Archives de médecine des enfants. — (N° 5, mai 1907.) FABRE et THÉVENOT : Congestion de la thyroïde. — RABOURDIN et BRISSY : Pharyngo-laryngites ulcéreuses. — MAYET et BOURGANEL : Allongement du fémur. — M. ROCH : Contagion médiate de la rougeole.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 17, 23 avril 1907.) ESSER : L'étiologie du rachitisme. — BRAND : Sur l'importance pratique du pouvoir réducteur du lait. — LIEFMANN : Sur le développement en apparence aérobie des microbes aérobies. — FABRICIUS : Sur le traitement opératoire des hernies crurales. — FREUND : Le traitement de la maladie de Basedow par les rayons Röntgen. — REICHE : Laryngite ulcéro-membraneuse fusobacillaire. — GREGOR : Un cas d'exanthème médicamenteux avec des phénomènes généraux inusités. — LANGE : Ligaments articulaires artificiels de soie. — OTTOLENGHI : Les plaquettes sanguines comme producteurs d'alexines. — SCHWAB : Un dernier mot sur l'appréciation de la coagulabilité du sang. — (N° 18, 30 avril.) SCHADE : Sur l'action de l'enveloppement de Priessnitz dans l'inflammation. — BITTORF : Nouvelles recherches sur la pression sanguine et l'hypertrophie cardiaque dans les scléroses de l'aorte. — HŒSSLIN : Recherches cliniques et expérimentales sur l'excrétion par l'urine des agglutinines chez les typhiques. — GRENKEN : Sur la question du rapport entre la diazo-réaction d'Ehrlich, la bactériémie, et la réaction de Widal dans la fièvre typhoïde. — STERN : L'examen du cœur dans la position avec subélévation du bassin. — JORES : Sur la nature et l'apparition des néoformations épithéliales obtenues au moyen du « scharlochöl » de Fischer. — KAUPIS : Importante éosinophilie du sang dans un cas de tumeur maligne du poumon droit. — KROPH : Un cas de kyste dermoïde avec usure de la paroi intestinale par une dent poussée à l'extérieur. — HOEHNE : Simplification de l'instrumentation de von Bickle pour la mensuration du bassin. — KILIANI : Sur la digitoxine et le digalène. — POSTERNAK : Sur le nouveau procédé de Mauchot pour la nutrition phosphorée et la thérapeutique phosphorée pendant l'enfance. — (N° 19, 7 mai.) DEUTSCHMANN : Un nouveau sérum animal curatif contre les maladies microbiennes chez l'homme. — RITTER : Sur les gelures et leur traitement par l'hyperémie artificielle. — CRÄMER : Sur l'influence de la nicotine, du café et du thé sur la digestion. — BRENTANO : Sur l'opération de l'iléus par calcul biliaire. — BRUNS : Quelques remarques sur l'anguillule intestinale. — ROÏTH : L'injection de stovaïne dans le sac lombaire influence-t-elle les fonctions motrices des viscères ? — WAELSCH : Un cas d'intoxication par l'atoxyl. — ARNDT : Gant à électromassage. — LIEPMANN : Emploi des sacs à cadre pour le transport des instruments. — MARKUS : Modifications au speculum bivalve vaginal. — BECKER : Bandage pour fixer les pansements du pénis.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 16, 18 avril 1907.) DALMADY et TORDAY : La transformation par le sang du superoxyde d'hydrogène. — JANOWSKI : Sur l'examen des fonctions du cœur d'après Katzenstein, et sur les changements de la courbe du pouls observés par ce moyen. — MATTANSCHEK : Sur l'épidémiologie de la tétanie. — MARGULIÈS : Sur la question de la limitation de l'apraxie idéatoire. — (N° 17, 25 avril.) CHVOSTEK : Contribution à l'étude de la tétanie. — SCHLESINGER : Observations cliniques sur la fièvre typhoïde de Vienne. — HECHT : Exposé d'un examen clinique de la résorption des graisses. — (N° 18, 2 mai.) Rachel WIESNER : Nouvelles communications sur la maladie des gros vaisseaux dans la syphilis congénitale. — WEIL : Sur la recherche des anticorps syphilitiques dans le sang des syphilitiques. — HASENFELD : Le traitement par l'air chaud en gynécologie. — BERGMEISTER : Une blessure par coup de feu le long de l'orbite. — (N° 19, 9 mai.) LATZKO : Traitement chirurgical du processus puerpéral. — BREZINA : Sur la spécificité des fèces, différenciation des différentes sortes de fèces par la voie biologique. — MERK : Deux cas de lèpre au Tyrol. — LÖBL : Intoxications par le bromoforme.

REVUE GÉNÉRALE

LES COTES CERVICALES CHEZ L'HOMME (1)

Par le docteur F. GARDNER (de New-York.)
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

IV

Symptômes. — Ils se résument en un mot : *compression*, qui s'exerce soit sur l'artère sous-clavière, soit sur le plexus brachial, ou fréquemment sur les deux, rarement sur la veine.

Il s'en faut que toutes les côtes cervicales s'accompagnent des symptômes. De fait, une grande majorité n'en ont pas. Borchardt évalue à 5 ou 10 p. 100 la proportion de celles qui s'accompagnent de symptômes. Le chiffre exact n'a pas d'importance. Il est d'ailleurs difficile à établir, parce que, ainsi que Keen le fait remarquer, on considère d'ordinaire les côtes cervicales trouvées en disséquant comme n'ayant déterminé aucun symptôme. Cela est vrai ou ne l'est pas, car on connaît rarement l'histoire clinique des cadavres.

Et alors deux questions se posent naturellement. Pourquoi un petit nombre de côtes cervicales déterminent-elles de la compression de la sous-clavière et du plexus? Et pourquoi la majorité n'en produisent-elles pas? Sue a répondu à cette dernière question en disant que si le thorax est plus développé dans le sens vertical qu'à l'ordinaire, le développement des vaisseaux est aussi plus grand et ainsi il y a compensation. C'est simplement constater que dans certains cas, il y a compensation, ce n'est pas expliquer le fait. Il est possible que ce développement compensateur des vaisseaux existe : Keen l'admet. Mais nous croyons que la latence de beaucoup de côtes cervicales est due à ce fait que beaucoup ne sont pas suffisamment développées pour gêner les organes du creux sus-claviculaire, et que, lorsqu'elles sont plus développées, elles ne causent pas de symptômes, parce qu'elles ne dépassent pas la limite d'élasticité de tolérance de l'artère ou du plexus brachial. Naturellement, celui-ci est moins élastique que l'artère et c'est pourquoi les troubles débutent habituellement par des phénomènes de compression légère de ses racines inférieures. Mais si la limite d'élasticité est dépassée, soit parce que la côte grossit, soit surtout parce qu'en grossissant, elle devient plus rigide et *plus fixe* et se prête moins que par le passé à l'accommodation réciproque avec les organes du creux sus-claviculaire, alors les symptômes apparaissent.

Murphy a particulièrement incriminé la croissance de l'os qui s'opère surtout entre le cartilage antérieur et la côte proprement dite. La croissance joue certainement un rôle, mais pas le plus important, parce qu'il est naturel de penser que la croissance de la côte est parallèle à la croissance générale du corps. Mais Babcock fait remarquer que l'ossification de l'apophyse transverse ne commence qu'à la puberté et n'est guère complète qu'à vingt-cinq ans. De plus, la tête et la tubérosité d'une côte ne commencent à s'ossifier qu'à quinze ans et finissent à vingt-trois. Par conséquent, en même temps que la côte s'accroît de quinze ans à vingt-cinq ans, elle devient aussi plus rigide et plus fixe. Il semble être établi, par l'âge auquel ceux-ci apparaissent, que ce soit là la cause de l'apparition des symptômes. Dans les 47 cas renfermés dans la table d'opérations de Keen et la statistique de Russell réunies, l'âge est donné 46 fois : 6 seulement virent apparaître les troubles avant quinze ans (sept, neuf, dix, douze, treize, quatorze), 16 de quinze à vingt ans, 12 de vingt et un à trente, 11 de trente et un à quarante, un à soixante-deux ans. Donc 28, soit les 6/10 sont apparus de quinze à trente ans, et 39 soit 85 p. 100 entre quinze et quarante ans. Pour expliquer l'apparition des phénomènes à un âge plus avancé, après la cinquantaine, ainsi que l'ont vu plusieurs auteurs, ou même à cinquante-neuf ans (Rutkowski) ou à soixante-deux ans (Keen). Keen fait jouer un rôle important à l'*artério-sclérose*, l'artère perd son élasticité, comme elle est soumise à des pressions répétées entre le scalène antérieur et la côte par suite des soulèvements continuels de la côte dans les mouvements respiratoires, il y a ralentissement du cours du sang qui peut aller jusqu'à la thrombose. La gangrène des doigts que l'on observe quelquefois dans ces circonstances ne serait donc qu'une gangrène sénile dont la localisation serait déterminée par la côte anormale. De plus, à mesure que l'on avance en âge, les muscles se relâchent et perdent de leur tonicité, les épaules tombent davantage, ce qui augmente la coudure de l'artère à son passage au-dessus de la côte et la contrepression de l'os.

Lorsque la côte est longue, surtout lorsqu'elle s'étend jusqu'au sternum, l'espace entre la clavicule et la côte cervicale est naturellement beaucoup plus petit que normalement. Ceci peut contribuer à augmenter la pression sur l'artère sous-clavière, surtout dans les mouvements qui rejettent les épaules en arrière. Schnitzler cite même un cas où la côte cervicale était si près de la clavicule que lorsque le sujet rejetait les épaules en arrière, la clavicule venait prendre point d'appui sur la côte et son extrémité interne se luxait. Garré a vu une clavicule incurvée à la jonction du tiers moyen avec le tiers externe, par un mécanisme analogue.

Donc, *accroissement de la côte*, *fixité plus grande*, *diminution de l'espace costo-claviculaire*, voilà du côté de la côte ce qui nous explique l'apparition des symptômes; du côté de l'artère, l'*artério-sclérose* peut agir comme cause favorisante. Quelquefois, on note aussi l'influence d'une maladie débilitante antérieure : diphtérie, anémie, chlorose, mauvais état général, maladie infectieuse, qui agit propablement en amenant la fonte des tissus graisseux du cou. Tillman attribue beaucoup d'importance à cette cause, dont Russell met en doute la valeur.

Plus souvent, on a noté un *traumatisme*. En raison de sa projection, une côte cervicale est plus vulnérable que toute autre. Keen attribue même les sym-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 59, p. 699.

ptômes d'un cas nouveau qu'il publie (Laplace) au traumatisme violent qui précéda leur apparition plus qu'à la côte elle-même. Dans les cas de Perier, Kammerer et Beck, une chute marqua le point de départ. Des traumatismes moindres ont parfois suffi, tels l'exercice avec un fusil et la pression du havresac (Karg, de Quervain, Schede) ou les bretelles d'un colporteur (Brewer) ou même la pression d'un col étroit (Williams, Borchardt, Starr). Une fois, l'élévation du bras fut accompagnée d'une sensation de déchirure et les symptômes vinrent peu après. Mais Keen fait rentrer dans la liste des traumatismes des causes banales, couture, pelage de pommes de terre pendant deux heures, jeu de piano, qu'on ne peut considérer comme traumatismes qu'en donnant au mot une signification par trop élastique et ne peuvent guère avoir d'influence.

On a beaucoup discuté sur le rôle des mouvements respiratoires dans la production des symptômes. Luschka et Halbertsma pensent que les soulèvements de l'artère peuvent par leur répétition provoquer un obstacle à la circulation. Gruber le nie et de fait, on ne voit guère ce que ces mouvements pourraient faire à l'artère sinon amener des altérations dans la paroi du vaisseau; or, ces altérations sont très rares. De ce que, dans certains cas, les symptômes s'accompagnent de diminution ou même de disparition du pouls pendant une inspiration large, il ne s'ensuit pas que les mouvements respiratoires soient la cause des symptômes. C'est la disposition anatomique de la sous-clavière et du plexus brachial que la côte en grandissant est venue sous-tendre étroitement qui est la cause et des symptômes et des phénomènes occasionnés par la respiration dans la circulation du vaisseau.

Les *symptômes du côté du plexus brachial* sont les plus fréquents de tous; ils se voient dans les deux tiers des cas. D'ordinaire le premier symptôme est une *douleur* lancinante ou névralgique commençant dans le cou et irradiant le long du bras quelquefois seulement jusqu'au coude, quelquefois jusqu'à la main; plus fréquente sur le côté *cubital* que sur le côté radial, ce qui se comprend facilement, puisque ce sont les racines inférieures du plexus qui sont le plus directement en rapport avec la côte, le plus directement comprimées par conséquent. Parfois la douleur irradie vers la tête, parfois vers la poitrine; elle peut être assez violente pour causer de l'insomnie. Elle commence souvent dans un ou plusieurs doigts, quelquefois dans l'éminence thénar, puis monte au bras et à l'épaule. Les efforts musculaires, surtout ceux qui sont violents, augmentent la douleur; parfois c'est à ceux-ci qu'on les attribue. Parfois la température a une influence, la douleur est plus forte par les temps froids.

Il y a en même temps *hypoesthésie* ou même *anestésie* à peu près complète. Il y a diminution de la sensibilité à la douleur soit à la main, soit à l'avant-bras. Il y a aussi diminution de la sensibilité tactile, qui ne coïncide pas comme limites avec l'hypoalgésie, il peut y avoir aussi thermo-anesthésie. L'anesthésie peut quelquefois être très accentuée : on a vu une brûlure de la région cubitale de l'avant-bras rester presque indolore. La paresthésie s'accompagne de sensations d'engourdissement, de fourmillements, de piqûres d'épingles, etc. L'aire affectée correspond généralement à une région innervée par les troncs les plus bas du plexus brachial. Il y a aussi diminution et parfois disparition des réactions électriques, et, dans les cas avancés, réaction de dégénérescence avec soubresauts musculaires et contractions fibrillaires. La névrite même a été vue une fois par Ehrich; dans ce cas l'extension du bras au delà de 150 degrés était absolument impossible à cause de la douleur. Dans le cas de Hanswirth, il y avait aussi une telle sensibilité de la main que le diagnostic de névrite vint naturellement à l'esprit. Le membre ne pouvait être manié qu'avec la plus grande douceur et il fallut même, à un certain moment, y renoncer, Mais les phénomènes d'hyperesthésie sont beaucoup moins fréquents que ceux d'hypoesthésie.

Directement en rapport avec ces phénomènes de compression nerveuse, se montrent des *troubles musculaires* dont Keen fait, à tort selon nous, une classe spéciale de symptômes; la relation de causalité est trop évidente, ainsi que pour les troubles trophiques et les rétractions observées parfois. Le principal phénomène musculaire est l'*atrophie*; presque toujours plus marquée à l'éminence thénar ou l'éminence hypothénar et débutant par elle, elle peut aussi affecter les interosseux et l'on a vu une fois une main en griffe. Puis, elle atteint les muscles de l'avant-bras et du bras de telle sorte que l'omoplate se détache de la paroi thoracique et le moignon de l'épaule s'aplatit. Cette atrophie s'accompagne naturellement d'*impotence* qui se manifeste surtout par de la maladresse dans les mouvements délicats nécessitant de l'adresse : écriture, couture. Les ouvrages demandant de la force deviennent impossibles à exécuter. Les muscles atrophiés sont surtout ceux qui sont innervés par les branches inférieures du plexus brachial; il y a ici parallélisme avec les troubles sensitifs. A la suite de l'impotence, de la douleur et du repos quelquefois presque absolu auquel elle condamne le bras, surviennent parfois des raideurs, voire même l'ankylose fibreuse des doigts en demi-flexion.

La *compression des vaisseaux* se limite presque toujours à l'artère sous-clavière. Il y a très fréquemment *disparition du pouls radial*, et assez souvent disparition du pouls à l'avant-bras, au bras, et dans l'aisselle. L'*ischémie* du membre est marquée : la main et quelquefois les segments sus-jacents deviennent froids et cyanosés, ou plutôt décolorés et pâles. Après pression sur les tissus, la peau ne reprend sa coloration habituelle que beaucoup plus lentement que dans un membre normal. Le pouls ne se rétablit qu'exceptionnellement après une opération; cependant la circulation collatérale est d'ordinaire suffisante pour prévenir la gangrène.

Souvent la position du bras modifie le pouls. L'élévation du bras fait quelquefois reparaître le pouls, et en même temps la douleur diminue. Parfois une inspiration large modifie le pouls en soulevant la côte. Dans un cas unique (Karz) l'inspiration supprimait complètement le pouls radial.

Le ralentissement de la circulation dans les artères s'accompagne fréquemment de *thrombose* à leur intérieur. Celle-ci a été observée 11 fois au moins, et 4 fois, il s'agit de cas anciens. L'étendue de la thrombose varie. Elle peut intéresser l'avant-bras, le bras, l'aisselle ou même la sous-clavière. Elle ne remonte pas plus haut, et même elle n'envahit pas très fréquemment ce dernier vaisseau qui est généralement le siège d'une pulsation marquée. Parfois on peut suivre la marche de la thrombose, jour après jour, du poignet à l'aisselle. L'artère est alors sentie comme un *cordon dur non pulsatile*. La thrombose est une lésion définitive; elle ne peut rétrocéder après une opération.

La *gangrène* est une conséquence rare de l'ischémie, même en cas de thrombose étendue. Elle a été vue dans les deux cas anciens de Cooper et de Hodgson, plus récemment par Gould et par Gordon, Babcock et Keen dans trois cas qui furent opérés et par Russell. La gangrène est d'ordinaire limitée à la pulpe des doigts et ne remonte jamais au delà de la première phalange. Cependant, dans le cas de Russell, elle nécessita l'amputation du bras. L'aspect du membre pourrait faire croire à une maladie de Raynaud. Les parties atteintes se momifient progressivement, s'éliminent, tombent et la cicatrisation se fait. La gangrène a été vue à dix-neuf, vingt-deux, trente et un, trente-deux et soixante-trois ans. Elle peut s'accompagner de chute des ongles.

L'*œdème* par compression veineuse est rare (Rognetta, de Quervain, Gordon, Thorburn, Hanswith). On l'a vu cinq fois seulement, et encore était-il peu marqué dans trois cas. Une fois aussi, l'on trouva à l'opération une dilatation considérable des veines sus-scapulaires et cervicales transverses. C'est à cela que se résume le rôle tout à fait effacé de la compression veineuse, en cas de côte cervicale. La position de la veine sous-clavière, mentionnée plus haut, nous explique pourquoi ce vaisseau échappe beaucoup mieux que l'artère, pourtant plus élastique et résistante.

Quelques symptômes associés ont été parfois notés. Il semble bien que quelquefois le sympathique cervical puisse être comprimé. Müller a vu la paralysie complète du sympathique cervical droit. Hirsch a noté une transpiration profuse d'un côté avec sécheresse de la peau du côté opposé. Gordon a vu un pouls très rapide qu'il croit dû à l'irritation du sympathique par la côte anormale. Patrick a observé l'inégalité des pupilles et des fentes palpébrales, la pupille du côté affecté étant un peu plus grande que l'autre et la fente palpébrale du même côté un peu plus petite que son homologue. Chez un malade à symptômes bilatéraux, Schönebeck a trouvé la pupille et la fente palpébrale plus grandes à gauche qu'à droite, et de plus il y avait asymétrie faciale. Mais ce cas était compliqué de syringomyélie.

La dysphagie, notée dans quatre cas, ne peut guère relever d'une pression directe; elle est probablement hystérique et due à un spasme de l'œsophage; une fois elle fut assez grave pour faire songer à un cancer de l'œsophage.

La raucité de la voix, vue par Perier, de Ranzi, Tilmann et Borchardt, n'est pas non plus un phénomène de compression. On ne voit guère comment le récurrent pourrait être atteint. L'examen laryngoscopique, pratiqué une fois, montra une paralysie de la corde vocale droite. Ici encore, il y avait syringomyélie concomitante. C'est probablement à une affection associée qu'il faut attribuer la raucité de la toux dans tous les cas.

V

Signes physiques et diagnostic. — L'*inspection* montre dans certains cas une saillie sur les côtés du cou, et une pulsation marquée de l'artère sous-clavière à la région cervicale.

La *palpation* délimite la tumeur osseuse, plus ou moins arrondie, dure, immobile le plus souvent, quelquefois un peu mobile lorsque la côte présente à chaque extrémité une articulation complète. En suivant son contour en arrière on peut parfois arriver à la septième vertèbre cervicale. Au-dessus elle sent un gros vaisseau battre haut dans le cou : la pulsation est expansible parfois; le plexus brachial est sensible à la pression au-dessus de l'artère.

A l'*auscultation*, il peut y avoir un bruit artériel qui ne se propage pas; le thrill est très rare.

La palpation n'est pas un moyen infaillible, ni même sûr, de diagnostic (Patrick, Keen, Russell), parce que, si la côte est petite, il peut se faire que l'on ne sente rien du tout; et aussi, parce qu'elle peut faire croire à l'existence d'une côte cervicale qui n'existe pas. Aussi la *radiographie* doit-elle être employée dans tous les cas. C'est là le criterium qui tranche le plus souvent la difficulté; mais non toujours. Nous avons parlé plus haut de ce cas où Russell, en présence de compression du plexus brachial, de gangrène du bras par thrombose de l'artère sous-clavière, d'une radiographie et d'une dissection de la région, ne put arriver à décider s'il s'agissait d'une côte cervicale avec disparition de la douzième côte dorsale, ou d'une première côte thoracique anormale. C'est peut-être à des faits de cet ordre qu'il faut comparer les deux observations de Keen où la symptomatologie d'une côte cervicale fut simulée parfaitement par une anomalie d'une première côte thoracique. Dans le premier des cas, comme dans celui de Russell, il y avait tumeur osseuse dans le cou du côté droit; la sous-clavière occupait une situation très haute au-dessus de la clavicule. Les artères du bras étaient thrombosées. Du côté gauche, les conditions étaient analogues mais moins accusées. La radiographie montra qu'il n'y avait point de côtes cervicales, mais une première côte anormale. Le second cas est analogue au précédent, sauf qu'il n'y avait pas de thrombose artérielle, pas de côte cervicale non plus. Il y a donc des cas où les symptômes fonctionnels et la palpation peuvent faire croire à l'existence d'une côte cervicale et où la radiographie n'en montre pas. L'explication est alors qu'il s'agit d'une *première côte dorsale anormale*; mais des réserves doivent être faites en faveur d'une anomalie plus complexe (Lane, Russell) : existence d'une côte cervicale avec atrophie de la douzième

côte dorsale, ce qui rétablit le nombre normal des côtes.

Mais, mettant à part ces cas qui ne sont pas fréquents, on peut dire qu'il y a peu de causes d'erreurs : celle de Brewer qui prit son cas pour un de *tumeur maligne de la colonne vertébrale* ne peut guère se reproduire avec un opérateur prévenu. Un *cal exubérant de la clavicule*, vicieusement consolidée après fracture comprimant le plexus brachial, donne une difformité beaucoup plus considérable de la région, il y a des commémoratifs nets et la palpation est ici utile. Les *exostoses de la clavicule*, dont Mesnard rapporte un cas dans sa thèse, sont rares et la radiographie peut bien montrer la cause du mal. Les *exostoses de la première côte* sont plus fréquentes, mais nous avons déjà dit plus haut que, vraisemblablement, la plupart de ces exostoses devaient être rattachées à l'existence d'une côte cervicale irrégulière en son développement. Cependant, il peut y avoir véritable exostose de cette côte, telle l'exostose ostéogénique du tubercule du scalène postérieur extirpée par Verneuil en 1884.

Un examen incomplet, sans radiographie, pourrait encore conduire aux diagnostics de *maladie de Raynaud*, ou d'*atrophie d'origine centrale*; il faut en outre se rappeler qu'une côte cervicale peut coïncider avec une affection du système nerveux central.

Mais les difficultés de diagnostic d'une côte cervicale ne résident pas tant dans la reconnaissance de l'affection que dans le fait que l'on n'y songe guère parce que ce sont des cas qui ne se présentent pas tous les jours. Il faut y songer chaque fois que l'on voit des signes de compression du plexus brachial ou de la sous-clavière : paralysie, parésie, douleur, amyotrophie, ischémie du membre, ou gangrène des doigts. Il faut particulièrement y songer lorsqu'on constate le syndrome connu sous le nom de *crampe des écrivains* ou une *scoliose cervico-dorsale supérieure chez un très jeune enfant*; ou une de ces scolioses datant de la première enfance chez des sujets plus âgés ou des adolescents; ou encore des signes vagues qui pourraient faire croire à un *anévrisme peu développé de l'artère sous-clavière*.

Deux fois le syndrome *crampe des écrivains* a été trouvé associé à une côte cervicale. Keen pense que c'est là une erreur de diagnostic. Mais Russell se demande si ce n'est pas dans cette direction qu'il faut chercher la pathogénie jusque-là inexpliquée de cette curieuse affection. Dans son cas, la relation de cause à effet était des plus nettes.

La *scoliose congénitale* se voit dans un tiers des cas de côte cervicale. La convexité est tournée d'ordinaire du côté de la côte; si les côtes sont bilatérales et inégalement développées, vers la côte la plus développée. Elle commence environ à la cinquième cervicale et finit à la quatrième dorsale. Du côté convexe, l'omoplate est naturellement remontée. Nous avons parlé plus haut des anomalies vertébrales trouvées par Diehmann dans plusieurs de ces cas. Il ne croit pas que dans les cas s'accompagnant de scoliose, il puisse y avoir compression de l'artère ou du plexus brachial; par conséquent, il n'y aura pas de symptômes et il n'y aura pas lieu de recourir à une intervention opératoire.

Les *symptômes d'anévrisme* accompagnant une côte cervicale ont été constatés assez souvent; nettement dans dix cas, douteusement dans plusieurs autres. Disons tout de suite qu'il ne s'agit que rarement d'anévrisme vrai. Celui-ci existait dans le cas ancien d'Adams où à l'autopsie on trouva un anévrisme cylindrique de l'artère sous-clavière s'étendant depuis le bord externe du scalène antérieur jusqu'à la naissance de l'artère humérale. Une autre fois, dans ce cas unique auquel nous avons déjà fait allusion, où il y avait deux côtes, entre lesquelles passait la sous-clavière, un anévrisme véritable se développa *après* l'opération, quoique les parois de l'artère fussent saines en apparence. Peut-être faut-il admettre avec Keen que le traumatisme répété, que la respiration faisait subir à l'artère en la pinçant entre les deux côtes, avait en réalité affaibli l'artère en ce point, et que lorsqu'à la suite de l'opération, les tissus décollés ne soutinrent plus aussi bien la paroi, et que la contention exercée par l'os vint à manquer, le point faiblesse laissa dilater. Mais le plus souvent, les signes d'anévrisme se réduisent à une forte pulsation à la base du cou, pulsation appréciable à la vue et à la palpation, accompagnée d'un bruit renforcé ou non et quelquefois d'un thrill. « Il y a là assez pour décevoir un observateur non prévenu, mais pour quelqu'un qui examine attentivement, et qui a une idée de ce que le cas peut être, l'erreur ne semble guère possible (Paget). » D'autant plus que ces prétendus anévrismes guériraient spontanément, ou par des moyens très simples, bandage ou simple pression. En tout cas, ils disparaissent après l'ablation de la côte. Mais ce que l'on a trouvé dans quelques cas, c'est une dilatation de l'artère, et chose curieuse. une dilatation *en aval* de la côte; ce qui fait que l'explication de Murphy, à savoir que la dilatation est due à la compression de l'artère dans l'angle formé par le scalène antérieur et la côte, n'a aucune valeur. L'explication échappe; peut-être faut-il incriminer une thrombose des artères plus éloignées de la racine du membre. Mais le fait existe : dans l'observation de Keen l'artère était de calibre normal jusqu'au point où elle passait en-dessus de la côte. En aval de ce point, son volume était doublé; il n'y avait pas d'altération des parois. Une dilatation de la sous-clavière avec signes assez vagues d'anévrisme doit donc faire examiner la possibilité d'une côte cervicale. Dans le cas d'existence de celle-ci, la position du bras modifie les signes stéthoscopiques. Quand le bras pend, il y a compression, le bruit existe; quand on le soulève, le bruit disparaît.

VI

Traitement — Dans les cas sans symptômes, et ce sont les plus nombreux, il est nul. Lorsqu'il y a *douleur*, cas le plus fréquent, il faut d'abord essayer le traitement médical, étudier soigneusement le malade au point de vue du système nerveux central, puis opérer, s'il n'y a pas de lésions graves de celui-ci. Ceci pour éviter une opération infructueuse dans le cas où les symptômes seraient dus à une syringo-

myélie ou une sclérose médullaire concomitante, ainsi qu'on l'a vu plusieurs fois. Le massage, l'électricité, les frictions, les douches ont leurs indications. Les sédatifs, voire même les hypnotiques peuvent être utiles, mais la morphine n'a pas de place dans la thérapeutique car, dit Keen, si le cas est assez grave pour nécessiter fréquemment de fortes doses de morphine, il est assez grave pour nécessiter une opération. D'autre part, il ne faut pas tarder trop, car la thrombose et la gangrène peuvent survenir et il ne faut pas laisser les muscles s'atrophier outre mesure et les articulations s'ankyloser partiellement. Il y a là affaire de tact et de bon sens, sur lequel Keen a très justement insisté.

Le traitement opératoire consiste dans la *résection de la côte*. Comme l'on veut éviter que l'os se reproduise, la résection extra-périostée est la seule qui doive être employée. Il est difficile de comprendre pourquoi Israël conseille la résection sous-périostée. Celle-ci a été employée sans inconvénients par Borchardt et par Rafin : la non-reproduction de l'os fut vérifiée par la radiographie quatre ans après l'ablation dans le premier cas; mais Beck a vu une côte se reproduire sur une longueur d'un centimètre et nécessiter une opération itérative. D'ailleurs, l'on ne voit pas très bien une utilité quelconque à conserver le périoste.

Il est important de se donner du jour pour l'opération. On peut aborder la côte par l'incision de la ligature de la sous-clavière, incision horizontale parallèle ou à peu près à la clavicule, ou par une incision verticale ou un peu oblique entre le sterno-cléido-mastoïdien et le trapèze; elle convient surtout en cas de cou long et maigre (Keen). S'il s'agit d'un cou court et gros, il est préférable de se servir d'une incision composée d'une branche plus ou moins verticale qui tombe sur l'extrémité antérieure d'une incision horizontale parallèle à la clavicule. C'est de cette incision combinée que Keen s'est servi; il la croit celle qui donne le plus de jour. La section de la clavicule est inutile; elle n'a pas d'inconvénients non plus. On met à nu le plexus brachial et l'artère; on évite le nerf phrénique; on ne voit pas la veine. On libère la côte par dissection mousse; on coupe les insertions musculaires qui s'y font. La plèvre n'est quelquefois pas vue : d'autres fois, elle est si adhérente qu'il est impossible de ne pas la blesser. Le pneumothorax résultant ne semble pas grave. On attire l'artère en bas et en dedans et le plexus brachial en haut et en dehors. Il faut manier le plexus avec soin, car l'on a vu une fois une paralysie totale et souvent une paralysie transitoire succéder à un tiraillement fort de ce plexus. On coupe alors la côte le plus loin possible; il faut éviter de laisser un moignon antérieur long sur lequel la sous-clavière peut venir glisser (cause de récidive) ou qui peut occasionner des douleurs. Si l'extrémité antérieure est libre, la résection de la côte en est facilitée; si elle est confondue avec la première côte, il faut enlever assez de l'exostose résultante pour être sûr qu'il n'y aura pas compression par le reste. Bien modeler à la pince coupante les extrémités sectionnées et fermer sans drainage. La guérison a lieu en quelques jours. Le massage et l'électricité trouvent ici leur place.

La mortalité est nulle; les résultats sont satisfaisants généralement; une récidive a eu lieu dans le cas de Beck, à cause de la reproduction osseuse; dans celui de Lilienthal, la compression par la cicatrice fit reparaître les symptômes. L'amélioration est naturellement lente dans les cas d'atrophie marquée avec réaction de dégénérescence, mais elle est d'ordinaire continue. L'opération n'amène guère d'amélioration dans les cas accompagnés de lésions du système nerveux central.

BIBLIOGRAPHIE

Adams. *Med. chir. Transact.*, 1869, t. III, 288 ; — *Dublin Journ. med. Sc.*, 1836, vol. XV, p. 494. — Albrecht. *Livraison jubilaire de la Société de Gand*, 1884. — Aron. *Berl. klin. Wochens.*, 1892, p. 826.

Babcock. *Proceed. Phil. County med. Soc.*, 1905, t. VII, p. 280. — Ballantyne. *Antenatal Pathology and Hygiene*, p. 461. — Barkee. *Journ. experim. med.*, 1896, t. I, n° 2. — Beck. *Annals of surg.*, 1905. — Bernhardt. *Berl. klin. Woch.*, 1889, 1901. — Blanchard. *Revue scientifique*, 1888, t. I, p. 724. — Boinet. *Bull. de la Soc. anat.*, 1837, p. 296. — Borchardt. *Berl. klin. Wochens.*, 1901, p. 1265. — Boyd. *Internat. med. Mag.*, 1893, p. 881. — Brewer. *Annals of surg.*, 1901. — Broabdent. *Brit. med. Journ.*, 1906, t. I, p. 1033. — Brodier. *Bull. de la Soc. anat.*, 1892, p. 79.

Chassaignac. *Bull. de la Soc. anat.*, 1837, p. 296. — Conner. *Med. Rec.*, 12 mai 1906, p. 775. — Coote. *Med. Times and Gazette*, 1861, t. II, p. 108. — Cooper. *Surg. Essays*, 1821, p. 173.

Déjerine et Armand. *Revue neurol.*, 1903. — Drehmann. Cong. de l'Assoc. allem. d'orthop., 1906.

Ehrich. *Beit. z. klin. Chir.*, 1895, t. XIV, p. 199. — Eisendrath. *Amer. med.*, 20 août 1904, p. 322.

Fischer. *Deuts. Chir.*, 1880, fasc. XXXIV, p. 24 ; — *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1892, t. XXXIII, p. 52. — Fraenkel. *Vorhand. d. deuts. Gesells. f. Orthopaed. Chir. Franfterkong*, avril 1906.

Garré. *Zeits. f. Orthop. Chir.*, 1903, t. XL, p. 49. — Gordon. *Brit. med. Journ.*, 1901, t. I, p. 1395. — Gould. *Trans. Clin. Soc.*, London 1884, t. XVII, p. 95. — Grisson. *Fortschr. Geb. Rontg.*, 1898-1899, Bd. II, p. 3. — Gruber. *Neue Anom. als Beit. z. phys. Chir.*, Berlin 1849; — Ueber die Halsrippen der Menschen, *Mém. de l'Acad. des sc. de Saint-Pétersbourg*, 1869. — Grünauer. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1898, t. XVIII, p. 19.

Halbertsma. *Virchow's Archiv*, 1857, et *Gaz. hebdom.*, 1857, p. 651. — Hanswith. *Amer. Journ. Surg.*, déc. 1905. — Hodgson. *Diseases of arteries and veins*, 1815, p. 262. — Hunauld. *Mém. de l'Acad. royale des sc.*, 1742, t. LVII, p. 377. — Huntemuller. *Heules Zeits. f. ration. Med.*, 1867, Bd. XXIX.

Israel. *Berl. klin. Wochens.*, 1901, p. 1189.

Jeannel. *Encycl. internat. de chir.*, t. V, p. 775.

Kammerer. *Annals Surg.*, 1901, t. XXXIV, p. 639. — Keen. *Am. Journ. med. Sc.*, fév. 1907, p. 173 (très important, bonnes figures). — Kiderlen. *Centralbl. f. Chir.*, 1899, p. 1211. — Kiliani. *Annals Surg.*, 1905, t. XLI, p. 767. — Krausse *Inaug. Dissert.*, Leipzig 1902 (bibliographie importante). — Küster. *Inaug. Dissert.*, Berlin 1895.

Lane. *Guy's Hospital's Reports*, 1883-1884. — Leboucq. *Ann. de la Soc. méd.*, Gand 1885. — Lévi. *Neurol. Centralbl.*, 1904, p. 988. — Lilienthal. *Annals Surg.*, 1905, t. XLI, p. 404. — Luschka. *Deutsch. d. R. R. Acad. zù Wien.*, 1859, t. XVI, p. 8.

Marburg. *Wien. klin. Rundschau*, 1906, n° 13. — Mesnard. Th. de Paris, 1884, n° 350. — Müller. *Deuts. Zeits. f. Niederrhein. Gesellsch. Chir. Natur. u. Heilk.*, 1894, t. V. —

Murphy. *Annals Surg.*, 1905, t. XLI, p. 404, et *Surg. Gynec. and Obstet.*, 1906, p. 519.

Nasse. *Centralbl. f. Chir.*, 1898, p. 587.

Oppenheim. *Berl. klin. Woch.*, 1905, p. 1189.

Paget. *Journ. Anat. and Phys.*, 1869, p. 130. — Pancoast. *Univ. Pennsylv. med. Bull.*, 1901, t. XIV, p. 394. — Pascal. *Rec. et mém. de méd. et chir. milit.*, 2e série, t. IV, p. 175. — Patrick. *Med. Rec.*, juillet 1905, p. 37. — Pepper. *Amer. Journ. med. Sc.*, 1867, t. II, p. 121. — Perier. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1890, p. 236. — Pilling. *Inaug. Dissert.*, Rostock 1894. — Planet. Th. de Paris, 1890, n° 106. — Poirier. *Ostéologie*, p. 344. — Poland. *Med. Chir. Trans.*, t. LII, p. 278.

Quervain (de). *Centralbl. f. Chir.*, 1895, p. 1065.

Rafin. *Arch. prov. clin.*, 1900, t. IX, p. 448. — Ranzi (de). *Wien. klin. Wochens.*, 1903, p. 274. — Riddle. *Lancet*, 1902, t. II, p. 1051. — Riesman. *Univers. Pennsylv. med. Bull.*, mars 1904. — Rognetta. *Gazette méd.*, 1835, p. 708. — Russell. *Med. Rec.*, 16 fév. 1907, p. 253. — Rutkowski. *Zeit. klin. Med.*, Bd. IX, Heft. 3 und 4, p. 267.

Schnitzler. *Centralbl. f. Chir.*, 1895, p. 857 — Schönebeck. *Inaug. Dissert.*, Strassburg 1905. — Shepherd. *Amer. Journ. med. Sc.*, 1883, p. 112. — Spiller et Gittings. *New York med. Journ.*, 5 oct. 1906, p. 683. — Starr. *Med. Rec.*, 12 mai 1906, p. 775. — Stifler. *Münch. med. Wochens.*, 1896, p. 544. — Struthers. *Journ. Anat. and Phys.*, 1875, t. IX, p. 32. — Sue. *Mém. de l'Acad. roy. des sc.*, 1755, t, II, p. 584.

Tilmann. *Deuts. Zeits. Chir.*, 1895, t. XLI, p. 330. — Thomas et Cushing. *Johns Hopk. Hosp. Bull.*, nov. 1903, p. 315. — Thorburn. *Med. Chir. Trans.*, 1905, t. LXXXVIII, p. 109. — Turner. *Journ. anat. and physiol.*, vol. IV et XVII.

Verneuil. *Bull. de la Soc. anat.*, 1855, p. 80. — Völcker. *Beit. z. klin. Chir.*, 1898, t. XXI, p. 201.

Wallace. *Trans. med. Chir. soc. Edinb.*, 1892, t. XI, p. 24. — Walther. *Traité de chir.*, t. V, p. 628. — Warren. *Bost. med. and surg. Journ.*, 12 mars 1896, p. 258. — Weissenstein. *Wien. klin. Rundschau*, 1903, p. 373 et 394. — Williams. *Annals Surg.*, 1898, t. XXVIII, p. 509. — Willshire. *Lancet*, 1860, t. II, p. 633.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 29 mai 1907)

Rein mobile et hydronéphrose. — M. Bazy communique un fait qui tendrait à prouver que la mobilité du rein n'est pour rien dans la production de l'hydronéphrose.

Une petite discussion s'engage à ce sujet entre MM. Bazy, Legueu et Delbet. Ce dernier, examinant le dessin présenté par M. Bazy, croit qu'on pourrait en tirer une conclusion tout à fait opposée à celle qu'en a tiré M. Bazy et qu'on pourrait très bien expliquer la production de l'hydronéphrose par le fait même de l'abaissement du rein.

Traumatisme et appendicite. — La discussion pendante sur ce sujet suit son cours. M. Guinard estime que la question soulevée par le rapport de M. Picqué, sur le travail de MM. Jeanbrau et Anglada, est très importante. L'opinion généralement adoptée par les orateurs qui ont pris la parole dans cette discussion est que le traumatisme ne crée pas l'appendicite, mais qu'il réveille une appendicite latente. M. Guinard ne semble pas partager entièrement cette opinion et apporte au débat quatre observations. Premier cas : Un jeune homme de dix-huit ans reçoit un coup de pied de cheval. Deux mois après il a une crise d'appendicite. Il a ainsi trois crises et est opéré à froid. Jamais, avant le coup de pied de cheval il n'a présenté le moindre symptôme d'appendicite. M. Guinard l'opère et trouve les lésions banales de l'appendicite. On est bien en droit de se demander si, dans ce cas, le traumatisme n'est pas pour quelque chose dans la production de l'appendicite.

Dans le second cas, il s'agit d'un garçon de douze ans qui faisant, à Berck, une promenade à âne, tombe et reçoit un coup de pied de l'âne dans le ventre. M. Guinard l'examine attentivement et ne trouve rien. L'hiver suivant, ce garçon est pris d'une crise d'appendicite bénigne ; quatre mois après, nouvelle crise. M. Guinard l'opère à froid, il trouve l'appendice fixé par des adhérences, il l'enlève, la muqueuse est rouge, tuméfiée.

La troisième observation a trait à un jeune homme de dix-neuf ans qui, quinze jours après une chute de 2 mètres, est pris d'une crise d'appendicite. M. Guinard intervient et trouve un hématome. Il enlève du même coup l'appendice qui ne présente aucune altération.

Enfin, dans la quatrième observation, il s'agit d'une malade qui présentait de l'appendicite chronique. Dix ans auparavant, M. Bazy avait enlevé les annexes à cette malade. M. Guinard l'opère, trouve un appendice contenant des matières fécales et des adhérences résultant de l'opération de M. Bazy. On peut se demander, dans ce cas, si le traumatisme résultant de la première opération n'a pas été pour quelque chose dans la production de l'appendicite chronique.

M. Guinard rapproche de ces faits d'autres cas analogues observés par ses collègues. Il croit pouvoir conclure de ces faits, que le traumatisme peut, dans l'espèce, agir de deux façons : il peut exercer une action directe ; il peut aussi déterminer des accidents secondaires de péritonite périappendiculaire. M. Demoulin a envisagé la question au point de vue des accidents du travail et il a laissé entrevoir toutes les conséquences qu'on pourrait retirer de ce fait s'il était admis par la Société de chirurgie qu'un traumatisme peut déterminer une appendicite. M. Guinard ne veut pas s'arrêter à cette question, estimant qu'il faut avant tout respecter la devise de la Société de chirurgie : « La vérité dans la science. »

M. Demoulin ne partage pas l'avis de M. Guinard, et il estime que la question, envisagée au point de vue des accidents du travail, mérite, elle aussi, toute l'attention de la Société de chirurgie.

C'est aussi l'avis de M. Tuffier qui pense toutefois qu'un traumatisme ne saurait provoquer une appendicite vraie.

M. Routier ne croit pas non plus à l'appendicite traumatique, pas plus qu'à l'orchite traumatique.

M. Felizet proteste et déclare que dans les salles d'armes, par exemple, il est assez fréquent d'observer des orchites nettement traumatiques, ce à quoi M. Routier répond que les gens qui fréquentent les salles d'armes ont tous la chaudepisse.

Le mot a semblé un peu excessif.

Tuberculose iléo-cæcale. — Nous revenons à la discussion sur la tuberculose iléo-cæcale. M. Routier a enlevé chez un malade cinq à six ganglions tuberculeux. Le malade a succombé ultérieurement à une affection intercurrente. L'autopsie n'a révélé aucune ulcération du côté du cæcum, ni ailleurs.

M. Tuffier analyse une observation de M. Guibal : en avril 1905, un garçon de sept ans est pris d'une crise d'appendicite aiguë. M. Guibal temporise et il opère le 6 mai. Il trouve un appendice sans lésions apparentes, rien au cæcum et, au niveau de l'angle iléo-cæcal, il existe une masse de ganglions tuberculeux. Il enlève l'appendice, il enlève les ganglions. L'appendice est examiné histologiquement, il n'y a rien. Les ganglions sont trouvés nettement tuberculeux. Leur inoculation chez des cobayes a déterminé la tuberculose

chez ces animaux. Voilà donc un exemple d'adénite tuberculeuse péricæcale sans ulcérations du cæcum, sans lésions del'appendice. Il faut différencier les cas d'ulcérations intestinales avec ganglions, d'appendicite tuberculeuse avec ganglions, des cas d'adénite tuberculeuse péricæcale sans lésions du cæcum, ni de l'appendice.

M. Tuffier a observé une petite fille de sept ans qui a présenté une crise aiguë d'appendicite. Il l'opère deux mois et demi après cette crise, trouve un appendice sain en apparence, l'enlève et trouve également des ganglions tuberculeux qu'il enlève. L'appendice, examiné au microscope, est reconnu tuberculeux.

M. Delbet rappelle les expériences qui ont consisté à frotter des conjonctives de chien avec des cultures tuberculeuses et qui ont déterminé des adénites, sans déterminer aucune lésion tuberculeuse sur la conjonctive elle-même. Ce qui se passe pour la muqueuse oculaire chez les animaux peut également se passer pour la muqueuse intestinale. Les bacilles tuberculeux ont pu la traverser sans la léser et déterminer des adénites de voisinage.

M. Demoulin fait ressortir l'intérêt de ces faits d'adénites péricæcales tuberculeuses sans ulcérations du cæcum et sans lésions de l'appendice. Ainsi que l'a très justement fait observer M. Delbet, la muqueuse intestinale peut avoir été traversée sans être lésée. Il se passe pour ces adénites péricæcales ce qui se passe pour les adénites tuberculeuses cervicales dont il est impossible de trouver la porte d'entrée sur la muqueuse bucco-pharyngienne.

Torsion en masse de l'intestin grêle. — M. Delbet fait un rapport sur une observation de M. Tesson (d'Angers) relative à un cas d'occlusion intestinale par torsion en masse de l'intestin grêle. Il s'agit, dans ce cas, d'un malade qui avait été opéré d'appendicite, de telle sorte qu'on peut se demander si les adhérences résultant de cette opération n'ont pas été pour quelque chose dans la production de la torsion du grêle.

M. Delbet, en 1897, a fait une étude spéciale de la torsion de la totalité de l'intestin grêle. Il entre dans une discussion très étendue des cas qui ont été publiés, mais dont l'interprétation est difficile par ce fait que le sens dans lequel la torsion s'est faite n'est pas assez nettement indiqué, certains auteurs se basant sur la gauche et la droite de l'opéré, d'autres se basant sur la droite ou la gauche de l'opérateur. Pour éviter cette erreur, M. Delbet avait indiqué, dans une observation qui lui est personnelle, que la torsion s'était faite dans le sens des aiguilles d'une montre. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle peut se faire dans les deux sens, soit de droite à gauche, soit de gauche à droite. Les symptômes signalés par M. Delbet sont les suivants : ballonnement du ventre, épanchement péritonéal, tympanisme, pas de vomissements fécaloïdes. M. Delbet passe en revue chacun de ces symptômes et en donne la pathogénie. Le salut de ces malades est au prix d'une intervention précoce et rapide.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 25 mai 1907)

Le professeur Poncet (de Lyon), candidat au titre de correspondant national à la *Société de médecine de Paris*, fait une communication sur le **rhumatisme tuberculeux et la tuberculose inflammatoire, au point de vue pratique.**

M. Butte présente un formulaire pratique de thérapeutique des maladies cutanées.

Mastoïdite séreuse. — M. Courtade estime que dans certains cas, l'otite moyenne suppurée se complique d'une mastoïdite, à contenu séro-muqueux, dont l'évacuation spontanée ou provoquée fait disparaître les symptômes. L'évacuation provoquée se fait, dit-il, non par l'aspiration, mais par la compression de l'air dans le conduit auditif.

A propos de la communication de M. Richelot sur le **traitement des fistules vésico-vaginales graves** (1), M. Ozenne relate deux cas de fistule vésico-vaginale de moyenne grandeur opérés par le procédé de Braquehaye avec un plein succès, mais il estime que si ce procédé est indiqué dans certains cas, c'est au dédoublement qu'il faut avoir recours dans la grande majorité des cas.

M. Cathelin rapporte un cas curieux de fistulisation vésicale spontanée tuberculeuse chez une jeune fille qui avait déjà subi la néphrectomie du rein droit. Une première opération par le procédé du dédoublement échoua ; une seconde par le procédé de Braquehaye semble avoir amené une guérison complète.

En réalité, fait très curieux, la fistule persiste, mais elle est *continente*, et la malade qui urine par intermittences de trois quarts d'heure à une heure, à cause de sa cystite, urine dans son vagin, par sa fistule, et se croit à tort guérie.

M. Richelot se défend d'avoir voulu diminuer le procédé du dédoublement, il a eu l'impression que chez une malade, le procédé de Braquehaye donnerait un meilleur résultat.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES MÉDECINS CONTRE L'IMPOT SUR LE REVENU

Nous avons à diverses reprises, et avec chiffres à l'appui, montré ce qui attend les médecins avec le projet d'impôt sur le revenu de M. Caillaux (2). Les nombreuses protestations qui se sont élevées depuis dans le public médical montrent que nous n'avons pas signalé un péril chimérique.

Le docteur Louis Rénon, vice-président du Syndicat des médecins de la Seine, dont le dévouement et la compétence en ces questions sont reconnus de tous, vient de résumer ces protestations dans un rapport sur l'impôt sur le revenu, qu'il présentera le 5 juin au Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine.

Ecoutez notre confrère :

« La Commission de législation fiscale de la Chambre des députés, dit-il, qui vient d'achever l'examen du projet Caillaux, a-t-elle tenu le *moindre compte* des doléances des médecins ? En aucune façon. L'article 53, si grave pour les *malades* puisqu'il nous oblige à une déclaration de nos revenus « accompagnée de toutes les justifications nécessaires pour établir l'exactitude », a été maintenu. M. Caillaux traite la violation du secret professionnel « d'accusation fantaisiste » (3), et n'a pas craint de déclarer qu'en Angleterre et en Allemagne les médecins subissent la déclaration sans faire d'opposition.

Il suffit de parcourir la troisième édition du livre du docteur Max Kamen pour se convaincre que les médecins allemands n'ont pas le moindre enthousiasme pour l'impôt sur le revenu (4).

La commission n'a pas appliqué aux médecins le second paragraphe de l'article 32 ainsi conçu : « Le revenu imposable est constitué par l'excédent des recettes brutes sur les dépenses inhérentes à l'exercice de la profession. » On considérera comme *bénéfice* toutes les sommes que nous recevons, et nous ne pourrons pas en déduire nos dépenses, c'est-à-dire

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, nº 56, p. 670.
(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, nº 25, p. 295.
(3) Caillaux. Lettre au président de la Commission de législation fiscale de la Chambre des députés, 22 mai 1907.
(4) Les agréments que l'impôt sur le revenu procure aux médecins en Allemagne, *Revue int. de clin. et de thérap.*, 20 mai 1907, p. 235.

nos frais généraux, loyer, voitures, etc. (1). *Nous sommes donc franchement et résolument sacrifiés.*

L'intérêt du public et le nôtre *réclament* le maintien du *statu quo.* Qu'on améliore notre patente, comme le demande M. Maurice Perrin (de Nancy), en nous dégrevant pendant les premières années d'exercice de notre profession et suivant le nombre de nos enfants, mais qu'on ne nous inflige pas le projet Caillaux, si néfaste aux malades et à notre profession!

Le moment est venu de montrer à tous la puissance des médecins. Si nous savons nous entendre — et notre union sur ce sujet est parfaite — *usons de notre force* pour éviter à nos concitoyens un système de fiscalité dont ils seront les premières dupes et nous les premières victimes.

Aussi, comme conclusion à cette courte étude, ai-je l'honneur de proposer au Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine l'adoption du *vœu* suivant :

Le Syndicat des médecins de la Seine,

Considérant que le projet Caillaux lèse les intérêts des malades par la violation du secret professionnel, et dessert les intérêts des malades par une inquisition vexatoire et une augmentation considérable des impôts,

Considérant que l'opinion unanime du corps médical français est opposée à ce projet,

Emet le vœu :

1° Que l'opinion publique soit largement éclairée sur les dangers que le projet Caillaux fait courir à tous les malades;

2° Que, dans la discussion du projet, les membres du groupe médical parlementaire luttent énergiquement contre lui, s'efforcent d'obtenir le maintien du statu quo, *avec amélioration de la patente actuelle, et, en cas de vote du projet, exigent la déduction des frais généraux dans les bénéfices imposables de la profession médicale.* »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 10 AU 13 JUIN 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 10 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Tuffier et Gosset; — (2e série) : MM. Kirmisson, Legueu et Pierre Duval; — M. Claude, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Reclus, Auguste Broca et Mauclaire; — (2e série) : MM. Segond, Delens et Proust; — (2e partie) : MM. Déjerine, Gaucher et Macaigne; — M. Balthazard, suppléant.

Mardi 11 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Le Dentu, Albarran et Morestin; — (2e série) : MM. Berger, Thiéry et Marion ; — M. Gouget, suppléant.

5e (chirurgie 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Retterer et Auvray; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Hartmann et Rieffel ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Dupré et Renon; — M. Carnot, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Brindeau ; — M. Langlois, suppléant.

Mercredi 12 juin, à une heure. — 5e (1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Reclus, Auguste Broca et Gosset; — (2e série) : MM. Delens, Mauclaire et Proust; — (2e partie, 1re série) : MM. Déjerine, Roger et Teissier; — (2e série) : MM. Gaucher, Legry et Claude; — M. Cunéo, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Lepage, Wallich et Potocki; — M. Branca, suppléant.

Jeudi 13 juin, à une heure. — 3e (1re partie, oral) : MM. Albarran, Thiéry et Demelin; — M. Richaud, suppléant.

Vendredi 14 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Legueu et Proust; — (2e série) : MM. Segond, Mauclaire et Pierre Duval; — M. Gosset, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki ; — M. Macaigne, suppléant.

Samedi 15 juin, à une heure. — (5e obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Demelin et Brindeau ; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Mercredi 12 juin 1907, à une heure. — M. FAUCONNIER. Contribution à l'étude de l'amaurose et de la cécité au cours de la grossesse. (MM. Pinard, président; Segond, Legueu et Pierre Duval.) — M. BRESARD. Contribution à l'étude de l'hématacolfas. (MM. Segond, président; Pinard, Legueu et Pierre Duval.) — M. STEPHON. Contribution à l'étude de l'appendicite chez le nourrisson. (MM. Segond, président; Pinard, Legueu et Pierre Duval.) — M. CLAPPIER. De la puériculture avant la naissance. (MM. Landouzy, président; Brissaud, Marcel Labbé et Macaigne.) — M. BECUS. Tubage et détubage du larynx au cours du croup (étude historique et critique des différents procédés). (MM. Brissaud, président; Landouzy, Marcel Labbé et Macaigne.)

Jeudi 13 juin 1907, à une heure. — M. GARRIC. Epoque d'apparition, forme et répartition des syphilides secondaires consécutives au chancre extra-génital. (MM. Debove, président; Joffroy, Gilbert et Jeanselme.) — M. LEVERT. Contribution à l'étude de l'involution sénile. (MM. Joffroy, président; Debove, Gilbert et Jeanselme.) — M. BLOCK. Contribution à l'étude anatomo-clinique de la tuberculose primitive de la rate. (MM. Gilbert, président; Debove, Joffroy et Jeanselme.)

Evolution et transformisme. T. III, 1re partie : Les monériens (*suite et fin*). — 2e partie : Les secrets de la vie. — 3e partie : La vie et l'évolution du monde minéral, par Albert et Alexandre MARY. In-8 avec 10 pl. et un arbre généalogique. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

Evolution des mondes, suivie de **l'Histoire des progrès de l'anatomie**, par M. I. NERGAL. In-8 avec fig. et 2 pl. hors texte. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Schleicher frères.

(1) Au nom du Syndicat, j'ai adressé, le 21 mai 1907, au président de la Commission fiscale de la Chambre des députés, sous enveloppe pneumatique, une lettre pour lui demander si, lors de la discussion du projet Caillaux, la Commission avait compris dans l'évaluation des bénéfices imposables de la profession médicale, la déduction des frais généraux, loyer, voitures, etc. Je n'ai pas eu l'honneur d'une réponse. — En Allemagne, le fisc déduit de la recette brute du médecin toutes sortes de frais et de dépenses, jusqu'à l'abonnement téléphonique et aux vêtements utilisés dans les salles d'opérations !

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17.

N° 63. — MARDI 4 JUIN 1907. 80e ANNÉE. MARDI 4 JUIN 1907. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE NOMINATION DE MÉDECIN DES HOPITAUX. — Séance du 1er juin 1907 (consultation écrite). — MM. Decloux, Ramond et Ravaut, 20; Kahn, 19; Castaigne, 17.

Prochaine séance mardi 4 juin, à neuf heures du matin, à la Charité.

CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 1er juin. — MM. Fredet, Lecène et Mouchet, 20.

Le concours s'est termine par la nomination de MM. Lecène et Fredet.

Deuxième concours. — Sont désignés pour faire partie du jury, MM. Faure, Walther, Terrier, Le Dentu, Morestin, qui ont accepté; Delbet et Siredey, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Première épreuve clinique.* — Séance du 31 mai : Ont obtenu : MM. Jeannin, 18; Lacasse, 14.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS. — Sont nommés :

CHIRURGIE. — *Paris :* MM. Lecène, Ombredane, Lenormand; *Montpellier :* M. Riche; *Nancy :* M. Sancerre, *Lille :* M. Potel; *Lyon :* MM. Cavaillon, Laroyenne; *Bordeaux :* M. Guyot; *Toulouse :* M. Caubet.

ACCOUCHEMENTS. — *Paris :* MM. Couvelaire, Jeannin; *Lyon :* M. Voron; *Bordeaux :* M. Péry; *Toulouse :* M. Garipuy.

SCIENCES ANATOMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET NATURELLES. — MM. les candidats au concours d'agrégation (anatomie) sont priés de se trouver au grand amphithéâtre de la Faculté le mardi 4 juin, à quatre heures trois quarts, pour procéder au tirage de l'ordre dans lequel se fera la leçon orale d'une heure.

SCIENCES PHYSIQUES, CHIMIQUES ET PHARMACOLOGIQUES. — Séance du 31 mai. — MM. Chanoz et Dufour : « Acuité visuelle. Mesure. Valeur pratique. »

Séance du 1er juin. — MM. Guilleminot et Zimmern : « Courant alternatif. Production, graduation, mesure et applications médicales. »

Voici l'ordre de passage pour l'exposé des titres des candidats : MM. Dufour, Guilleminot, Nogier, Zimmern, Chanoz, Brissemoret, Nicloux, Robert, Mouneyrat, Florence, Derrien.

CONCOURS DU PROSECTORAT. — *Lecture des copies.* — Séance du 3 juin : MM. Lardennois, 28; Mathieu, 27; Capette, 22.

La prochaine séance aura lieu le mercredi 5 juin, à dix heures et demie.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE SCOLAIRE. — Nous rappelons que ce Congrès se tiendra à Londres du 5 au 10 août. Pour les adhésions et les renseignements on peut s'adresser : au bureau des renseignements de la Sorbonne; à M. Friedel, au Musée pédagogique, 41, rue Gay-Lussac, ou au docteur Di..et, 11 *bis*, rue Cernuschi.

Une exposition du bâtiment, du mobilier et des fournitures scolaires aura lieu à l'Université de Londres (South Kensington), du 5 au 14 août.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Brunet (de Tourcoing), Domecq-Turon (d'Espoey) et Eltchaninoff (de Paris).

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance du 27 avril 1907.*) BRŒCKAERT : Les nerfs sympathiques du larynx. Contribution à l'étude anatomique et physiologique du sympathique cervical. — HOLLEBEKE : Traitement de la trypanosomiase par l'atoxyl. Notes cliniques et thérapeutiques. — DE BEULE : Contribution à la technique opératoire de la cholécystectomie et du drainage du canal hépatique. — HERTOGHE : Nouvelles recherches sur les insuffisances thyroïdiennes (2e partie). — FIRKET : Les nouveaux éléments de l'éducation médicale en Allemagne.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 5, mai 1907.) L. BROCQ : Note préliminaire sur l'importance du grattage à la curette pour le diagnostic de certaines dermatoses. — SABOURAUD : Nouvelles recherches sur les microsporums. — CONSTANTIN et LEVRAT : Sur un nouveau cas de dyskératose pseudo-folliculaire de Darier.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 212, 25 avril 1907.) BELOT : Traitement de la maladie de Paget (du mamelon et cutanée) par la radiothérapie. — LAQUERRIÈRE : Quelques réflexions sur l'électrothérapie dans les accidents du travail. — KLYNENS et POIRIER (d'Anvers) : Les défauts inhérents aux grands clichés radiographiques. — (N° 213, 10 mai.) VIOLLE : Utilisation des sources d'énergie et appareils de la télégraphie sans fil ou la production des rayons X à bord des navires de guerre. — GAGNIÈRE et MARQUÈS : Résultats éloignés de la radiothérapie : 1° dans un cas d'épithélioma cutané; 2° dans un cas de lupus hypertrophique. — WETTERER : Quelques observations sur l'action de la nouvelle lampe de quartz au mercure.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 5, mai 1907.) HOCQUARD : L'utilisation des fourgons du modèle de l'artillerie pour l'évacuation des blessés couchés. — DEFONG : Quatrième maladie et rubéole scarlatiniforme. — DUBUJADOUX : Plaie pénétrante de l'abdomen avec double perforation de l'intestin par un fragment d'étoupille. — MOTY : Tuberculose abdominale latente; hémorragie intestinale et péritonite; laparotomie; guérison. — BERTRAND : Coup de couteau de la nuque ayant perforé la trachée; guérison. — CONOR : De l'hystérie dans l'armée.

Archives générales de médecine. — (N° 4, avril 1907.) CHARLIER et ALAMARTINE : Note sur deux kystes dermoïdes médians du plancher buccal. — PADOA : Contribution à l'étude des hippuropathies. — BERTHAUT : Les déformations craniennes de la tête du fœtus dans les accouchements spontanés à travers les bassins normaux. — BERTHIER : La thrombose médicale des sinus de la dure-mère. — BERTHAUT : Intoxication mercurielle. Mort au vingt-huitième jour. Recherche positive du mercure dans les viscères. Intérêt médico-légal.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVI, n° 14, 4 avril 1907.) Bailey K. ASHFORD et W. W. KING : Observations sur la campagne entreprise à Porto-Rico contre l'anémie parasitaire « uncinariasis » (avec 3 fig.). — Williamson C. HAUSEN : Les effets des emplois industriels sur les maladies du cœur. — Benjamin TENNEY : Le traitement de la suppuration chronique de l'uretère. — Edwin A. LOCKE : La croisade contre la tuberculose en Allemagne (*suite*). — Boris SIDIS : Etude de psychothérapie (*suite*). — Un cas d'état émotionnel récurrent (*à suivre*). — (N° 15. 11 avril.) Charles Greene CUSTOM : La biographie de Michel Servet, qui découvrit la circulation pulmonaire (avec 1 fig.). — Homer GAGE : Empyème et abcès du poumon comme suites éloignées d'une appendicite suppurée aiguë. — L. Chittenden HILL : Le traitement opératoire des hémorroïdes comprenant une brève considération sur les différentes opérations, les dispositions typiques des tumeurs, et la technique de l'opération de la ligature sans anesthésie locale à la cocaïne (avec 2 fig.). — Charles S. GILMAN : Les hémorroïdes et leur traitement. — Boris SIDIS : Etudes de psychothérapie (*fin*). — (N° 16, 18 avril.) John Lovett MORSE : Les maladies du naso-pharynx dans l'enfance. — F. B. LUND : Considérations chirurgicales sur la pleurésie purulente. — Herman F. VICKERY : La pleurésie purulente considérée au point de vue médical. — W. P. GRAVES : Myxome péricanaliculaire de la mamelle (avec 1 fig.). — Laurence D. CHAPUI : Un cas de pleurésie avec épanchement traitée par les injections intra-pleurales de formaline. — (N° 17, 25 avril.) James G. MUMFORD : L'histoire et l'étiologie en médecine. — Henry Glover LANGWORTHY : Thromboses des sinus caverneux avec la description de quatre cas (avec 8 fig.). — Geo W. KAAN : Un plaidoyer en faveur des méthodes conservatrices en gynécologie. — Henry A. CHRISTION : La cause d'une réaction positive d'agglutination dans l'ictère. — Franck M. SHERMAN : Réduction suivie de succès dans deux cas de dislocation de la colonne cervicale.

Jahrbuch für Kinderheilkunde. — (Mars 1907.) FINKELSTEIN : Intoxication alimentaire chez le nourrisson. — SOLDIN : De la putridité intestinale chez le nourrisson suivant les divers modes d'alimentation. — REICH : Quinze ans d'intubation. — BLOCH : Sténose congénitale du pylore. Son traitement. — (Avril.) BINGEL : Cirrhose hépatique consécutive à la scarlatine. — PHILIPS : Dyspnée chez le nourrisson. — HEIMANN et POTPESCHNIGG : Ossification de la main chez l'enfant. — REICH : Quinze ans d'intubation (*suite*). — BLOCH : Sténose congénitale du pylore et son traitement (*suite*). — (Mai.) WICLAND : Pathologie de la forme dystrophique des hypertrophies partielles congénitales. — MEYER : Des échanges nutritifs dans les intoxications alimentaires. — STIRNIMANN : Leucémie aiguë et adénotomie.

Therapie der Gegenwart. — (Fasc. II, mars 1907.) H. SENATOR : De l'artério-sclérose et de son traitement. — W. JANOWSKI : De la névralgie intercostale au point de vue des plaintes du malade notamment. — Walther Nic. CLEMM : Vins résineux. — LÖBEL : Influence de l'yoghurt sur la flore intestinale. — Rudolf WOHRIZEK : Données thérapeutiques tirées de la pratique en pédiatrie. — Otfried O. FELLNER : Psychose et grossesse. — Georg. BERG : Considérations au sujet de l'article d'Erb intitulé : « Statistique de la blennorragie chez l'homme et ses conséquences pour la femme mariée. » — (Avril.) E. V. BEHRING : Lutte contre la tuberculose. — A. MAGNUS-LEVY : Sel et diète de sel. — SCHUNTZEN : Bains oxygénés du docteur Sarason. — W. JANOWSKI : De la névralgie intercostale (*suite et fin*). — (Mai.) P. FÜRBRINGER : Du traitement de l'asthme bronchique. — Friedrich TEICHMANN : Thérapeutique du digalène. — Hermann MEYER : Traitement de la constipation chronique par la réguline. — P. KLEMPERER : L'escaline (pâte de glycérine à l'aluminium) comme moyen d'arrêt des hémorragies gastro-intestinales et cicatrisation des ulcères gastriques. — Albert UFFENHEIMER : Données de la méthode biologique dans l'étude de la nutrition des nouveau-nés. — Richard MÜHSAM : Du traitement de la rétention d'urine dans l'hypertrophie de la prostate par fistule suspubienne et cystopexie.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS

TRAITEMENT DES KÉRATITES

Par A. TROUSSEAU (1),

Médecin de la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts.

Appliquer à chaque variété de kératite le traitement qu'elle comporte semble a priori chose malaisée, d'un caractère complexe. La classification, que depuis longtemps nous avons adoptée et qui schématise les affections de la cornée, rend moins ardue leur compréhension et facilite l'étude de leur traitement. Si, envisagée au point de vue scientifique pur ou au point de vue bactériologique, notre division n'est pas rigoureusement précise et présente quelques inexactitudes, au point de vue clinique elle n'est point passible de pareil reproche.

L'*étiologie* des kératites permet de distinguer :

1° La kératite primitive ;
2° La kératite secondaire.

La première est celle qui est née sur la cornée, sans l'intervention des organes voisins; la deuxième est celle qui provient d'une lésion voisine. Dans le premier cas, le traitement sera *cornéen*, dans le second il sera *causal*. Un sujet a-t il les cils droits, est-il exempt de granulations, de larmoiement, etc., traitement par les collyres, compresses, etc., en somme traitement cornéen. S'agit-il d'une kératite consécutive à des granulations, à du larmoiement, etc., on négligera le traitement cornéen pour n'instituer que le traitement de l'affection initiale.

D'après *leur nature*, les kératites peuvent se diviser en *aseptiques* ou *septiques*. Ne prêtons pas au mot aseptique une signification trop rigoureuse et considérons comme cliniquement aseptique toute kératite qui ne présente pas d'infection apparente (pus). Comment traiter les kératites aseptiques? Simplement par les moyens usuels et classiques (collyres, lavages, compresses aseptiques). Les kératites septiques au contraire, nécessiteront une antisepsie énergique (lavages antiseptiques, cautérisations, etc.)

En raison de *leur siège*, les kératites peuvent être rangées dans trois groupes :

Les kératites superficielles,
Les kératites interstitielles,
Les kératites profondes.

Suivant leur forme, leur vascularisation, ces groupes se suddivisent en variétés qu'un simple tableau nous permettra mieux de comprendre que les descriptions les plus détaillées.

KÉRATITES ASEPTIQUES

K. superficielles.	K. planes	non vasculaires.	
		vasculaires	pannus.
			K. en bandelette.
	K. en saillie	phlycténulaire.	
		herpétique.	
	K. en creux..	érosion, ulcère.	
K. interstitielles.			
K. profondes.			

KÉRATITES SEPTIQUES

Abcès.
Ulcères infectés.
Ulcères à hypopyon.

Ce préambule un peu long était indispensable, car il est la clef de ce qui va suivre.

En présence d'un malade atteint de kératite, le praticien doit s'occuper du traitement général qui est très secondaire et du traitement local.

Traitement général. — Autant pour sacrifier à la mode que pour être complet, nous consacrerons quelques mots au traitement général. Il est de toute évidence que les strumeux bénéficieront dans une assez large mesure d'une médication par les arsenicaux, l'huile de foie de morue, les eaux d'Uriage.

Chez les rhumatisants, le salicylate de soude, les frictions sèches de la peau, le régime, une cure à Vichy pourront être de quelque utilité.

Aux syphilitiques, on devra prescrire le traitement mercuriel, à l'exclusion du traitement ioduré, susceptible de congestionner l'œil. Nous accorderons la préférence aux frictions, ou aux injections hydrargyriques.

Dans le cas où le malade éprouve de vives douleurs, il faudra recourir aux analgésiques (antipyrine. pyramidon, aspirine, véronal, bromidia, etc.). Mais ce sont là banalités auxquelles nous ne saurions nous attarder.

Traitement local. — Avant de préciser quel sera le traitement local des kératites, je tiens à vous dire ce qu'il ne doit pas être, à vous indiquer ce qu'il ne faut pas faire.

Ce qu'il ne faut pas faire. — 1° Ne pas traiter par les *collyres caustiques*. Aucun collyre irritant ne doit pénétrer dans l'œil atteint de kératite. Rappelez-vous que la cornée exige du calme, ne veut pas être brutalisée. Munie d'un épithélium transparent, excessivement délicat, elle redoute toute réaction énergique. Aussi le sulfate de zinc, le sous-acétate de plomb dont les cristaux restent en suspension dans l'eau et par-dessus tout le nitrate d'argent, représentent-ils dans la kératite une médication mauvaise et réellement dangereuse. Parfois le nitrate d'argent, manié avec prudence pourra être utilisé en attouchements conjonctivaux, mais jamais en collyre.

Pour les mêmes motifs, pas de *poudres*. Pas d'iodoforme ni d'aristol, substances dont l'antisepsie est bien insuffisante, dont les poussières sont irritantes et jouent le rôle de corps étranger.

2° Si la *cocaïne* en calmant la douleur, vous ménage des succès faciles, elle vous prépare aussi de nombreuses désillusions. Le soulagement qu'elle procure n'est que très éphémère et la chute de l'épithélium qu'elle provoque met la cornée en état de réceptivité ;

3° Dans la plupart des cas l'*atropine* est inutile. Son usage prolongé peut produire de l'irritation, déterminer de la conjonctivite. Chez l'adulte qui a dépassé la quarantaine, son maniement est fort délicat en raison de l'hypertension qu'elle provoque ;

4° Ni *iode*, ni iodure pour éviter l'inflammation conjonctivale;

(1) Leçon recueillie par le docteur P. Vigier.

5° A rejeter aussi le *vésicatoire* que vous voyez appliquer si fréquemment chez les enfants strumeux. Il est malpropre et parfaitement inutile;

6° Les *sangsues*? Quelle influence lointaine peut avoir une saignée sur une membrane qui ne renferme pas de vaisseaux? Pour donner satisfaction à certains malades, partisans de révulsion, vous pouvez indiquer les badigeonnages iodés sur la tempe;

7° Presque toujours mauvais, le *bandeau* rend impossible l'écoulement des sécrétions, les mouvements palpébraux qui assurent l'élimination des impuretés cornéennes. D'autre part, il refoule les cils en arrière et prédispose au blépharospasme; il faudra donc le proscrire;

8° Jamais de *chambre noire*, ni d'obscurité. Atténuez la lumière, mais laissez l'œil dans son milieu normal. Remplacez bandeau et chambre noire par le port de verres fumés.

Cette énumération de procédés thérapeutiques à éviter étant terminée, revenons à l'étude du traitement local et passons en revue chaque variété de kératite.

KÉRATITES ASEPTIQUES

Kératites superficielles. — 1° PLANES. — α. *Non vasculaires.* — Cette variété, rare d'ailleurs, succède en général à un traumatisme, à un corps étranger ou est la conséquence d'un lagophtalmos, d'un fonctionnement défectueux des voies lacrymales.

Qu'il s'agisse d'un traumatisme ou d'une brûlure, il faudra procéder au lavage aseptique. Si les voies lacrymales sont en mauvais état, on pratiquera suivant le cas le cathétérisme ou des lavages. En présence du lagophtalmos, la meilleure conduite à tenir sera de suturer les paupières.

Le traitement accessoire des parties voisines étant terminé, quel collyre devons-nous instiller? Si la réaction est presque nulle, nous prescrirons la pilocarpine (1); est-elle très vive nous donnerons la préférence à l'atropine (2). On ordonnera aussi des compresses chaudes, il suffira de mettre des compresses d'eau bouillie.

Dès que l'inflammation sera dissipée, ou bien il ne persistera pas de leucome, ou bien on constatera une taie. Dans le premier cas, on cessera tout traitement, dans le second, on procédera au traitement des taies, qui sera indiqué plus loin.

β. *Kératites vasculaires.* — Pannus ou kératite en bandelette sont les deux types cliniques que revêt habituellement la kératite vasculaire.

Elle est presque toujours secondaire et reconnaît comme causes un corps étranger sous-palpébral, des granulations (pannus supérieur), le trichiasis, l'induration du bord des paupières. C'est une kératite par frottement; débarrassez-vous donc de la cause qui détermine ce dernier.

(1) Azotate de pilocarpine....... 20 centigrammes.
Eau distillée................ 10 grammes.
Deux gouttes deux à trois fois par jour.

(2) Sulfate neutre d'atropine..... 5 centigrammes.
Eau distillée.............. 10 grammes.
Deux gouttes une à deux fois par jour.

Quand la kératite est primitive, on peut d'emblée employer la pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre, si la réaction est insignifiante. Sinon on aurait recours à la pilocarpine ou à l'atropine. L'oxyde jaune d'hydrargyre sera incorporé dans de la vaseline neutre additionnée à parties égales de lanoline ou bien dans de la vaseline paraffinée (1). Afin que les grumeaux ne se concentrent pas dans certaines parties, il est indispensable que l'oxyde jaune soit finement porphyrisé et fraîchement hydraté. Si l'exécution de l'ordonnance est parfaite, la pommade est bien supportée, même à haute dose. C'est ainsi que la pommade de Pagenstecher est de 1 gramme pour 10 grammes de vaseline.

Est-il besoin, en cas d'application de cette pommade de recommander l'abstention de toute médication iodurée, qui exposerait à une combinaison irritante de biiodure d'hydrargyre?

Dans le cas de kératite vasculaire, pas de compresses chaudes, celles-ci contribuant à augmenter la vascularisation.

Quand la guérison tarde à se produire, on pratique la péritomie qui donne d'excellents résultats.

Si même la cornée était trop menacée, dans un œil dont l'état serait désespéré, on pourrait tenter avec une extrême prudence des applications de jéquirity.

2° KÉRATITE EN SAILLIE. — γ. *Phlycténulaire.* — Traiter l'impétigo ou le catarrhe conjonctival, qui coïncident parfois avec les phlyctènes de la cornée.

Au premier plan du traitement cornéen, nous placerons les compresses d'eau bouillie chaude. Les compresses, dites évaporantes, sont appliquées cinq à six fois par jour, et pendant un quart d'heure chaque fois sur l'œil malade; elles ne sont pas recouvertes de taffetas.

Si la réaction est très violente, le collyre de choix sera l'atropine; si elle est peu intense on utilise la pilocarpine. Enfin quand il n'y a pas de réaction, on fait usage de pommade jaune.

Dans les cas où le blépharospasme est très intense, on pratique la cauthoplastie sans fils.

δ. *Kératite herpétique.* — Kératite fréquente chez les gens âgés, survenant en général à la suite de troubles trophiques (zona), cette affection nécessite des instillations de pilocarpine, parfois la cautérisation au galvano-cautère. Sous l'influence de la cautérisation, la vésicule est transformée en ulcère.

Le meilleur traitement de l'ulcère, ce sont les compresses chaudes qui facilitent la vascularisation et la réparation.

3° KÉRATITE EN CREUX. — En présence d'une simple érosion épithéliale, limitez votre traitement à la pilocarpine et aux compresses chaudes. Après cicatrisation, employez la pommade jaune, s'il existe une légère taie.

(1) Vaseline neutre.............. } āā 5 grammes.
Lanoline....................... }
Oxyde jaune d'hydrargyre (fraîchement hydraté et finement porphyrisé.............. } de 20 centigrammes à 1 gramme.

Si l'ulcère est plus profond, ne mettez pas de collyre. Pratiquez l'antisepsie et abritez l'œil par un bandeau.

Kératite interstitielle. — Pour hâter l'évolution de cette kératite, les mercuriaux (injections ou frictions) ont une importance primordiale. Cette médication est très bien tolérée, même par les nouveau-nés qui peuvent supporter l'onguent hydrargyrique à la dose quotidienne de 1 gramme.

Le traitement direct se réduit à un seul : l'atropine. Institué dès le début, le traitement atropinique devra être employé jusqu'à la fin. Suivant la dilatation de l'iris, les doses seront variables. En même temps que l'atropine, on utilisera les compresses d'eau chaude.

Vers la fin de la maladie, on emploiera avantageusement les douches chaudes de vapeur d'eau.

La kératite lépreuse et la kératite tuberculeuse doivent être notées, mais elles ne relèvent que du traitement médical.

Kératite profonde. — Dans cette forme le traitement de choix consiste dans les instillations d'atropine et les compresses chaudes. En cas d'hypertonie, la pilocarpine remplacera l'atropine.

KÉRATITES SEPTIQUES

Traitement médical. — Presque toutes les kératites septiques viennent de lésions de voisinage. La kératite gonococcique et la kératite à diplobacille exigeront le traitement conjonctival, c'est-à-dire des attouchements de la muqueuse au nitrate d'argent. D'une façon générale, dans la kératite pneumococcique ou celle qui est imputable au mauvais état des voies lacrymales (kératite des moissonneurs), il faut agir primitivement sur les voies lacrymales et secondairement sur la cornée.

L'abstention de tout traitement par les collyres sera la règle. Parfois en raison d'iritis, l'atropine deviendra nécessaire ; souvent pour éviter la perforation, on devra faire usage d'ésérine.

Ici pour combattre efficacement le mal, l'antisepsie sera indispensable. On donnera la préférence aux larges irrigations antiseptiques, aux compresses chaudes antiseptiques. Il faudra s'assurer de la pénétration du liquide antiseptique dans les culs de-sac, et répéter plusieurs fois par jour les lavages, Quelquefois on pourra tenter des injections sous-conjonctivales de sublimé ou de cyanure d'hydrargyre.

Traitement chirurgical. — Les attouchements au *galvanocautère* suffiront à arrêter les progrès de l'ulcère.

Lorsque la kératite s'accompagne d'hypopyon, et que cet hypopyon dépasse le tiers inférieur de la cornée, il est utile de ponctionner la chambre antérieure.

A côté de la paracentèse, une bonne opération est celle de Sœmisch qui consiste à transfixer la cornée et à fendre l'abcès cornéen perpendiculairement à son grand axe.

Traitement des complications éloignées des kératites. — Les complications éloignées les plus fréquentes des kératites sont : le *leucome* et le *staphylome.*

Au *leucome récent* avec très légère réaction, on réservera la pommade jaune, les douches de vapeur, la péritomie.

Le traitement esthétique final du *leucome ancien* et indélébile sera le tatouage, si toutefois le leucome est exempt d'adhérences. Une irido-cyclite très grave peut en effet résulter du tatouage d'un leucome adhérent.

Lorsque le leucome adhérent est étendu, il est susceptible de provoquer des phénomènes glaucomateux ; il sera donc assez souvent nécessaire de libérer le leucome de ses adhérences iriennes.

Le traitement du staphylome récent, peu accusé, sera médical et consistera simplement dans des instillations d'ésérine ou de pilocarpine.

Dans des cas où il est plus prononcé, où le traitement médical semble ne pas devoir arrêter son développement, il faudra pratiquer des cautérisations ignées.

Enfin la présence d'un staphylome total nécessitera la staphylectomie, intervention qui prévient des troubles ultérieurs, et laisse un moignon très favorable à l'adaptation de l'œil artificiel (suture verticale scléroticale de Critchett, suture en bourse de Wecker, suture verticale conjonctivale de Trousseau).

Dans le tableau ci-dessous sont résumés les traitements que nous venons d'énumérer.

KÉRATITES ASEPTIQUES

K. superficielles..	*a.* planes	avasculaires....	pilocarpine.
		vasculaires.....	cause, oxyde jaune.
	b. en saillie	phlycténulaires.	oxyde jaune. } compresses chaudes.
		herpétiques.....	pilocarpine. } compresses chaudes.
	c, en creux..................		pilocarpine, compresses chaudes, pansement occlusif.
K. interstitielles..........................			atropine, compresses chaudes.
K. profondes..............................			atropine, pilocarpine, compresses chaudes.

KÉRATITES SEPTIQUES

Antiseptiques.

DE L'UTILISATION DES COURANTS DE HAUTE FRÉQUENCE

DANS

L'ENDOSCOPIE RECTO-COLIQUE

PRÉSENTATION D'UN MODÈLE DE RECTO-SIGMOIDOSCOPE

Par MM. G. LION et R. BENSAUDE.

L'endoscopie recto-colique n'est guère employée en France. Elle a fait l'objet, ces derniers temps, d'un travail important de M. Hartmann et de son élève Okinczyc (1).

Elle intéresse, croyons-nous, aussi bien le médecin que le chirurgien, et mérite de prendre place parmi les procédés courants d'examen tant à cause des résultats précieux qu'elle

(1) Henri HARTMANN. *Travaux de chirurgie anatomo-clinique,* 3e série. — Joseph OKINCZYC. *Traitement chirurgical du cancer du côlon,* 1907, p. 48.

est capable de fournir qu'en raison de la facilité avec laquelle on peut arriver à la pratiquer.

On ne saurait, en effet, négliger une méthode qui permet, non seulement d'examiner le rectum et de compléter les notions données par le toucher rectal, mais encore d'explorer la partie terminale du côlon jusqu'à 35 centimètres au-dessus de l'anus, c'est-à-dire une région du gros intestin inaccessible au doigt, et qui, située profondément dans le bassin, échappe plus que toute autre partie du conduit digestif, à l'exploration par la palpation abdominale.

L'examen à l'aide du recto-sigmoïdoscope fournit des renseignements utiles sur les différentes lésions du rectum, rétrécissements, cancer, hémorroïdes, fistules profondes, ulcérations, etc. ; il peut faire découvrir des cancers haut situés, des ulcérations d'ordres divers, des colites simples ou proliférantes, et enfin, au point de vue thérapeutique, il permet d'arrêter des hémorragies à siège très élevé que l'on rapporte si souvent à tort à des hémorroïdes, de traiter directement certaines ulcérations, d'extirper des tumeurs polypeuses, de prélever pour l'examen microscopique des portions de tissu malade, de tenter la dilatation de certains rétrécissements, etc.

Si l'introduction du recto-sigmoïdoscope se fait souvent avec une facilité vraiment surprenante, elle n'est d'autres fois pratiquée que péniblement par suite de la douleur qu'elle provoque. Les principales causes de souffrance sont la dilatation forcée de l'anus surtout lorsqu'il existe des hémorroïdes, des fissures ou des fistules, les tiraillements auxquels est soumis cet orifice par les déplacements que l'on doit imprimer au rectoscope pour chercher la lumière et le faire progresser dans le conduit intestinal, les spasmes qui se produisent au-devant de l'instrument pendant sa pénétration et qui se rencontrent surtout lorsque l'intestin est atteint de lésions inflammatoires ou ulcéreuses, enfin le procédé qui consiste à insuffler de l air pour faciliter l'exploration.

Pour atténuer ces réactions douloureuses, nous avons eu l'idée d'utiliser les propriétés des courants de haute fréquence.

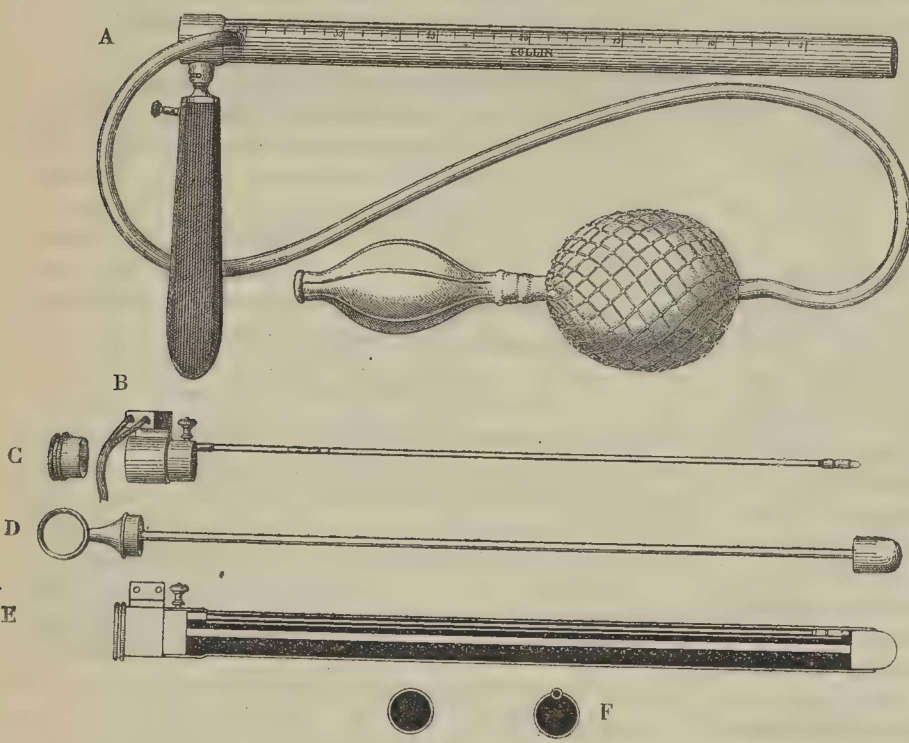


FIG. 1.

Légende de la fig. 1 — *A*. Gros tube du recto-sigmoïdoscope de 35 centimètres de long. muni de son manche et de l'appareil à insufflation ; — *B*. La tige porte-lampe avec l'anneau et la petite vis qui servent à la fixer à l'extrémité proximale du gros tube ; — *C*. Petit obturateur à glace destiné à fermer l'extrémité proximale de l'instrument pendant l'insufflation ; — *D*. Mandrin obturateur ; — *E*. Coupe longitudinale de l'instrument complet. Le mandrin obturateur en place La lampe et sa tige dans le petit conduit ou tube destiné à les protéger ; — *F*. Coupe transversale montrant l'insertion, sur le gros tube du petit tube ou conduit destiné à protéger la lampe et sa tige.



FIG. 2.

Légende de la fig. 2. — Rectoscope de 10 centimètres de long avec son manche et son mandrin obturateur terminé par un ambout en forme de cône pouvant servir d'électrode dilatatrice.

On sait que ces courants sont anesthésiants, décongestionnants et antispasmodiques. On a pu, grâce à eux, extraire des dents et extirper des hémorroïdes sans douleur. Ils constituent actuellement le traitement de choix des fissures à l'anus.

Leur application à l'endoscopie recto-colique nous a donné des résultats très satisfaisants. Si l'on fait passer un courant de haute fréquence à l'aide de l'électrode ano-rectale de Doumer ou d'Oudin pendant quatre à six minutes, on obtient une insensibilité presque complète et le rectoscope pénètre sans que le malade éprouve la moindre impression désagréable.

L'instrument une fois introduit dans l'ampoule rectale, les manœuvres et les déplacements en tous sens que nécessite sa pénétration dans l'anse sigmoïde peuvent se faire sans réveiller aucune sensation pénible. Enfin, lorsque cette progression est rendue difficile soit par suite d'un spasme, soit parce que la recherche de la lumière du conduit est laborieuse, on utilise encore les propriétés des courants de haute fréquence en les faisant passer à travers le rectoscope laissé en place et jouant le rôle d'électrode grâce à un dispositif que nous avons adopté.

L'emploi des courants de haute fréquence est encore plus précieux lorsque l'intestin, au lieu de présenter son calibre normal, est le siège d'un rétrécissement plus ou moins serré. Ils permettent souvent de faire pénétrer un tube rectoscopique de diamètre encore suffisant au delà du rétrécissement et de juger de l'état de la muqueuse située au-dessus.

Ajoutons enfin qu'il y a là une méthode qui pourrait être généralisée et rendrait probablement plus faciles et plus supportables des différentes variétés d'endoscopie.

Nous avons fait construire par M. Collin un modèle de rectoscope inspiré de ceux de Tuttle et de Strauss, mais avec quelques modifications qui nous paraissent avantageuses.

Les figures ci-jointes (1) montrent suffisamment la disposition générale de l'appareil.

(1) Dues à l'obligeance de MM. Masson et Cie, et extraites des *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.* du 30 mai 1907.

Nous ne ferons que signaler quelques points particuliers.

La lampe portée par sa tige s'introduit dans un étroit conduit placé sur un des côtés du gros tube. Elle se trouve ainsi complètemeut protégée et l'on peut sans la déplacer entrer et sortir le mandrin obturateur dans la lumière de ce dernier.

A l'extrémité distale du rectoscope sur une longueur d'un centimètre environ, le petit conduit est ouvert dans la moitié interne de sorte que la lampe éclaire l'extrémité de l'appareil et la partie voisine de l'intestin.

Tout l'appareil d'éclairage est mobile; il est fixé au bout proximal de l'instrument par une bague et un système de vis spécial qui permet de le retirer et de le replacer avec la plus grande facilité.

Le manche de l'instrument est fait d'ébonite et sert d'isolateur quand on veut transformer l'appareil en électrode pour faire passer un courant de haute fréquence.

Pour pratiquer l'insufflation, le rectoscope peut être fermé par une glace enchâssée dans un anneau métallique qui s'adapte par simple frottement.

On peut enfin ajouter au rectoscope comme on l'a déjà proposé pour les cystoscopes, un prisme permettant à un assistant de voir en même temps que l'opérateur.

Le modèle moyen qui mesure 35 centimètres et 20 millimètres de large, répond à la majorité des besoins de la pratique courante, il est cependant utile d'avoir des tubes plus courts de 20 centimètres et de 10 centimètres, et plus étroits mesurant 15 millimètres et 10 millimètres de calibre. Nous avons enfin fait faire des tubes plus gros que le modèle moyen que l'on pourra aisément introduire dans le rectum, grâce à l'action de la haute fréquence.

Les extrémités proximales des différents modèles de tubes ont toutes un diamètre égal, et peuvent recevoir le même appareil d'éclairage et la même glace obsturatrice.

Le mandrin obturateur du tube de 10 centimètres est terminé par un ambout en forme de cône qui peut servir d'électrode dilatatrice de l'anus dans les cas difficiles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 MAI 1907)

Sur un nouveau principe cristallisé de la kola fraîche. — Jusqu'ici on n'avait pu isoler des noix de kola que deux composés chimiques bien definis, la caféine et un peu de théobromine. M. GORIS a pu extraire des noix fraîches un principe cristallisé voisin du groupe des tanins et qu'il appelle *kolatine*. C'est un composé phénolique de formule $C^8H^{10}O^4$ cristallisant en aiguilles prismatiques. La kolatine dissout la caféine à la façon du benzoate et du salicylate de soude, mais dans de moins grandes proportions.

Sur la présure du figuier. — On sait que le labferment du ficus carica agit mieux sur le lait bouilli que sur le lait cru, contrairement à la présure animale. M. BRIOT a établi que la coagulation du lait frais par ce ferment est retardée ou empêchée par l'existence dans ce lait d'une antipresure. Or la chaleur detruisant cet antiferment, le lait bouilli se trouve de ce fait plus facilement coagulable que le lait frais.

Travail développé pendant la phonation. — M. MARAGE conclut : 1° un orateur doit avant tout apprendre à respirer; 2° il ne faut pas perdre d'air inutilement, c'est-à-dire que les cordes vocales doivent se joindre sur la ligne médiane; 3° les hommes et en particulier les voix de basse se fatiguent beaucoup plus en parlant que les femmes et les enfants; 4° suivent des considérations sur les voyelles fondamentales produites par une vibration aéro-laryngienne intermittente et que la bouche ne sert qu'à renforcer ou à transformer.

Recherches sur l'action des eaux sulfurées dans le traitement mercuriel. — MM. A. DESMOULIÈRES et A. CHATIN. Il résulte de ces recherches que les eaux sulfureuses agissent non en formant un sulfure insoluble, mais en augmentant la puissance solubilisatrice du sérum sanguin à l'égard des albuminates de mercure; elles permettent d'employer pour les malades les doses considérables de mercure réclamées par la gravité des lésions, sans danger d'intoxication ni accidents mercuriels; elles activent considérablement la mise en circulation du mercure accumulé dans les tissus, elles rendent donc les plus grands services dans les cas d'intoxication, stomatites, gingivites, entérites mercurielles, etc.

Résultats fournis par la réalisation complète des conditions physiologiques auxquelles doivent satisfaire les appareils respiratoires pour permettre sans danger le séjour et le travail de l'homme dans les atmosphères irrespirables. — M. J. TISSOT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 MAI 1907)

Kyste hydatique suppuré et gazeux de l'arrière-cavité de l'épiploon. — MM. GARNIER et LECÈNE relatent une observation de kyste hydatique suppuré et gazeux situé sous le foie, probablement dans le petit épiploon Les symptômes observés permettaient de penser à un foyer de suppuration sous-phrénique; la voussure rapide de la région épigastrique, constatée dans les derniers jours avant l'opération, paraît devoir être considérée comme un signe indiquant la formation de gaz dans la poche, le malade guérit rapidement. L'examen bactériologique du pus révéla l'existence de deux microbes, l'un anaérobie strict, le *staphylococcus parvulus* de Veillon et Zulœr, l'autre à la fois aérobie et anaérobie, d'aspect morphologique un peu particulier, qui paraît être une espèce nouvelle et fera l'objet d'un travail ultérieur.

Pseudo-leucémie à polynucléaires neutrophiles.—MM. Marcel LABBÉ et Paul THAON rapportent un cas de pseudo-leucémie à polynucléaires neutrophiles (91 p. 100); la leucocytose était modérée n'ayant jamais dépassé le chiffre de 45 000. La maladie évolua en cinq mois avec hypertrophies ganglionnaires multiples et rate volumineuse. La formule leucocytaire spéciale ne constitue pas la seule particularité intéressante de ce cas; quoique l'autopsie n'ait pu être faite, les auteurs en se basant sur certains caractères cliniques, sur la fièvre, sur l'existence de la réaction positive au séro-diagnostic de Courmont, tendent à rapporter ce cas à la tuberculose et le rapprochent des faits analogues signalés par Askanaz, Carl Sternberg, Hitschmann et Stross, Schur.

Aortite thoracique infectieuse aiguë développée au cours d'une salpingite et ayant déterminé une gangrène du membre supérieur gauche, par oblitération de l'origine de l'artère sous-clavière et une gangrène du membre inférieur droit par embolie dans l'artère fémorale. — MM. Georges GUILLAIN et H. RENDU. Une malade de quarante-trois ans, au cours d'une salpingite aiguë, remarqua subitement que son membre inférieur droit et son membre supérieur gauche devenaient douloureux et froids. Quand les auteurs l'ont examinée à l'hôpital Cochin ils ont constaté une température de 39°6, le membre supérieur gauche et le membre inférieur droit

étaient pâles, exsangues; des douleurs existaient très vives. On ne percevait pas les battements de la pédieuse, de la fémorale, de la radiale, de l'humérale. L'auscultation du cœur ne révélait aucun signe pathologique, tous les bruits valvulaires étaient normaux. L'examen du foie, de la rate, des reins, des poumons était négatif. L'ensemencement du sang fut aussi négatif. L'autopsie a montré l'existence d'une salpingite purulente. Les auteurs constatèrent une aortite aiguë végétante exclusivement localisée, ce qui est fort rare d'après tous les auteurs, à la portion horizontale et à la portion descendante de l'aorte thoracique. Il n'y avait que deux plaques d'aortite. L'une siégeait à l'origine de l'artère sous-clavière gauche, avait oblitéré ce vaisseau et déterminé un arrêt de la circulation dans le membre supérieur gauche; l'autre siégeait à la partie moyenne de l'aorte thoracique descendante, de ce niveau une grosse végétation s'était détachée et avait oblitéré par embolie l'artère fémorale droite, déterminant ainsi un arrêt de la circulation dans le membre inférieur droit.

L'examen histologique des lésions aortiques a fait constater la présence de diplocoques ne prenant pas le Gram et ayant l'aspect morphologique des gonocoques. L'origine blennorragique de cette aortite nous paraît donc très probable.

M. Queyrat présente à la Société deux malades, l'un en son nom et au nom de M. Jolivet : ce premier malade est atteint d'un **adéno-phlegmon du cou consécutif à un chancre syphilitique de la lèvre**; l'autre en son nom personnel, atteint d'une **gomme de l'éminence thénar simulant un phlegmon de la main.**

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 1er JUIN 1907)

Action pharmacodynamique du nitrite de soude. — Pour M. Vaquez, l'action du nitrite de soude évaluée par les mensurations sphygmomanométriques et les modifications des tracés du pouls est des plus variables, suivant les sujets.

Certains restent absolument réfractaires, quel que soit d'ailleurs le chiffre initial de leur tension artérielle, et les cas où aucun effet ne peut être constaté, sont plus fréquents qu'avec l'emploi de la trinitrine.

Lorsque l'action pharmacodynamique se manifeste, elle se révèle par l'abaissement, très modéré d'ailleurs, de la tension artérielle et l'aspect caractéristique des tracés qui ressemblent alors à ceux que l'on obtient avec le nitrite d'amyle et la trinitrine.

Les doses inférieures à 15 centigrammes se sont toujours montrées inefficaces, celles supérieures à 25 centigrammes sont capables de provoquer des accidents et ce faible écart entre l'action thérapeutique et l'action toxique constitue un écueil dans l'administration du médicament. Chez les sujets sensibles au nitrite de soude, le début de l'action se place entre la quinzième et la vingtième minute et les modifications du tracé disparaissent complètement vers la quatre-vingt-dixième minute, alors que la tension artérielle, lorsqu'elle a été abaissée, est déjà revenue à la normale.

Le nitrite de soude apparaît donc comme un médicament souvent infidèle et toujours d'action transitoire. Son emploi même prolongé n'est pas capable de provoquer un abaissement durable de la pression artérielle.

Retour au type anaérobie initial de l'anaérobie de reconstitution. — M. Georges Rosenthal a constaté que les cultures anaérobies de reconstitution, nées de repiquage en milieux anaérobies de cultures aérobisées en train de perdre leurs fonctions de différenciation, font retour à l'anaérobiose initiale.

Sur la cholémie et la polycholie de l'ictère grave. — MM. Gilbert et Herscher ont eu l'occasion d'observer récemment deux faits d'ictère grave et ont constaté que le sang renfermait dans un cas 1 gramme de bilirubine pour 1330 centimètres cubes de sérum et dans l'autre 1 gramme pour 900 centimètres cubes. Le taux de la cholémie était par conséquent fort accusé et très analogue à celui qu'on observe dans les ictères par obstruction des voies biliaires (ictère catarrhal, colique hépatique, obstruction lithiasique du cholédoque, compression de ce conduit par un cancer du pancréas). Pourtant les voies biliaires étaient perméables, et sans cesse, les deux malades avaient des selles diarrhéiques et des vomissements renfermant de la bile. Ces flux bilieux, joints à la cholémie si forte, témoignaient donc d'une polycholie intense, d'autant plus remarquable que, dans l'un des cas, l'autopsie ayant pu être pratiquée, les auteurs constatèrent macroscopiquement une atrophie jaune très accusée du foie, et microscopiquement une nécrose de la majeure partie des cellules hépatiques. La polycholie est en quelque sorte paradoxale en présence de pareilles lésions et de tels faits seraient malaisés à comprendre si l'on ne supposait pas qu'avant de succomber la cellule hépatique avait manifesté une suractivité fonctionnelle.

Introduction à l'étude de la spécificité cellulaire. Transport de colloïdes à travers des lipoïdes. — Pour M. Iscovesco, la bile humaine, qui contient des pigments électronégatifs, diffuse dans un mélange solide composé de gélatine, lécithine et albumine. Cette diffusion peut être complètement empêchée ou considérablement activée suivant le sens du courant électrique qu'on dirige à travers les deux milieux. Ce fait a de l'importance, car il montre qu'un même colloïde, et en particulier un colloïde hémolysant qui peut traverser une membrane lipoïdique, peut ne plus la traverser du tout ou au contraire la traverser beaucoup plus énergiquement suivant les différences de potentiel qui existent entre les milieux extra et intra-cellulaires.

Infections sanguines autogènes et hétérogènes chez les animaux en état de moindre résistance. — MM. Sacquépée et Loiseleur étudient l'action de diverses causes déprimantes (froid sec, chaleur sèche, refroidissement, injections hypertoniques ou hypotoniques) sur la production des infections sanguines chez les animaux. Dans ces conditions expérimentales, on trouve dans 23 p. 100 des cas des infections autogènes (colibacille, etc.), toujours fugaces (moins de vingt-quatre heures); c'est-à-dire que l'action des causes secondes favorise beaucoup le passage dans la circulation générale des microbes antérieurement présents. Quant aux infections hétérogènes (après ingestion de B. typhique, paratyphique B. ou pyocyanique), on les constate dans 36,6 p. 100 des cas; donc, l'action des causes secondes favorise à un très haut degré la production des bactériémies typhiques. Parmi les causes essayées, l'injection hypotonique (eau distillée) s'est montrée inefficace, alors que les quatre autres procédés ont une action favorisante manifeste (22,2 p. 100 à 66,6 p. 100 de succès), plus marquée à l'égard du cobaye et du B pyocyanique pour l'injection hypertonique. Le rat est plus sensible que le lapin, et celui-ci plus que le cobaye (succès 27,7, 35, 45,4 p. 100). Le pyocyanique passe beaucoup moins souvent que le B. d'Eberth ou le paratyphique (succès 14,2, 55,5 et 56,5 p. 100). La plupart de ces infections sanguines sont immédiates, fugaces et bénignes; seules sont graves celles provoquées par injections hypertoniques.

Action du suc gastrique sur la salive. — M. Roger. Mise en contact avec du suc gastrique ou avec une dilution d'acide chlorhydrique, la salive ne tarde pas à perdre son pouvoir amylolique. Si on neutralise le mélange et si on le fait agir sur de l'empois d'amidon, la saccharification ne se produit plus. Cependant la salive n'est pas devenue complètement inactive. Pour qu'elle recouvre ses propriétés, il suffit de lui ajouter une trace de salive fraîche. Versons dans 1 centimètre

cube de salive, annhilée par l'action préalable du suc gastrique, une goutte de salive fraîche et mettons en contact avec de l'eau amidonnée. Cette goutte de salive est capable, à elle seule, de produire en une demi-heure 6 milligrammes de sucre; dans le mélange avec la salive rendue inactive, la teneur en sucre monte à 40 et même 50 milligrammes. C'est, à peu de chose près, la quantité qu'on aurait obtenue avec 1 centimètre cube de salive fraîche. Ainsi, la salive retrouve très facilement les propriétés qu'elle semblait avoir définitivement perdues.

On peut supposer que, dans les conditions physiologiques, une petite quantité de salive échappe à l'action du suc gastrique et sert, dans le duodénum, à réactiver la salive altérée.

Sur les propriétés cytasiques ou opsonisantes du sérum dans la fièvre typhoïde. — Pour MM. Breton et G. Petit : 1° la diminution de l'index cytasique, au cours de la fièvre typhoïde, s'observe dès le début de l'affection et précède de plusieurs jours l'apparition de la réaction agglutinante; 2° cette réaction agglutinante est indépendante du pouvoir cytasique; 3° l'abaissement de ce pouvoir s'étend à d'autres microbes que le bacille d'Eberth; il ne représente donc pas une réaction spécifique et ne peut être considéré que comme une manifestation de l'influence générale de l'organisme.

Le carcinome plasmodial. — Pour M. Letulle, la cellule plasmodiale qui, à l'habitude, vit silencieusement une existence éphémère dans les espaces interstitiels de la caduque et du muscle utérin peut, dans certaines conditions, proliférer d'une façon atypique et produire ainsi un placentome infectant, un plasmodiome malin, dont les cellules ne diffèrent des cellules normales que par leur nombre extrêmement considérable, leur volume extrême et la généralisation possible des lésions à la totalité de l'utérus. Il peut même survenir des embolies cancéreuses dans des viscères éloignés comme le poumon. Ces détails plaident éloquemment en faveur de la théorie du parasitisme épithélial spécifique.

Autres communications :

Contribution à l'étude du cordon ombilical dans la syphilis. — M. J. Livon.

Résistance des spores du bacillus subtilis aux différentes températures, dans une atmosphère saturée de méthanal sec. — M. Perdrix.

Sur la présure du figuier. — M. Briot.

Tumeur pyécoccygienne de nature vraisemblablement parasympathique. — MM. Alezais et Imbert.

Recherches sur les processus des combustions élémentaires dans les muscles isolés. — M. Batelli et Mlle Stern.

Fixation des couleurs par les bactéries. — MM. Péju et Rajat.

Action bactéricide de l'essence de térébenthine. — M. Péju.

Pénétration des cellules plasmodiales dans les parois utérines. — MM. Nattan-Larrier et Brindeau.

Etude expérimentale sur l'ostréo-congestine, substance extraite des huîtres. — M. Lassablière.

Influence de la vératrine sur la forme de la pulsation cardiaque. Contribution à l'étude du tétanos du cœur. — MM. Busquet et Pachon.

Méthode rapide du dosage du glucose par la liqueur de Fehling. — M. Lafon.

FORMULAIRE

POMMADE A LA MORPHINE

Morphine	20 centigrammes.
Chloroforme	8 grammes
Vaseline	30 —

F. S. A. usage externe. — Pouchet.

ANALYSES

MEDECINE

Sur le chlorome myéloïde. (Karl Meixner. *Wiener klin. Wochens.*, 16 mai 1907, n° 20, p. 593.) — Une femme de trente ans entra à l'hôpital de Brünn pour le syndrome suivant : anémie progressive, faiblesse généralisée, hémorragies des muqueuses anale et gingivale, pétéchies cutanées. Ces symptômes évoluèrent en cinq ou six mois au bout desquels la malade succomba aux progrès de l'affection.

L'autopsie montra une tuméfaction assez considérable de la rate. Mais surtout la moelle de presque tous les os apparut transformée en un tissu de couleur verte comme de l'herbe; dans les os longs, ce tissu était disposé sous forme de noyaux parfois confluents, au sein de la moelle rouge; au contraire dans les vertèbres, les côtes, les os du bassin, les épiphyses des os longs, la moelle osseuse était transformée d'une façon diffuse. Au niveau de la face antérieure de la colonne vertébrale et du sacrum, adhérant intimement à l'os, existaient des masses néoplasiques de coloration verte. Ces masses se continuaient sans interruption avec la moelle osseuse transformée à travers des orifices résultant de la destruction du tissu osseux.

L'examen histologique montra que le tissu vert remplaçant la moelle osseuse ainsi que les masses néoplasiques étaient entièrement constituées par du tissu myéloïde : l'élément dominant de ce tissu était le myélocyte neutrophile.

Les myélocytes éosinophiles étaient plus rares; de même les hématies nucléées. La rate avait subi également la transformation myéloïde.

Il s'agissait donc là d'un chlorome myéloïde.

Il n'existait jusqu'alors que quatre cas de la forme myéloïde de cette affection, dus à Klein-Steinhaus, Türk, Sternberg et Weinberger. Tous les autres cas connus, qui sont bien plus nombreux, concernent des chloromes à cellules lymphoïdes.

Il faut noter que dans les quatre cas antérieurs de chlorome myéloïde, l'examen du sang a révélé une myélémie très nette. Dans le cas de Meixner, cet examen n'a pas été pratiqué.

Au point de vue nosologique, le chlorome myéloïde semble donc être intermédiaire entre la leucémie myéloïde et les myélomes sans myélocythémie.

Le chlorome diffère surtout des deux autres affections en ce que l'hyperplasie du tissu myéloïde et la transformation du tissu lymphoïde y est plus diffuse. Jamais dans les deux affections on ne voit le tissu myéloïde de la moelle osseuse ou des ganglions végéter et former des nouvelles tumeurs dans le tissu cellulo-adipeux ambiant. Cela est par contre la règle dans le chlorome.

A. LEMIERRE.

Nouveaux cas de mongolisme infantile. (J. Comby. *Arch. de méd. des enf.*, janv. 1907.) — Le mongolisme ou idiotie mongolienne est une variété d'idiotie congénitale que caractérise essentiellement le facies asiatique, c'est-à-dire que, dès la naissance, l'enfant ressemble à un Chinois, à un Japonais, ou à un Mongol. Beaucoup plus fréquent qu'on ne l'admet d'habitude, le mongolisme n'est ni héréditaire, ni familial, mais son apparition semble nettement favorisée par les émotions pénibles éprouvées par la femme enceinte, dans les premiers mois de la grossesse. Il serait un peu plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Les symptômes que présentent les mongoliens peuvent être énumérés : *facies caractéristique*, tête arrondie, yeux petits et obliques, bouche bée, aspect de poupée japonaise, brachycéphalie, persistance de la

ontanelle antérieure, langue grosse et fissurée, adhérence du lobule de l'oreille, peu enfoncé, constance du stertor et des végétations adénoïdes, éruption dentaire très retardée, *retard du développement corporel et moral*, l'intelligence restant toujours rudimentaire, *association fréquente de malformations*, et particulièrement d'anomalies cardiaques. Le pronostic est fâcheux, et la plupart des idiots mongoliques meurent dans le bas âge. Le diagnostic, facile de par le seul examen clinique, peut encore être confirmé par la radiographie, qui montre des lésions phalangettiques et phalanginiennes aux mains et aux pieds. A l'autopsie, pas de lésion du corps thyroïde ni du thymus, mais lissencéphalie constante. Le traitement se réduit à peu de chose. L. BABONNEIX.

Sur la réinfection syphilitique. (Karl OPLATEK. *Wiener klin. Wochens.*, 11 avril 1907, n° 15, p. 441.) — Un homme se présenta en décembre 1900 à la clinique dermatologique de Prague, porteur d'un chancre induré du sillon balano-préputial. En janvier 1901 se montrèrent une éruption cutanée spécifique, des adénopathies multiples, des plaques muqueuses au niveau du pharynx et du scrotum, puis une iridochoroïdite syphilitique qui céda au traitement mercuriel. Depuis lors cet homme ne présenta plus aucun accident.

Au commencement de 1907 il revint de nouveau à la même clinique, présentant un chancre induré du sillon balano-préputial. Six semaines plus tard se montra une éruption papuleuse qui s'étendit à tout le tronc et aux organes génitaux. Dans le frottis de la sérosité d'une papule on trouva de nombreux spirochæte pallida de Schaudinn.

Les deux fois l'accident primitif apparut trois semaines après un coït extra-conjugal. Il s'agit d'un cas de réinfection syphilitique non douteux. A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

Relation directe de cause à effet entre les suppurations aiguës et chroniques du nez et de l'oreille et l'érysipèle de la face. (Cullen F. WELTY. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. XLVII, n° 25, 22 déc. 1906, p. 2052-54.) — C'est cette relation qui explique la localisation particulière de l'érysipèle à la face, parce que c'est la région la plus rapprochée du siège de l'infection, et parce que la sécrétion purulente, aidée du mouchoir et surtout du doigt, érode un point de l'épiderme. L'érysipèle à répétition s'explique par la persistance du foyer primitif. L'érysipèle consécutif aux opérations sur le nez, l'oreille, la mastoïde, est facile à comprendre. Pour étayer cette théorie, il est nécessaire de démontrer la présence constante du streptocoque dans les suppurations du nez; 82 p. 100 des érysipèles de la face débutent à l'angle du nez parce que c'est là que l'abrasion du mouchoir se produit le plus fréquemment. L'érysipèle spontané n'existe pas. L'examen du nez est de règle dans tous les cas d'érysipèle. Dans 90 p. 100 des cas d'érysipèle, l'auteur a trouvé une lésion nasale ou otique. F. GARDNER.

OTO RHINO-LARYNGOLOGIE

Des mastoïdites aiguës latentes. (Jacques FOURNIÉ. Communication à la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie, Paris 15 mai 1907.) — L'inflammation tubo-otique peut s'accompagner de mastoïdite à forme subaiguë ou chronique d'emblée. Dans ces cas, déjà signalés, l'otite catarrhale ou suppurée, est généralement très atténuée et n'est souvent pas la première poussée du côté de l'oreille. L'évolution mastoïdienne se traduit alors par une opposition entre la température, peu élevée ou presque nulle et les phénomènes douloureux, à caractères surtout névralgiques; la trépanation montre généralement des lésions fongueuses, peu étendues d'ordinaire.

Il est cependant des cas où, succédant à une otite aiguë franche, l'évolution mastoïdienne peut durer pour ainsi dire indéfiniment, sans fièvre et sans autre signe extérieur que la douleur mastoïdienne à la pression. Ce signe, dans une observation de M. Fournié, marqua dès le début cette évolution mastoïdienne chronique d'emblée, suivant immédiatement et sans phase silencieuse la guérison d'une otite grippale très aiguë. La trépanation montra une fonte purulente associée à des lésions fongueuses.

Indications opératoires. — Ne pas attendre plus de quinze jours à trois semaines pour intervenir, et non seulement ouvrir les cellules mastoïdiennes mais toujours faire simultanément l'antrotomie. L. GAYARD.

THERAPEUTIQUE

Etude des composés iodés organiques. (Dr René BOULAIRE. Th. de Paris, 1907; Jules Rousset, édit.) — Dans cette thèse, l'auteur indique la supériorité des composés à base de peptone sur l'iode et les iodiques, et en particulier de l'iodone ou peptonate d'iode. Dans une étude serrée et une comparaison avec les divers agents thérapeutiques employés jusqu'à ce jour, que le peptonate d'iode est l'agent le plus assimilable et le moins toxique. Et il arrive à cette conclusion, véritablement intéressante, que la tolérance de l'iodone est fort grande, sinon illimitée, prise à dose faible. L. GAYARD.

Bromopeptone (bromones) : préparations organiques de brome (Dr Maurice MATHIEU. Th. de Paris, 1907; Michalon, édit.) — L'auteur discute, dans cette thèse, toute une série de questions relatives au traitement des maladies nerveuses en général et de l'épilepsie en particulier par les composés bromés. Il rappelle les origines de cette médication et montre comment on est arrivé aux préparations organiques. Les essais de ces dernières ont été faits à la Salpêtrière dans le service du professeur Raymond, sous la surveillance du professeur agrégé Claude. Même en prolongeant l'usage et en élevant les doses, l'auteur indique qu'en aucun cas on ne put enregistrer le plus petit méfait ou accident qui accompagnent si souvent la médication bromurée intense.

L'auteur enfin insiste sur ce fait que ces préparations organiques de brome diminuent l'excitabilité réflexe du système nerveux, et que cette peptone bromée ou bromone ne provoque jamais d'intoxication. L. GAYARD.

RENSEIGNEMENTS

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17.

N° 64. — JEUDI 6 JUIN 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 6 JUIN 1907. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de nomination de médecin des hopitaux. — Séance du 3 juin 1907 (leçon clinique). — MM. Ravaut,, 19; Laignel-Lavastine, 18.

Prochaine séance jeudi 6 juin, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.

Deuxième concours de chirurgien des hopitaux. — Le jury est définitivement composé comme suit : MM. Faure, Delbet, Walther, Terrier, Le Dentu, Morestin et Siredey.

Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Oral.* — Séance du 4 juin. — MM. Guéniot, 19; Couvelaire, Mouchotte et Schwaab, 18; Le Lorrier, 17.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. — Sciences anatomiques, physiologiques et naturelles. — Voici l'ordre de passage pour la leçon orale (anatomie) d'une heure après quarante-huit heures de préparation : MM. Mulon, Delamare, Dubreuil, Alquier et Colin.

Séance du 6 juin. — MM. Mulon : « Etat actuel de la question du neurone ; » Delamare : « Des séreuses en général. »

Sont admis aux épreuves définitives : MM. Ambard, Busquet, Camus, Dubois et Jeandelize.

Concours du prosectorat. — *Lecture des copies.* — Séance du 5 juin : MM. Cauchoix, 25; Desmarets et Muret, 23.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 6 juin, à quatre heures un quart.

— Paris. — Par décrets en date du 2 juin 1907, rendus sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes :

M. Hutinel, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique des maladies des enfants à ladite Faculté, à partir du 1er novembre 1907.

M. Segond, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté, à partir du 1er novembre 1907.

— Lyon. — M. Teissier, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de l'Université de Lyon, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à ladite Faculté, à partir du 1er novembre 1907.

MM. les professeurs Bondet, Mayet et Soulier sont nommés professeurs honoraires.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Limoges. — M. Bonnet, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans, à dater du 24 novembre 1907.

M. Faugeron est chargé, jusqu'au 15 août 1907, des fonctions de chef des travaux d'anatomie et histologie.

— Reims. — M. le professeur Harman est nommé professeur honoraire.

— Rennes. — M. le professeur Brulé est nommé professeur honoraire.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — M. le médecin aide-major de deuxième classe Thivot, de l'hôpital militaire du Dey à Alger, est promu au grade de médecin aide-major de première classe.

M. de Tastes, médecin-major de première classe au régiment de sapeurs-pompiers, à Paris, est affecté pour ordre à l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris, à compter du 10 mai 1907.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Il a été attribué, pour services exceptionnels rendus à l'assistance publique, les récompenses ci-après :

Médailles d'argent. — Mme Surel (Marie), en religion sœur Emmanuel, garde-malade à l'hôpital mixte de Noyon.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Hervé, médecin des hospices du Mans, Patay, médecin-accoucheur de la So-

ciété maternelle de Rennes; Pasteau, directeur du service médical de l'Association philomatique à Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. L. Bailly (de Paris) et André Cannieu, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS. (*Hôpital des Enfants-Malades, service de M. le professeur Grancher.*) — COURS DE VACANCES. — Un cours de perfectionnement comprenant 54 conférences théoriques et pratiques de clinique infantile, aura lieu du 1er au 31 juillet 1907, à l'hôpital des Enfants-Malades, sous la direction de M. H. Méry, professeur agrégé, chargé de cours.

Les conférences seront faites par MM. Méry, professeur agrégé; P. Armand- Delille et L. Babonneix, chefs de clinique médicale infantile; avec le concours de MM. A. Zuber, J. Hallé et E. Terrien, anciens chefs de clinique médicale infantile; Grisel, ancien chef de clinique chirurgicale infantile; Gasne, chef de clinique chirurgicale adjoint; Ed. Rist, médecin des hôpitaux, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Trousseau; B. Weil-Hallé, chef de laboratoire du service de la diphtérie; Félix Terrien, ophtalmologiste des hôpitaux; Cuvillier, assistant d'oto-laryngologie, et Larat, assistant d'électrothérapie.

Pour les examens de malades, les élèves seront répartis en séries.

Les conférences auront lieu tous les jours, sauf les dimanches et fêtes, le matin à dix heures, et le soir à cinq heures.

La première conférence aura lieu le lundi 1er juillet, à cinq heures du soir, à la salle des cours de la clinique.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES. — *Maladies des nourrissons :* 1. Gastro-entérites aiguës. — 2. Gastro-entérites chroniques. — 3. Prophylaxie et traitement diététique des gastro-entérites. — 4. Dyspepsies du sevrage et alimentation de la deuxième année. — 5. Syphilis du nourrisson. — 6. Tuberculose du nourrisson. — 7. Rachitisme. Maladie de Barlow. — 8. Infections cutanées du nourrisson.

Maladies de l'appareil circulatoire et du rein : 9. Complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu. — 10. Péricardites. Symphyse rhumatismale et symphyse cardio-tuberculeuse. — 11. Affections congénitales du cœur chez l'enfant. — 12. Néphrites de l'enfance. Tuberculose rénale.

Maladies de l'appareil respiratoire : 13. Broncho-pneumonie aiguë et chronique; dilatation des bronches. — 14. Adénopathie trachéo-bronchique et tuberculose pulmonaire. — 15. Diagnostic précoce de la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant; son traitement. — 16. Pleurésies purulentes.

Maladies du tube digestif, du péritoine et du foie : 17. Entéro-colite muco-membraneuse. Entérite tuberculeuse. — 18. Fièvre typhoïde. — 19. Péritonite tuberculeuse. Tuberculose hépatique.

Maladies du sang et de l'appareil hématopoiétique : 20. Séméiologie des anémies chez l'enfant. — 21. Lymphadénie. Leucémie et splénomégalies chez l'enfant. — 22. Purpuras chez l'enfant.

Maladies du système nerveux : 23. Chorées de l'enfance. Complications et traitement. — 24. Scléroses cérébrales. Hémiplégie cérébrale infantile. Maladie de Little. — 25. Tumeurs et abcès du cerveau. — 26. Paralysie infantile et polynévrites infectieuses. — 27. Myopathies. — 28. Idiotie. Myxœdème. — 29. Convulsions infantiles. Epilepsie et hystérie. — 30. Méningite cérébro-spinale épidémique et méningite tuberculeuse. Ponction lombaire. Ponction lombaire et cytodiagnostic.

Maladies des yeux : 31. Les conjonctivites; leurs complications; leur traitement. — 32. Hérédo-syphilis oculaire.

Maladies de la peau : 33. Teigne. Tricophities. Favus. Examen microscopique et traitement. — 34. Formes cliniques; complications et traitement des eczémas de l'enfance.

Maladies chirurgicales : 35. Mal de Pott et difformités rachitiques. — 36. Tumeurs blanches et coxalgie. — 37. Invagination intestinale. — 38. Prolapsus du rectum. Polypes. Imperforation anale. — 39. Examen et traitement des traumatismes du coude. — 40. Diagnostic et traitement de l'appendicite. — 41. Diagnostic et traitement de la mastoïdite aiguë. — 42. Diagnostic et traitement de l'ostéomyélite aiguë.

Principes d'électrothérapie : 43. Traitement électrique de la paralysie infantile, de la paralysie diphtérique et des paralysies névritiques. — 44. Traitement électrique des angiomes et des nævi.

Maladies du naso-pharynx et de ses annexes : 45. Hypertrophie des amygdales. Végétations adénoïdes. — 46. Complications nasales et auriculaires des infections pharyngées.

Diphtérie : 47. Diagnostic clinique de l'angine diphtérique. — 48. Diagnostic bactériologique et sérothérapie de la diphtérie. — 49. Diagnostic du croup. — 50. Tubage et trachéotomie.

Fièvres éruptives : 51. Rougeole; formes cliniques; diagnostic; complications. — 52. Scarlatine; ses complications.

Principes d'hygiène scolaire : 53. Bâtiment et mobilier scolaire. — 54. Examen individuel des enfants. Fiche sanitaire.

Excursions du dimanche : Visite de la pouponnière de Versailles et du lactarium. — Visite-excursion avec billets à tarif réduit à Berck-sur-Mer. — Visite du service de la teigne à l'hôpital Saint-Louis. — Visite des services d'enfants arriérés à l'hospice de Bicêtre.

Le droit à verser est de 100 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Un programme détaillé, avec dates et heures des différentes conférences, sera remis à chaque auditeur inscrit au début du cours. S'adresser à M. Armand-Delille, chef de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

ASSISTANCE AUX VEUVES ET FILLES DE MÉDECINS. — Le Comité de dames patronnesses que la Société centrale de l'Association générale se proposait de créer est organisé. Il comprend quatorze dames, toutes femmes ou filles de médecins membres de l'Association générale. On lui a déjà adressé les offres d'emplois ci-dessous :

1° On demande comme infirmière dans une policlinique de province une femme ou fille de médecin. Elle serait attachée au service des maladies nerveuses et secondée par une femme de chambre. Traitement mensuel, de 40 à 50 francs suivant les aptitudes professionnelles. Chambre et nourriture confortables;

2° On demande veuve de médecin, âgée de quarante à cinquante ans, pour tenir la maison d'un monsieur veuf et servir de dame de compagnie à sa fille. Quelques connaissances musicales sont nécessaires.

Les confrères qui auraient à présenter des candidates sont priés de les adresser au siège social de la Société centrale, 5, rue de Surène.

PNEUMONIES PAR CONTAGION

Par AZÉMA,
Ancien chef de clinique à la Faculté de Toulouse.

La pneumonie est une maladie infectieuse et, comme telle, susceptible d'être transmise par contagion; cette contagiosité de la pneumonie est nettement démontrée par les nombreux exemples quel'on en peut trouver dans la littérature médicale et nul ne la conteste aujourd'hui.

Nous venons d'en observer quelques cas, classiques en quelque sorte, et, si nous les relatons à notre tour, ce n'est point pour apporter une preuve nouvelle de cette contagiosité bien établie, mais pour tirer de ces faits les conclusions pratiques qui en découlent.

Voici dans quelles circonstances nous eûmes à observer ces cas.

Nous fûmes appelé le *9 février* dans une maison de la rue Saint-R... pour voir une femme qui, nous dit-on, était souffrante et alitée depuis la veille. La chambre où nous trouvâmes la malade était occupée par Mme X..., âgée de quatre-vingt-dix ans, infirme et gardant le lit depuis plusieurs mois, et par sa vieille bonne, Mme F..., âgée de soixante-dix ans, qui lui donnait ses soins. C'était pour cette dernière que l'on nous appelait. Elle avait été prise l'avant-veille au soir d'un grand frisson, avec point de côté violent sous le sein droit; elle toussait beaucoup et avait une grande gêne respiratoire. L'examen du poumon nous montra immédiatement que nous avions affaire à une pneumonie lobaire de la base droite; matité absolue, souffle tubaire intense, bouffées de râles crépitants, cependant pas d'expectoration. Les phénomènes généraux étaient très graves : température à 40 degrés, pouls à 140, langue noire et rôtie, adynamie profonde. Nous fîmes immédiatement des ventouses scarifiées et ordonnâmes une potion à l'extrait mou de quinquina, une infusion de digitale et de la quinine.

Le lendemain, l'état de la malade s'était aggravé. La température était restée à 40 degrés; l'adynamie était plus marquée, la malade allait sous elle; les signes pulmonaires étaient les mêmes que la veille, mais les râles étaient plus gros et plus humides. L'asphyxie fit de rapides progrès et Mme F... mourait le *11 février* au matin.

Malgré son grand âge, cette malade a donc fait une pneumonie classique avec phénomènes réactionnels très intenses et il n'était pas possible d'avoir la moindre hésitation sur le diagnostic.

Le *10 février*, Mme S..., âgée de cinquante ans, fille de Mme X..., vint pour remplacer auprès de sa mère la vieille bonne malade. Elle assista aux derniers moments de cette dernière, et après sa mort occupa son lit pour rester auprès de sa mère. Le *14 février*, on nous pria de revenir pour voir la vieille dame que l'on trouvait plus malade. Elle avait en effet de la fièvre, 38 degrés; le pouls était rapide, la langue épaisse et sèche. La malade entendant mal et s'exprimant difficilement ne sût pas nous dire de quoi elle souffrait, mais à l'auscultation de la poitrine, nous trouvâmes dans la base gauche un souffle avec râles sous-crépitants; dans le reste de la poitrine, à peine quelques râles de bronchite. Le lendemain et les jours suivants, le souffle et les râles s'accentuèrent, bien que les phénomènes généraux fussent peu marqués. Le *18 février*, Mme X... mourait subitement, alors que son entourage la croyait un peu mieux.

Ici, l'évolution de la pneumonie a été ce qu'elle est d'ordinaire chez les vieillards, c'est-à-dire à peu près latente et manifestée seulement par les signes pulmonaires.

Sur ces entrefaites, Mme S... avait dû s'aliter à son tour. Le *15 février*, elle avait eu un point de côté intense sous l'aisselle droite, accompagné d'un grand frisson et d'un violent mal à la tête. Quand nous la vîmes, la température était à 39°9, le pouls à 130, la respiration superficielle et rapide. Nous nous attendions à trouver, chez elle aussi, des signes de pneumonie, mais une auscultation attentive ne nous permit de rien découvrir d'anormal du côté du poumon. Malgré cela, nous instituâmes notre médication comme si nous avions affaire à une pneumonie confirmée, pensant que les signes positifs ne tarderaient pas à apparaître. Le lendemain, la température était encore à 39°5, le point de côté avait disparu et l'auscultation de la poitrine ne dénota encore rien d'anormal.

Le *17 février*, cet état persistant, nous fîmes transporter Mme S... dans son domicile, avenue de M..., afin de lui assurer des soins plus efficaces et ne voulant pas la laisser dans une chambre mal aérée où se trouvait déjà une autre malade. Les jours suivants la fièvre resta continue entre 38°5 et 39 degrés, malgré le pyramidon que nous faisions prendre à la dose de 60 centigrammes dans les vingt-quatre heures.

Le *21 février*, les phénomènes pulmonaires étant toujours négatifs malgré une auscultation attentive répétée tous les jours, et ayant vu apparaître des phénomènes gastro-intestinaux (diarrhée et vomissements), nous pensâmes que nous pouvions abandonner l'hypothèse de pneumonie pour envisager celle d'une fièvre typhoïde à début atypique. Afin de pouvoir confirmer ce diagnostic nous dîmes à la malade que nous lui prendrions du sang le lendemain pour faire le séro-diagnostic. Le *22 février*, en auscultant à nouveau la malade, nous perçûmes, dans la fosse sus-épineuse droite, un souffle léger et lointain; il y avait, de plus, une légère submatité à la percussion et de la résistance au doigt. Devant ces nouveaux signes nous renonçâmes à pratiquer le séro-diagnostic et revînmes à l'idée de pneumonie. Notons d'ailleurs que, dès le premier jour, la pommette droite présentait une rougeur très marquée qui persista jusqu'à la fin de la maladie. Nous fîmes alors de la révulsion sur le sommet droit par des ventouses et de la teinture d'iode.

Le *23 février* le souffle fut plus net. Nous entendîmes en outre quelques râles crépitants en un point très limité de la fosse sus-épineuse et le souffle se perçut aussi en avant, dans la fosse sous-claviculaire droite. Les jours suivants, les symptômes se confirmèrent et nous pûmes alors trouver une matité absolue dans les fosses sus et sous-épineuses et dans la fosse sous-claviculaire droites avec des bouffées de râles sous-crépitants et un souffle tubaire remarquable. Le *26 février*, la température tomba, l'état général de la malade s'améliora très sensiblement et il ne persista que les signes pulmonaires qui ont gardé encore toute leur netteté.

A aucun moment la malade, qui cependant toussait beaucoup, n'a eu la moindre expectoration.

Nous avons insisté assez longuement sur l'histoire de cette malade, dont la pneumonie a présenté au début une évolution assez particulière et rarement observée. On peut admettre que le foyer primitif de la pneumonie siégeait en plein centre du

lobe supérieur du poumon droit et que la lésion, suivant une marche excentrique, n'a pu être diagnostiquée cliniquement qu'au moment où les lobules pulmonaires périphériques ont été atteints à leur tour.

Nous n'avons pu déterminer d'une façon précise le point de départ de cette petite épidémie localisée à une chambre. Comment Mme F..., notre première malade, a-t-elle contracté sa pneumonie? Nous soignions à la même époque et dans la même maison une fillette de treize ans, atteinte de broncho-pneumonie; Mme F... n'avait jamais pénétré dans la chambre de l'enfant, mais la mère de cette dernière allait fréquemment chez Mme F... A-t-elle été le véhicule du contage? Nous n'oserions l'affirmer. Bien que le pneumocoque soit susceptible de conserver assez souvent sa virulence après avoir été expulsé par l'expectoration et puisse être transporté à distance par l'entourage du malade, nous ne saurions tabler sur ces faits, dont la démonstration matérielle est à peu près impossible. La contagion ne paraît bien évidente que s'il y a eu contact prolongé et immédiat avec le malade, comme cela a eu lieu dans tous nos cas.

Nous avons enfin observé un dernier cas de pneumonie dans lequel la contagion peut aussi être invoquée. Il s'agissait d'une femme, âgée de quarante-huit ans, qui alla donner ses soins à un de ses parents atteint de « fluxion de poitrine ». D'après les renseignements qu'a bien voulu nous donner notre confrère M. le docteur Dargein qui soignait le malade, il s'agissait d'une broncho-pneumonie à foyers disséminés. Ce malade mourut le *27 février*. Le *28 février* au soir, notre malade fut atteinte d'un point de côté avec frisson violent. Nous la vîmes le soir même, la température était à 39 degrés, mais l'auscultation ne nous permit de rien découvrir. Le lendemain au soir un souffle apparut dans la base droite et dès ce moment une pneumonie classique évolua avec des phénomènes généraux très graves. La malade mourut le *5 mars* avec des signes marqués d'asthénie cardiaque.

Mais nous ne retiendrons que nos trois premiers cas de pneumonies contractées successivement dans une même chambre, car nous ne pensons pas que l'on puisse invoquer pour ces faits une simple coïncidence; il s'agit bien de contagion directe de la pneumonie comme dans les cas de Proby et de Blanc que nous citerons plus loin. On pourrait nous objecter que, nous trouvant en pleine épidémie de grippe, au moment où nous observions ces cas, il serait plus logique de les attribuer à cette maladie infectieuse qui se plaît à frapper ainsi à la fois tous les membres d'une famille, tous les habitants d'une maison. En effet, pendant cette même période, nous avons pu observer des familles entières atteintes par la grippe, mais la maladie était essentiellement polymorphe dans ses manifestations; l'un présentait une forme pulmonaire, l'autre une forme gastro-intestinale; la gravité aussi était des plus variables, elle léchait les uns et mordait cruellement les autres. Nous avons eu, au contraire, dans nos trois cas, une maladie bien semblable à elle-même (si on laisse de côté les différences de détails inhérentes à l'âge des malades). Toutes trois furent frappées brusquement et de suite l'affection se localisa sur le poumon, présentant dès le début un caractère de grande gravité. Nos observations d'ailleurs semblent calquées sur celles, bien classiques, de Proby et de Blanc.

Le premier de ces auteurs a rapporté dans le *Lyon médical* (1889) l'observation de trois garçons boulangers qui, successivement, vinrent occuper une même chambre chez leur patron, dont le fils venait d'avoir une broncho-pneumonie. Tous les trois contractèrent à quelques jours d'intervalle une pneumonie lobaire qui fut fatale à l'un d'eux.

Le docteur Blanc a publié dans la *Presse médicale* (1887) la relation d'une épidémie de pneumonie qu'il observa dans les prisons de Lyon. Il y eut, dans les mois de février et mars, une vingtaine de pneumonies chez les détenus et, dans quelques cas, la contagion fut bien manifeste. En particulier, le médecin qui avait soigné ces malades avant le docteur Blanc contracta lui-même la pneumonie et mourut en quelques jours; son père et sa mère, venus d'une localité lointaine pour soigner leur fils, succombèrent peu après au même mal.

Notons que, comme ces auteurs, nous avons observé une durée d'incubation très courte, deux à trois jours au plus dans tous nos cas.

Quelles mesures prophylactiques nous impose la connaissance de ces faits? A l'hôpital, où les pneumoniques ne sont pas isolés, où ils sont en contact direct et constant avec le personnel qui soigne les autres malades, les cas de contagion sont très rarement observés. Cependant, aucune mesure spéciale n'est prise à l'égard de ces malades. Devons-nous, dans les familles, nous abstenir de toute recommandation concernant les précautions hygiéniques à observer? Bien au contraire, nous prendrons pour la pneumonie les mesures que nous avons coutume de prendre pour toute maladie infectieuse et contagieuse. L'isolement du malade sera ordonné et l'on prescrira, aux personnes chargées de lui donner leurs soins, les précautions hygiéniques les plus rigoureuses : lavage des mains et de la bouche avec un antiseptique, port de vêtements spéciaux dans la chambre du malade, etc., on exigera surtout que le malade soit muni d'un crachoir, pour que les produits de l'expectoration soient recueillis et détruits rigoureusement. C'est parce que le malade d'hôpital est muni de son crachoir que la contagion de la pneumonie n'est pas observée dans les salles. Au contraire, l'habitude courante observée dans les familles de faire cracher les malades dans des mouchoirs ou des serviettes, rend cette contagion possible et c'est contre cette méconnaissance d'une règle élémentaire d'hygiène qu'il faut surtout lutter.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 JUIN 1907)

Traitement de la syphilis.— L'anilarsinate de soude, administré suivant la méthode de Salmon, vient d'être expérimenté par M. HALLOPEAU.

120 observations établissent que ce médicament exerce une action puissante sur l'infectieux syphilitique; elle est souvent supérieure à celle du mercure et de l'iodure de potassium; les infections associées lui sont réfractaires; il en est de même des deutéropathies syphilitiques, telles que la leucoplasie linguale, le tabes, etc. On guérirait la vérole par cette médication si l'on pouvait la prolonger; on est constamment arrêté par des accidents d'intolérance : douleurs violentes, prostration, vertiges, etc., généralement bénins et très passagers, ils prennent parfois un caractère très pénible, on peut les éviter en modérant les doses et en s'arrêtant à temps, les doses successives s'accumulent dans l'organisme et finissent par s'y dissocier en produits nuisibles; cette dissociation est plus ou moins rapide et intense, d'où les différences dans la tolérance. On peut d'après Salmon recommencer la cure au bout de quinze jours, il n'y a plus alors d'arsenic dans l'urine; on devra déterminer pendant combien de temps on pourra renouveler ces cures sans risquer de provoquer l'arsenicisme chronique, à moins qu'il ne se produise l'immunité des arsenicophages; il y a lieu d'administrer concurremment le mercure et l'iodure. On peut avec avantage injecter l'anilarsinate de soude au voisinage du chancre, des exostoses et des syphilides tertiaires; administré après un rapport infectant, il peut, d'après les expériences sur les singes de MM. Metchnikoff et Salmon, faire avorter la maladie. Nous préférons le nom chimique très voisin de celui que Béchamp a donné au produit lorsqu'il l'a découvert en 1863, à celui d'atoxyl qui implique une erreur.

Traitement simple de certaines dermatoses et déformations de la face. — Sous ce titre, M. JACQUET nous a lu un travail très intéressant. Il a obtenu, dans ces cas qui font souvent le désespoir du malade et le découragement du médecin, des résultats très remarquables par une méthode des plus simples et des plus facilement applicables. Les faits rapportés par M. Jacquet sont instructifs, non seulement au point de vue du traitement, mais aussi au point de vue de la pathogénie des accidents dont il s'agit. Voyons ces faits :

Une jeune fille a la peau du visage huileuse, luisante, tuméfiée, rouge après les repas. Suivant sa propre expression, depuis son enfance elle mange *goulûment*. M. Jacquet la met au régime d'abord lacté, puis lacto-végétarien, tout disparaît. Une autre jeune fille atteinte d'acné rebelle est adressée à M. Jacquet par M. Besnier. Elle aussi mange *goulûment*. Après une systématisation de son mode d'alimentation et un massage méthodique de la face, les accidents d'acné s'atténuent et s'améliorent considérablement. C'est à l'irritation viscérale constamment répétée, résultant du traumatisme produit par le bol alimentaire sur la muqueuse gastrique que M. Jacquet attribue les accidents de la circulation de la face. Pourquoi, dit-il, l'enfant est-il si beau alors que tant d'adultes deviennent laids? Question de mode d'alimentation. La vie nous enlaidit. Par la vie, M. Jacquet entend la manière de vivre. Il n'est pas besoin d'un microbe pour expliquer la production de ces accidents ; l'excès d'irritation ou la *surirritation* produite sur la muqueuse viscérale par ces traumatismes constamment répétés suffisent pour comprendre les troubles circulatoires de la face. C'est ce que M. Jacquet appelle la tachyphagie qui en est la cause. Les moyens d'y remédier sont des plus simples : il faut manger avec soin et lenteur, il faut savoir bien mâcher. Avec cela, un massage méthodique de la face qu'on pourrait appeler massage cosmétique ou esthétique, que M. Jacquet préfère appeler un massage plastique, donnera les meilleurs résultats.

Epidermisation de l'amnios. — M. BAR a fait une communication sur l'épidermisation de l'amnios dans le cas d'oligohydramnie.

Albuminurie de la grossesse. — M. WALLICH lit une note sur ce sujet.

Opération césarienne.— Cette opération, autrefois si rarement pratiquée, tend à entrer de plus en plus dans la pratique obstétricale. M. BONNAIRE nous apporte 17 nouveaux cas d'opérations césariennes qu'il a pratiquées dans son service de Lariboisière.

Commissions de prix. — L'Académie a procédé à l'élection des commissions de prix pour 1907. En voici la composition :

PRIX DE L'ACADÉMIE. — MM. Landouzy, Netter, Widal.
PRIX ALVARENGA. — MM. Cornil, Chamberland, Vincent.
PRIX APOSTOLI. — MM. Gariel, Robin, d'Arsonval.
PRIX AUDIFFRED. — Commission spéciale.
PRIX BARBIER. — MM. Robin, Lereboullet, Widal.
PRIX BOGGIO. — MM. Empis, Landouzy, Benjamin.
PRIX BOURCERET. — MM. Malassez, Huchard, Gley.
PRIX BUIGNET. — MM. Riche, Bouchardat, Regnard, Yvon, Reynier, Thoinot.
PRIX BUISSON. — MM. Lancereaux, Perier, Vincent.
PRIX CAPURON. — MM. Guéniot, Ribemont-Dessaignes, Doléris.
PRIX CHEVILLON. — MM. Lucas-Championnière, Chauffard.
PRIX CIVRIEUX. — MM. Fournier, Hallopeau, Joffroy.
PRIX CLARENS. — MM. Chantemesse, Vaillard, Netter.
PRIX DAUDET. — MM. Cornil, Le Dentu, Champetier de Ribes.
PRIX DESPORTES. — Section de thérapeutique.
PRIX FALRET. — MM. Magnan, Motet, Joffroy.
PRIX GODARD. — MM. Sée, Reclus, Ch. Monod.
PRIX HERPIN (de Genève). — MM. Hérard, Duguet, Raymond.
PRIX HUGUIER. — MM. Berger, Pozzi, Richelot.
PRIX JACQUEMIER. — MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes Champetier de Ribes.
PRIX LABORIE. — Section de chirurgie.
PRIX LARREY. — MM. Porak, Troisier, Kermorgant.
PRIX LAVAL. — MM. Bucquoy, Debove, Hutinel.
PRIX LORQUET. — MM. Magnan, Motet, Fernet.
PRIX LOUIS. — MM. Delorme, Chauffard.
PRIX MÈGE. — MM. Lucas-Championnière, Huchard, Gley.
PRIX MEYNOT. — MM. Gariel, Chauvel, Kirmisson.
PRIX MONBINNE. — MM. Vallin, Laveran, Cadiot.
PRIX POURAT. — MM. François-Franck, Duguet, Richet.
PRIX RICORD. — MM. Fournier, Besnier, Hallopeau.
PRIX TARNIER. — MM. Lannelongue, Porak, Reclus.
PRIX VERNOIS. — MM. Chantemesse, Kaufmann, Thoinot.

ANALYSES

MEDECINE

Sur le traitement des porteurs de bacilles typhiques. (Dehler. *Munch. med. Wochens.*, 16 avril 1907, n° 16, p. 779.) — Une femme de quarante-six ans, internée comme aliénée à l'hôpital de Frankenthal présentait depuis deux ans une diarrhée muqueuse et sanglante accompagnée d'un prolapsus du rectum récidivant. En deux ans se produisirent parmi les malades de la même salle quatre cas de fièvre typhoïde, dont un mortel. L'examen des selles de cette femme pratiqué 39 fois en deux ans permit de déceler 37 fois de nombreux bacilles d'Eberth; le sang et les urines se montrèrent constamment stériles; le pouvoir agglutinatif du sérum variait de 1/50 à 1/100. Il fut impossible de savoir si la malade avait eu antérieurement la fièvre typhoïde.

Aucun traitement n'ayant pu faire disparaître les bacilles des selles, Dehler, se fondant sur les recherches de Blumenthal, Förster et Kayser, entreprit d'intervenir chirurgicalement sur les voies biliaires.

La vésicule biliaire fut trouvée entourée d'adhérences. La bile obtenue par ponction aseptique donna des cultures de bacilles d'Eberth et de colibacille. L'ouverture large de la vésicule montra deux calculs, dont l'un dilatait le canal cystique. Après ablation de ce dernier calcul il s'écoula une grande quantité de bile.

Les jours suivants, les cultures de la bile s'écoulant par le canal cystique donnèrent d'abord du bacille d'Eberth et du colibacille, puis du bacille d'Eberth à l'état de pureté. Le canal cystique s'oblitéra peu à peu et la bile reprit son cours normal vers l'intestin; la plaie se cicatrisa. La vésicule biliaire n'avait pas été enlevée, mais se trouva ainsi fonctionnellement supprimée.

Pendant les huit mois qui suivirent l'opération l'examen des selles fut pratiqué 76 fois. Une fois seulement, deux mois après l'intervention on trouva quelques colonies de bacille d'Eberth. Dans les six mois suivants, cinquante examens furent négatifs.

Dehler pense que la suppression fonctionnelle de la vésicule biliaire a tari le lieu de pullulation des bacilles typhiques. Les voies biliaires supérieures sont sans doute restées infectées, mais les bacilles s'y trouvent en quantité minime, ils sont sans cesse rejetés dans l'intestin par la bile qui ne peut plus stagner dans la vésicule. Dans l'intestin les bacilles typhiques, très peu nombreux, sont étouffés par les autres germes intestinaux et il n'y a rien d'étonnant à ce qu'on n'en puisse plus trouver dans les selles. A. LEMIERRE.

Dysenterie bacillaire infantile. (Auché et Campana. *Arch. de méd. des enf.*, sept. et oct. 1906.) — Chez les enfants comme chez les adultes, la dysenterie bacillaire peut être due tantôt au bacille du type Shiga, tantôt au bacille du type Flexner, tantôt au bacille de Strong. Les caractères cliniques de ces diverses variétés pathogéniques de dysenterie ne sont pas assez suffisamment tranchés pour qu'on puisse établir des types cliniques correspondant aux types bacillaires. Jusqu'à présent, les seuls moyens d'établir la nature dysentérique d'une diarrhée sont donc la recherche des bacilles dans les selles, et l'épreuve de l'agglutination.

L. BABONNEIX.

La courbe du poids du corps dans certaines affections. (*Nuova rivista clinica terapeutica*, 1906, n° 9.) — Les relations de la courbe du poids du corps avec l'évolution et le pronostic de certaines maladies peuvent être ainsi établies d'après M. Masucci.

Dans la chlorose, la courbe du poids suit exactement la marche de celle de l'hémoglobine et des érythrocytes. Les oscillations de cette courbe sont souvent la traduction fidèle des œdèmes. Lorsque ces oscillations sont très accusées le pronostic est plus sombre, car cela implique l'existence de complications ou parce que la guérison est retardée par des causes diverses. Au contraire lorsque les oscillations sont peu prononcées le pronostic est très favorable.

Au cours du diabète, la courbe du poids corporel est inverse de celle du poids du glucose et, quoique moins régulièrement, de celle du poids de l'urée. Une courbe régulière est l'indice d'un bon pronostic.

Chez les tuberculeux, les courbes du poids et de l'état général sont parallèles; la fièvre n'entraîne pas chez eux un abaissement de poids correspondant comme cela s'observe dans d'autres maladies infectieuses; on peut voir même quelquefois la courbe du poids et celle de la température s'élever simultanément. Des oscillations marquées comportent un pronostic grave.

Dans le tabes, courbe du poids et force musculaire décroissent de façon parallèle. A. GAULLIEUR L'HARDY.

CHIRURGIE

La prostate femelle. (Charles E. Barnett. *Ann. of Surg.*, vol. XLIV, n° 4, oct. 1906, p. 576-581.) — Puisque l'utricule prostatique qui répond à la coalescence des canaux de Muller se développe tout à fait indépendamment de la prostate, il est logique de chercher chez la femme une formation glandulaire homologue, indépendante du vagin et produite par un bourgeonnement de l'épithélium de l'urètre. Cette formation est réalisée par les glandes urétrales profondes ou de Skine. Il est vraisemblable que la sécrétion de celles-ci jointe à celle de la glande de Bartholin et des glandes de Naboth est plus qu'un simple lubréfiant pendant le coït. Les sécrétions mélangées de ces diverses glandes constituent le milieu d'existence des spermatozoïdes chez la femme, milieu qui rend alcaline la sécrétion normalement acide du vagin où les spermatozoïdes ne pourraient vivre. C'est le milieu qui succède au milieu mâle formé par les sécrétions de la prostate, des glandes de Cowper et des glandes décrites par Piersal dans les parois des vésicules séminales. L'étude chimique de ces sécrétions est encore à faire.

Les dissections de Barnett lui ont toujours montré les glandes urétrales profondes situées à mi-chemin entre le col de la vessie et le méat, de chaque côté de l'urètre, au-dessus du fascia vésico-vaginal; les canaux débouchent tout près du méat urinaire. Quand les glandes sont hypertrophiées, elles empiètent sur le col de la vessie, les changements de forme étant très semblables à ceux de la prostate de l'homme lorsqu'elle s'hypertrophie. Il est même ici dessiné un cas où l'hypertrophie de la glande gauche faisait une saillie en barre à l'origine de l'urètre.

Quand la blennorragie infecte les glandes urétrales profondes, les désordres anatomiques sont tout à fait comparables à ceux de la prostatite blennorragique. Le pus peut se faire jour vers l'urètre ou vers le vagin, d'où fistule urétro-vaginale qui équivaut à une fistule vésico-vaginale. Le drainage est insuffisant, l'abcès se reforme à perpétuité. Si la virulence n'est pas suffisante pour créer un abcès, il peut y avoir seulement inflammation chronique avec hypertrophie de

la glande. Le drainage, le curetage, l'ablation de la glande surtout sont les moyens chirurgicaux à opposer à ces affections. Trois cas personnels terminent l'article, qui montrent bien les difficultés du diagnostic. F. GARDNER.

Contribution à l'étude des kystes dermoïdes du médiastin antérieur. (NAUDROT. Th. de Paris, 1907.) — M. Naudrot montre que les kystes dermoïdes du médiastin antérieur ne sont pas si rares, puisqu'il a pu en réunir 50 observations; ils sont d'origine congénitale et attendent presque toujours l'époque de la puberté pour donner lieu à des accidents; leur pathogénie est encore obscure, et aucune des théories : inclusion épithéliale, origine thymique, origine blastomérique, n'en donne une explication applicable à tous les cas.

Le premier signe de ces kystes dermoïdes est généralement la dyspnée; puis après une période de latence plus ou moins longue, ils évoluent comme les autres tumeurs du médiastin avec de la dyspnée, des douleurs thoraciques, de la toux quinteuse, et parfois de l'expectoration; pendant une période durant de trois à huit ans avec des périodes de rémission.

Le diagnostic, impossible au début, peut être fait ultérieurement grâce à un examen clinique attentif, aidé de la radiographie.

Si l'on n'intervient pas chirurgicalement, les kystes dermoïdes amènent fatalement la mort par cachexie ou par compression; on devra donc, sans hésiter, dès le diagnostic posé, pratiquer une thoracotomie large suivie de pleurotomie; puis on fera l'extirpation complète chaque fois que ce sera possible; dans le cas contraire, on évacuera les cavités dermoïdes et on marsupialisera la poche. Cette intervention, dit M. Naudrot dans ses conclusions, n'est pas aussi grave qu'on a bien voulu le dire; le pneumothorax chirurgical se résorbant assez vite, si on veut l'éviter, on peut se servir des différents appareils employés en Allemagne (chambre de Sauerbrück, appareil de Brauer) ou de celui plus simple que vient de faire construire M. Pierre Delbet.

Nous devons féliciter M. Naudrot d'avoir entrepris ce travail qui éclaire un coin de la pathologie du médiastin mal connue en France. E. LE SOURD.

Fracture du cinquième métatarsien par torsion du pied en dedans. (F. J. COTTON. *Boston med. and surg. Journ.*, vol. CLV, n° 9, 30 août 1906, p. 229.) — Cette affection a été décrite pour la première fois par Burnes Jones en 1903. Auparavant, comme toutes les fractures méconnues, elle était étiquetée : entorse.

Cottin en a publié un cas personnel la même année, et depuis, il en a été décrit cinq nouveaux cas par Allon, Lane, O'Brion, Schneider, Braden.

L'auteur résume ces cinq observations avec les lésions montrées par la radiographie.

Le mode de production est toujours le même : torsion du pied en dedans dans un faux-pas ou une chute très légère.

Il se produit une douleur peu intense et une boiterie qui provient de l'impossibilité d'appuyer les orteils sur le sol.

On trouve un peu de gonflement, une petite ecchymose, de la sensibilité à la pression de la base du cinquième métatarsien, pas de crépitation et de mobilité anormale. On conclut à de l'entorse du cinquième métatarsien.

Cependant avec plus de précision on note :

1° Que le maximum de douleur bien localisé est plus bas que la base du cinquième métatarsien;

2° Que quand on presse de dehors en dedans sur l'extrémité inférieure du métatarsien on produit une douleur vive en ce point;

3° Qu'au contraire la pression de bas en haut sur l'extrémité inférieure du métatarsien est peu douloureuse.

La radiographie montre une fracture en général incomplète du métatarsien plus ou moins près de son extrémité supérieure.

L'affection guérit spontanément en quatre semaines avec formation d'un cal en général peu volumineux.

LANCE.

THERAPEUTIQUE

Un nouveau pansement pour vaccinations. (SORGIUS. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1906, n° 5.) — Pour les vaccinations en masse, lorsque l'on doit opérer et panser rapidement les pansements indiqués ci-dessus ne peuvent servir, étant trop compliqués et trop chers. Or, quels sont les désidérata auxquels doit suffire un pansement utile pour les vaccinations en masse : 1° être stérile; 2° pouvoir se faire de toutes dimensions; 3° pouvoir s'appliquer facilement et rapidement; 4° ne pas être hermétique, la pustule ne devant pas macérer, mais sécher; 5° pouvoir rester en place au moins cinq jours, c'est-à-dire jusqu'à la première inspection, pour être renouvelé ensuite ou être fixé à nouveau : 6° être bon marché.

M. Sorgius a employé en collaboration avec le professeur Lévy un pansement très simple, remplissant les conditions voulues.

Ce pansement se compose d'une bande de gaze stérilisée (octuple) de 5 mètres de longueur et de 5 centimètres de largeur, conservée dans une boîte en carton fermant hermétiquement, et dont le bout ressort par une fente au-dessous du couvercle, afin de pouvoir être découpé à la longueur voulue.

Pour la fixation il s'est servi du leucoplaste de Beiersdorf, sous la forme de la bobine de 5 mètres de longueur et d'un centimètre un quart de largeur, vendue sous le numéro 521.

L'on applique la gaze découpée en long sur les quatre coupures vaccinales et on la fixe à l'aide de trois bandes de leucoplaste appliquées en travers, au-dessus, au-dessous et au milieu. Le bout de la bande de leucoplaste est pressée avec un doigt de la main gauche 2 à 4 centimètres en dehors de la gaze sur la peau, ensuite l'on déroule avec la main droite la bobine de leucoplaste par-dessus la gaze jusqu'à 2 à 3 centimètres en dehors de celle-ci, en serrant assez fortement et en appuyant le bout de leucoplaste sur la peau, et en coupant l'emplâtre. L'on évite bien entendu d'entourer tout le bras de la bande de leucoplaste.

Après un peu de pratique une demi-minute suffit pour fixer le pansement, dont la dépense n'atteint pas 9 centimes.

Pour se rendre compte de la durabilité du pansement, les auteurs ont laissé un certain nombre de pansements quinze jours en place, et ont constaté que presque tous, sans exception, ont tenu, et que la plupart des pustules étaient guéries sous une croûte sèche.

L'évolution des pustules, sous ce pansement est idéale et sans réaction. Tous les inconvénients indiqués plus haut sont évités, et cela bien entendu à condition que l'on n'arrache pas le pansement avant le moment opportun.

Ce qui précède démontre que ce pansement, qui est déjà en usage depuis longtemps auprès d'un grand nombre de médecins dans leur clientèle privée, peut être employé avec succès, et est indiqué dans les vaccinations en masse.

L. G.

PRATIQUE MÉDICALE

LE RÉGIME LACTÉ ET LE « STEM »

Le régime lacté héroïque, mais souvent mal toléré, peut d'après les derniers travaux publiés (1) être remplacé par le régime du « Stem » ou alterné avec lui.

Le « Stem », pur jus de raisins frais, a la même composition que le lait de femme (2); et il a l'avantage de n'entraîner bactériologiquement ni entérite, ni tuberculose.

Par ses éléments constitutifs (sucre, sels, minéraux, fer, etc.), le jus de raisins frais, comme le lait, alimentera les fébricitants, les albuminuriques, les graveleux, les dyspeptiques, etc., il dégagera les reins des albuminuriques et des cardiaques ; de plus, il tonifiera les tuberculeux, les neurasthéniques, les convalescents, mieux que les vins de quina et de kola, trop alcooliques.

Il était évident, à priori, que le jus de raisins était la parfaite boisson, le meilleur aliment naturel, l'agent le plus indiqué du fruitarisme, mais il fallait arriver à sa production et à sa conservation en toute pureté.

Cette conservation du jus de raisins a été, depuis de nombreuses années, l'objet d'efforts répétés. Le problème était simple en apparence, de l'ordre de ceux qu'un empirisme élémentaire semble devoir résoudre.

« Chauffons le jus vers 100 degrés, s'est-on dit, et il se conservera indéfiniment. » Il n'en est rien, et le problème de la stérilisation en grand, du jus de raisins, de sa conservation, de son transvasement, est de ceux qu'une technique rigoureuse, appuyée sur la science la plus avertie, peut seule résoudre.

Pour donner une mesure des difficultés surmontées, qu'il suffise de rappeler tout ce qui a été tenté infructueusement dans ce but : chauffer les jus en bouteilles, dans un chauffe-vin leurs arômes se dissocient. Une fois stérilisés, les conserver en tonneaux, ils fermentent, ou aigrissent ou moisissent. Il faut y ajouter des antiseptiques : formol, acide sulfureux, abrastol, acide borique, salicylique, etc., au grand détriment des viscères du consommateur.

C'est par de tout autres moyens que la Société de Stérilisation et d'Exportation des moûts, 19, rue Confort, à Lyon, prépare le « Stem » pur jus de raisins frais stérilisé et conservé sans addition d'aucun produit chimique. Elle a abordé le problème de front et elle s'est proposé :

1° De stériliser les jus à haute température ;

2° De les transvaser aseptiquement dans des récipients où leur conservation fût indéfinie.

Elle y est parvenue en faisant usage, dans la construction de ses appareils de stérilisation, de principes déduits de la chimie, en brevetant un appareil assurant un transvasement rigoureusement aseptique, enfin en faisant usage de récipients en verre rigoureusement stérilisables.

Là encore, la science vraie, celle qui va aux sources, s'est montrée plus féconde, plus pratique que l'empirisme le mieux intentionné.

Ces raisons font que le « Stem » est le roi des jus de raisins, celui qui se recommande à l'attention du médecin convaincu de la valeur thérapeutique du jus de raisins.

Grâce au « Stem », la cure de raisins est rendue possible dans des conditions exceptionnelles d'hygiène et d'efficacité d'un bout de l'année à l'autre.

(1) *Province méd.*, 9 mars 1907; — *Journ. des prat.*, 27 avril 1907; — *Bull. méd.*, 27 avril 1907; — *Bull. thérap.*, 8 mai 1907; — *Gaz. des hôpit.*, 9 et 11 mai 1907.

(2) Henry et Chevalier.

LIVRES NOUVEAUX

Les toxines et les venins et leurs anticorps (1),
par Pozzi-Escot.

Ce petit livre a l'avantage de grouper toute une série de faits qui sont présentés en général isolés. M. Pozzi-Escot embrasse dans son étude des toxines les poisons organiques les plus divers : ptomaïnes et leucomaïnes, toxines des végétaux, des champignons, toxines animales, toxines microbiennes; et enfin les venins des serpents, des batraciens et des sauriens, des hyménoptères et des scorpions.

Les notions exposées sont claires et précises. On n'y trouve que des faits certains et bien établis. Leur abondance, nécessitée par la largeur du cadre, rend la lecture de l'ouvrage un peu ardue. Mais c'est une source de renseignements précieux, où l'on peut puiser avec avantage. A. Lemierre.

(1) In-8. (Les Actualités chimiques et biologiques.) — Paris, 1906, J. Rousset.

NOTES POUR L'INTERNAT

EMBOLIES PULMONAIRES (2)

SYMPTOMES. — Pour l'étude clinique des embolies pulmonaires, on peut adopter la même distinction que pour l'étude anatomique, c'est-à-dire décrire la grosse embolie, avec accidents à marche rapide, très souvent mortels; l'embolie moyenne avec apoplexie pulmonaire, les embolies capillaires. Il est bien évident que cette division un peu schématique n'est pas absolue; car il faut tenir compte aussi du nombre des emboles, plusieurs petits caillots pouvant produire les mêmes effets qu'un caillot volumineux et déterminer rapidement la mort.

Grosse embolie. — Un malade est atteint d'une phlébite traumatique, d'une phlegmatia alba dolens. Tout à coup, à l'occasion d'un effort, d'un mouvement, il pâlit et succombe immédiatement sans crise de suffocation (mort instantanée, *forme syncopale*). Dans d'autres cas, il est pris d'une suffocation violente avec sensation de constriction thoracique ; il pousse un cri et succombe en quelques secondes ou quelques minutes. D'après Lancereaux, la mort subite survient toujours ainsi et jamais la mort n'est instantanée.

Pour expliquer ces morts subites, on a dit que l'embolus, arrivant dans le tronc de l'artère pulmonaire, arrête le sang qui reflue dans le cœur droit et le cœur devient impuissant à lutter contre la masse sanguine. D'après Panum, l'artère pulmonaire étant tout à coup obstruée, le cœur gauche ne reçoit plus le sang des poumons et ne peut l'envoyer à l'encéphale : anémie cérébrale, mort. Peter admet une syncope, un arrêt du cœur par réflexe inhibitoire à point de départ dans les nervi vasorum de l'artère pulmonaire.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 58, p. 693, et n° 62, p. 730.

Dans une autre série de faits, les accidents durent quelques heures, et le malade succombe par *asphyxie*. C'est, comme précédemment, une suffocation violente qui marque le début; la dyspnée est extrême; le malade a soif d'air; la face d'abord pâle, ne tarde pas à se cyanoser. Assez souvent, se produisent des convulsions généralisées, avec écume à la bouche comme dans l'épilepsie (Picot). En examinant le malade, on ne trouve au début, pas de signes anormaux à la percussion et à l'auscultation du poumon; vers l'approche de la mort, signes de congestion et d'œdème diffus. Les battements du cœur, d'abord violents et tumultueux (140 à 160 pulsations par minute) s'affaiblissent bientôt, le pouls devient petit et filant, intermittent. Quelquefois on trouve de la contracture de la nuque (Luzzato).

L'intelligence est presque toujours conservée; le malade se plaint souvent d'une vive céphalalgie (Ball). Parfois, il y a de l'excitation cérébrale et du délire.

La mort survient en une ou deux heures avec cyanose et refroidissement des extrémités. Dans d'autres cas, après ce début brutal et cet ictus embolique, le calme se rétablit un peu, puis un nouvel accès de dyspnée angoissante survient; et, après des alternatives d'accès et de rémissions, le malade succombe en un ou deux jours. Il peut arriver même que le malade guérisse, soit que le caillot n'ait pas été complètement oblitérant, soit qu'il ait pu être résorbé rapidement. Ces cas, observés par exemple au cours d'une phlébite, sont toutefois obscurs, parce que le diagnostic, non étayé sur une preuve anatomique, reste souvent incertain (Marfan).

Enfin, dans une troisième variété de faits, plus rares, la dyspnée est moins violente, l'asphyxie s'atténue et, au bout d'un certain temps, se produit une *hémoptysie*. On trouve, dans une des régions postérieures et inférieures du thorax, un foyer de submatité, de souffle et de râles sous-crépitants. C'est que la grosse embolie a été suivie de la production d'un gros infarctus et ce cas nous conduit par transition aux embolies moyennes dans lesquelles l'apoplexie pulmonaire est la règle.

Embolie moyenne. — C'est le type classique de l'*apoplexie pulmonaire* des cardiaques. Un mitral a déjà des signes d'hypo ou d'asystolie; brusquement la dyspnée augmente; une douleur thoracique est ressentie dans un côté, très intense en cas d'infarctus sous-pleural; la toux est quinteuse; bientôt l'*expectoration sanguinolente* apparaît. Quelquefois, mais rarement, l'attaque commence par une hémoptysie violente. Le plus habituellement, le crachement de sang n'est pas très abondant (40 à 50 grammes par jour); le sang noirâtre et poisseux est mélangé aux crachats qui prennent une teinte ocreuse, bistrée, parfois jus de réglisse, noir de suie; leur odeur est aigrelette, rappelant celle du sirop antiscorbutique (G. de Mussy). Au microscope, on voit dans les crachats au milieu des globules rouges de grandes cellules pigmentaires. Cette hémoptysie, peu abondante, fractionnée, dure ainsi quelques jours, quelques semaines.

A l'examen de la poitrine, on trouve, en un point où le murmure vésiculaire ne s'entend plus, un foyer de râles crépitants ou sous-crépitants; le souffle tubaire est rare, la matité plus rare encore. Quand des infarctus sont multiples, on trouve naturellement plusieurs foyers de signes physiques.

Des symptômes nouveaux peuvent survenir du fait d'une complication de l'infarctus : pneumonie, pleurésie, pneumothorax, suppuration ou gangrène. Plus habituellement, l'infarctus hémoptoïque a tendance à guérir; l'hémoptysie diminue, les crachats se décolorent, la respiration devient meilleure. Malheureusement, de par l'affection cardiaque, le malade est exposé à de nouvelles embolies et il peut finir par succomber à l'une d'elles ou par asystolie.

Il faut noter que des embolies pulmonaires peuvent, chez des cardiaques, ne donner aucun symptôme fonctionnel appréciable, être masquées par les phénomènes asystoliques, et, à l'autopsie, on trouve des infarctus plus ou moins récents.

Embolies capillaires. — Quelques-unes ont une symptomatologie qui les rapproche beaucoup des grosses embolies et se traduit par des accidents de haute gravité.

Ainsi en est-il pour les *embolies graisseuses*. Le blessé, il s'agit le plus souvent d'un blessé ayant une fracture, est pris tout à coup d'une dyspnée excessive, avec cyanose du visage, refroidissement des extrémités. Des quintes de toux sont suivies d'une expectoration spumeuse, striée de sang, rarement d'une hémoptysie. A l'auscultation on entend de nombreux râles dans la poitrine; le pouls est accéléré et faible. Bientôt le blessé qui ressent une sensation de faiblesse générale tombe dans la somnolence et le coma; la température centrale s'élève tandis que les extrémités sont froides. Le pouls devient très accéléré et très faible, et le blessé succombe en très peu d'heures. Quelquefois cependant une rémission se produit et la mort ne survient qu'après plusieurs jours; la guérison peut même avoir lieu après une série de crises. D'après de Groubé, on pourrait prévoir l'embolie graisseuse chez les blessés, en recherchant la lipurie.

L'*embolie gazeuse*, qui résulte de l'entrée de l'air dans les veines, est annoncée par un sifflement prolongé que Mirault a comparé à un reniflement. En même temps, le patient est pris d'une dyspnée extrême; les battements du cœur sont fréquents, tumultueux; la face est pâle, les pupilles dilatées. La mort survient en quelques minutes, souvent après quelques mouvements convulsifs; elle peut ne survenir qu'après quelques heures voire même vingt-quatre heures. D'ailleurs, la terminaison n'est pas nécessairement funeste; Green a compté 9 guérisons sur 67 malades.

Les embolies microbiennes, cancéreuses, gangréneuses ont des symptômes et des signes physiques tout différents et dont l'étude clinique ne cadre plus avec celle des embolies pulmonaires.

DIAGNOSTIC — Le diagnostic est heureusement facilité par la notion d'une phlébite, d'une affection cardiaque, d'un traumatisme. La forme syncopale de la grosse embolie pourra être confondue avec les différentes *syncopes*, avec certains accès d'*angor pectoris* à tendance syncopale.

La forme asphyxique est à distinguer de l'*œdème pulmonaire* aigu; mais on a dans ce cas l'expectoration et les signes physiques caractéristiques; de la *dyspnée* subite du *rétrécissement mitral* avec soif d'air qui se rattache peut-être à l'œdème pulmonaire; de la *thrombose cardiaque*, mais il est rare alors que le début soit aussi brusque que dans l'embolie, les bruits du cœur s'affaiblissent et on peut entendre un bruit de piaulement (Ball).

L'apoplexie pulmonaire de l'embolie moyenne est généralement d'un diagnostic facile; c'est l'expectoration hémorragique chez un cardiaque. Il faut toutefois se rappeler que toute hémoptysie du cardiaque ne ressortit pas à cette pathogénie; c'est ainsi que, dans le rétrécissement mitral par exemple, l'hémoptysie peut survenir par *congestion pulmonaire* passive ou par *tuberculose* pulmonaire. Si l'hémoptysie manque dans l'apoplexie pulmonaire, et Grisolle a insisté sur ces cas, le diagnostic devient impossible.

L'embolie graisseuse se distingue du *choc traumatique* parce que les accidents du choc sont immédiats, tandis que ceux de l'embolie n'apparaissent que quelques heures, un jour après le traumatisme. La recherche de la graisse dans l'urine a une grande importance pour le diagnostic (Méry).

PRONOSTIC. — Après ce qui a été dit de la marche des accidents à propos des symptômes, il suffira de rappeler que :

La grosse embolie amène le plus souvent la mort;

L'apoplexie pulmonaire a tendance à la guérison, mais dans ce cas le pronostic est au cœur; à craindre de nouvelles embolies et l'asystolie.

La terminaison mortelle est fréquente mais non fatale dans les embolies graisseuses et gazeuses.

TRAITEMENT. — Dans certains cas, c'est, d'abord et surtout, un traitement prophylactique, par exemple dans les phlébites : immobilisation, sans cependant la prolonger abusivement (Vaquez).

Les accidents syncopaux de la grosse embolie seront traités par la respiration artificielle, les injections d'éther et d'huile camphrée; les accidents asphyxiques par les ventouses, la saignée, les inhalations d'oxygène.

Dans l'apoplexie pulmonaire des cardiaques, traitement de l'asystolie.

BIBLIOGRAPHIE. — MARFAN. *Traité de médecine*, t. VI. — MÉRY. *Traité de médecine et de thérapeutique*, t. VII. — BALZER. *Dictionnaire Jaccoud*, t. XXIX. — *Traités de chirurgie*.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 5, mai 1907.) PICHOT : Le traitement intensif et abortif de la syphilis réalisé par les injections d'huile grise. — JULLIEN : Deux mots sur l'huile grise. — ETIENNE : Note sur les injections d'huile grise. — A. RENAULT : Considérations sur l'emploi de l huile grise dans la traitement de la syphilis. — E. FOURNIER : Considérations sur les injections d'huile grise. — A. FOURNIER : Réflexions sur l'huile grise.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 14, 30 avril 1907.) A. ROBIN : Un essai d'organisation économique de la lutte contre la tuberculose. — ROCH : De l'emploi de l'atropine dans l'intoxication aiguë par la morphine. — E. ROCHARD : De l'appendicite traumatique. — (N° 15, 8 mai.) E. ROCHARD : Anévrisme de la carotide primitive droite avec dilatation du tronc brachio-céphalique et de la crosse de l'aorte. Ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière. Amélioration considérable. — (N° 16, 15 mai.) A. ROBIN : Un essai d'organisation économique de la lutte contre la tuberculose. — (N° 17, 23 mai.) Paul DE CHAMPTASSIN : Des résistances progressives dans le développement des muscles.

Bulletin médical. — (N° 33, 1er mai 1907.) GOSSET : Thoracotomie pour kyste hydatique du poumon. — (N° 34, 4 mai.) Ch. MONGOUR : Traitement de l'arthrite blennorragique par la ponction articulaire et la mobilisation précoce. — Paul BOUCHET : La question de quantité dans les injections de sérums après les hémorragies post-traumatiques ou post-opératoires. — (N° 35, 8 mai.) RICHELOT : Sur une terminaison peu connue de l'appendicite (par psoïtis). Fréquence des lésions appendiculaires, autrefois et aujourd'hui. L'appendicite chronique. — (N° 36, 11 mai.) RAYMOND : La psychaténie (psycho-névrose-autonome) (*fin.*) — (N° 37, 15 mai.) A. JOUSSET : La méthode opsonique de Wright (phagocytose). Ses applications au diagnostic, au pronostic et au traitement de la tuberculose. — (N° 38, 18 mai.) André JOUSSET : La méthode « opsonique » de Wright (phagocytose). Ses applications au diagnostic, au pronostic et au traitement de la tuberculose (*fin*). — COMBY : Traitement des paralysies diphtériques par le sérum de Roux. — (N° 39, 22 mai.) LANNELONGUE : Sur la prétendue nouveauté de l'appendicite ; sa fréquence. Toxicité urinaire dans cette maladie. — THÉVENOT : Les kystes congénitaux de la glande thyroïde.

Écho médical du Nord. — (N° 18, 5 mai 1907.) VANVERTS : La luxation du genou par rotation limitée à l'une des tubérosités tibiales. — (N° 19, 12 mai.) POTTEVIN : Organisation et fonctionnement des bureaux d'hygiène, prévus par la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique. — (N° 20, 19 mai.) OUI : Des indications thérapeutiques dans le cancer utérin compliquant la grossesse.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 18, 5 mai.) Maurice PHILIP : Des accidents auriculaires chez les travailleurs des caissons. — (N° 19, 12 mai.) VERDELET : Lésions inflammatoires des trompes et grossesse. — GARROT : Polyarthrites alvéolo-dentaires périodondites et kystes radiculo-dentaires. Diagnostic différentiel. — (N° 20, 19 mai.) SABRAZÈS et MURATET : Réactions colorantes des granulations basophiles et du reste nucléaire pycnotique des hématies chez la souris grise, à la naissance, vis-à-vis du mélange pyronine-vert de méthyle de A. Pappenheim. Absence d'auto-agglutination des hématies dans les préparations du sang d'anguilla vulgaris contenant des trypanosomes. Vitalité du trypanosoma anguillæ dans le sang du cœur après la mort de cet animal. — E. GINESTOUS : A propos des antécédents morbides du strabisme. — Ch. GINESTE : L'anatomie comparée, ses procédés et ses résultats.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 18, 5 mai 1907.) B. AUCHÉ : De l'albuminurie au cours de l'impétigo et de l'eczéma impétigineux des enfants. — C. FROMAGET : Ophtalmie sympathique grave. Glaucome et myopie secondaires. — (N° 19, 12 mai.) VILLAR : Cours de chirurgie opératoire (leçon d'ouverture). — (N° 20, 19 mai.) Ed. CROUZET : De la résistance des téguments des ascarides lombricoïdes aux sucs digestifs de l'organisme.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (N° 7, 10 mai 1907.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Sur une observation de greffe ovarienne suivie de grossesse.

Journal des praticiens. — (N° 17, 27 avril 1907.) RECLUS : Accidents du travail. Certificats et expertises. — GILBERT-BALLET : La confusion mentale. — KIRMISSON : Le genu valgum et le rachitisme tardif. — VARIOT : La broncho-pneumonie et l'emphysème sous-cutané des nourrissons. — RAYMOND : Myxœdème et crises épileptiques. — JOUTY : De la présclérose otique. — (N° 18, 4 mai.) CALOT : Le traitement pratique de la tarsalgie ou pied plat douloureux. — A. TROUSSEAU : Comment manier l'atropine et le nitrate d'argent. — (N° 19, 11 mai.) DEBOVE : Crise gastrique diabétique. — GAUCHER : La teigne tondante. — (N° 20, 18 mai.) Alex. RENAULT : La roséole syphilitique. — (N° 21, 25 mai.) BROCA : Récidive d'appendicite deux ans et demi après ouverture spontanée d'un abcès dans le rectum. — ROCHON-DUVIGNEAUD : Quelques mots sur le kératocône et son traitement.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 17, 27 avril 1907.) GRASSET : A propos d'un livre nouveau du docteur J. Grasset. — DESPLATS : Thérapeutique des maladies du système nerveux. — (N° 18, 4 mai.) GUERMONPREZ : Gymnastique respiratoire pendant les mouvements. — FIÉVEZ : Cancer du rectum opéré par la méthode de Kocher modifiée. — (N° 19, 11 mai.) GUERMONPREZ : Gymnastique respiratoire pendant les mouvements (*suite et fin.*) — BETTREMIEUX : Traitement chirurgical du strabisme chez les enfants. — (N° 20, 18 mai.) Maurice D'HALLUIN : Contribution à l'étude du diagnostic de la mort, la réaction sulfhydrique, critique expérimentale de son principe.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 18, 2 mai 1907.) O. DAUWE : Valeur comparée des succédanés de la cocaïne en anesthésie lombaire (*suite.*) — (N° 19, 9 mai.) VERHOOGEN : Le traitement chirurgical des rétentions biliaires. — (N° 20, 16 mai.) VANDERVELDE et NŒVER : Cirrhose de Laënnec. Ascite. Opération de Talma.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 145, 25 avril 1907.) CLAVELIER : Corps étrangers des culs-de-sac conjonctivaux.

Lyon médical. — (N° 17, 28 avril 1907.) MULLER et DESGOUTTES : Phlegmon chronique ligneux de la cavité de Retzius. — (N° 18, 5 mai.) Ch.-L. GAUTIER : Hémorragies intestinales dans la hernie ombilicale étranglée opérée. — (N° 19, 12 mai.) JACQUEAU : Cécités momentanées récidivantes; observations. — (N° 20, 19 mai.) VILLARD et MOURIQUAND : Résultats éloignés du traitement du cancer du sein (amputation, curage de l'aisselle, radiothérapie) ; pronostic; statistique de 50 cas. — THÉVENOT : A propos de l'actinomycose humaine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE NOMINATION DE MÉDECIN DES HOPITAUX. — *Leçon clinique.* — Séance du 6 juin 1907. — MM. Lereboullet, 20; Camus, 19.

Prochaine séance samedi 8 juin, à neuf heures du matin, à l'hôpital Laënnec.

CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Oral.* — Séance du 5 juin. — MM. Sauvage, 19; Delestre et Jeannin, 18; Funck, 17.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — SCIENCES ANATOMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET NATURELLES. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation.* — Séance du 7 juin. — MM. Dubreuil : « Processus du développement de la musculatose squelettique; » Alquier : « Structure et systématisation de l'écorce cérébrale. »

Séance du 8 juin. — MM. Camus : « Les mutations de l'énergie dans les organismes vivants; » Collin : « Développement des fibres nerveuses et leur régénération. »

Voici l'ordre de passage pour la leçon orale (physiologie) d'une heure après quarante-huit heures de préparation : MM. Camus, Jeandelize, Dubois, Busquet et Ambard.

La première séance aura lieu le 8 juin.

CONCOURS DU PROSECTORAT. — *Epreuve orale d'anatomie.* — Question : « Urètre membraneux et aponévrose moyenne du périnée chez l'homme. »

Séance du 5 juin. — MM. Cauchoix, 19; Lardennois, 18; Capette et Martin, 17; Mathieu et Muret, 16; Descomps et Desmarets, 15.

La prochaine séance orale (physiologie) aura lieu le lundi 10 juin, à cinq heures.

— PARIS. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, en date du 5 juin 1907 : la chaire de clinique obstéricale, la chaire d'opérations et appareils et la chaire d'histologie de la Faculté de médecine de l'Université de Paris sont déclarées vacantes.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

CONSERVATION DU LAIT DESTINÉ A L'ANALYSE (1). — Il arrive parfois, surtout à la campagne et dans les petites localités, que les médecins ont besoin de savoir si le lait consommé par leurs malades est de bonne qualité. Dans ce but, ils le font envoyer à la ville, où un chimiste entraîné les renseigne. Mais il ne faut pas oublier que, pendant le voyage, surtout au temps chaud, le lait s'altère toujours, ce qui change invariablement en mal les résultats trouvés.

Pour parer à cet inconvénient, M. le professeur Grelot (de Nancy) indique d'additionner au départ les échantillons de 5 centigrammes de sublimé par 250 grammes de lait, dose suffisante pour l'immobiliser assez longtemps dans sa constitution chimique.

Afin d'arriver au même résultat, M. Dubois, docteur en pharmacie de la Faculté de Bordeaux, a conseillé, en 1900, de verser dans les 250 grammes de lait 1g50 d'acide phénique. Ce moyen sera à bien des points de vue préféré.

On ne devra pas oublier, pour la prise d'échantillon, de bien uniformiser par mélange tout le produit de la traite de l'animal, car les éléments constituants du lait se séparent aisément les uns des autres.

P.-S. — Au moment de l'approche des chaleurs, il est bon de se souvenir que les urines destinées à l'analyse s'altèrent aussi très vite, et qu'on les immobilise cependant bien dans leur intégrité constituante à l'aide d'un grain de thymol de la grosseur d'un pois. Le thymol existe dans toutes les pharmacies.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Demeulenaere (de Dunkerque) et Pegou (de Saint-Pierre-Rembert).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Excursions à Fontainebleau et à Moret.* — Des trains d'excursion, à prix réduits, auront lieu les dimanches 9, 16, 23 et 30 juin, 7, 14, 21 et 28 juillet, de Paris à Fontainebleau et Moret.

Prix des places, aller et retour : Fontainebleau, 2e classe 4 fr. 50, 3e classe 3 fr.; Moret, 2e classe, 5 fr. 50, 3e classe 3 fr. 50.

Départ de Paris à 7 h. 26 matin. — Arrivée : à Fontainebleau, 8 h. 40 matin; à Moret, 8 h. 55.

Retour par tous les trains du même jour dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires. — Nombre de places limité. — Franchise de 30 kilogs de bagages.

(1) *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 21, 26 mai 1907.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Marseille médical. — (N° 9, 1er mai 1907.) PLATON : Traitement du cancer de l'utérus. — (N° 10, 15 mai.) FOURNIER : Trépanation de la mastoïde chez le nourrisson. — JEAN et HUGUES : Vomissements incoercibles.

Montpellier médical. — (N° 16, 21 avril 1907.) VIRES : Diagnostic précoce de la tuberculose (*suite*). — (N° 17, 28 avril.) VILLE et DERRIEN : Sur un cas de protéinurie avec réaction de Bence-Jones. — (N° 18, 5 mai.) Ed. GRYNFELTT et Ch. GUÉRIN-VALMALE : Sur la forme normale de l'orifice externe du col utérin chez les nullipares.

Nord médical. — (N° 302, 1er mai 1907.) G. LEMOINE : Traitement de l'ulcère de l'estomac. — (N° 303, 15 mai.) G. LEMOINE : Traitement de l'ulcère de l'estomac (*suite*).

Pédiâtrie pratique. — (N° 9, 1er mai 1907.) E. VIDAL : Le traitement des tuberculoses infantiles par l'extrait de ganglions lymphatiques. — MARFAN : Nouveau procédé de détubage par expression digitale. — Honoré SOULIER : Ankylose vicieuse du genou. Résection économique. Recherche d'une attelle antérieure solide. Transplantation du biceps fémoral au tendon rotulien. — AUSSET : La participation du corps thyroïde au cours du rhumatisme articulaire aigu. — ODDO et SAUVAN : Un cas d'hyperthermie au cours d'une rougeole ne présentant aucune complication apparente. — (N° 10, 15 mai.) PÉTRONE : Adéno-carcinome primitif du foie chez un nourrisson de quatre mois. Contribution à l'étude des tumeurs malignes du foie dans l'enfance.

Presse médicale. — (N° 35, 1er mai 1907.) P. da Silva RIO BRANCO : De l'occlusion intestinale par l'hiatus de Winslow. Dangers du débridement de l'hiatus par l'espace « inter-porto-cholédocien ». — (N° 36, 4 mai.) A. CHALIER : Pathogénie de l'albuminurie orthostatique. Son origine fréquemment tuberculeuse. — DESFOSSES et MARTINET : La cautérisation ignée. L'instrumentation. — (N° 37, 8 mai.) Henri ISCOVESCO : Propriétés thérapeutiques des métaux colloïdes électriques à petits grains. — A. POLICARD : Sur la structure de la cellule nerveuse pendant ses divers états fonctionnels. — (N° 38, 11 mai.) Léon KENDIRDJY : Etat actuel de la rachistovaïnisation. — (N° 39, 15 mai.) DE CYON : La fin de la théorie myogène. — BOUCHACOURT : La durée du séjour au lit après l'accouchement physiologique. — (N° 40, 18 mai.) LANDOUZY : Hygiène sociale. Mesures de prophylaxie générale et de traitement applicables aux soldats de terre et de mer renvoyés par congé ou par réforme dans leurs foyers pour affections pulmonaires. — (N° 41, 22 mai.) C. LEVADITI : La séro-réaction de la syphilis. — SAINT-YVES MÉNARD : Revaccination, piqûre ou grattage. — (N° 42, 25 mai.) FOUCAUD et SALIGNAT : Dyspepsie appendiculaire. — JAYLE : Traitement chirurgical palliatif du cancer du col de l'utérus. Castration ovarienne, ligature des hypogastriques. Curage du col. — C. LIAN : La perforation de l'artère épigastrique dans la paracentèse abdominale.

Province médicale. — (N° 18, 4 mai 1907.) SPILLMANN et PARISOT : De l'utilité des nouveaux procédés d'exploration clinique pour le diagnostic des tumeurs du poumon. — CRESPIN : La symptomatologie du paludisme chez l'enfant. — (N° 19, 11 mai.) A. VENOT : L'albuminurie au cours de l'évolution des fibromes utérins. — LESIEUR et DE FOSSEY : Essais de sérothérapie antituberculeuse et antituberculineuse. — BELBÈZE : Sur la fréquence des affections vénériennes dans l'armée. — (N° 20, 18 mai.) G. ROQUE et JAMBON (de Lyon) : Syphilis maligne à déterminations gommeuses multiples. — BAYLAC et M. FERRON : De l'actinomycose dans le département des Landes.

Revue de chirurgie. — (N° 5, 10 mai 1907.) TERRIER et DUJARIER : Du priapisme prolongé. — LE DAMANY : La luxation congénitale de la hanche, influences étiologiques, étude anthropologique [6 fig. et 1 carte (*à suivre*)]. — SCHWARTZ et DREYFUS : Des ruptures du poumon sans fracture de côte. — DELORE et CHALIER : De l'extirpation périnéale des cancers de l'anus et du rectum. Considérations basées sur dix-neuf observations personnelles. — HARDOUIN : Quelques remarques sur le traitement des kystes glandulaires du pancréas à propos d'une observation personnelle. — DÉVÉ : Des kystes hydatiques gazeux du foie [4 fig. (*suite*)]. — GUIBÉ : Volvulus de l'intestin grêle et de la partie initiale du gros intestin (*suite*).

Revue de la tuberculose. — (N° 2, avril 1907.) MOSNY et HARVIER : Pneumonie et tuberculose. — BUHRE : La lutte antituberculeuse en Suède. — L. ALQUIER : La tuberculose de la moelle et de ses méninges.

Revue de médecine. — (N° 5, 10 mai 1907.) FÉRÉ : Note sur l'érotisme de la puberté. — DE BEURMANN et GOUGEROT : Le pian et la syphilis, maladies spirillaires. — LAMS : La valeur de l'éosinophilie, au point de vue du diagnostic en dermatologie.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 15, 13 avril 1907.) BENOIT-GONIN : Etudes anatomo-cliniques sur la paroi labyrinthique de l'oreille moyenne. — (N° 16, 20 avril.) ECKSTEIN : Injections et implantations de paraffine dans les plastiques du nez et de la face. — BARAJAS : Adhérence totale du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx. — (N° 17, 27 avril.) JACQUES : De l'opération radicale esthétique de la sinusite frontale chronique. — (N° 18, 4 mai.) CLAOUÉ et BÉGOUIN : Corps étranger de la bronche droite (sifflet) chez un enfant de quatre ans ; extraction par la bronchoscopie inférieure. — (N° 19, 11 mai.) LOWE : Désirs rhinologiques. — AKA : Sur deux cas de goitre, l'un géant, l'autre plongeant et polykystique. — (N° 20, 18 mai.) E.-J. MOURE et A. BOUYER fils : Malmenage de la voix chantée et parlée, causes, effets, traitement.

Revue médicale de l'Est. — (N° 8, 15 avril 1907.) Jules STERNE : Traitement de la blennorragie. — Ch. BOUCHON : Manœuvre abortive. Injection vésicale d'alcali du commerce. Cystite aiguë avec sphacèle de la muqueuse. Péritonite aiguë généralisée. Mort. — (N° 9, 1er mai.) FRŒLICH : Etudes sur la luxation congénitale de la hanche. — SPIRE : Considérations sur l'accouchement prématuré et ses causes basées sur une statistique de la Maternité de Nancy.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Mai 1907.) MARFAN : Nouveau procédé de détubage par expression digitale (2 fig.). — A. BRETON : Deux cas de rachitisme congénital. — RIST : Les splénomégalies chez l'enfant.

Revue neurologique. — (N° 8, 30 avril 1907.) NAGEOTTE : Recherches expérimentales sur la morphologie des cellules et des fibres des ganglions rachidiens. — (N° 9, 15 mai.) Max EGGER : La fonction gnosique. — CLAUDE et LEJONNE : Sur une affection méningo-encéphalique de nature mal déterminée.

Semaine gynécologique. — (N° 19, 7 mai 1907.) PICHEVIN : A propos du cancer de l'utérus. — (N° 20, 14 mai.) PICHEVIN : Tétanos et affections gynécologiques. — (N° 21, 21 mai.) PICHEVIN : De la cure des fistules vésico-vaginales.

REVUE GÉNÉRALE

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DE LA MALADIE DE RAYNAUD

OU GANGRÈNE SYMÉTRIQUE DES EXTRÉMITÉS

Par F. SARVONAT,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Le complexus symptomatique isolé en 1862 par M. Raynaud constituait, dans l'esprit de son auteur, une unité clinique parfaitement individualisée. Plus tard, la notion des formes frustes vint compliquer la question et permit de faire rentrer dans ce cadre des observations plus ou moins disparates, en même temps que l'on s'apercevait qu'un bon nombre de ces observations se rattachaient à quelque autre maladie concomitante ou préexistante. La *maladie de Raynaud* devint ainsi peu à peu le *syndrome de Raynaud*. En même temps, l'étiologie de ces accidents devenait de plus en plus vaste, et leur pathogénie de plus en plus complexe, embrassant peu à peu les troubles nerveux, circulatoires ou viscéraux les plus divers.

I

Étiologie. — Considérations générales. — La maladie de Raynaud se rencontre à tous les *âges*. Friedel (1) l'observa à six mois ; Defrance (2) à neuf mois, Bjering (3), Deck (4), dans le cours de la seconde année. La plupart des auteurs sont unanimes à reconnaître la fréquence plus considérable de la maladie dans les premières années de la vie [Morgan (5), Monro (6), Sommelet (7)]. A partir de cinquante ans, la maladie devient rare ; les malades les plus âgés avaient soixante-dix-sept ans [Henry (8), Renon et Follet (9)] et même soixante dix-huit [Grasset (10)]. Voici quels sont à cet égard les chiffres donnés par Morgan et par Cassirer (11).

	Statistique de Morgan.	Statistique de Cassirer.
0-5 ans	13	22
5-10	11	8
11-20	15	25
21-30	16	40
31-40	15	27
41-50	13	28
51-60	10	10
61-70		6
Au delà de 71		2

(1) Friedel. *Inaug. Dissert.*, Greifswald 1889.
(2) Defrance. Th. de Paris, 1895.
(3) Bjering. *Nord. med. Ark.*, II, 2, 24.
(4) Deck. *Brit. med. Journ.*, 1894.
(5) Morgan. *Lancet*, 1889.
(6) Monro. *The Raynaud's disease*, 1899.
(7) Sommelet. Th. de Paris, 1894-1895.
(8) Henry. *Gaz. méd.*, 1857.
(9) Renon et Follet, *Semaine méd.*, 1898.
(10) Grasset. *Maladies nerveuses.*
(11) Morgan et Carsirer. *Die Vasomotorneurosen*, 1901.

Les auteurs sont unanimes à admettre la prédominance de l'affection dans le *sexe* féminin. Raynaud, Grasset donnent la proportion de 4 à 1. Morgan, Cassirer, Munro donnent la proportion de 1,4 ou 1,7 à 1 comme indiquant la morbidité relative des deux sexes. Monro tend à admettre que cette prédilection de la maladie pour la femme serait liée à la fréquence plus grande de l'hystérie chez elle.

La *profession* n'intervient qu'en tant qu'elle expose le malade à de fréquentes variations de température et à des contacts répétés avec l'eau froide.

L'influence de l'*hérédité* se traduit soit par l'apparition de la maladie dans une famille de nerveux [Weiss (1), Aitken (2)], soit par la transmission des accidents mêmes de Raynaud (14 fois sur 180 cas, Monro), telle qu'elle a été observée par Raynaud, par Cassirer, par Colman et Taylor (3), etc.

La *fréquence absolue* de la maladie de Raynaud est assez difficile à apprécier, en raison de l'imprécision de ses symptômes. Beaucoup de cas « frustes » trouveraient place dans d'autres chapitres de nosographie et inversement. C'est ce qui explique les différences énormes que l'on remarque entre les divers auteurs. Morgan (4) en rassemblait 93 cas en 1889 ; Castellino et Cardi (5) plus de 300 en 1895 ; Cassirer (6) n'en reconnaissait pas plus de 200 authentiques, et Monro (7), 180.

C'est surtout dans les affections nerveuses ou circulatoires qu'il faut chercher les parentés et l'étiologie de la maladie de Raynaud.

Affections nerveuses. — Dans cet ordre d'idées, nous envisagerons successivement les névroses et les affections organiques des organes nerveux, réservant pour un chapitre spécial ce qui a trait à la sclérodermie.

Raynaud avait déjà signalé les rapports avec le nervosisme. Depuis, l'hystérie a été signalée par divers auteurs (Chauffard, Thèze, Osler, etc.). Signalons plus particulièrement un cas de Lévi (8), dans lequel les accidents se déroulèrent d'une façon typique, chez une femme hystérique, et furent notablement influencés par la suggestion. Plus récemment, Souques (9) a présenté un cas analogue : la guérison fut obtenue en faisant ingérer au malade, à son insu, des pilules de bleu de méthylène et en lui persuadant que la cyanose était passée de ses doigts dans ses urines. Cet auteur a rappelé à ce sujet un cas d'Armaingaud : il s'agissait d'une jeune fille qui présentait des accès tous les soirs et fut guérie par la faradisation. La neurasthénie se rencontre plus rarement [Binswanger (10)] ; la chorée [Osler (11),

(1) Weiss. *Inaug. Dissert.*, Dorpat 1893.
(2) Aitken. *Lancet*, 1896.
(3) Colman et Taylor. *Clinical soc. Trans.*, 1890.
(4) Morgan. *Lancet*, 1889.
(5) Castellino et Cardi. *Morgagni*, 1895.
(6) Cassirer. *Die Trophoneurosen.*
(7) Monro. *Raynaud's disease*, 1899.
(8) Lévi. *Arch. de neurol.*, 1895.
(9) Souques. Soc. méd. des hôp. de Paris, 1902, p. 530.
(10) Binswanger. *Die Neurasthenie*, 1897.
(11) Osler. *Amer. Journ. of med. sc.*, 1896.

Monro), la migraine [Blumenthal (1) et Waldo (2)], l'épilepsie [Féré (3), Osler] ont été également signalées. Les troubles mentaux s'observeraient dans 4 1/2 p. 100 des cas, d'après Monro : la manie aiguë [Bland (4)], la démence [Macpherson (5)], la mélancolie dans un certain nombre de cas.

Les affections des centres nerveux traduisent leur présence soit anatomiquement, soit cliniquement. Dans le premier ordre d'idées, nous trouvons une observation de Hochenegg (6) (syringomyélie et maladie de Raynaud malheureusement douteuse); un cas plus net de Colman (7) (tumeur comprimant la moelle lombaire), un cas analogue de Schlesinger (8). Dans d'autres observations, les lésions centrales étaient associées à des lésions de névrite périphérique [Brengues (9), Thiersch (10)]. Cliniquement, nous trouvons l'hémiplégie [Raynaud (11), Osler]; la syringomyélie [Gowers, Pospelow (12)]; le tabes [Hochenegg (13)]. Enfin Osler (14) rapporte trois observations où l'asphyxie des extrémités s'est manifestée en même temps que les troubles encéphaliques (accès épileptiformes, aphasie passagère, perte de connaissance) qu'il attribue au spasme artériel. Citons encore un cas de Strauss (15) (sclérose en plaques avec lésions bulbaires).

Parmi les observations de névrite, il faut mettre à part celles où le soi-disant syndrome de Raynaud se réduisait à des accidents nécrotiques de nature plus ou moins nette, et ensuite celles où les lésions de névrite étaient associées à des altérations artérielles qui leur étaient au moins contemporaines, sinon antérieures; telles sont les observations de Mounstein (16), Pitres et Vaillard (17), Brengues. Resterait à prendre en considération un nombre assez restreint d'autopsies : celles de Wigglesworth (18), de Affleck (19), de Kornfeld (20) sont parmi les plus typiques. Le second de ces auteurs, en particulier, constata très nettement les lésions du nerf plantaire. Si les observations anatomiques de lésions névritiques sont assez nombreuses, si ces lésions nerveuses elles-mêmes isolées de toute altération vasculaire sont encore relativement fréquentes, il est par contre plus rare d'observer la névrite cliniquement caractérisée. La malade de Wetzel (21) était à la fois artério-scléreuse et névritique. Bury et

(1) Blumenthal. *Berl. klin. Woch.*, 1882.
(2) Waldo. *Bristol Journ.*, 1888.
(3) Féré. *Nouv. iconog.*, 1891.
(4 et 5) Bland, Macpherson. *Journ. ment. sc.*, 1889.
(6) Hochenegg. *Med. Jahrb. d. Gisell. Ærzte*, 1885.
(7) Colman. *Jahrb. f. Psych.*, XV.
(8) Schlesinger. *Nothnagels Encyclop.*
(9) Brengues. Th. de Paris, 1886.
(10) Thiersch. *Amer. Journ. of med. sc.*, 1896.
(11) Raynaud. *Arch. gén. de méd.*, 1874.
(12) Pospelow. *Arch. f. Dermat.*, XLIV.
(13) Hochenegg. Loc. cit.
(14) Osler. *Amer. Journ. of med. sc.*, 1896.
(15) Strauss. *Arch. f. Psych.*, XXXIX, p. 109.
(16) Mounstein. Th. de Strasbourg, 1884.
(17) Pitres et Vaillard. *Arch. de physiol.*, 1885.
(18) Wigglesworth. *Brit. med. Journ.*, 1887.
(19) Affleck. *Brit. med. Journ.*, 1888.
(20) Kornfeld. *Wien. med. Presse*, 1892.
(21) Wetzel. *Munch. med. Woch.*, 1899.

Ross, dans leurs études sur les névrites, ont bien rassemblé 7 cas dans lesquels la névrite s'accompagnait des phénomènes de Raynaud, mais ne croient pas pouvoir conclure que la maladie de Raynaud elle-même soit sous la dépendance de la névrite.

Signalons enfin le cas de Gouget, rapporté dans la thèse de Calonne (1). Le malade présentait déjà du vitiligo, du pouls lent et du rythme couplé du cœur quand apparurent les accidents. Les auteurs crurent pouvoir expliquer cette association par un trouble des centres bulbo-médullaires cardio et vaso-moteurs. Leclerc (2) Patella (3) ont vu le syndrome s'associer à d'autres symptômes d'allure bulbo-protubérantielle. Les ganglions sympathiques étaient altérés dans les deux observations de Collier (adhérences péritonéales au niveau du plexus solaire) et de Fagge (tumeur du médiastin).

La *sclérodermie* mérite une place à part dans l'étiologie de la maladie de Raynaud, intermédiaire entre les affections nerveuses et vasculaires. Ball, en 1871, présentait à la Société de biologie une malade chez laquelle les deux affections coexistaient à un tel point que ni Dumontpallier ni Charcot ne purent arriver à trancher le diagnostic. Dufour, Hallopeau, Liouville, Schwabach, Rapin publièrent également des cas intermédiaires. En 1878, Grasset et Apolinario (4) rassemblaient ces observations et en ajoutaient une nouvelle (asphyxie locale très nette, phlyctènes et ulcérations; sclérodermie typique consécutive).

Toutes ces publications n'étaient que des constatations cliniques, quand parut la thèse de Favier (5) qui mit en évidence une « relation intime entre la sclérodermie spontanée et la gangrène symétrique. L'asphyxie locale marquerait souvent le début de la maladie dans l'un et l'autre cas. Les diverses formes, les diverses variétés se réuniraient quelquefois pour former une maladie connexe ». La thèse d'Apolinario (6), les travaux de Blumenthal (7) et de Goldschmidt (8) développaient des idées analogues; ce dernier en particulier s'appuyait sur une autopsie personnelle, montrant les lésions de la sclérodermie superposées au syndrome de Raynaud. Garrigues (9) en 1900 réunit dans sa thèse 139 observations, et conclut que « gangrène et sclérodermie ne sont que deux modes de réaction distincts vis-à-vis de la cause primitive, qui produit au début des troubles circulatoires revêtant quelquefois la forme du phénomène de Raynaud ». Ces diverses manifestations ne seraient pour lui que « les résultats différents de variété du processus endartéritique ». Enfin, plus récemment, Grasset (10) finit par conclure à l'identité des deux processus.

(1) Calonne. Th. de Paris, 1903-1904.
(2) Leclerc. *Sem. méd.*, 1900, p. 307.
(3) Patella. *Clinica moderna*, 1901.
(4) Apolinario. *Montpellier méd.*, 1878.
(5) Favier. Th. de Paris, 1880.
(6) Apolinario. Th. de Montpellier, 1881.
(7) Blumenthal. *Arch. de neurol.*, 1881.
(8) Goldschmidt. *Revue de méd.*, 1887.
(9) Garrigues. Th. de Paris, 1900.
(10) Grasset. *Arch. gén. de méd.*, 1903.

L'érythromélalgie [Launois et Porot (1), Sachs (2)], l'acrocyanose [Péhu (3)] ont été égalememt rapprochées de la maladie de Raynaud.

Affections vasculaires. — Les altérations vasculaires sont représentées, avant tout, par l'artériosclérose, soit généralisée (Thiersch), soit localisée aux gros vaisseaux [Cattle (4)] ou à la périphérie (Castellino et Cardi, Goldschmidt). Dans d'autres cas, il s'agissait d'endartérite syphilitique [Elsenberg (5)]. Mais, d'une façon générale, quelles que soient l'étendue et la nature des lésions artérielles, ces vaisseaux restent perméables, et c'est là par définition même un des caractères principaux de la maladie de Raynaud. Quoi qu'il en soit, Monro trouvait 12 fois p. 100 des lésions de l'appareil cardio-vasculaire.

Les lésions du cœur, abstraction faite de celles qui sont les suites de la néphrite, se rencontrent plus rarement. Monro en retient 12 cas, soit 7 p. 100; c'est à savoir : faiblesse et irrégularité du cœur, 1 cas; angine de poitrine, 1 cas; frémissement présystolique avec douleur angineuse, 1 cas; souffle présystolique, 1 cas; souffle systolique à la pointe, 1 cas; souffle aortique systolique, 5 cas; souffle aortique diastolique, 2 cas.

Signalons enfin les cas dans lesquels les vaisseaux et les nerfs étaient frappés simultanément [Bervoets, 1894, Rhakmaninoff (6) : névrite dégénérative généralisée; artérite surtout marquée sur les petits vaisseaux et allant presque jusqu'à l'oblitération; Belkousky (7) : atrophie des fibres nerveuses; sclérose des artères]. Parfois même l'artère atteignait les vasa nervorum [Rhakmaninoff, Giovanni (8)].

Affections rénales. — Les affections rénales sont représentées par la néphrite aiguë ou chronique, l'albuminurie simple et l'hémoglobinurie.

Monro, sur 180 cas, donne à cet égard les chiffres suivants :

	Hommes.	Femmes.	Total.	%
Albuminurie	4	4	8	4.4
Mal de Bright	3	3	6	3.3
Hématurie	6	2	8	4.4
Hémoglobinurie	4	4	8	4.4
	17	13	30	16.6

Raynaud avait signalé des observations où la maladie s'accompagnait d'albuminurie. Mais c'est en 1880 que, pour la première fois, Debove (9) signala la gangrène symétrique au cours d'une néphrite chronique terminée par l'urémie chez une femme de vingt-quatre ans; il voyait là plus qu'une simple coïncidence, car « chez les malades rien n'arrive fortuitement ». Roques (10) en signale un deuxième cas chez une femme de quarante ans également urémique. D'Astros (1), Hochenegg (2), Wigglesworth (3), Goldschmidt (4), Garland (5), Adam (6), Haig (7), Henry (8), Aitken (9), Jacoby publient des cas analogues, dont un certain nombre avec autopsie; parfois on notait un peu d'hémoglobinurie passagère. Gibert en 1899 rassembla ces documents et remarqua que toujours le syndrome de Raynaud survenait au moment où la néphrite commençait à être mal tolérée; cependant il en conclut que les deux affections se développaient parallèlement sous l'influence d'une même toxine vaso-constrictive. Enfin Ingelrans et Dubiquet (10) pouvaient rassembler 21 cas, dont un personnel, où les rapports entre les deux affections avaient été signalés.

L'albuminurie simple, non brightique, coexiste plus rarement avec la maladie de Raynaud, Barré (11) qui lui a consacré sa thèse inaugurale, en trouve trois nouveaux cas chez de jeunes sujets, et les ajoute à quelques cas plus anciens déjà rapportés par Merklen (12), Henri, Van der Hœwen. Il croit devoir rapprocher de ces faits le syndrome acro-asphyxique que Weill a décrit chez les tuberculeux exposés brusquement au froid (13), syndrome qui s'accompagne également d'albuminurie.

L'association du syndrome de Raynaud avec l'hémoglobinurie et même avec l'hématurie est une particularité assez fréquente et sur laquelle nous reviendrons à propos de la pathogénie.

Monro, sur 180 cas de maladie de Raynaud, trouve 8 cas d'hématurie accompagnée parfois d'hémorragies diverses; sur ces 8 cas, 3 rentrent aussi dans le cadre de l'hémoglobinurie, ce qui porte le bilan de celle-ci à 11 cas, soit 61 p. 1000. Le premier cas d'hémoglobinurie est celui de Hutchinson (14) en 1871; puis viennent ceux de Wilks (15) en 1879, Southey (16) en 1880 et 1883, Barlow (17) en 1883, etc., pour finir par celui de Strange (18). Les deux affections semblent avoir de nombreux points communs : la dépendance à l'égard du froid et du paludisme, la prédominance dans le sexe féminin, le caractère paroxystique, la présence occasionnelle d'un léger ictère. Parfois il existe entre les manifestations cutanées et urinaires un remarquable balancement au point de vue de l'intensité, et on a pu les voir se suppléer complètement.

(1) Launois et Porot. *Rev. de méd.*, 1902.
(2) Sachs. *Philad. med. Journ.*, 1901.
(3) Péhu. *Nouv. Iconog. de la Salpêt.*, 1903.
(4) Cattle. *Lancet*, 1889.
(5) Elsenberg. *Arch. f. Dermat.*, XXIV.
(6) Rhakmaninoff. *Revue de méd.*, 1862.
(7) Belkousky. *Neurol. Centr.*, 1905.
(8) Giovanni. *Giorn. delle malatie ven.*, 1885.
(9) Debove. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1880.
(10) Roques. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1882.

(1) D'Astros. Comité méd. des Bouches-du-Rhône, 20 juil. 1883.
(2) Hochenegg. *Wien. med. Jahrb.*, 1885, p. 569.
(3) Wigglesworth. *Brit. med. Journ.*, 1887.
(4) Goldschmidt. *Revue de méd.*, 1887, p. 401.
(5) Garland. *Journ. of the Amer. med. Ass.*, 1889.
(6) Adam. *Tr. of the Honkong med. Assoc.*, 1889.
(7) Haig. *St. Barthol. hosp. rep.*, 1892.
(8) Henry. *Amer. Journ. of med. sc.*, 1894.
(9) Aitken. *Lancet*, 1896.
(10) Dubiquet. Th. de Lille, 1902.
(11) Raynaud-Barré. Th. de Paris, 1902-03.
(12) Merklen. *Arch. gén. de méd.*, 1885.
(13) Weill. *Lyon méd.*, 1894.
(14) Hutchinson. *Med. Times*, 1871.
(15) Wilks. Loc. cit., 1879.
(16) Southey. *St. Barthol. hosp. rep.*, 1880.
(17) Barlow. *Albutt's system*, VI, 1899.
(18) Strbange. *Lancet*, 14 mai 1904.

INTOXICATIONS. — Parmi les poisons exogènes, on n'a guère signalé que le plomb et la benzine [Holst (1)].

Comme cause endogène, on a quelquefois observé le diabète. C'est, du reste, un lien pathogénique assez difficile à mettre en évidence. Dans les cas de Raynaud, de Hameau, de Fox, il est fort possible qu'il se soit agi d'une gangrène banale chez un diabétique. Cependant, dans le cas de Fabre (2), le syndrome de Raynaud avait évolué typiquement et avait abouti à la gangrène quand apparut le diabète.

Les lésions rénales pourraient peut-être trouver place ici. Nous ne les avons, du reste, étudiées à part qu'en raison de leur importance, soit numérique, soit physio-pathologique.

INFECTIONS. — Les maladies infectieuses aiguës et chroniques se rencontrent fréquemment, et Chevron (3) a rassemblé dans sa thèse un certain nombre d'exemples dont tous sont loin d'être probants. Le caractère puroxystique et l'absence d'oblitération artérielle sont, en effet, des éléments essentiels qu'il n'est pas toujours donné de trouver réunis.

Un certain nombre d'observations de gangrène symétrique post-typhiques relèvent certainement du mécanisme de la thrombose [Murchison (4), Pétri (5), Schulz (6)]. Les cas de Richard (7) (3 cas chez trois frères atteints simultanément de fièvre typhoïde) et de Brunniche (8) (enfant de quatre ans, cyanose) semblent plus authentiques. Courmont et Chalier en ont récemment observé un cas chez un tuberculeux il est vrai (9) et en ont rassemblé une dizaine d'autres.

La variole n'était qu'un antécédent éloigné, sauf dans un cas de Raynaud et un autre de Defrance. La scarlatine ne semble produire la gangrène que par un processus banale. La rougeole fut suivie à bref délai d'accidents [M. Call Anderson (10), Calwell (11), Hutchinson (12)]; la diphtérie [cas de Powell (13)]; l'érysipèle [Englisch (14), Defrance, Monro l'a vue réveiller les accès]; la grippe [Batmann (15)]; le rhumatisme aigu ou subaigu, la goutte [Hutchinson (16), Aitken (17)] ont été également signalés.

La malade de Rivet (18) venait d'échapper à la scarlatine, à la rougeole, à la varicelle, quand elle présenta un syndrome de Raynaud qui évolua parallèlement à des troubles digestifs intenses.

Trois infections méritent une mention à part: ce sont le paludisme, la tuberculose et la syphilis.

La syphilis héréditaire se rencontre, d'après Monro, dans 3 p. 100 des cas, presque toujours chez des hommes, associée du reste assez souvent à d'autres causes. La syphilis acquise (2,8 p. 100 des cas) existe assez souvent dans les antécédents, mais il est rare que l'on puisse démontrer le lien de causalité [cas de Morgan (1), 1889]; dans d'autres cas, la diathèse ne semble avoir agi que par l'intermédiaire de l'artérite [cas Schuster (2), Elsenberg (3), Balzer et Fouquet (4)].

Le rôle du paludisme a été entrevu par Raynaud lui même, qui se demandait déjà quelle place tient l'infection dans le développement de l'asphyxie locale. Déjà Marchand en 1837, Rey en 1869, Marroin en 1870, Mourson (5) en 1873 publièrent diverses observations où la coexistence des deux affections était affirmée, mais sans que Raynaud lui-même osât en affirmer le lien de causalité. Charpentier (6) en 1874 publia un cas à allure nettement intermittente et influencé par la quinine, cas que Durosiez, Foulquier et Bréhier (7) rattachèrent au paludisme. Calmette (8) en Algérie, Vaillard, Mourson en Cochinchine démontrèrent définitivement le lien des deux affections, démontré par la clinique et par la thérapeutique. Petit et Verneuil (9) [1883] distinguent les cas où l'asphyxie est un symptôme contemporain de l'accès fébrile, et les cas où elle survient indépendamment de lui, à un intervalle plus ou moins éloigné. Pour ces auteurs, le facteur malaria serait insuffisant à provoquer le syndrome de Raynaud; il faudrait y joindre l'action du froid. Monro, sur 180 cas, en trouve 15 où les antécédents paludéens sont certains, 28 où ils sont négatifs et 76 où ils sont inconnus; en d'autres termes, sur 18 hommes dont les antécédents sont connus, 8 (44,4 p. 100) sont paludéens, et sur 25 femmes 7 (28 p. 100) le sont.

Le rôle étiologique de la tuberculose a été reconnu d'une façon incidente par divers auteurs (Byers, M. Sée, Chevron); d'autres auteurs en avaient signalé la présence, mais sans y insister. Ce sont surtout Rénon (10) et son élève Bonnenfant (11) qui se sont attachés à le mettre en évidence. Ce dernier auteur parvint à rassembler 23 cas de coexistence des deux affections, dont 2 personnels. Tantôt il s'agit d'un sujet hérédo-tuberculeux (2 cas), ou d'un tuberculeux chirurgical (1 cas). Dans d'autres cas, c'est la tuberculose viscérale qui est en cause; 4 fois l'asphyxie évolue chez un sujet tuberculisable, parfois la maladie accompagne les paroxysmes tuberculeux ou une poussée de granulie. Quelquefois enfin, la tuberculose s'associe à l'éthylisme, au diabète, au saturnisme et presque toujours les poussées de la maladie de

(1) HOLST. *Norsk. mag. f. Læg.*, 1907.
(2) FABRE. *Gaz. méd. de Paris*, 1883.
(3) CHEVRON. Th. de Paris, 1899.
(4) MURCHISON. *Continued fever*, 1884, p. 199.
(5) PÉTRI. *Berl. klin. Wochens.*, 1879, XVI, p. 509.
(6) SCHULZ. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1884, XXXV, p. 183.
(7) RICHARD. *Union méd.*, 1880.
(8) BRUNNICHE. *Schmidt's Jahrb.*, 1878.
(9) *Lyon méd.*, 10 mars 1907.
(10) Call ANDERSON. *Glasgow Journ.*, 1892 et 1895.
(11) CALWELL. *Brit. med. Journ.*, 1890.
(12) HUTCHINSON. *Med. Weck*, 1893, I, 97.
(13) POWELL. *Brit. Journ.*, 1886.
(14) ENGLISCH. *Wiener med. Presse*, 1878.
(15) BATMANN. *Journ. of amer. med. Ass.*, 1894.
(16) HUTCHINSON. *Med. Weck*, 1893.
(17) AITKEN. *Lancet*, 1889.
(18) RIVET. Soc. de pediât., 13, IV, 1907.

(1) MORGAN. *Lancet*, 1889.
(2) SCHUSTER. *Arch. f. Dermat.*, 1889, XXI, p. 779
(3) ELSENBERG. *Ibid.*, 1892, XXIV, p. 577.
(4) BALZER et FOUQUET. Soc. franç. de dermat., 4 mars 1904.
(5) MOURSON. *Arch. de méd. navale*, 1880.
(6, 7) CHARPENTIER, DUROSIEZ, FOULQUIER, BRÉHIER. Soc. de méd., 1874.
(8) CALMETTE. *Gaz méd. de Paris*, 1876.
(9) PETIT et VERNEUIL. *Revue de chir.*, 1883.
(10) RÉNON. Congrès de Paris, 1900.
(11) BONNENFANT. Th. de Paris, 1903-04.

Raynaud marchent parallèlement à celles de l'infection tuberculeuse. Cette succession est remarquablement nette dans une observation de Rénon, Faure et Labbé (1). Dans un cas, le syndrome érythromélalgique fit place au syndrome de Raynaud quand apparut la tuberculose. Enfin, Coulonjon (2) a vu la tuberculose s'associer à l'hystérie.

II

En partant de ces données étiologiques et des faits expérimentaux, on a proposé pour expliquer les accidents de Raynaud diverses théories pathogéniques. On peut ramener à trois les éléments que l'on a fait intervenir :

Elément nerveux,
Elément vasculaire,
Elément toxique.

III

La théorie vasculaire ne peut être admise d'une façon absolue.

L'oblitération artérielle est une lésion inconstante ; d'autre part, il y a dans l'infection un élément variable qui ne se concilie guère avec cette hypothèse.

Cependant les lésions d'artério-sclérose sont fréquentes à un degré plus ou moins marqué, et la gêne qu'elles apportent à la circulation peut jouer un rôle dans la prédisposition à l'affection.

En fait, le pouls présente au moment des paroxysmes des modifications parfois appréciables. Blachez (3) signale la faiblesse extrême du pouls; Louis (4) l'a trouvé filiforme au stade d'asphyxie. Garrigues (5) croit avec Boulai qu'il faut que les accidents soient très marqués pour qu'on puisse constater ces modifications.

La théorie nerveuse est celle à laquelle se rattachait Raynaud dès l'origine. Pour lui, il s'agit d'un spasme vaso-moteur et allant suivant les cas jusqu'à la syncope, à l'asphyxie et même à la gangrène. En effet, l'action du système vaso-moteur est actuellement un fait expérimentalement connu. Dans quelques cas de maladie de Raynaud, on a pu constater le rétrécissement des artères radiale ou centrale de la rétine, ainsi que la contraction des veines superficielles (cas de Weiss, Barlow).

Les accidents débuteraient par un spasme des vaisseaux ; c'est alors le phénomène du doigt mort, ou la syncope locale, bientôt suivie de réaction. Cette réaction peut être incomplète et se faire uniquement sur les vaisseaux les moins musclés, les veines ; celles-ci s'ouvrent toutes grandes au reflux du sang contenu dans les gros troncs; c'est alors qu'apparaît la teinte cyanotique de l'asphyxie locale. La suppression de la vie à tergo artérielle contribue, du reste, à augmenter la stase veineuse et à provoquer l'exsudation œdémateuse que l'on observe dans quelques cas. Les phénomènes douloureux, quand ils existent, seraient dus soit à l'anémie, soit à la contraction spasmodique des artérioles.

Le caractère symétrique des accidents, leur topographie parfois radiculaire [Miraillé (1)], leur répétition, leur dépendance à l'égard d'agents occasionnels ou thérapeutiques qui agissent d'ordinaire sur le système nerveux, plaident en faveur de la théorie nerveuse.

Mais pourquoi les réactions vaso-motrices atteignent-elles dans quelques cas une intensité aussi disproportionnée avec leur cause? Pour Raynaud, cela était dû à l'hyperexcitabilité des centres vaso-moteurs de la moelle, dont la mise en activité était provoquée soit par des altérations du sang, soit par des réflexes d'origine cutanée ou génitale au moins chez la femme. Par contre, Mounstein (1884), Pitres et Vaillard, Hochenegg (1885), etc., rattachent les accidents aux lésions de névrite qu'ils purent constater. On sait, en effet, que l'alcoolisme, la lèpre, le béribéri donnent des névrites qui s'accompagnent de troubles vaso-moteurs ou nécrotiques marqués. Il est, du reste, à noter qu'il serait assez extraordinaire de voir une névrite qui se manifesterait seulement par des accidents vaso-moteurs paroxystiques, et la clinique montre plutôt les affinités de la maladie de Raynaud avec les névroses. Il serait donc assez probable que la maladie soit d'abord de nature fonctionnelle, puisque peu à peu les nerfs s'altèrent secondairement.

IV

Enfin, dans la majorité des cas, il semble que l'hyperexcitabilité des troubles vaso-moteurs soit sous la dépendance d'une influence toxique.

En dehors des rares circonstances où une intoxication exogène peut être invoquée, cet élément apparaît nettement dans les cas associés à la néphrite ou à la tuberculose. Gibert regarde néphrite et asphyxie comme les deux résultats d'une même toxine vaso-constriction dont l'action se localise sur les capillaires soit rénaux, soit périphériques.

Il croit voir « dans la maladie de Raynaud une gradation très analogue à celle que l'on observe dans les différents types de néphrite »; le froid, l'aplasie artérielle, les infections, les intoxications sont autant de causes communes aux deux affections. Il est vrai que dans quelques cas les premiers signes de néphrite ont précédé de plusieurs mois et même de plusieurs années l'apparition des accidents asphyxiques (Debove, Raynaud, Kroner, Gibert, Dubiquet). Rappelons en outre que dans les produits toxiques isolés par Bouchard dans l'urine normale, il s'en trouve à action vaso-motrice prédominante.

L'expérience confirme du reste le rôle des intoxications dans la genèse des troubles vaso-moteurs. L'urée (Cavazanni, Stefani, Senator), les sels biliaires [Biedl et Kraus (2)], la neurine [Gæthgens (3)], les

(1) Rénon, Faure et Labbé. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1899.
(2) Coulonjon. Congrès de Pau, 1904.
(3) Blachez. Cité par Raynaud.
(4) Louis. Th. de Paris, 1895.
(5) Garrigues. Th. de Paris, 1900.

(1) Miraillé. *Revue de neurol.*, 1905, p. 564.
(2) Biedl et Kraus. *Centralbl. f. inn. Med.*, 1898.
(3) Gæthgens. *Dorpat med. Zeits.*, t. IV.

déchets musculaires [Mosso, Zuntz (1)], l'extrait des surrénales ou des reins [Tigerstedt (2)] sont autant de poisons vaso-constricteurs, susceptibles de jouer ici un rôle.

Dans les infections chroniques (tuberculose, syphilis, paludisme), dans le diabète, l'élément toxique, quoique moins démontré semble également probable.

Dans le paludisme, l'élément toxique semble également jouer un rôle, et le poison malarique agirait sur les centres vaso-moteurs au même titre que sur les centres thermiques (Calmette 1877, Mourson).

En résumé, si l'on voulait schématiser le mécanisme des accidents de Raynaud, on pourrait dire que certaines causes telles que le froid provoquent chez des individus prédisposés soit par l'état de leur système nerveux, soit par l'état de leurs vaisseaux, des réactions vaso-motrices anormales susceptibles peut-être d'aller jusqu'à la gangrène.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 5 JUIN 1907)

Traitement des plaies du poumon. — Des grandes questions chirurgicales actuellement à l'étude, il en est une qui semble intéresser particulièrement les jeunes chirurgiens, c'est celle du traitement des plaies du cœur ou du poumon. Les observations se multiplient et plusieurs fois déjà la Société de chirurgie en a été saisie. La question des plaies du poumon vient d'être mise au point d'une façon magistrale dans un rapport de M. Delorme sur deux observations, l'une de M. Ombrédanne, l'autre de M. Pierre Duval; nul n'était n'était mieux désigné pour cette tâche que M. Delorme qui, l'un des premiers, s'en est occupé avec la conscience et la compétence qu'il apporte à tous ses travaux.

Résumons d'abord brièvement les deux observations qui font l'objet de ce rapport : Un jeune homme a le poumon gauche traversé par une balle. Il est immédiatement transporté à l'hôpital présentant tous les signes d'une hémorragie interne, fréquence et petitesse du pouls, dyspnée, cyanose. L'auscultation du cœur révèle un bruit de rouet qui est généralement considéré comme un signe d'épanchement péricardique. Le blessé se mourait d'hémorragie. M. Ombrédanne intervient immédiatement, quarante-cinq minutes après l'accident. La plaie d'entrée de la balle était au-dessous et à gauche du mamelon gauche. M. Ombrédanne fait un volet thoracique, ouvre la plèvre et se trouve en présence d'un hémothorax considérable. En pleine face antérieure du poumon se trouve un orifice de la dimension d'une pièce d'un franc par lequel s'échappe un jet de sang énorme. Cette plaie est suturée; contournant le poumon sur son hile, M. Ombrédanne trouve l'orifice de sortie de la balle qui saigne encore abondamment. Il le suture. Le volet est refermé. Le bruit de rouet a totalement disparu. M. Ombrédanne croit donc pouvoir l'attribuer au brassage du cœur par l'épanchement pleural. C'est là un fait, croit-il, non connu et qui mérite d'être signalé; quinze jours après, le blessé présenta une élévation de température et les signes d'un épanchement pleural, qu'on évacua par une ponction. Le blessé a parfaitement guéri.

Dans l'observation de M. Pierre Duval, il s'agit d'un jeune soldat qui se tire deux balles de revolver, l'une dans la tête, l'autre dans la région du cœur. La plaie se trouve à 3 centimètres au-dessus du mamelon. Le pouls est rapide et petit; il y a un pneumothorax total. M. Duval fait une petite ouverture, trouve une plaie antérieure du poumon qu'il suture, draine et referme. Il n'y avait pas de plaie postérieure du poumon, rien au péricarde, ni au cœur. Quelques jours après, signes de broncho-pneumonie. Une ponction de la plèvre ne donna ni air ni liquide. Guérison.

M. Delorme fait suivre ces deux observations de remarques importantes. Dans le cas de M. Ombrédanne, il y avait un hémothorax formidable; le blessé était en danger de mort. Il y avait dans la face antérieure du poumon une plaie déchiquetée, de la dimension d'une pièce d'un franc, par laquelle s'écoulait un flot de sang énorme. M. Delorme, après avoir loué M. Ombrédanne de son heureuse hardiesse et de son habileté, regrette, étant donné le réel intérêt de son observation, qu'elle n'ait pas été rédigée avec tous les détails qu'elle comportait. L'état exact du pouls, de la température, le nombre des respirations n'y sont pas mentionnées. M. Delorme adresse la même critique à l'observation de M. Duval dans laquelle l'issue définitive n'est même pas indiquée. Il est de fait que l'intervention chirurgicale, si habile et si heureuse qu'elle soit, n'est pas tout dans des observations de ce genre. Une question, dont l'intérêt est de premier ordre, se pose tout d'abord, c'est celle des indications de cette intervention, et c'est précisément sur ces indications que M. Delorme va maintenant insister. En effet, plusieurs chirurgiens, M. Lucas-Championnière entre autres, n'ont-ils pas soutenu que, dans les cas de plaie du poumon, l'abstention donnait généralement de meilleurs résultats que l'opération? Ce n'est pas l'avis de M. Delorme qui est bien convaincu que si M. Ombrédanne n'avait pas opéré son blessé, celui-ci serait mort. Mais il importerait de bien délimiter les cas qui réclament l'intervention immédiate et ceux dans lesquels on peut attendre et tenter l'abstention. C'est pourquoi il serait utile que, dans les observations de ce genre, on pût avoir une documentation plus précise, plus substantielle que celle que nous donnent les observations de MM. Ombrédanne et Duval.

Dans l'observation de M. Ombrédanne, il y a ce fait à retenir que l'hémothorax a donné lieu à un signe qui, jusqu'ici, était considéré comme symptomatique d'épanchement péricardique; le bruit de rouet du cœur. M. Delorme ne pense pas que ce signe ait jamais été signalé dans les cas d'hémothorax traumatique.

Arrivant à la discussion de l'intervention directe et immédiate, M. Delorme propose aujourd'hui la même opinion que celle qu'il a défendue il y a quinze ans. Il reste convaincu que dans bien des cas cette intervention directe est le plus sûr et le seul moyen de sauver le blessé. Ces blessés, en effet, courent les plus grands dangers du fait de l'abondance et de la persistance de l'hémorragie. Dans ces cas, il n'y a pas à hésiter; il faut aller droit au poumon. Chez le premier blessé qui a été opéré par M. Delorme, malgré son insistance pour l'opérer, on a attendu trois jours et M. Delorme est intervenu trop tard; ce blessé est mort victime de l'expectation. C'est là un argument précieux à opposer à la doctrine défendue par M. Lucas-Championnière.

(1) Zuntz. *Arch. f. Physiol.*, 1888.
(2) Tigerstedt. Congrès de Moscou, 1897.

M. Delorme passe en revue les travaux publiés sur la question et les faits communiqués, il examine et compare entre eux les faits d'expectation et les faits d'intervention. Il rappelle les faits de Panas, de Michaux, la thèse de Nélaton, etc. Après la discussion de ces faits, il lui paraît incontestable que les plaies pénétrantes du poumon, dans la grande majorité des cas, réclament l'intervention directe et immédiate.

M. Delorme passe ensuite à l'examen de chacun des symptômes des plaies pénétrantes du poumon. Il est, en effet, de toute importance de bien connaître les signes des graves hémorragies pulmonaires; l'état syncopal, le pouls filiforme, la respiration superficielle, la dyspnée, les accès de suffocation, le délire, la température, le siège de la plaie externe, l'hémoptysie, l'expuition des crachats, les hémorragies externes, l'hémothorax, chacun de ces symptômes est l'objet d'une discussion serrée de la part de M. Delorme et il trouve que, généralement, en présence de ces symptômes, on a trop d'hésitation à aller au poumon. Un hémothorax abondant réclame l'intervention directe.

M. Delorme s'applique à distinguer l'hémorragie due à la blessure de petits vaisseaux ou de vaisseaux mo yens ou à la blessure due à de gros vaisseaux. Pour la dernière, la suture seule de la plaie pulmonaire est le moyen de sauver les blessés.

En résumé, l'intervention chirurgicale a sa place marquée dans le traitement des plaies du poumon.

Un rapport de cette importance, dont nous regrettons de n'avoir pu donner qu'un faible résumé, appellera certainement une discussion qui ne manquera pas d'intérêt. Plusieurs orateurs se sont déjà fait inscrire.

Appendicite traumatique. — M. Picqué termine la discussion sur ce sujet. Avec MM. Demoulin et Tuffier, il estime que la Société de chirurgie, dans cette discussion, n'a pas à tenir compte des conséquences qu'elle peut avoir au point de vue de la loi sur les accidents du travail. Il maintient les conclusions qu'il a présentées dans son rapport sur le travail de MM. Jeanbrau et Anglada, conclusions opposées à celles de M. Guinard, et qui tendent à admettre que le traumatisme ne crée pas l'appendicite.

Discutant les faits apportés par M. Guinard, les faits de Sonnenburg et autres, M. Picqué croit pouvoir maintenir ses premières conclusions.

Anévrisme du creux poplité. — M. Morestin présente un malade qu'il a opéré d'un gros anévrisme du creux poplité. Malgré une résection très étendue de l'artère, ce malade n'a présenté aucun accident consécutif. La veine a pu être conservée. A aucun moment, M. Morestin n'a eu la moindre inquiétude sur la vitalité du membre.

Luxation externe de la clavicule. — M. Faure présente un malade qui, dans une chute d'automobile, s'est fait une luxation externe de la clavicule. L'application de l'appareil de M. Heitz-Boyer a donné un très bon résultat.

MM. Tuffier, Schwartz et Reynier préfèrent encore les résultats obtenus par la suture.

Les venins. Les animaux venimeux et la sérothérapie antivenimeuse, par A. Calmette, membre correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine, directeur de l'Institut Pasteur de Lille. In-8 de xvi-396 p., avec 125 fig. dans le texte. — Prix, relié toile anglaise : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

EXTRAIT DE LA NOTE REMISE A M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE, LE 31 MAI 1907, PAR LA DÉLÉGATION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU CONGRÈS DES PRATICIENS.

Nous avons l'honneur de vous remettre les travaux qui ont été écrits à l'occasion du Congrès; nous espérons que vous pourrez les lire. Ils indiquent à quelles conditions et de quelle manière la médecine peut être apprise. L'enseignement clinique exige la collaboration du chef et de l'élève auprès du malade, l'effort de l'un et de l'autre pour le soigner, que l'élève, même s'il est obligé de faire ses études dans un délai restreint, soit attaché aux services hospitaliers comme le sont seulement quelques privilégiés aujourd'hui, qu'il monte des gardes, qu'il ait, sous la responsabilité du chef, la responsabilité de quelques malades. A côté de cet enseignement clinique, médical et chirurgical, il faut que de la même manière le futur médecin apprenne les éléments de toutes les spécialités, depuis l'obstétrique dont l'enseignement est le seul organisé actuellement jusqu'à l'ophtalmologie et la laryngologie. Les examens doivent sanctionner cet enseignement sans le déformer, et montrer que le docteur en médecine est un praticien, apte à agir par lui-même. L'enseignement scientifique ne peut être séparé de l'enseignement clinique, il le développe et le confirme. L'anatomie pathologique, la bactériologie doivent permettre au médecin de mieux comprendre la nature intime de la maladie.

Mais nous ne voulons parler aujourd'hui que des vœux émis par le Congrès, qui s'adressent particulièrement à l'Etat.

Notre première mission est de vous demander le retrait du décret relatif au certificat d'admissibilité à l'agrégation. Ce certificat ne donne pas satisfaction et n'apporte aucun remède à la situation créée par le premier décret. Du reste ses inconvénients au point de vue de l'enseignement sont identiques. Le seul avantage qu'il peut présenter est de nous faire comprendre de mieux en mieux l'origine des difficultés que rencontre l'évolution nécessaire, et qui ne tiennent pas à des hommes dont nous connaissons l'autorité, la bonne foi, la bonne volonté et le talent, mais à des institutions nuisibles aux progrès de la science et au développement de la vie professionnelle.

L'esprit scientifique, comme l'éducation professionnelle exigent une organisation différente de celle qui est imposée à nos écoles. La formation intellectuelle et technique du médecin ne peut être que déformée par le but qu'on lui propose de conquérir des diplômes et d'obtenir des places, au lieu d'apprendre simplement le métier médical et de devenir un meilleur ouvrier. Ce sont les bons ouvriers qui font les maîtres : l'hôpital et le laboratoire sont les seuls ateliers où puissent se former des médecins et ceux-là mêmes auxquels l'enseignement sera confié dans nos écoles.

Pour lever les difficultés que soulèvent tous ces certificats et tous ces brevets, le Congrès des praticiens nous a prescrit une solution : la suppression pure et simple de l'agrégation de Facultés de médecine. Les hommes qu'admet le concours d'agrégation en médecine sont d'une valeur indiscutable, et les scandales réguliers auxquels il donne lieu ne suffiraient pas à condamner une institution de ce genre, si elle ne fermait la porte de nos écoles à des hommes de bonne volonté, si elle n'en avait exclu des hommes supérieurs, si elle ne pouvait sans cesse en exclure de nouveaux, si elle n'empêchait pas l'enseignement des branches spéciales de la médecine, si elle n'isolait pas nos Facultés du milieu médical et si elle ne limitait pas le nombre des maîtres au préjudice évident des élèves. Partout à l'étranger le nombre des premiers est trois ou quatre fois plus élevé qu'il ne l'est ici pour un même nombre d'étudiants.

Nous avons un autre mandat à remplir : nous réclamons la suppression des diplômes que délivrent les Facultés nuisibles aux intérêts légitimes du corps médical. Il est naturel qu'une ville, que l'Etat créent des concours donnant accès à des places que doivent occuper des médecins : concours qui doivent être constitués par des épreuves de titres, démontrant ainsi que les connaissances du candidat n'ont pas été acquises dans des livres ou par l'assiduité de quelques-uns dans des cours et un travail forcé, mais par l'application de la pensée, leur effort personnel dans la direction déterminée par leurs goûts, leur curiosité, la forme de leur intelligence. Nous ne concevons pas de places de bactériologistes délivrées à d'autres médecins que des bactériologistes ayant étudié, travaillé dans des laboratoires et fait œuvre technique et nous ne comprenons pas tout système qui éliminerait ceux qui ont travaillé de la seule manière qui puisse leur donner une autorité et une compétence pour accepter des hommes ayant passé des épreuves que l'on peut préparer en quelques mois par le simple effort de la mémoire. Les diplômes, les certificats et les brevets peuvent être attribués à des jeunes gens, mais les hommes de science et de valeur ne sont pas ceux qui ont seulement travaillé en serre chaude dans le but étroit de conquérir un titre et une place.

Le Congrès des praticiens a demandé que l'Etat attribue des sommes plus importantes à l'enseignement médical. Les raisons qui appuient cette demande ne sont pas d'ordre immédiat; cependant la vie de notre pays déborde l'heure présente, et les intérêts de sa vie intellectuelle et scientifique sont supérieurs à tous autres. Le budget de la science est inférieur dans notre pays à ce qu'il est dans les grands pays voisins. Il est nécessaire que la France maintienne le prestige qu'elle avait autrefois et qu'elle garde encore et sa prospérité matérielle elle-même est intéressée à la conservation de sa prépondérance intellectuelle.

Cependant, si nous demandons plus d'argent à l'Etat, nous lui demandons aussi et d'abord plus de liberté : elle est plus nécessaire à l'enseignement que toute subvention pécuniaire. Il ne faut plus que des conseils ministériels, fussent-ils composés des hommes les plus éminents aient pour rôle principal d'entraver la vie de nos écoles, d'en diminuer l'activité. Nos maîtres se plaignent de ne pouvoir délibérer sur l'organisation de l'enseignement et de ne pouvoir agir par eux-mêmes. Ils nous l'ont appris au moment du Congrès. Cependant, ils sont responsables devant l'opinion de la prospérité, de la fécondité de nos Facultés de médecine, c'est à eux que les médecins en demandent compte. La solution de la crise actuelle est plus facile maintenant que tout le monde en comprend les causes.

Nous avons mandat de demander l'autonomie des Ecoles de médecine. Des hommes qui vous entourent et dont nous admirons et respectons l'effort ont semé l'idée. Maintenant, une logique élémentaire exige que nos Ecoles ne soient plus en tutelle; elles sont assez âgées pour se gouverner elles-mêmes, sous certaines conditions très larges et très générales. Une université est une fédération et une association de facultés et d'écoles libres : libres même de ne pas s'associer et de ne pas se fédérer. Elle n'est pas un organisme administratif, créé de toutes pièces par l'Etat; et le pouvoir central peut trop facilement en gêner l'expansion et en déformer la structure.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 17 AU 22 JUIN 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 17 juin, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Delens, Lepage et Rieffel; — (2e série) : MM. Tuffier, Thiéry et Potocki; — (2e partie) : MM. Roger, Legry et Marcel Labbé; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Auguste Broca, Mauclaire et Pierre Duval; — (2e partie) : MM. Brissaud, Claude et Balthazard; — M. Wallich, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Teissier, Gosset et Cunéo; — (2e série) : MM. Reclus, Legueu et Proust; — (2e partie) : MM. Déjerine, Teissier et Macaigne; — M. Branca, suppléant.

Mardi 18 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Le Dentu, de Lapersonne et Morestin; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Méry et Rénon; — M. Vaquez, suppléant.

5e (chirurgie 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Berger, Albarran et Marion; — (2e série) : MM. Pozzi, Hartmann et Auvray; — (2e partie) : MM. Joffroy, Dupré et Carnot; — M. Gouget, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Brindeau; — M. Langlois, suppléant.

Mercredi 19 juin, à une heure. — 5e (1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Delens, Sébileau et Thiéry; — (2e série) : MM. Tuffier, Rieffel et Proust; — (2e partie, 1re série) : MM. Landouzy, Claude et Marcel Labbé; — (2e série) : MM. Teissier, Legry et Macaigne; — M. Legueu, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Lepage, Wallich et Potocki; — M. Pierre Duval, suppléant.

Jeudi 20 juin, à une heure. — 1er (oral, 1re série) : MM. de Lapersonne, Launois et Rieffel; — (2e série) : MM. Albarran, Thiéry et Morestin.

2e : MM. Retterrer, Langlois et Maillard.

3e (oral, 1re partie) : MM. Le Dentu, Retterer et Brindeau; — (2e partie, 1re série) : MM. Robin, Thiroloix et Jeanselme; — (2e série) : MM. Troisier, Méry et Gouget; — (3e série) : MM. Achard, Fernand Bezançon et Carnot.

4e (1re série) : MM. Chantemesse, Chassevant et Dupré; — (2e série) : MM. Thoinot, Wurtz et Vaquez; — (3e série) : MM. Gilbert Ballet, Langlois et Richaud; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 21 juin, à une heure. — 1er (oral, 1re série) : MM. Kirmisson, Sébileau et Rieffel; — (2e série) : MM. Reclus, Cunéo et Macaigne.

2e (1re série) : MM. Déjerine, Weiss et Branca; — (2e série) : MM. Roger, Retterer et Desgrez.

3e (oral, 2e partie, 1re série) : MM. Brissaud, Teissier et Legry; — (2e série) : MM. Gaucher, Claude et Marcel Labbé.

4e (1re série) : MM. Joffroy, Thoinot et André; — (2e série) : MM. Landouzy, Wurtz et Balthazard; — M. Gosset, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Delens, Tuffier et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Aug. Broca, Mauclaire et Proust; — M. Legueu, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki; — M. Lepage, suppléant.

Samedi 22 juin, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. de Lapersonne, Ribemont-Dessaignes et Morestin; — 2e série) : MM. Albarran, Bar et Thiéry; — (2e partie, 1re série) : MM. Robin, Thiroloix et Méry; — (2e série) : MM. Troisier, Fernand Bezançon et Carnot; — (3e série) : MM. Achard, Gouget et Jeanselme; — M. Langlois, suppléant.

(5e)obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Demelin et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, le 10 juin 1907

Le Syndicat des médecins de la Seine vient de discuter le rapport présenté par son vice-président notre excellent confrère et ami L. Rénon, au sujet du projet d'impôt sur le revenu (voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 62, p. 741).

Le Syndicat a trouvé trop faibles encore les énergiques conclusions de M. Rénon, et il a voté l'ordre du jour suivant :

« Considérant,

1° Que le projet Caillaux lèse les intérêts des malades par la violation du secret professionnel, et impose aux médecins une inquisition vexatoire ;

2° Que l'opinion unanime du corps médical français est opposée à ce projet,

Décide,

1° D'éclairer l'opinion publique sur les graves inconvénients que le projet Caillaux présente pour les malades et leur famille ;

2° D'engager les membres du groupe médical parlementaire à lutter énergiquement contre ce projet ;

3° *Donne mandat à tous les membres du Syndicat, de s'aboucher le moment venu avec les députés et les sénateurs de leur circonscription électorale et de les inviter à voter contre tout projet d'impôt sur le revenu.*

Saisit

L'Union des syndicats médicaux de France de cette question et l'engage à dicter aux syndicats affiliés une conduite analogue. »

La popularité du projet de M. Caillaux s'affirme tous les jours davantage !

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE NOMINATION DE MÉDECIN DES HOPITAUX. — *Leçon clinique.* — Séance du 8 juin 1907. — MM. Kahn, 18 ; Léri, 16.

Prochaine séance mardi 11 juin, à neuf heures du matin, à l'hôpital de la Charité.

CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 7 juin. — MM. Couvelaire, Funck, Le Lorier et Mouchotte, 19 ; Guéniot, Jeannin et Schwaab, 17 ; Sauvage, 15 ; Delestre, 12.

— LYON. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. le docteur Lesieur.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — SCIENCES ANATOMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET NATURELLES. — ANATOMIE : *Epreuve de dissection :* « Le plexus brachial, sa constitution, ses collatérales, les origines de ses branches terminales. »

Leçon orale d'une heure. — Séance du 10 juin. — MM. Jeandelize : « Influence de la chaleur sur les actions chimiques de l'organisme ; » Dubois : « Influence du système nerveux sur les actions chimiques de l'organisme. »

Séance du 11 juin. — MM. Busquet : « Evolution du carbone dans l'organisme animal ; » Ambard : « Les phénomènes rythmiques dans les fonctions de l'organisme animal. »

Séance du 12 juin. — MM. Mandoul : « Les blastomycoses ; » Cabane : « Leishmanioses et babésioses. »

Prochaine séance le 13 juin, à neuf heures et demie.

SCIENCES PHYSIQUES, CHIMIQUES ET PHARMACOLOGIQUES. — *Leçon orale d'une heure.* — Séance du 10 juin. — MM. Robert : « La production de l'urée dans les tissus ; » Mouneyrat : « Métabolisme des principes chimiques les plus importants chez les diabétiques. »

Séance du 11 juin, à neuf heures et demie. — MM. Florence : « Ferments de l'intestin grêle et digestion intestinale ; » Nicloux : « Les ferments du sang. »

La prochaine séance aura lieu le mercredi 12 juin, à deux heures.

Epreuve pratique mercredi 12 juin, à midi, au laboratoire de physiologie.

— PARIS. — L'assemblée de la Faculté vient de décider qu'à l'avenir les chaires d'histologie, d'anatomie, de physique et de chimie, de pharmacologie seraient incompatibles avec le titre de médecin, de chirurgien ou d'accoucheur des hôpitaux.

— LILLE. — M. le professeur Combemale vient d'être réélu doyen par 24 voix, contre 1 à M. Lamblin, 1 à M. Lescœur et 3 bulletins blancs. La Faculté a présenté en seconde ligne

M. Wertheimer par 21 voix, contre 3 à M. Barrois, 2 à M. Baudry, 2 à M. Laguesse et 1 bulletin blanc.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — Un concours s'ouvrira le 30 octobre 1907, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

ASILES DALIÉNÉS. — ARMENTIÈRES. — M. le docteur Raviart, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés d'Armentières, est nommé médecin en chef au même asile (emploi nouveau).

BORDEAUX. — MM. Calmette et Latreille sont, après concours, nommés internes des hospices d'aliénés.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Jean Livon (de Marseille) est nommé officier d'Académie.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Demagny (de Paris) et Henri Moreau (de Bordeaux).

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 42, 7 avril 1907.) Prof. Guido BACCELLI : A propos d'un anévrisme de l'artère cœliaque surmontant un ancien anévrisme plus considérable de l'aorte. — Prof. Guido TIZZONI et Alessandro BONGIOVANNI : A propos du mécanisme de décomposition in vitro du virus rabique au moyen du radium. — Paolo BIZZIOCCHI : Laryngosténose morbilleuse. — ZUCCOLA : L'ammoniurie expérimentale dans les maladies infectieuses. — (N° 45, 14 avril.) Augusto PLESSI : Elimination urinaire du chlorure de sodium et chlorurie alimentaire dans certains états pathologiques. — Leone MINERVINI et Mario DE SANCTIS : La position du corps dans la sciatique. — G. GHEDINI : Anticorps helminthiques du sérum sanguin des sujets atteints d'helminthiase. Anticorps anchylostomiasiques et ascaridiens. — Mario FASANO : Intervention directe sur le poumon pour plaie pénétrante. — (N° 48, 21 avril.) BRUSCHETTINI et BARLOCCO : A propos des poisons cancéreux. — Piazza LORENZO : Cas exceptionnel de mort provoquée par un empoisonnement dû à l'oxhydrate de chaux ou chaux éteinte. — Carlo ZILLE : A propos d'un cas d'œdème angionévrotique suivi de morbus maculatus de Werlhof. — G. ZANONI : Education de la fonction vésicale au moyen de l'opothérapie surrénale. — Giovanni MAUFRINI : Abcès multiples du foie. Diffusion du pus à la cicatrice ombilicale. — Alessandro BONGIOVANNI : Trois cas d'érysipèle de la face traités par des applications locales de sérum antidiphtérique. — T. SILVESTRI : Les injections intrapéritonéales d'air atmosphérique dans la péritonite tuberculeuse. — (N° 51, 28 avril.) CARLETTI : La recherche de traces minimes de sang dans les matières fécales des malades atteints de tuberculose pulmonaire. — Gustavo FERRARI : A propos de la réaction du bleu de méthylène. — Torindo SILVESTRI : Thoracentèse et pénétration de l'air dans la plèvre. — Matteo ORSOLANI : Un cas de rupture de l'artère poplitée. — M. SCIALLERO : L'action anticonvulsivante de la neuroprine. — A. CAPUTO : La pathogénie du vomissement cyclique chez les enfants anémiques. — Giambattista BAGLIONI : Sur un cas d'ileus probable dû aux ascarides. — (N° 54, 5 mai.) Giuseppe ASTOLFONI : Sur une méthode nouvelle pour la recherche de l'acide oxalique contenu dans l'urine. — Alessandro ORI : Trois cas de charbon externe chez l'homme. — Nicolino FEDERICI : Neuf laparotomies pour péritonite tuberculeuse. — GALASSI : Contribution à l'éude du traitement de la péritonite tuberculeuse par l'iodogélatine Silavo. — Cesare PEZZI : A propos d'un cas de syndrome de Bonnier et des crises bulbaires. — Enrico TOGNOLI : Mal de Pott atypique. — Cornelio ORSONI : Un cas d'ulcère simple traumatique de l'estomac. — (N° 57, 12 mai.) Giovanni TOMASELLI : Contribution à l'étude des sarcomes primitifs des nerfs périphériques. — Corrado GIGLIO : Considérations sur la nature et la pathogénie de l'asthme bronchique. — V. FONTANA : L'atropine dans le diabète insipide. — Arturo MONTINI : Nouvelle note relative à l'intervention chirurgicale dans les péritonites septiques diffuses. — (N° 60, 19 mai.) DALLA ROSA : Contribution à l'étude de la destruction du maxillaire inférieur et du plancher de la bouche par tumeur maligne. — Giovanni ROMANELLI : Sur la présence et la fréquence de leucocytes dégénérés dans le torrent circulatoire. — G. GHEDINI : L'étiologie de l'infection dite rhumatismale recherchée par la méthode de la « déviation du complément ». — Guelfo ALESSANDRI : Deux cas de rhumatisme articulaire tuberculeux. — A. CALABRESE : A propos du traitement de la rage par le radium. — Mario VARANINI : L'adrénaline dans un cas de diabète insipide. — E. CAMPAGNA : Colique néphrétique d'origine malarienne. — Cesare Scavonetto MATERAZZI : Un cas de localisation rare du diplocoque de Frænkel. — (N° 63, 26 mai.) Giuseppe MARANGONI : Contribution à l'étude du pseudo-hermaphrodisme. — Giovanni ROMANELLI : Sur la présence et la fréquence de leucocytes dégénérés dans le torrent circulatoire. — R. PIANORI : Myocardite par influenza. — Enrico BELLIBONI : Un cas de gangrène pulmonaire traité par le sérum antistreptococcique de Arhonson. — Andrea BORRI : La ptose gastrique et son traitement par la galvanisation du pneumogastrique. — Donato DE CHIARA : A propos de l'étiologie de la chorée de Huntington. — Giovanni GALLI : Emploi de la nouvelle préparation d'iode, la saiodine.

Policlinico. — *Partie chirurgicale.* (Avril 1907.) — Prof. G. PEREZ : Contribution à l'étude de la rachistovaïnisation. — Mario FASANO : Etude de la physiopathologie et de l'intervention chirurgicale dans les lésions médullaires consécutives aux fractures du rachis. — Riccardo DALLA VEDOVA : Contribution à l'histoire des kystes congénitaux du plancher de la bouche. — (Mai.) Prof. G. PEREZ : Contribution à l'étude de la splénectomie. — Riccardo DALLA VEDOVA : Contribution à l'histoire des kystes congénitaux du plancher de la bouche. — G. SERAFINI : A propos de certains kystes dermoïdes du cou. — BERNABAI : Sur un cas de fracture récidivée de la rotule. — *Partie médicale.* — (Avril.) Maurizio ASCOLI : Diagnostic du siège et de la nature des tumeurs du cervelet par la ponction exploratrice. — Alberto SALMON : La réaction myasthénique de Jolly. — Prof. Carlo COLOMBO : A propos de l'action des rayons de Röntgen sur le système nerveux central. — Ulderico DE LUCA : Le traitement de la leucémie par les rayons X. — (Mai.) Alesso NAZARI : La forme bronchectasique de la broncho-pneumonie morbilleuse des enfants et la bronchectasie chronique des adultes. — Vincenzo FRAGALE : La diplococcémie. — Prof. Francesco VALAGUSSA : Contribution à l'étude de la cystite due au bacterium coli chez les enfants.

Semaine médicale. — (N° 18, 1er mai 1907.) LEJARS : Traitement des anévrismes des membres par plaies d'armes à feu. — (N° 19, 8 mai.) LE BEC : Procédé opératoire d'appendicectomie à froid permettant d'éviter l'éventration. — (N° 20, 15 mai.) SCHUFEER : De la possibilité de faire « intra-vitam » un diagnostic histo-pathologique précis des maladies du foie et de la rate. — (N° 21, 22 mai.) A. BAUDOUIN : La myotomie congénitale. Maladie d'Oppenheim.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 8, 30 avril 1907.) BOURGEOIS : Traumatismes de l'iris. — (N° 9, 15 mai.) Paul BLUM : Intoxication subaiguë par application locale de produits toxiques (sels mercuriels).

DE LA LITHIASE SOUS-MAXILLAIRE

SOUS-MAXILLITE AIGUE. EXTIRPATION DE LA GLANDE AVEC LES CALCULS

Par Ed. SCHWARTZ,

Chirurgien de l'hôpital Cochin.

Mme L..., âgée de quarante-trois ans, vint nous consulter en décembre 1906 pour des accidents douloureux qui sont survenus en novembre dernier du côté de la région sous-maxillaire gauche.

Elle nous raconte que depuis une dizaine d'années son attention est attirée de ce côté. Elle remarquait que de temps à autre pendant les repas, il se formait une grosseur au niveau de la région sous-maxillaire qui diminuait très rapidement après ; quelquefois cela durait deux ou trois jours, pour disparaître de nouveau ; il n'y avait aucune douleur, mais simplement de la gêne.

Il y a cinq ans, elle fut prise de phénomènes plus intenses et plus durables, et elle vint déjà me consulter à cette époque pour une tuméfaction douloureuse avec angine et élancements dans l'oreille gauche. Les commémoratifs et l'examen direct me firent porter dès ce moment le diagnostic de lithiase salivaire avec inflammation de la glande sous-maxillaire. Les phénomènes s'amendèrent et tout rentra dans l'ordre, ne laissant comme trace qu'un peu d'augmentation de volume de la région sous-maxillaire gauche. C'est en novembre 1906 que la malade fut reprise d'accidents après avoir eu plusieurs fois un peu de gonflement de la région sous-maxillaire qui disparaissait après les repas. Elle fut prise de douleurs très vives dans la gorge et le plancher de la bouche, en même temps que se produisait une tuméfaction de toutes ces régions avec dysphagie intense et gonflement de la région sous-maxillaire.

La malade dit avoir évacué du pus par la bouche, sous la langue et dans la gorge. En tout cas l'évacuation du pus a été suivie très rapidement d'une diminution des phénomènes douloureux en même temps que de celle de la tuméfaction. Mais celle-ci n'a pas disparu complètement, quoiqu'il y ait déjà cinq semaines que les accidents ont eu lieu lorsque nous revoyons la malade en décembre 1906.

On constate encore actuellement que la région sous-maxillaire est tuméfiée ; il existe là une véritable tumeur ayant la forme générale et le siège de la glande sous-maxillaire qui fait saillie quand on incline la tête en arrière. On la sent par le palper bidigital ; elle remonte derrière la branche du maxillaire inférieur et fait saillie sous l'amygdale sous le plancher de la bouche et la région du canal de Wharton ; il semble que le doigt rencontre une induration vers la partie postérieure au-devant du pilier antérieur du voile du palais, mais cela sans sensation bien précise et bien nette.

Toutefois nous pensons à la possibilité de la présence d'une concrétion calculeuse à ce niveau.

Notre diagnostic est comme la fois précédente lithiase de la glande sous-maxillaire et du canal de Wharton, ayant donné lieu à une inflammation de la glande sous-maxillaire, à une véritable sous-maxillite avec abcès évacués par la bouche. Toute suppuration est tarie de ce côté, et il est impossible de trouver un point fistuleux.

L'orifice du canal de Wharton du côté gauche est un peu rouge mais nullement augmenté, et la pression ne fait sourdre aucun liquide purulent.

Nous conseillons à la malade de faire des lavages de bouche très fréquents, d'appliquer sur la région encore tuméfiée des pansements humides, et de faire enlever quand les phénomènes inflammatoires seront tombés, la glande sous-maxillaire et les calculs, cause de l'inflammation.

L'opération fut pratiquée le 14 janvier 1907. La malade étant endormie au chloroforme, nous encadrons la glande, la tête étant renversée en arrière, par une incision concave en haut, cachée sous le corps de la mâchoire inférieure. Le peaucier est coupé.

On lie la faciale à sa partie supérieure et on procède à l'énucléation de la glande très volumineuse et dure à l'aide des doigts et des ciseaux. On arrive sous la muqueuse buccale et l'on rencontre là un abcès et deux calculs, l'un plus volumineux comme la moitié d'une noisette, l'autre plus petit comme un pois.

La glande est renversée en bas, et pour finir on relie la faciale qui y pénètre, et le gros tronc thyro-linguo-facial veineux.

La loge maxillaire complètement vide forme une cavité béante ayant la muqueuse buccale comme plafond ; nous y plaçons un drain et après avoir nettoyé à l'eau oxygénée tout le fond, une mèche de gaze stérilisée ; drain et mèche sortent par la partie postérieure de l'incision cutanée qui est refermée à l'aide de crins de Florence fins. Pansement compressif, aseptique. Le drain est enlevé le huitième jour ; la petite mèche deux jours après. Un petit drain est replacé. Tout est complètement fermé le 8 février 1907.

Le huitième jour, au moment où nous avons enlevé le drain nous avons été frappé de l'existence d'une paralysie de la lèvre inférieure du côté gauche qui n'existait pas la veille. Cette paralysie faciale incomplète qui n'atteignait que les muscles élévateurs de la lèvre inférieure (orbiculaire gauche) a complètement disparu, et il n'y paraissait plus lorsque la malade est venue nous revoir pour la dernière fois.

La glande enlevée constitue une masse irrégulièrement ovoïde à grosse extrémité tournée en haut et en arrière, à pointe dirigée en avant. C'est contre son bord supérieur, près de l'extrémité postérieure sous la muqueuse buccale, que se trouvait une cavité abcédée pleine de pus et contenant les masses calculeuses qui ont été enlevées à la fin de l'intervention.

Elle présente à sa face interne et sur son bord inférieur le sillon très net de l'artère faciale. Elle est dure, comme sclérosée.

Des coupes sériées faites d'arrière en avant la montrent partout dense, excepté au centre où l'on trouve une cavité tomenteuse, allongée verticalement et qui paraît être une cavité d'abcès. Cette cavité a 1 centimètre de hauteur sur 1 de longueur, et un demi-centimètre de largeur. On en trouve de petites à côté de la grande.

Les masses calculeuses, une grande grosse comme une demi-noisette, une petite comme un pois, sont irrégulières, granuleuses, jaune d'or ou blanc ivoire. Nous n'en avons pas trouvé dans le parenchyme glandulaire.

Nous n'avons pas pu trouver traces du canal de Wharton. Il est probable qu'il était abcédé et que les calculs siégeaient dans une poche dilatée formée par ses restes et par les tissus sous-jacents à la muqueuse buccale.

L'examen histologique de la glande malade a été fait par M. le professeur Cornil. Elle était profondément altérée ; les acini présentaient une inflammation intense et il y avait beaucoup de globules blancs dans leurs cavités. Autour des acini il y avait une sclérose très dense, mais pas de dégéné-

rescence graisseuse. Les deux calculs étaient irréguliers, comme des calculs muraux hérissés d'aspérités, comme formés de grains agglomérés d'une couleur jaune brunâtre. Ils n'ont pas été examinés au point de vue chimique et bactériologique.

L'histoire moderne de la lithiase salivaire date de la remarquable thèse de Thomas de Closmadeuc en 1855. Depuis l'on a rapporté un certain nombre de faits destinés à éclairer la pathogénie des calculs et des lésions de la glande, à montrer les altérations de cette dernière, à asseoir le traitement chirurgical le meilleur, suivant les différentes variétés anatomiques et cliniques.

Au point de vue de la pathogénie des calculs, la théorie microbienne parasitaire a été invoquée. Dès 1886 Galippe présentait à l'Académie de médecine un mémoire où il démontrait la formation de calculs autour des parasites. Un cas d'Alexandre (*Revue de chir.*, 1906, p. 732), où l'examen fut fait par Weinberg, montra la présence au centre des calculs du leptothrix que l'on rencontre dans le tartre dentaire. Dans une note communiquée à la Société de chirurgie en 1898 (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1898, p. 165), Loison, ayant enlevé quatre calculs par incision de la muqueuse buccale, fit l'examen bactériologique et trouva à leur centre des streptocoques.

Le ou les calculs une fois constitués sont des corps étrangers qui accentuent l'altération des voies salivaires déjà infectées par le mécanisme si bien mis en relief par Charcot quand il fit la ligature du cholédoque, dès 1876, par Strauss et Germont, quand ils firent, en 1882, la ligature de l'uretère et démontrèrent les lésions ainsi produites sur le foie et le rein.

L'infection et l'obstruction plus ou moins complète des conduits glandulaires produisent des altérations anatomo-pathologiques, qui, d'après Perrone (*Arch. de méd.*, 1904, p. 2887), se traduisent : 1° par la dilatation des canaux excréteurs ; 2° par la sclérose du tissu conjonctif interlobulaire et périlobulaire ; 3° par l'atrophie du parenchyme glandulaire, comme l'ont montré Pater et Deshayes (*Bull. de la Soc. anat.*, 1905, p. 145). Lorsque le processus scléreux devient très intense, il peut en résulter un véritable étouffement des acini par le tissu scléreux et il se produit une dégénérescence graisseuse intense des lobules. C'est ce qui existait dans un cas où les poussées très fréquentes de sous-maxillite étaient survenues chez un malade de Monod porteur d'une lithiase salivaire évoluant depuis plus de dix ans.

Déjà en 1889 notre maître le professeur Berger, dans une communication (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 599), avait insisté sur les altérations de la glande sous-maxillaire consécutives à la lithiase, altérations très étudiées dans son cas par Pilliet.

Lorsque le ou les calculs se développent et siègent dans les gros canaux, en particulier dans le canal de Warthon même, qu'il n'y a pas oblitération, l'infection glandulaire peut ne pas se manifester, comme le montrent les faits présentés à la Société anatomique par Morestin et Billet (*Bull. de la Soc. anat.*, 1903, p. 668 et 719). Dans le cas de Morestin, le calcul avait la forme d'une petite olive; il siégeait dans le canal de Warthon et il fut enlevé par une incision du plancher de la bouche. La glande paraissait ou était saine, il n'y avait eu aucune poussée inflammatoire. Dans le cas de Billet, le calcul salivaire volumineux pesant 2g50 avait ulcéré le canal de Warthon et le malade l'avait retiré lui-même. La glande paraissait normale.

Par contre dans un cas de Brin (*Bull. de la Soc. anat.*, 1904, p. 589), qui retira quatre calculs salivaires du canal de Warthon, dont le plus gros pesait 2g95, le malade avait eu à plusieurs reprises du gonflement de la région sublinguale avec des crises douloureuses qui s'étaient terminées après des crachements de pus.

Très souvent, sinon toujours quand la lithiase salivaire existe, la glande sous-maxillaire s'altère et ses altérations sont celles qui existaient dans notre cas et que l'on retrouve à un degré plus ou moins intense dans presque toutes les observations où l'on a extirpé la glande. C'est ce que démontrent bien dans leurs thèses Guilloteau (*Calculs salivaires du canal de Warthon et de la glande sous-maxillaire*, Th. de Paris, 1904) et surtout Scheffer (*Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique, de l'évolution et du traitement de la lithiase de la glande sous-maxillaire*, Th. de Paris, 1905).

Ce dernier a réuni douze observations où l'extirpation de la glande a été faite, dont trois personnelles, et il rapporte un examen très circonstancié des glandes extirpées, parmi elles les observations déjà citées de Berger, de Perrone, d'Alexandre. Dans notre observation où l'examen histologique a été pratiqué par notre maître, le professeur Cornil, les altérations de la glande étaient très avancées, sans qu'il y eût cependant déjà dégénérescence graisseuse des acini étouffés et sclérosés.

Au point de vue clinique, quand il s'agit de calculs profondément situés intraglandulaires ou dans la portion profonde du canal de Warthon, les observations sont pour ainsi dire calquées les unes sur les autres. Après une première période pendant laquelle on observe des crises douloureuses sous-maxillaires avec gonflement intermittent de la glande, en survient une seconde où la tuméfaction persiste plus ou moins avec changement de consistance, induration, formation d'abcès qui tantôt s'ouvrent dans la bouche, tantôt sont ouverts par le chirurgien.

Lorsque la lésion est arrivée à cette période, le seul traitement rationnel est l'extirpation de la glande sous-maxillaire, comme l'a, un des premiers, conseillé le professeur Terrier. L'ablation seule du ou des calculs ne peut être de mise et efficace que dans les cas de calculs avec lésions superficielles sous-muqueuses. Dans tous les autres, la seule extraction des calculs, outre qu'elle serait très compliquée, laisserait la glande altérée et pouvant rester le point de départ de nouvelles poussées aiguës.

Le traitement doit donc être, dans tous les cas où le ou les calculs ne sont pas accessibles, et où les symptômes démontrent l'altération glandulaire et la possibilité de foyers lithiasiques ou infectés pro-

fonds, l'extirpation méthodique de la glande sous-maxillaire. C'est ce que nous avons fait après bien d'autres. L'opération est facile et si on a soin de cacher l'incision sous le rebord de la mâchoire inférieure, elle ne laisse pour ainsi dire aucune cicatrice visible.

Il sera bon toujours de drainer, étant donné que le plus souvent on a affaire à une glande infectée.

Nous avons été témoin, dans notre cas, d'une complication anodine, mais qui n'en est pas moins désagréable, la paralysie partielle du rameau du facial allant à l'orbiculaire des lèvres. Cette paralysie, que nous n'avons trouvée signalée dans aucune observation, a débuté chez notre malade au bout de huit jours environ; la moitié gauche de la lèvre inférieure ne pouvait être relevée, tombait et donnait à la physionomie un aspect tout spécial. Cette paralysie s'est amendée et a guéri peu à peu. A quoi l'attribuer? Il ne s'agit pas d'une section nerveuse qui aurait donné lieu à une paralysie immédiate très visible; s'agit-il d'une paralysie par névrite du rameau compromis dans l'ablation, tiraillé ou rompu?

C'est possible, sans que nous puissions rien affirmer, laissant à de nouvelles observations le soin de résoudre ce petit point de pathogénie.

En dehors de cette complication, la guérison s'est faite très rapidement chez notre opérée et c'est à peine si on peut découvrir actuellement la trace laissée par l'opération.

PNEUMONIE A RÉPÉTITION

CHEZ UN SUJET CARDIAQUE ET ALCOOLIQUE EN L'ESPACE DE DEUX ANNÉES

Par Louis COTTU,

Interne en médecine de la Maison départementale de la Seine.

P. S..., cinquante-trois ans, maçon.

Antécédents héréditaires. — Mère âgée de soixante-seize ans, bien portante. Père mort subitement pendant le repas. Un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. A dix-neuf ans, fracture de la rotule. Il apprend le métier de maçon; jusqu'à l'âge de quarante ans, buvait en travaillant, avec ses camarades, mais sans excès. Il prit goût un jour à l'absinthe, et, pendant trois années et demie, absorba quotidiennement et régulièrement huit, dix, douze absinthes, en plus des trois ou quatre litres de vin qu'il buvait déjà auparavant.

En 1894, il est interné pour violences, à l'asile Sainte-Anne, où il reste six mois, au quartier des alcooliques.

Il sort de l'asile et continue à exercer sa profession de maçon pendant neuf années.

Enfin le 7 juillet 1903, il est placé comme hospitalisé à la maison de Nanterre.

On lui donne un emploi au jardin : au bout de quelque temps, il s'aperçoit que ses forces diminuent, qu'il devient essoufflé au moindre effort, et que le soir, sa journée terminée, ses jambes enflent; la nuit, il a des accès d'oppression.

Le 1er octobre 1903, il entre à l'infirmerie avec le diagnostic : insuffisance mitrale, et congestion des bases.

A partir de ce jour jusqu'au 1er janvier 1005, c'est-à-dire pendant quatorze mois, il entre, et sort sept fois de l'infirmerie, soigné tantôt pour congestion pulmonaire, tantôt pour œdème des jambes et insuffisance mitrale.

Premier séjour. — Le 4 avril 1905, le malade monte à l'infirmerie, se plaignant d'éprouver un point de côté à la base droite, et de tousser.

Température le lendemain matin : 39°8. Le soir : 40°2.

Le pouls : 136.

La respiration : 39 par minute.

Crachats, gelée d'abricot, adhérent aux parois du vase.

La *percussion* nous révèle une matité complète dans les deux tiers inférieurs du poumon droit.

Les vibrations sont augmentées à ce niveau.

Le poumon gauche a conservé sa sonorité normale.

L'*auscultation* nous fait percevoir un souffle tubaire assez étendu, avec quelques râles crépitants très fins, disséminés autour du souffle.

Sibilances dans le poumon gauche, avec quelques râles de congestion à la base.

Cœur. — Sa pointe bat dans le sixième espace intercostal gauche.

Arythmie. Bruits très sourds, difficiles à percevoir, à cause de la respiration très bruyante.

Pouls. — Rapide et plein.

Urines. — Rares : un tiers de litre en vingt-quatre heures.

Foncées : un peu d'albumine.

Traitement. — Régime lacté : 3 litres.

Chiendent lactosé : 2 litres.

Potion de Todd avec : acétate d'ammoniaque, 10 grammes.

Teinture de digitale............	} *āā* XII gouttes.
— scille...............	
Julep.........................	125 grammes.

Huit ventouses scarifiées à la base droite.

Ventouses sèches dans le reste des deux poumons.

Enveloppements *froids* renouvelés toutes les trois heures.

Le 9 avril, c'est-à-dire au bout de six jours, la température : 39°8 le matin. La dyspnée est intense. La face est cyanosée. Les lèvres sont violacées. Le pouls est rapide, irrégulier et plein. Le malade est en hyposystolie. Nous pratiquons une saignée de 350 grammes. Dès ce moment, tous les signes physiques et fonctionnels s'amendent, la température diminue pour tomber à 36°8 le huitième jour. Les urines deviennent plus abondantes, nous considérons le malade comme guéri. Mais son pouls reste irrégulier, ses urines sont toujours un peu albumineuses, le malade est gardé dans le service jusqu'au 20 juin 1905, date à laquelle il quitte l'infirmerie, ne présentant plus aucun signe stéthoscopique.

La durée du traitement a été de deux mois et demi.

Deuxième séjour. — Dix jours après, dans l'après-midi, c'est-à-dire le 1er juillet 1905, le malade est pris, au travail, d'un violent point de côté à la base droite : « J'ai cru recevoir un coup de couteau dans la poitrine, » dit-il.

On l'amène à l'infirmerie. Nous l'examinons à son entrée. Il est très dyspnéique.

La température : 38°8. Le lendemain, 39°2.

Pouls rapide, petit.

Respiration : 30 par minute.

Crachats visqueux et adhérents, présentant des filets de sang.

Percussion. — Matité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit.

Submatité à la base du poumon gauche.

Auscultation. — Gros souffle tubaire à la base droite.

Râles sibilants et sous-crépitants dans tout le poumon gauche.

Cœur. — Battements à peu près réguliers.

On perçoit au niveau de la pointe un souffle très net.

Urines. — Rares. Contiennent des traces d'albumine.

Le malade est mis au traitement.

Le cinquième jour, le souffle disparaît, pour laisser place à de gros râles crépitants.

A partir du sixième jour, la température s'abaisse graduellement, pour tomber à 37°2 le huitième jour.

Au bout de deux semaines, le malade mange à la table commune, mais au bout de quelques jours, il est pris d'une crise d'oppression qui cède rapidement au régime lacté, et reparaît aussitôt que le malade recommence à s'alimenter.

Après sept mois de repos au lit, notre malade quitte l'infirmerie le 27 janvier 1906, présentant un peu de congestion des bases, et un souffle systolique de la pointe.

Redoutant de nouvelles crises, il renonce désormais à tout travail, et se fait un petit régime alimentaire approprié à son état. De temps à autre, quand il se sent un peu essoufflé, il vient se faire ventouser à la consultation, et parvient ainsi à rester une année entière sans paraître à l'infirmerie.

Troisième séjour. — Nous trouvons de nouveau notre malade le 3 janvier 1907 dans le service, à notre visite du matin. Il est cette fois moins essoufflé que d'habitude, mais il se plaint encore d'un point de côté à sa base droite.

La température : 39°4.

Il existe un souffle tubaire très net. Cette fois, le cœur résiste.

Le pouls est assez régulier, petit.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

La température baisse pour se maintenir aux environs de 37 degrés le sixième jour.

Au bout d'un mois et demi de traitement, le malade quitte l'infirmerie, le 15 février 1907.

Il existe encore quelques râles de congestion aux deux bases, quelques sibilances disséminées dans les deux poumons, et un souffle systolique très net.

Quatrième séjour. — Quatre jours après, le 19 février 1907, le malade remonte dans le service, en état complet d'asystolie. Le visage est cyanosé. Les lèvres sont violacées.

La respiration est bruyante : 41 par minute.

La température : 39°2 le premier jour au soir. Le lendemain matin, 38°4.

Il existe un œdème assez prononcé des jambes.

La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal gauche.

Le pouls est rapide, mou, intermittent.

Les urines contiennent un peu d'albumine.

L'*auscultation* nous révèle une pneumonie franche aiguë du lobe inférieur du poumon droit.

Au troisième jour de la maladie, la fièvre est tombée; la température se maintient aux environs de 37 degrés, avec des écarts vespéraux de 0°5.

Le souffle tubaire est maintenant complètement disparu.

Il existe encore des râles crépitants, disséminés dans le lobe inférieur du poumon droit, une congestion plus intense que d'ordinaire, à la base du poumon gauche.

Mais la dyspnée est toujours très vive.

Le malade est toujours oppressé. Il ne peut rester couché. Il cause par saccades.

Sa respiration : 30 par minute.

La face et la partie supérieure du tronc sont couverts de gouttelettes de sueur.

Les urines sont toujours légèrement albumineuses.

Les bruits du cœur sont très sourds, désordonnés.

Le pouls est intermittent.

Les membres inférieurs sont œdématiés.

Après trois semaines de traitement, et avec le régime lacté, le malade est soulagé, mais incapable de quitter le lit.

Nous sommes donc en présence d'un sujet alcoolique, présentant une lésion mitrale déjà ancienne, et qui vient de résister, en l'espace de deux années, à quatre pneumonies. Chaque fois la défervescence s'est faite en lysis, la température n'étant revenue à la normale qu'au bout de quelques jours. De plus, il faut noter ce fait que, chaque fois, c'est le lobe inférieur du poumon droit qui a été atteint, et lui seul atteint. Il semble donc que la première pneumonie a créé à ce niveau un *locus minoris resistentiæ.* D'ailleurs, dans deux observations identiques rapportées par Charcot chez des malades de la Salpêtrière, il a constaté une induration en masse du poumon malade, induration ardoisée, qui, d'après lui, créerait une prédisposition locale.

Il est intéressant, en pareil cas, de se demander si chacune de ces récidives a eu pour origine des pneumocoques demeurés à l'état latent dans l'arbre bronchique ou dans les alvéoles pulmonaires, et redevenant virulents sous une influence quelconque, ou si chaque nouvelle pneumonie a eu pour cause une infection nouvelle. La première supposition paraît plus probable.

Mais une autre question se pose au point de vue du pronostic :

Nous sommes en présence d'un malade, alcoolique ancien, atteint d'une insuffisance mitrale datant de quatre années; son cœur est hypertrophié, il a déjà présenté neuf crises d'hyposystolie, une crise d'asystolie franche, et résisté à quatre pneumonies aiguës.

Aujourd'hui, la crise d'asystolie est beaucoup plus longue que les autres fois, et c'est elle qui domine dans le tableau clinique de la maladie. Elle persiste malgré les ventouses scarifiées souvent renouvelées sur la région cardiaque et aux bases, malgré l'administration souvent interrompue de la digitale et malgré le régime lacté.

Nous assistons à une asphyxie progressive du malade, il existe des troubles prononcés de la dépuration urinaire, il semble bien que cette cachexie cardiaque ne doive que s'accentuer, et que notre malade, malgré des apparences relativement bonnes, soit arrivé à un degré où il supporterait difficilement une nouvelle récidive de sa pneumonie.

Formulaire pratique de thérapeutique des maladies cutanées et vénériennes, par le docteur L. Butte, ex-chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, lauréat de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie de médecine. In-18 de 11-636 pages. — Prix : cart., 6 francs. — Paris, R. de Rudeval.

FORMULAIRE

L'ACTION OCYTOCIQUE DE LA QUININE

Maurer (*Deuts. med. Wochens.* et *Nouveaux remèdes*, n° 10, 24 mai 1907) conseille d'administrer la quinine de la façon suivante aux femmes en travail :

Donner d'abord 1 gramme de sulfate de quinine en cachet par la bouche. Si au bout d'une heure l'effet n'est pas suffisant, on administre à nouveau 50 centigrammes, une troisième dose égale pourra être prise une demi-heure après. Il est complètement inutile de dépasser 2 grammes.

Le médicament est en général bien supporté par la bouche. Maurer a dû recourir dans quelques cas aux injections sous-cutanées. Il n'a jamais observé les inconvénients signalés par quelques auteurs en France et en Allemagne.

La quinine agirait en déterminant une excitabilité plus vive du muscle utérin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 JUIN 1907)

Influence des rapides déplacements d'air que provoque l'automobile sur la nutrition générale, par M. A. MOUNEYRAT. — Ayant eu, à plusieurs reprises, l'occasion de faire des voyages de huit à dix jours en auto, à une allure moyenne de 40 kilomètres à l'heure avec un parcours journalier de 100 à 200 kilomètres au printemps et en été, l'auteur en a profité pour étudier l'influence des rapides déplacements d'air que l'on obtient ainsi sur la nutrition générale, et cela chez les normaux, les anémiques et les neurasthéniques.

Sous l'influence de la ventilation que produit l'auto, le nombre des globules rouges et le taux de l'hémoglobine s'accroissent dans de grandes proportions, aussi bien chez les normaux que chez les anémiques. Chez ces derniers malades M. Mouneyrat croit que l'auto constitue, à vitesse modérée, un traitement de choix.

L'examen des rapports urinaires indique également une suractivité de tous les phénomènes de nutrition : suractivité qui concorde avec une exagération de l'appétit des sujets.

Enfin il faut noter l'action remarquable de l'auto sur le sommeil. M. Mouneyrat ne croit pas qu'on puisse attribuer cet effet ni à la fatigue, ni à la ventilation plus intense de l'appareil respiratoire, ni à l'action exercée sur le système nerveux par la douche d'air, ni à l'hématose. Il croit plutôt (et sa conviction est basée sur ce fait que le repos à la campagne produit plus lentement le même effet) que l'air et principalement l'air des champs et des bois, indépendamment des constituants qu'on a isolés, renferme un principe spécial encore inconnu qui provoque le sommeil par détente nerveuse.

Sur un nouveau procédé de diagnostic expérimental de la tuberculose. — M. H. VALLÉE. Von Pirket a récemment établi que, chez l'enfant et chez l'homme tuberculeux, les scarifications effectuées sur une surface cutanée, préalablement recouverte d'une gouttelette de tuberculine diluée, prennent l'aspect d'une lésion analogue à celle que provoque l'insertion en ces mêmes conditions du virus vaccinal (*Berl. klin. Wochens.*, 20 mai 1907, p. 644). La réaction locale ainsi obtenue pourrait être recherchée très heureusement d'après cet auteur, dans un but de diagnostic, principalement en ce qui concerne les tuberculoses chirurgicales.

M. Vallée a recherché si cette forme spéciale de l'épreuve à la tuberculine des organismes suspects de tuberculose est applicable aux animaux et les conditions de son utilisation.

Chez les animaux tuberculeux (bovidés et chevaux) et sur une série de cobayes infectés, M. Vallée a obtenu en vingt-quatre heures une *cuti-réaction* qui prend les caractères d'une véritable papulation et ne s'accompagne pas de réaction thermique nette.

Si les résultats obtenus par von Pirket, chez l'homme, se confirment plus largement, si de même de nouvelles constatations faites chez les animaux démontrent la fidélité de la cuti-réaction, l'une et l'autre médecine trouveront en ce nouveau mode d'utilisation de la tuberculine un précieux moyen de diagnostic de la tuberculose.

Peut-être le principe de la méthode pourrait-il s'appliquer au diagnostic d'autres infections. M. Vallée a déjà obtenu en ce sens, dans une série d'essais sur des sujets morveux, de très heureux résultats.

La structure de la moelle épinière. — M. BARBIERI.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 7 JUIN 1907)

Erysipèles de la face au cours du traitement opothérapique ovarien. — MM. Louis RÉNON et Arthur DELILLE. Les recherches opothérapiques qu'ils ont entreprises depuis une année, leur ont permis d'observer trois cas d'érysipèle de la face survenus chez des malades traités par la poudre d'ovaire.

La première de ces malades, myxœdémateuse, a présenté un érysipèle de la face, le cinquième jour d'une médication ovarienne. Elle avait eu un premier érysipèle six ans auparavant, trois mois après sa dernière période menstruelle.

La deuxième malade, atteinte d'un myxœdème atypique, sujette à l'érysipèle cataménial à répétition pendant toute sa vie génitale, a vu réapparaître cet érysipèle, avec streptocoque dans le sang, huit ans après sa dernière attaque, alors qu'elle était soumise depuis un mois au traitement par la poudre d'ovaire.

La troisième malade, tuberculeuse avec syndrome de Basedow, après plusieurs mois de médication ovarienne, a eu un érysipèle de la face, au déclin d'une période menstruelle.

Il n'y a eu ni épidémie ni contagion; le tableau clinique était celui que l'on rencontre habituellement dans l'érysipèle cataménial : phénomènes généraux peu marqués, lésion locale très atténuée. Il semble logique de mettre directement en cause le traitement opothérapique ovarien. Peut-être a-t-il agi en diminuant la résistance de l'organisme au streptocoque, grâce à un mécanisme inverse de celui de l'ingestion de thyroïde qui, d'après Mlle L. Favier, augmenterait la teneur en alexine du sérum sanguin.

Sporotrichoses des muqueuses. Sporotrichosides muqueuses ulcéreuses et saprophytisme du sporotrichum Beurmanni. — MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. Un ancien malade atteint de sporotrichoses cutanées et sous-cutanées présente actuellement une lésion ulcéreuse de la muqueuse du pilier antérieur droit du voile du palais; le frottis de la lésion contient parmi de nombreux polynucléaires et macrophages, de très nombreuses formes parasitaires oblongues; les cellules de l'exsudat pultacé donne de très nombreuses colonies de sporotrichum Beurmanni.

Le saprophytisme sur la muqueuse buccopharyngée est démontré par les cultures en série : le 3 mai les cultures des crachats en six tubes restent négatives.

Le 14 mai, cultures des crachats du mucus du voile de l'amygdale gauche négatives; cultures de l'ulcération et de l'amygdale droite positives.

Le 21 mai, mêmes prises et mêmes cultures; l'ulcération est cicatrisée, la culture du mucus de la cicatrice est négative, seul le mucus de l'amygdale droite donne des cultures de sporotrichum. De même le 31 mai. Donc le sporotrichum vit en saprophyte dans le recessus amygdalien droit.

Le malade ayant eu depuis son enfance des angines à répétition, on peut supposer que la porte d'entrée de la sporotrichose a été laryngée. Ce cas est le premier de sporotrichose des muqueuses.

Association morbide dans les sporotrichoses. Onzième observation de sporotrichose, syphilis, tuberculose et sporotrichoses. — MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. Le malade, ancien syphilitique observé dans le service du docteur Humbert, était atteint d'adénite tuberculeuse cervicale et mourut de granulie à prédominance méningée.

La lésion sporotrichosique gommeuse était unique et siégeait à la cuisse.

Le sporotrichum retiré de cette lésion est une race nouvelle : sporotrichum Beurmanni delta.

Avant la culture l'examen cytologique du pus gommeux : polynucléaire et macrophage, pouvait faire prévoir le diagnostic.

La débilitation de l'organisme par une maladie chronique associée semble, dans la plupart des cas, nécessaire au développement de la mycose.

Douzième observation de sporotrichose due au sporotrichum Beurmanni, chancre sporotrichosique frontal et sporotrichose lymphangitique centripète primitive et localisée. — MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. Cette observation est une des plus remarquables que nous ayons déjà publiées. Elle est le premier exemple où la lésion porte d'entrée de la sporotrichose soit évidente et persiste sous forme de lésion ulcéropapillomateuse, véritable chancre sporotrichosique, elle est encore la première observation de sporotrichose lymphangitique gommeuse centripète localisée *primitive* due au sporotrichum Beurmanni. Le chancre, vaste ulcération papillomateuse siège au milieu du front, il a succédé à une plaie profonde et contuse; de cette lésion primaire partent deux traînées lymphangitiques formées de gommes dures et ramollies, divergentes et symétriques, droite et gauche suivant très exactement les trajets connus des gros troncs lymphatiques du front et de la racine du nez qui passent entre la paupière et le sourcil parfois au-dessus et aboutissent aux ganglions préauriculaires et parotidiens superficiels.

Jusqu'ici dans les sporotrichoses dues au sporotrichum Beurmanni, la porte d'entrée n'avait pu être reconnue, la dissémination des lésions est irrégulière et semble se faire par voie sanguine, parfois un élément infecte secondairement les lymphatiques d'un membre déterminant une lymphangite gommeuse ascendante secondaire que nous avons été les premiers à signaler (Soc. de derm., 3 janv. 1907), mais jamais avec le sporotrichum Beurmanni, on n'avait vu une lésion d'inoculation persistante infecter les voies lymphatiques, l'infection restant localisée et systématisée à ce territoire lymphatique. Le fait avait été au contraire signalé dès 1898 par Schenk, au membre supérieur : le malade s'était déchiré l'index avec un clou; lésion ulcéreuse persistante, lymphangite gommeuse ascendante; le parasite était le sporotrichum Schenkii, variété différente du sporotrichum Beurmanni. Cette forme lymphangitique primitive du bras que nous avons appelée : type Schenk, Hekton, ne compte que trois observations, toutes trois américaines (Schenk, Hekton et Perkins, Brayton).

Dans les observations américaines et dans la nôtre, c'est la même localisation et systématisation anatomique lymphangitique centripète primitive : aux membres la lymphangite est ascendante, dans le cas de sporotrichose céphalique à lésion initiale frontale elle est descendante.

La sporotrichose est strictement limitée à la face, cette observation est la première connue de sporotrichose céphalique primitive.

Toux nasale. — Dans une communication très documentée, M. LERMOYEZ étudie la toux nasale et en donne les caractères qui sont les suivants : elle est : 1° sèche; 2° convulsive; 3° progressive; 4° irrésistible.

Ce qui trompe souvent sur le point de départ des quintes, c'est une illusion subjective banale : le tousseur nasal sent sa toux nettement sollicitée par un léger picotement laryngé et ne perçoit, au contraire, aucun chatouillement dans le nez.

Aussi bien doit-on examiner systématiquement les fosses nasales de tous les tousseurs. Tantôt on y trouve une grosse lésion, polypes flottants qui titillent incessamment la pituitaire; tantôt la muqueuse nasale semble normale, mais on y rencontre en certains points des zones tussigènes qui se révèlent par deux signes complémentaires : 1° production de la toux par l'irritation desdites zones; 2° suppression de la toux par la cocaïnisation desdites zones.

Diagnostiquer l'origine nasale d'une toux en atténue considérablement le pronostic : méconnue, cette toux nasale continue presque indéfiniment; reconnue, elle cède presque toujours au traitement local rationnel; parfois elle disparaît avec une étonnante rapidité.

M. SOUQUES lit une note sur les **rapports de la tuberculose avec le rhumatisme chronique progressif.**

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 8 JUIN 1907)

Sur les cicatrisations vicieuses consécutives à l'éclatement de l'éminence thénar et hypothénar, par écrasement de la main. — M. DUPUY DE FRESNELLE présente différents malades opérés par lui.

Il préconise l'exérèse large et profonde des cicatrices, suivie d'une mobilisation précoce et active. Il montre à propos d'un malade, le résultat inférieur que donne l'autoplastie par la méthode italienne, le lambeau greffé formant une tumeur molle qui gêne considérablement l'usage de la main.

Sur l'étiologie de la langue noire pileuse. — M. BIZARD. S'il n'est pas douteux qu'il puisse exister des langues noires d'origine parasitaire, de nombreux cas de cette affection sont dus simplement à une coloration accidentelle du sommet des papilles hypertrophiées par des substances étrangères. C'est ainsi qu'il a pu voir de la nigritie de la langue chez trois hommes, sans tares organiques, mais faisant usage d'un gargarisme à l'eau oxygénée. L'affection a disparu avec l'usage de ce gargarisme.

Sous la dénomination de fausses grossesses tubaires, M. PICHEVIN range quelques accidents simulant l'interruption d'une grossesse ectopique qui n'existe pas. De l'ensemble de ses observations, il résulte que parfois l'existence d'une salpingite suppurée, consécutive surtout à la blennorragie, donne naissance à des symptômes qui représentent le tableau clinique des formes atténuées de la rupture ou de l'avortement tubaire.

Extraction des corps étrangers vésicaux. — M. CATHELIN présente cinq corps étrangers qu'il a enlevés de la vessie soit par le tube de son cystoscope à vision directe, soit avec le lithotriteur à mors plat, soit par la taille hypogastrique et vaginale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 8 JUIN 1907)

Les sulfo-éthers dans la bile et dans les matières fécales. — MM. H. LABBÉ et G. VITRY ont constaté que la bile contenait normalement et constamment des sulfo-éthers. Les

quantités trouvées sont variables, mais la plupart du temps importantes. Quant aux matières fécales, elles contiennent toujours des traces de sulfo-éthers. Mais ces quantités sont extrêmement faibles par rapport aux quantités de sulfo-éthers éliminées le même jour et sur le même individu par la voie urinaire.

L'indican urinaire dans le jeûne. — MM. H. Labbé et G. Vitry, poursuivant leurs recherches sur le passage et la signification des corps sulfo-éthérés dans l'urine, ont établi que, dans le jeûne prolongé jusqu'à la mort, l'indican se retrouve dans les urines jusqu'au dernier jour. Par le dosage de cet indican ils ont reconnu que la courbe d'élimination de ce corps suivait exactement la courbe d'élimination de l'azote total et des sulfo-éthers totaux. Dans ces conditions l'indican ne témoigne donc pas de la putréfaction intestinale, mais de la quantité de matière albuminoïde dégradée.

Les éléments cellulaires dans le liquide céphalo-rachidien après la mort. — MM. M. Villaret et L. Tixier montrent que la formule cytologique du liquide céphalo-rachidien peut changer très rapidement après la mort, du fait de la desquamation plus ou moins abondante des cellules endothéliales de revêtement des plexus choroïdes. Chez des sujets n'ayant présenté aucune réaction cellulaire de leur vivant, les auteurs ont trouvé de nombreuses cellules dans le culot de centrifugation du liquide prélevé après la mort, soit au niveau du cul-de-sac rachidien, soit au niveau des ventricules latéraux. Chez d'autres malades dont le liquide céphalo-rachidien présentait une réaction cellulaire modérée, les cellules étaient en nombre beaucoup plus considérable dans le liquide après la mort.

Ces faits montrent les causes d'erreur qui peuvent exister dans l'interprétation des résultats, si l'examen du liquide céphalo-rachidien n'avait pu, pour une cause quelconque, être pratiqué avant la mort.

Anémies expérimentales consécutives aux ulcérations du pylore déterminées par l'acide chlorhydrique. — M. L. Tixier eut l'occasion de constater l'existence d'une anémie assez importante chez un malade présentant une sténose du pylore consécutive à l'ingestion récente d'un acide. Il étudia chez une série de lapins les conséquences hématologiques des ulcérations expérimentales du pylore disséminées par l'acide chlorhydrique et constata, du vivant des animaux, des anémies plus ou moins importantes (entre 1 495 000 et 3 050 000) et de durée variable suivant les animaux.

Chez les animaux qui succombèrent, il n'existait, dans aucun cas, la moindre trace d'hémorragie. Les lésions de nécrose de la muqueuse stomacale étaient d'autant plus marquées et les réactions des organes hématopoiétiques d'autant plus massives que le degré de l'anémie avait été plus accusé du vivant des animaux. Les modifications de la rate témoignaient d'une destruction globulaire exagérée (accentuation des phénomènes de macrophagie); la prolifération très active des hématies nucléées au niveau de la moelle osseuse montrait l'effort fait par cet organe pour réparer la destruction intense des globules rouges.

Ces faits expérimentaux mettent en évidence ce fait que les ulcérations du pylore déterminées chez le lapin sont suivies d'une destruction importante des hématies, innépendante de toute déperdition de sang par hémorragie; ils montrent les relations étroites qui existent dans certains cas entre la perturbation des fonctions digestives et l'état du sang.

Evolution plasmodiale des cellules de Langhaus extra-placentaires. — D'après MM. L. Nattan-Larrier et A. Brindeau, les cellules plasmodiales qui infiltrent les espaces interfasciculaires et interfibrillaires de l'utérus gravide, ne résultent pas de l'envahissement direct du muscle utérin par le plasmode villositaire : elles dérivent des cellules de Langhaus qui envahissent d'abord la caduque, puis se transforment en cellules plasmodiales à mesure qu'elles pénètrent plus profondément dans les couches musculaires de l'utérus. La cellule plasmodiale intermusculaire dérive de la cellule de Langhaus intra-décidual, au même titre que la cellule plasmodiale périvillositaire est née de la cellule de Langhaus périvillositaire.

Sur la teneur en bilirubine du sérum sanguin dans la colique de plomb. — MM. Gilbert et Herscher ont pratiqué l'examen cholémimétrique chez cinq malades atteints de colique de plomb, et ont observé des chiffres compris entre 1 gramme de bilirubine pour 5000 centimètres cubes de sérum et 1/20000. La moyenne entre les divers résultats, 1/9000, sans avoir une valeur absolue, étant donné le faible nombre des observations, semble néanmoins prouver que l'ictère de la colique de plomb occupe une place assez élevée dans l'échelle des ictères nommés par les auteurs acholuriques avec oligurie. La cholémie y est en effet plus d'une fois et demie supérieure à celle de la pneumonie (1/15000). Comme dans cette affection d'ailleurs, elle résulte d'une polycholie assez accusée, ainsi qu'en témoigne l'association de flux bilieux : vomissements verts riches en pigments biliaires pendant la crise, selles contenant de la bile en abondance dès que la constipation cesse. Les examens cholémimétriques, joints à l'observation clinique, ont donc permis aux auteurs de préciser l'existence dans la colique de plomb d'une sécrétion biliaire exagérée, contrastant avec l'atrophie au moins apparente du foie.

Infection sanguine chez les animaux. Influence de la virulence. — Pour MM. Sacquépée et Loiseleur, quand on fait ingérer à des animaux normaux un bacille paratyphique B très virulent, récemment extrait de l'organisme humain, on provoque dans la moitié des cas une infection mortelle avec septicémie.

Répète-t-on la même expérience avec le même microbe ayant vécu plusieurs mois hors de l'organisme, l'animal résiste et ne présente pas d'infection sanguine. De même un entérocoque (agent d'une épidémie d'empoisonnements alimentaires bénins) très virulent per os pour la souris aussitôt après son isolement, était devenu inactif par la même voie au bout d'un mois. La virulence intervient aussi dans un autre sens. Normalement l'animal résiste parfaitement aux microbes habituellement pathogènes, tandis que parfois il peut charrier dans son sang les germes saprophytes. Mais chez les animaux de résistance amoindrie au contraire, les microbes pathogènes passent dans le sang beaucoup plus souvent que les saprophytes, ce sont donc surtout les pathogènes qui bénéficient de l'action des « causes secondes ».

Passage dans le sang des microbes intestinaux. — MM. Garnier et L.-G. Simon ont recherché si les modifications de l'alimentation et en particulier le régime carné imposé aux lapins et aux cobayes étaient capables de déterminer l'ascite dans la circulation sanguine des bactéries intestinales. Aux six lapins, mis en expérience, cinq fois l'infection sanguine fut constatée; dans deux cas, elle put être mise en évidence pendant la vie des animaux. Presque toujours il s'agissait de microbes strictement anaérobies; le colibacille ne fut trouvé qu'une fois, et encore dans l'un de ces cas, si le sang recueilli après la mort donna lieu au développement de ce germe, celui qu'on avait puisé pendant la vie ne poussa qu'en milieu anaérobie. Il est donc indispensable de rechercher la flore anaérobie quand on est en droit de penser à une infection d'origine intestinale.

Influence des principales voies d'administration sur les doses minima mortelles de convallamarine. — La convallamarine a été expérimentée à ce point de vue par M. Maurel sur la grenouille, le pigeon et le lapin et ses conclusions sont les suivantes : Pour la *grenouille*, la dose minima mortelle est 13 fois plus faible par la voie musculaire que par la voie gas-

trique (0g20 à 0g015). Pour le *pigeon*, cette dose serait 20 fois plus faible par la voie musculaire que par la voie gastrique (0g06 et 0g003).

Enfin pour le lapin, la voie gastrique serait plus de 30 fois moins sensible que l'hypodermique (plus de 0g32 à 0g08) et cette dernière environ, deux fois moins sensible que la voie veineuse (0g01 et 0g004).

Action synergique de la salive et du suc pancréatique. — MM. Roger et L.-G. Simon. Au contact du suc gastrique la salive perd rapidement son pouvoir amylolytique. Mais si, après avoir alcalinisé le mélange, on ajoute une trace de salive fraîche, le pouvoir fermentatif reparaît. On peut supposer que, dans l'estomac, une petite quantité de salive échappe au suc gastrique et sert, dans le milieu alcalin du duodénum, à réactiver la ptyaline. Mais on est autorisé à se demander si le suc pancréatique ne serait pas également capable de rendre à la salive altérée son action amylolytique.

Nous mettons de la salive en contact avec du suc gastrique. Après plusieurs heures, nous alcalinisons le mélange et nous constatons qu'il n'agit plus sur l'amidon. Nous ajoutons une trace de suc pancréatique et aussitôt le pouvoir fermentatif reparaît.

Dans une autre série d'expériences, nous ajoutons de la salive fraîche à de l'empois d'amidon; la saccharification commence aussitôt. Nous versons du suc gastrique et la saccharification s'arrête. Nous alcalinisons, la saccharification ne reprend plus, elle semble définitivement arrêtée; mais ajoutons une trace de suc pancréatique, une simple fraction de goutte, du sucre va de nouveau se produire et la quantité de sucre sera de quatre à cinq fois plus considérable que lorsque le suc pancréatique agit tout seul sur l'amidon.

Ainsi, le rôle de la salive ne s'arrête pas à l'estomac. Dans l'intestin, au contact du suc pancréatique, la ptyaline, momentanément annihilée, reprend son pouvoir saccharifiant.

La sporulation aérobie du vibrion septique, bacille d'Achalme et bacille du tétanos, crée des races nouvelles aérobies de ces germes : aérovibrion et aérobacilles. — M. Georges Rosenthal montre que la sporulation aérobie des anaérobies fixe les caractères acquis par l'aérobisation. Les vibrions et bacilles deviennent alors des races nouvelles, aérovibrion et aérobacilles, gardant toute la biologie du germe snaérobie tout en ayant acquis la possibilité de supporter le contact de l'air.

Signification de la lipase et de l'amylase urinaires. — Pour MM. Loeper et Ficaï, l'amylase urinaire est un ferment d'origine extra-rénale et la lipase urinaire, un ferment d'origine rénale. L'augmentation de l'amylase sanguine avec diminution de l'amylase urinaire est un symptôme d'imperméabilité. Enfin la lipase notable indique la désintégration du parenchyme rénal.

Un cas de trichinose chez l'homme. — M. Ch. Rémy rapporte l'histoire d'un homme de quarante-cinq ans, qui était venu lui demander ses soins pour une autre affection, et chez lequel l'état parasitaire ne fut que fortuitement reconnu. Ce malade, originaire des pays limitrophes de l'Allemagne où l'usage de viandes non cuites persiste encore, souffrait depuis quelque temps des symptômes attribuables à une tumeur de l'omoplate. L'extirpation du néoplasme ayant été décidée, M. Rémy avait déjà fait une incision circonscrivant les bords supérieur et postérieur de l'omoplate lorsqu'on remarqua que le muscle présentait une multitude de petites taches blanchâtres de granulations blanc jaunâtre ou jaune doré, ovoïdes, mesurant un tiers de millimètre dans leur plus grande longueur, visible et sur la tranche du muscle et sur sa surface extérieure. Il n'y avait d'ailleurs en aucune autre lésion musculaire. Histologiquement ces grains sont constitués par des kystes granuleux situés dans l'écartement des fibres musculaires et dans lesquels la trichine est enroulée en spirale.

Autres communications :

Lésions rénales déterminées par l'altération du foie. — MM. Doyon, Gautier et Policard.

Action favorisante de l'hyperthermie et des solutions hypertoniques de chlorures de sodium à l'égard des infections. — M. Vincent.

Vision entoptique de la fovea et de la structure des capillaires circumfovéaux. — M. Portier.

Du chromogène urinaire faisant suite à l'administration d'éthylindol chez les animaux. — M. Porcher.

Recherches expérimentales d'ordre urologique sur quelques composés du groupe de l'indol. — M. Hervieux.

Recherches sur les ferments solubles du vaccin jennérien. — M. L. Camus.

Le problème des facteurs du sommeil périodique. — M. Piéron.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 17 AU 22 JUIN 1907

THÈSES

Mercredi 19 juin 1907, à une heure. — M. Harpey. Contribution à l'étude de la leucorrhée. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Auguste Broca et Mauclaire.) — M. Chapiet. Contribution à l'étude des rapports du diabète sucré et de la puerpéralité. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Auguste Broca et Mauclaire.) — M. Chevillard. Contribution à l'étude du sarcome primitif des côtes. (MM. Kirmisson, président; Pinard, Auguste Broca et Mauclaire.) — M. Ortal. Contribution à l'étude de l'obturation des cavités osseuses consécutives à l'ostéomyélite. (MM. Kirmisson, président; Pinard, Auguste Broca et Mauclaire.) — M. Lemerle. Contribution à l'étude expérimentale de la prothèse interne. (MM. Terrier, président; Reclus, Segond et Gosset.) — M. Peltier. Sporotrichose gommeuse disséminée ou maladie de Beurmann. (MM. Reclus, président; Terrier, Segond et Gosset.) — M. Duverger. Traitement des anévrismes artério-veineux de l'aisselle. (MM. Reclus, président; Terrier, Segond et Gosset.) — M. Robert. La délivrance dans la présentation du siège. (MM. Segond, président; Terrier, Delens et Gosset.) — M. Beaudouin. Etude sur les kystes hydatiques du cerveau chez les enfants. (MM. Brissaud, président; Roger, Desgrez et Cunéo.) — M. de Lacombe. La médecine et la grande presse. (MM. Roger, président; Brissaud, Cunéo et Desgrez.)

Jeudi 20 juin 1907, à une heure. — M. Martin. Traitement de la maladie de Basedow par le sang et le sérum d'animaux éthyroïdés. (MM. Debove, président; Dieulafoy, Gilbert et Renon.) — M. Worth. De la pigmentation des muqueuses dans la mélanodermie phtiriasique et du diagnostic différentiel de cette affection avec la maladie d'Addison. (MM. Dieulafoy, président; Debove, Gilbert et Renon.) — M. Pignerol. L'urée chez le nourrisson. Ses variations suivant le régime alimentaire. (MM. Gilbert, président; Debove, Dieulafoy et Renon.) — M. Lelièvre. Recherches expérimentales sur l'évolution et le fonctionnement de la cellule rénale. (MM. Gilbert, président; Debove, Dieulafoy et Renon.) — M. Chesneau. Quelques considérations cliniques sur les hallucinations. (MM. Joffroy, président; Hutinel, Pozzi et Demelin.) — M. Tixier. Rapport entre les fonctions digestives et l'hématopoïèse. (MM. Hutinel, président; Joffroy, Pozzi et Demelin.) — M. Joubert. Des indications opératoires au cours de la grossesse compliquée de fibrome. (MM. Pozzi, président; Joffroy, Hutinel et Demelin.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de nomination de médecin des hopitaux. — *Leçon clinique.* — Séance du 11 juin 1907. — MM. Ramond, 20; Decloux, 19.

Prochaine séance (épreuve supplémentaire), jeudi 13 juin, à huit heures trente du matin, à l'Hôtel-Dieu.

Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve écrite.* — Séance du 10 juin. — Question donnée : « Région temporale; épanchements traumatiques intra-craniens. »

Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Consultation.* — — Séance du 10 juin. — MM. Funck, Guéniot, Mouchotte et Schwaab, 19.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — Concours de l'adjuvat. — Sont désignés pour faire partie du jury du concours pour les places d'aide d'anatomie vacantes à l'amphithéâtre des hôpitaux : MM. Terrier, P. Sébileau, Mauclaire, P. Duval, Danlos.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. — Sciences anatomiques, physiologiques et naturelles. — Question donnée à l'épreuve pratique d'histologie : « Des endothéliums. »

Séance du 13 juin. — M. Brumpt : « Les brachyières et leur rôle pathogène. »

Sciences physiques, chimiques et pharmacologiques. — Séance du 12 juin. — MM. Derrien : « Les zymases oxydo-réductrices; » Brissemoret : « Etablissement du bilan nutritif de l'économie. »

— Concours du prosectorat. — Séance du 10 juin. — Question donnée à l'épreuve orale de physiologie : « Système accélérateur du cœur. » MM. Cauchoix, 19; Lardennois et Maret, 18; Mathieu, 17; Descomps, 16; Martin et Capette, 15.

Séance du 12 juin. — Question donnée à l'épreuve orale de chirurgie : « Complications des hémorroïdes. » MM. Muret, 17; Desmarets et Martin, 16; Cauchoix et Lardennoix, 15; Capette et Mathieu, 14; Descomps, 12.

La prochaine séance (médecine opératoire) aura lieu le lundi 17 juin, à quatre heures et demie, à l'École pratique.

VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES AUX STATIONS HYDROMINÉRALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE. — Le IXe voyage d'études médicales aura lieu du 31 août au 13 septembre 1907.

Il comprendra les stations de l'Est et du Jura : Sermaize, Vittel, Contrexéville, Martigny, Bourbonne-les-Bains, Luxeuil, Bains-les-Bains, Plombières, Gérardmer, La Schlucht, Bussang, le Ballon d'Alsace, Bezançon-Mouillère, Salins, Lons-le-Saunier, La Faucille, Divonne.

Le V. E. M. de 1907 — comme les huit précédents — est placé sous la direction scientifique du docteur Landouzy, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre de son lieu de résidence au point de concentration, Reims (Compagnie de l'Est).

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée à la fin de la tournée, au point de dislocation : Divonne, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Reims à Divonne, prix à forfait : 300 francs. — Pour tous frais : chemin de fer, voitures, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires. — Les parcours en chemin de fer se feront en première classe et par train spécial.

Onze bourses de voyage sont données au V. E. M. de 1907 par : le professeur Henrot, les administrations des eaux minérales de : Châtel-Guyon, Evaux-les-Bains, Evian, Mont-Dore, Plombières, Pougues, Royat, Vichy, le Conseil municipal des Eaux-Bonnes, la Compagnie générale des eaux minérales et bains de mer.

Elles sont attribuées par leurs fondateurs à : 1° un médecin anglais; 2° un médecin, membre du Concours médical et de l'Association générale des médecins de France; 3° un interne des hôpitaux de Belgique; 4° deux internes des hôpitaux de Paris ; 5° un interne des hôpitaux de Reims; 6° un étudiant de chacune des Facultés de médecine de Bordeaux, Lille, Paris, Toulouse.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe).

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 août 1907, terme de rigueur.

ASSOCIATION DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — Le premier banquet amical de l'Association, qui a eu lieu le 24 mai dernier, n'a pas réuni moins de quarante et un convives. C'est un succès à l'actif de la jeune Association, qui compte, à l'heure actuelle, cent dix membres adhérents. Ce banquet avait été précédé d'une assemblée générale, au cours de laquelle ont été discutées des questions professionnelles du plus grand intérêt : reproduction illicite, par les journaux étrangers, d'articles de journaux médicaux français ; affiliation de l'Association à une fédération de presse, etc. L'Assemblée s'est, en outre, occupée du projet de constitution d'une Caisse de secours immédiats et d'une Caisse de retraites, pour lesquelles l'Association a déjà reçu des dons importants. Il a été, en outre, rendu compte des démarches faites auprès des Compagnies de chemins de fer, pour obtenir une réduction de tarif en faveur des membres de l'Association.

Pour faire partie de l'Association, deux ans de collaboration médicale à un journal suffisent à tout docteur ou étudiant en médecine français.

Pour renseignements et candidatures, s'adresser au secrétaire général de l'Association des journalistes médicaux français, 9, rue de Poissy, Paris.

LE VIN ANTISEPTIQUE. — Dans un travail récent publié dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, MM. J. Sabrazès et A. Marcandier viennent de démontrer que le vin est un excellent antiseptique et qu'il a notamment une action bactéricide marquée vis-à-vis du bacille d'Eberth.

Le vin blanc de Sadirac, même dilué à un demi ou un tiers, détruit le bacille typhique en moins d'un quart d'heure.

La bourgogne et le grenache en moins de trente minutes, le champagne en moins de dix minutes. Les vins blancs sont plus actifs que les vins rouges, sans doute parce qu'ils sont plus acides.

En faisant un mélange à parties égales d'eau contaminée et de vin, six heures avant le repas pour le vin blanc, douze heures pour le vin rouge, on arriverait à stériliser très suffisamment la boisson ainsi préparée.

N'est-ce pas le triomphe de l'*abondance* de notre jeunesse?

HOPITAL CIVIL DE TUNIS. — Un concours sera ouvert à la Faculté de médecine de Paris, le 15 juillet 1907, à neuf heures du matin, pour un emploi de médecin chef de service à l'hôpital civil de Tunis.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction de l'hôpital civil de Tunis avant le 25 juin 1907.

Ils déposeront en même temps que leur demande : 1° leur acte de naissance ; 2° leur diplôme de docteur; 3° l'indication de leur résidence actuelle et une notice sur leurs titres, travaux et services antérieurs.

L'entrée en fonctions est fixée au 15 août 1907 pour une période renouvelable de six années. Traitement annuel : 3000 francs.

HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA. — Un concours sera ouvert pour un emploi de médecin-adjoint à l'hôpital civil de Mustapha en mars 1908.

Les candidats devront déposer à la préfecture du département de leur domicile, un mois avant l'ouverture du concours, en même temps que leur demande, les pièces suivantes : 1° leur acte de naissance dûment légalisé; 2° leur diplôme de docteur en médecine; 3° un certificat de bonne vie et mœurs ayant moins d'un mois de date; 4° les justifications de leurs titres ou travaux scientifiques et des services publics qu'ils auraient précédemment rendus.

Les candidats *agréés* seront informés, en temps utile, de l'heure et du lieu où ils devront subir les épreuves du concours.

COURS PRATIQUES PAR D'ANCIENS INTERNES. — La série d'été 1907 comprendra les cours suivants (droit d'inscription : 40 francs) :

1° A partir du *24 juin* : Voies urinaires : M. Minet. Clinique, 15, rue Malebranche, lundi, mercredi, vendredi, une heure et demie. — Estomac et intestin : M. Lippmann. Sociétés savantes, rue Danton, mardi, jeudi, samedi, à trois heures. — Obstétrique : M. Lequeux. Clinique Tarnier, rue d'Assas, mardi, jeudi, samedi, à six heures. — Electro-radiothérapie : M. Delherm, premier cours, 15, rue Malebranche; les autres à l'hôpital, mardi, jeudi, samedi, à six heures.

2° A partir du *20 juillet* : Laryngologie : M. Bourgeois. — Maladies de la peau : M. Lenglet. — Maladies des enfants : M. Ball. — Chirurgie infantile : M. Judet. — Chirurgie pratique : M. Huguier. — Gynécologie : M. Bender. — Maladies du système nerveux : M. Rose. — Physiothérapie : M. Esmonet. (Consulter ultérieurement l'horaire.)

Outre les deux séries annuelles, d'autres cours pratiques seront organisés *toute l'année*, à la demande d'un nombre suffisant d'auditeurs.

Renseignements et inscriptions : MM. les docteurs Minet, 15, rue Malebranche, et Ball, 31, rue Saint-Pétersbourg, lundi, mercredi, vendredi, de deux à quatre heures, et par correspondance.

TRAVAUX PRATIQUES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE, sous la direction de M. le professeur Segond, et de M. J.-L. Faure, agrégé. — Cours de M. Grégoire, prosecteur. — *Opérations gynécologiques.* — Ouverture le 17 juin 1907, à huit heures et demie.

Le cours aura lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité.

Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Le montant des droits à verser est de 50 francs.

S'inscrire au secrétariat (guichet 3), de midi à trois heures, les mardis, jeudis et samedis.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES
ET SYPHILITIQUES

LA SPOROTRICHOSE

Leçon clinique de M. le professeur GAUCHER (1).

Messieurs,

Je me propose de vous entretenir aujourd'hui d'une affection nouvelle, qui me paraît avoir un grand intérêt du fait de sa fréquence insoupçonnée jusqu'à ces derniers temps, car sa similitude clinique avec les lésions tuberculeuses, ou avec celles de l'hérédo-syphilis tertiaire, l'a certainement fait longtemqs confondre avec ces deux maladies. Je veux parler de la sporotrichose. Les deux premiers cas de cette dermatomycose furent publiés en Amérique par Schenk et par Hektoen et Perkins en 1900. Puis MM. de Beurmann et Ramond (Soc. de dermat., 1903) publièrent la première observation de cette maladie en France. Depuis, notre collègue de Saint-Louis, en collaboration avec M. Gougerot, en a recueilli trois nouveaux cas. Le parasite étudié botaniquement par M. Matruchot fut justement dénommé « sporotrichum Beurmanni ». Les faits de même ordre se multiplient à l'heure actuelle. Mon interne M. Monier-Vinard, a observé dans le service de mon collègue M. le professeur Reclus, un malade porteur d'abcès sous-cutanés chroniques et multiples dus au même sporotrichum. Ce fait clinique fut pour lui et M. Lesné le point de départ d'une longue et intéressante étude expérimentale dont le résumé est donné dans leur communication à la Société médicale des hôpitaux le 15 mars 1907.

J'ai aujourd'hui la bonne fortune de pouvoir vous présenter trois malades atteints de sporotrichose : l'un d'eux est soigné dans le service de M. Danlos, qui a bien voulu le mettre à notre disposition pour vous le montrer; les deux autres appartiennent à notre service. L'un de ceux-ci présente un intérêt particulièrement vif puisque, outre de très remarquables localisations cutanées de la maladie, il a aussi des déterminations viscérales de celles-ci.

Voici d'abord un homme de quarante-deux ans, employé au chemin de fer de l'Est et qui nous a été adressé par notre confrère M. Créquy, médecin en chef de la Compagnie. Comme vous le voyez, il a de nombreux abcès disséminés sur les quatre membres, les uns ouverts, les autres non encore ramollis. Le début de la maladie se fit en juin 1906 par un nodule très dur, indolent, siégeant à la partie antérieure du moignon de l'épaule droite. Le malade ne s'inquiéta pas d'abord de cette lésion qui ne subissait pas de modifications notables ni dans son volume, ni dans sa consistance. Mais en octobre dernier de nouveaux éléments apparurent presque simultanément sur les deux cuisses, la fesse droite, les deux avant-bras. C'étaient de petits abcès prenant leur point de départ dans l'hypoderme, et disséminés sans ordre apparent. Chacun d'eux était indolent, spontanément et à la pression, très ferme, rénitent, glissant au-dessous de la peau. Certains restèrent ainsi stationnaires, tandis que d'autres augmentaient très lentement de volume, atteignant en trois ou quatre mois les dimensions d'une grosse noix, adhérant peu à peu à la face profonde du derme, en sorte que le pincement du tégument provoquait le phénomène de la « peau d'orange ». La peau devenait alors rouge, violacée et finalement une ulcération centrale livrait passage à un pus homogène, visqueux, gris jaunâtre. Les abcès ouverts ne guérissaient pas rapidement et vous en voyez sur les bras dont les bords sont infiltrés, boursouflés et décollés, circonscrivant un orifice fistuleux. Sur les cuisses, sur les avant-bras vous pouvez voir une dizaine de ces lésions dont je viens de vous indiquer rapidement les caractères et l'évolution. Retenez aussi que l'exploration des aisselles et des aines ne montre pas le moindre engorgement ganglionnaire. L'état général de cet homme est excellent, il est très vigoureux, dans ses antécédents l'on ne trouve pas de maladies graves. Le fonctionnement de ses divers appareils est normal, ses urines ne contiennent ni sucre, ni albumine,

Me basant sur les caractères de lente évolution de chacun de ces abcès, sur leur indolence, sur l'aspect assez particulier des orifices fistuleux, sur l'absence d'adénopathie, signe négatif qui, à notre avis, a de la valeur pour le diagnostic clinique de la maladie en cause, et d'autre part ne relevant ni tuberculose ni syphilis dans les antécédents personnels ou héréditaires du sujet, j'ai formellement porté le diagnostic de sporotrichose sous-cutanée. Des ensemencements ont été faits par M. Monier-Vinard avec le pus recueilli par ponction de l'un des abcès non fistulisés, Au bout de huit jours de belles cultures pures de sporotrichum étaient obtenues. Aussitôt, comme l'avaient fait la plupart des précédents auteurs, nous avons donné au malade de l'iodure de potassium à la dose quotidienne de 3 grammes et ce traitement commencé il y a trois semaines a déjà provoqué une amélioration considérable qui permet d'attendre une prochaine et complète guérison.

Le malade hospitalisé dans le service de M. Danlos est un homme de soixante-deux ans, qui exerce la profession de marbrier. Il y a huit mois, sans cause appréciable, un premier abcès se développa insidieusement sur la face externe du bras droit. Son volume grandit peu à peu, il s'ouvrit, se fistulisa et actuellement encore vous le voyez incomplètement tari. Mais peu de temps après la formation de ce premier foyer, en apparaissaient d'autres, un à la face plantaire gauche, quatre ou cinq sur les deux jambes, enfin, à l'avant-bras gauche, il en est un remarquablement volumineux, puisqu'il est sensiblement plus gros que le poing. A l'avant-bras droit, deux plus petits se sont formés depuis trois mois. Chez ce malade même indolence, même lenteur dans l'évolution, même absence complète d'adénopathie que chez le précédent. La seule différence entre eux est un plus grand volume des abcès. M. Gougerot a pratiqué des ensemencements qui lui donnèrent du sporotrichum à l'état de pureté. Avec M. Danlos il a

(1) Leçon recueillie par M. Druelle.

récemment publié l'observation de ce malade à la Société de dermatologie.

Voici enfin un malade que connaissent déjà ceux d'entre vous qui fréquentent depuis quelque temps le service, car il vous fut présenté lors de nos leçons sur la tuberculose de la peau. Au début de son séjour dans nos salles, nous l'avons considéré en effet comme il l'avait d'ailleurs été depuis deux ans par plusieurs des médecins de cet hôpital, comme atteint de formes multiples de tuberculose cutanée.

De souche bacillaire, cet homme fut réformé du service militaire pour bronchite et depuis il a eu une orchi-épididymite bacillaire, qui s'est fistulisée. Actuellement il a des signes non douteux de tuberculose pulmonaire et les frottis de ses crachats montrent des bacilles de Koch.

Ses lésions cutanées, comme vous le voyez, sont multiples, variées comme aspect, mais toutes ont remarquablement à un premier abord l'apparence de manifestations tuberculeuses. Il en est d'hypodermiques surtout nombreuses aux membres inférieurs où l'on peut en compter plus de trente; les unes fermes, non ramollies, les autres, ouvertes, certaines même cicatrisées. De semblables abcès hypodermiques existent encore aux bras et aux avant-bras. La plupart de ces éléments sont disséminés sans ordre apparent, mais remarquez aussi que aux plis du coude six à huit de chaque côté se sont régulièrement disposés, parallèlement à l'axe du membre, à faible distance les uns des autres, réunis entre eux par un cordon noueux lymphangitique. Des lésions considérables siègent aussi au visage, ce sont des nodules plus ou moins arrondis, isolés ou en groupes de deux à trois, de couleur sucre d'orge, légèrement saillants à surface un peu humide, de consistance assez molle. Quelques-uns tendent à se ramollir, leur centre devient jaunâtre, bourbillonneux.

A l'oreille gauche, remarquez enfin cette infiltration rouge chevauchant le rebord du pavillon et qui s'est partiellement cicatrisée formant une encoche nacrée sur le bord libre de la conque. Il paraissait assez légitime de considérer toutes ces lésions comme des altérations dermiques de nature tuberculeuse, et ce fut à cette étiologie que nous nous étions d'abord arrêtés. Mais ces derniers temps sous la peau du front, un abcès s'est lentement développé, parfaitement semblable à ceux des membres. Le malade réclama une ponction et M. Monier-Vinard l'ayant pratiquée, eut la bonne inspiration de faire des ensemencements avec le pus qu'il venait de retirer.

Notre surprise à tous fut grande en constatant au bout de dix jours que sur tous les milieux s'étaient développées de nombreuses colonies de sporotrichum. Aussitôt des cultures furent tentées avec divers abcès des membres, toutes donnèrent le même résultat positif. Mais revenons aux lésions que présente ce malade. Sur la face dorsale des deux poignets se trouvent deux ulcérations étendues, consécutives à l'ouverture d'abcès hypodermiques. Tout autour de ces vastes pertes de substance, suintantes et croûteuses, apparaissent de petites vésicules jaunes, disposées les unes isolément, les autres en petits amas, et certaines enfin en vastes cercles dont la bordure est rosée, tandis que le centre est pâle nacré, en sorte que l'ensemble a un aspect « trichophytoïde ». Ces lésions épidermiques que M. Monier-Vinard a le mérite d'avoir le premier observées, représentent la forme épidermique de la maladie. Le liquide de ces vésicules ensemencé a régulièrement en effet donné des cultures pures du parasite. Ces lésions superficielles si intéressantes, et dont la première description est due à mon interne me paraissent devoir être attribuées à de multiples auto-inoculations de la surface tégumentaire par le pus des ulcérations suintantes autour desquelles elles sont disposées. M. Monier-Vinard a enfin eu l'idée de faire des ensemencements avec les crachats du malade, et, dans les divers tubes se sont aussi développées des colonies de sporotrichum indiquant que le malade a eu une infection viscérale mixte, tuberculeuse et mycosique. Le fait n'a rien de surprenant; de semblables associations n'ont-elles pas été maintes fois signalées à propos de l'aspergillose?

Ces trois malades vous présentent les principaux aspects que la sporotrichose est à l'heure actuelle reconnue susceptible de prendre : formes nodulaires disséminée et lymphangitique, grands abcès sous-cutanés, forme dermique pure, forme épidermique, enfin infection viscérale.

Vous vous êtes rendu compte de la difficulté qu'il pouvait y avoir à reconnaître cette affection d'avec surtout les manifestations tuberculeuses et syphilitiques tertiaires. La multiplicité, l'indolence, la chronicité des lésions, leur dispersion, l'aspect boursouflé des orifices fistuleux, et surtout l'absence d'adénopathies, me semblent être des caractères qui, sans appartenir absolument en propre à la sporotrichose, lui sont particulièrement habituels. L'essentiel, d'ailleurs, est de savoir y songer, car aussitôt le laboratoire peut apporter une certitude absolue. Je veux me borner ici à vous indiquer le procédé à la fois très simple et très sûr auquel il convient de recourir. Vous recueillerez aseptiquement le pus d'un abcès non encore ouvert et vous ensemencerez ce pus sur les milieux sucrés (gélose, glycose, maltose, lactose) que M. Sabouraud a montré être si particulièrement favorables au développement des trichophytons, et en général à celui de bien des champignons.

Gardez-vous de capuchonner vos tubes et de les porter à l'étuve, le parasite pourrait dans ces conditions ne pas se développer. Au contraire, bornez-vous à fermer vos tubes avec leur bouchon d'ouate et laissez-les à la température ordinaire de la salle. Au bout de huit à dix jours, apparaîtront des colonies blanc jaunâtre, arrondies, qui vont bientôt s'étendre, se surélever, se plisser en même temps que leur centre prendra une belle couleur brune. Dejà cet aspect est caractéristique, l'examen microscopique vous prouvera qu'il s'agit vraiment d'un sporotrichum, c'est-à-dire d'un champignon filamenteux sur le mycélium duquel naissent de nombreuses spores brunes.

Le diagnostic étant ainsi parfaitement établi, vous pourrez aussitôt commencer une action thérapeutique qui sera presque à coup sûr rapidement favorable.

Abstenez-vous d'inciser ces abcès, cette intervention ne saurait les guérir, les bords de la plaie s'infiltreraient de nouveaux nodules et la suppuration serait interminable. Le traitement médical seul est promptement efficace. Vous donnerez à l'intérieur de l'iodure de potassium à la dose quotidienne de 3 à 5 grammes, et si pour une cause quelconque ce médicament ainsi distribué était mal supporté, appliquez sur les ulcérations, comme nous l'avons fait chez notre troisième malade, des pansements humides avec une solution d'iodure de potassium. L'heureuse idée de ce pansement local avec la solution d'iodure de potassium appartient à M. Monier-Vinard. Rapidement, en trois à quatre mois, tous les abcès auront disparu et ceux déjà ulcérés seront en voie de cicatrisation.

Un grand intérêt pratique s'attache donc à la connaissance de cette nouvelle affection. Mais de plus elle laisse entrevoir que le rôle des champignons en pathologie humaine est plus étendu qu'on ne le soupçonnait d'abord. Le « caput mortuum » qui formait l'ancienne scrofule avait déjà été soumis à revision. Les recherches cliniques et bactériologiques modernes avaient mis en évidence la part considérable que la tuberculose et la syphilis héréditaires avaient dans son ancienne constitution. La sporotrichose se joint à ces maladies pour prendre part à son démembrement.

UN CAS DE TÉTANOS SURAIGU EN APPARENCE SPONTANÉ

Par MM. L. RIMBAUD,
Chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier,
et ROGER,
Interne des hôpitaux de Montpellier.

L'intérêt des problèmes étiologiques que soulèvent les cas de tétanos dits « spontanés », les récentes discussions de la Société de chirurgie sur la sérothérapie antitétanique, nous engagent à relater un cas de tétanos que nous venons d'observer.

Mme M..., âgée de cinquante et un ans, blanchisseuse, éprouve le 26 avril 1907 à midi, pendant son repas, quelques difficultés à ouvrir la bouche, et de la douleur à la mastication; à quatre heures de l'après-midi, sous l'impression d'une fatigue générale, elle s'alite; elle ressent alors une certaine raideur dans la région du cou avec gêne dans les mouvements.

La veille la malade vaquait encore à ses occupations habituelles et ne présentait aucun trouble de santé apparent; tout au plus crut-elle avoir éprouvé peu de jours auparavant quelques légers frissons avec sensation de froid à la région lombaire (?).

Pendant la nuit, le trismus s'accentue; à plusieurs reprises, la malade présente des accès de convulsions toniques généralisées, pendant lesquels elle accuse de vives douleurs qui lui arrachent des cris.

Nous sommes appelés auprès d'elle le 27 avril, à huit heures du matin, et, quand nous voyons la malade, nous constatons :

Du *trismus* très marqué : impossibilité absolue de desserrer les dents; une *dysphagie* des plus vives, tout essai d'absorption de liquide est très douloureux et la déglutition est impossible.

De la *raideur à la nuque*, on peut soulever en masse tout le corps de la malade, en glissant la main au-dessous de la tête que l'on essaie de fléchir.

Dès qu'on touche la malade on réveille des *douleurs* et des *contractures* qui sont particulièrement intenses dans la partie droite de l'abdomen; ces crises douloureuses se répètent aussi spontanément et durent une demi-minute environ. Dans l'intervalle, l'abdomen est souple et non douloureux.

Sudation abondante.

Température : 36°7.

Pouls : 110.

Rien au cœur, ni au poumon.

L'examen attentif des téguments de la malade ne nous révèle aucune plaie, aucune érosion, pas de cicatrice récente. Nous constatons cependant un prolapsus utérin : le col fait saillie à la vulve.

Nous faisons entrer d'urgence la malade à l'hôpital Suburbain, dans le service du professeur Grasset.

Elle est couchée vers dix heures et demie; nous constatons à nouveau les mêmes symptômes. La malade n'a pu absorber aucun liquide depuis quatre heures du matin. Les crises douloureuses sont plus fréquentes ; elles s'accompagnent de cris, de grimacements et de contractures de la colonne vertébrale, déterminant un certain degré d'épisthotonos.

La température est de 36°2 ; pouls : 115.

En présence de ce tableau clinique nous portons le diagnostic de tétanos et nous décidons de faire une injection de sérum antitétanique. Sur ces entrefaites, la malade, au milieu d'une de ses crises convulsives, présente un *arrêt respiratoire* avec *cyanose* très intense, qui disparaît peu après dès que le spasme de la glotte a cessé. On donne un premier lavement évacuateur, suivi d'un lavement contenant *10 grammes d'hydrate de chloral et 1 centigramme de chlorhydrate de morphine*; nous faisons aussitôt après une *injection sous-cutanée* au niveau du flanc gauche de *20 centimètres cubes de sérum antitétanique*.

A une heure et demie, à propos d'un essai de déglutition, nouvelle crise, spasme glottique, *cyanose* des plus intenses d'une durée d'une à deux minutes, le pouls s'élève à 130, la température reste stationnaire, 36°8. Nous faisons une nouvelle *injection de sérum* antitétanique, mais celle-ci *intrarachidienne*.

La malade est placée dans le décubitus latéral; l'opisthotonos n'étant pas très accentué, il est assez facile de faire la ponction lombaire ; nous laissons écouler 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, clair et normal, mais en état d'hypertension manifeste, et nous injectons 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. Nous faisons une injection sous-cutanée de morphine de 1 centigramme.

A cinq heures, lorsque nous revoyons la malade, les crises n'ont pas été plus nombreuses, elle est plus calme, la contracture de la nuque est toujours très intense, mais le trismus semble avoir un peu diminué, la malade desserre un peu les dents, elle ne peut encore rien avaler ; du reste les deux essais d'alimentation par la bouche ayant à son entrée provoqué des accès de dysphagie et des crises très violentes, nous songeons à alimenter notre malade au moyen de lavements de lait.

La *température* s'est élevée à 38°6, le *pouls* est très rapide, à 140. Etant donné l'atténuation du trismus et le nombre plutôt décroissant des crises, nous portons un pronostic immé-

diat moins sévère; nous faisons sous la peau une *nouvelle injection* de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique et prescrivons pour la nuit un nouveau lavement de chloral; mais vers sept heures du soir, la malade meurt dans une crise syncopale. Nous n'avons pas pris la température à ce moment-là, ni après la mort; mais elle nous a paru très augmentée, surtout après la mort.

Voilà un cas de tétanos suraigu, qui nous a paru intéressant à plusieurs points de vue.

1° *Nature et étiologie de ce tétanos.* — Malgré un examen des plus minutieux, nous n'avons trouvé chez notre malade, ni plaie, ni érosion, aucune blessure, ni traumatisme dans les jours qui précèdent. Notre cas nous paraît donc entrer dans le groupe des tétanos médicaux, des *tétanos dits « spontanés »*.

Quant à la porte d'entrée du bacille de Nicolaïer, étant donné l'absence complète de plaie, nous pensons que la voie d'entrée a pu se faire par une muqueuse; notre malade avait un *prolapsus utérin* (l'utérus prolabé était visible à la vulve) et d'autre part la maladie a évolué comme dans les cas de *tétanos à point de départ viscéral* et notamment à point de départ utérin.

Dans ces cas-là, les caractères suivants sont classiquement notés :

Une incubation longue (huit à dix jours): ici nous n'avons pas d'élément d'appréciation à ce sujet;

Le trismus est le premier signe : dans notre cas, c'est bien par lui que le tétanos a commencé;

La dysphagie est la règle : elle était dans notre cas très intense; elle détermina, lors des essais de déglutition de liquide, un spasme très accentué avec étouffement, cyanose, et rendit impossible toute alimentation;

Des spasmes laryngés surviennent rapidement : ne sont-ce pas eux qui ont amené chez notre malade ces crises de cyanose compromettant sa vie?

L'évolution est très rapide, toujours mortelle : notre cas a évolué très rapidement. La malade a succombé *trente et une heures* après le début des accidents. La mort survint avant la généralisation des contractures, l'évolution ultra-rapide ne laissant pas à celles-ci le temps de s'installer. Binot (Th. de Paris, 1899) a obtenu un tétanos à évolution analogue, en injectant de la toxine tétanique dans les viscères abdominaux et thoraciques du cobaye. Notre cas rentre donc tout à fait dans ce cadre de tétanos à point de départ viscéral, et le prolapsus utérin aura pu être la porte d'entrée de l'infection tétanique.

2° *Rapidité de l'évolution.* — Notre observation appartient aux cas de tétanos suraigu : alors que dans le tétanos aigu l'évolution dure en général pour le moins deux à trois jours, la mort survint chez notre malade trente et une heures après qu'eut débuté le trismus.

3° *Absence de fièvre.* — Notre cas présente cette particularité que, sauf dans les trois ou quatre dernières heures, la température n'a pas dépassé 37 degrés. L'apyrexie est rare dans le tétanos, mais elle est cependant bien connue, et on la trouve, soit dans les cas bénins, soit dans des formes graves d'emblée et à évolution très rapidement mortelle, par exemple dans le cas de Terrier (tétanos suraigu, température ne dépassant pas 38°3), cas de Rose, Verneuil.

Du reste la température trois heures avant la mort s'était élevée à 38°6 et l'ascension était beaucoup plus considérable au moment de la mort et surtout post-mortem.

4° *Tachycardie.* — L'accélération permanente du pouls, en dehors des crises, est considérée comme l'un des facteurs de gravité les plus importants. Pour Percy, la mort serait imminente, lorsque le chiffre des pulsations s'élève au-dessus de 100. Or chez notre malade, nous en comptons 100, 120 et jusqu'à 140. Et peut-être, en l'absence d'une fièvre très élevée, n'avons-nous pas tenu assez compte de cet élément dans notre pronostic.

5° *Traitement employé.* — Le traitement n'a pu malheureusement être commencé que près de vingt-quatre heures après le début des accidents. Il a été toutefois des plus énergiques : 10 grammes d'hydrate de chloral en lavement, 3 centigrammes de morphine et 40 centimètres cubes de sérum antitétanique dont 10 intra-rachidiens ; et la mort est survenue rapidement malgré tout.

Cette observation vient à l'appui des cas si nombreux dans lesquels le sérum antitétanique à titre curatif se montre complètement inefficace, ainsi que le rappelaient encore récemment Potherat, Monod, Delbet, Schwartz, Demoulin, à la Société de chirurgie, lors de la récente discussion sur ce sujet (17, 24 avril 1907).

Signalons en outre, que dans notre cas, à cause du peu de généralisation des contractures, l'injection intra-rachidienne de sérum fut très facile; il n'y avait qu'un léger opisthotonos; les contractures étaient surtout localisées à la nuque. Dans les cas de tétanos généralisé, ces injections sont au contraire très difficiles, et il est parfois nécessaire de chloroformiser le malade; c'est ce qu'a dû faire Walther dans un cas qu'il a rapporté à la Société de chirurgie en 1905.

Dans ces cas de tétanos spontané, l'on ne peut parler de sérothérapie préventive, et nous restons encore complètement désarmés au point de vue thérapeutique contre ces toxi-infections tétaniques à marche suraiguë.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 11 JUIN 1907)

Enseignement du chant. — Dans la dernière séance, M. Perier présentait un travail sur la nécessité de l'intervention médicale dans l'enseignement du chant.

M. Dieulafoy, à l'occasion d'un nouveau travail qui se propose le même but, appuie la proposition de M. Perier et demande, avec lui, la nomination d une commission chargée d'étudier la question de l'intervention médicale dans l'enseignement du chant.

Cette commission est composée de MM. Gariel, Dieulafoy et Perier.

Traitement de la syphilis. — M. Hallopeau, dans sa communication sur le traitement de la syphilis par l'arsenic à hautes doses, a dit que l'on pouvait donner concurremment le mercure. Il doit revenir sur cette proposition : en effet, il est reconnu que l'anilarsinate, sel peu stable, est dissocié par le sublimé et il en est très probablement de même pour les autres sels de mercure : on s'expose donc, en donnant simultanément les deux médicaments, à des phénomènes d'intolérance.

Prophylaxie de l'infection. — Nous avons entendu une très intéressante communication de M. Chantemesse sur un moyen qui aurait la propriété de prévenir ou d'empêcher la péritonite consécutive aux perforations intestinales qui s'observent au cours de la fièvre typhoïde. Jusqu'ici, une fois le diagnostic de perforation intestinale posé, il n'y avait qu'une ressource, la laparotomie. Encore fallait-il, pour cela, un diagnostic précoce. Or ce diagnostic précoce est souvent très difficile. En effet, il n'y a, pour ainsi dire, pas de signes propres à la perforation intestinale. Ceux qui lui sont attribués sont ceux de la péritonite résultant de la perforation, mais non de la perforation elle-même. N'y aurait-il donc pas un moyen d'empêcher cette révolte du péritoine après la perforation de l'intestin? On sait qu'abandonnée à elle-même, cette péritonite consécutive à la perforation intestinale amène fatalement la mort en trois, quatre ou cinq jours au plus.

Après de nombreuses expériences, M. Chantemesse a acquis la conviction qu'une injection sous-cutanée de nucléinate de soude à 1 p. 100 augmente la phacocytose dans de telles proportions qu'elle met le péritoine en état de se défendre efficacement contre les toxines résultant de la perforation intestinale.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre M. Chantemesse dans les développements qu'il a donnés à ce sujet. Mais les faits qu'il nous a fait connaître sont de nature à encourager les praticiens à entrer dans cette voie et à tenter l'emploi de ce moyen dans les cas de fièvre typhoïde qui peuvent inspirer des craintes au point de vue de la perforation intestinale.

Rein mobile. Tiraillement des capsules surrénales, accidents nerveux et folie. — D'après M. Lucas-Championnière, les accidents dus au rein mobile sont infiniment plus communs qu'on n'imagine. Ils ne paraissent résulter ni du trouble de la fonction urinaire dû à une coudure urétrale, ni du déplacement de la masse intestinale (entéroptose). Ils semblent plutôt se rattacher au tiraillement et à l'excitation de la glande surrénale restée en place avec ses plexus dont la physiologie moderne nous apprend toute la valeur fonctionnelle.

Cette théorie nouvelle nous permet de concevoir l'extraordinaire fréquence des troubles nerveux qui caractérisent le déplacement du rein. Même pour les cas les plus simples ces troubles sont tout à fait hors de proportion avec le peu d'importance apparente de la lésion.

On trouve toutes les formes de ces troubles depuis les accidents les plus graves de la nutrition (vomissements, faiblesse, amaigrissement, douleurs siégeant dans les points les plus variés), jusqu'aux formes les plus graves de la neurasthénie. On trouve même des cas accompagnés de troubles psychiques. La fréquence du déplacement du rein chez les aliénés a été très remarquable.

L'opération est une expérience qui montre que ce sont les secousses subies par les tiraillements du rein abaissé qui sont l'origine des accidents; car elle n'a aucune action sur l'entéroptose.

Elle paraît agir, moins parce qu'elle relève beaucoup le rein que parce qu'elle le fixe et le rend immobile.

Son succès est d'une extraordinaire régularité. L'insuffisance de l'opération est fort rare quand la fixation a été solidement faite. M. Lucas-Championnière, pour soixante opérations faites habituellement dans des cas très graves, n'a vu que deux cas n'ayant pas donné un résultat définitif très satisfaisant.

La nouvelle théorie des accidents du rein flottant explique bien pourquoi une opération en apparence aussi simple et aussi limitée donne des résultats satisfaisants. On l'a critiquée surtout parce qu'on ne se rendait pas compte de la raison pour laquelle une opération aussi limitée pouvait remédier à une lésion aussi grosse que celles de l'entéroptose.

Elle est indiquée surtout par les troubles graves de la nutrition et de l'état nerveux. Les observations si curieuses du docteur Sukling (de Birmingham) dans lesquels, chez vingt aliénés, des troubles psychiques ont disparu à la suite de l'opération du rein flottant, sont tout à fait remarquables. Il avait été amené à les conseiller en constatant par hasard l'extraordinaire fréquence du rein mobile chez les aliénées soumises à son examen.

Ces observations si curieuses doivent encourager à faire l'opération même chez les sujets présentant les accidents les plus graves.

M. Lucas-Championnière n'a pas observé de cas d'aliénation, mais a eu l'occasion d'opérer avec succès deux malades qui avaient fait des tentatives de suicide.

Il est assez curieux de rapprocher cette communication d'un travail présenté la veille par M. Bouchard à l'Académie des sciences, au nom de MM. Josué et Louis Bloch, sur l'action hypertensive de la couche corticale des capsules surrénales, travail qui, comme celui de M. Lucas-Championnière, jette un jour tout nouveau sur l'importance physiologique des capsules surrénales.

M. Lancereaux confirme l'opinion soutenue par M. Lucas-Championnière sur l'importance des troubles nerveux dans le rein mobile. Les malades qui présentent un rein mobile sont toujours des névropathes de naissance.

Dégagement gazeux des sources thermales, radio-activité. — M. Moureu a étudié les gaz qui s'échappent spontanément au griffon d'un grand nombre de sources d'eaux minérales. Il y a constaté l'argon, l'hélium et le néon. Dans quelques-unes, il a trouvé le crypton, dont le spectre est identique à celui de l'aurore boréale.

La présence de l'hélium est particulièrement intéressante et significative. Ce gaz dérive directement du radium et sa présence est en étroite relation avec la radio-activité des eaux minérales. Dans certaines sources, la profusion de l'hélium est telle qu'on en compte des mètres cubes dans une année.

Élevage et survie des prématurés nés à la Maternité de la Charité, de 1898 à 1907. — M Maygrier lit une note sur ce sujet. Le programme à remplir dans l'élevage des prématurés, c'est-à dire des enfants nés avant terme, entre le sixième et le neuvième mois, et dont le poids varie de 1500 grammes et au-dessous jusqu'à 2500 grammes, alors que le poids d'un nouveau-né à terme est en moyenne de 3250 grammes, comprend trois indications essentielles : 1° protéger ces petits êtres contre le refroidissement à l'aide de la couveuse, des frictions, des massages, des bains chauds, etc. ; 2° leur donner une alimentation appropriée qui doit consister avant tout dans l'allaitement au sein maternel; 3° les préserver des causes d'infection auxquelles les expose leur faible résistance, en surveillant soigneusement leur hygiène et en les isolant de toute source de contagion.

C'est d'après ces principes, et suivant les règles si précises posées par Budin, que tous les prématurés nés à la Maternité de la Charité, de 1898 à 1907, ont été soignés. Les résultats sont les suivants : sur 735, 616 ont quitté le service vivants et bien portants, ce qui donne un pourcentage de survie de 83,80 p. 100.

Mais que sont devenus ces enfants par la suite?

La consultation de nourrissons de la Charité a permis de suivre 146 d'entre eux pendant un laps de temps qui a varié

d'un mois à deux ans, et de continuer à conseiller et à aider les mères dans leur tâche d'éleveuses. Sur ces 146 débiles, il en est mort 5 : mortalité, 3,42 p. 100. La survie a donc été de 96,58 p. 100.

Nouveau procédé de mobilisation des corps étrangers métalliques intra-oculaires, stéréo-radiographie avec repères cornéens. — M. Béclère lit une note sur ce sujet.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Pinard sur les travaux adressés pour le prix Jacquemin, et du rapport de M. Pouchet sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

ANALYSES

MEDECINE

Contribution anatomo-clinique à l'étude du myxœdème post-opératoire, et de la physiologie de l'hypophyse. (Garbini. *Rivista di patol. nerv. e mentale*, déc. 1906, p. 553-580.) — Une malade atteinte de pellagre présentait des crises de tétanie, puis eut de la dysphagie. Cette dernière étant attribuée à la compression mécanique exercée par un goitre, celui-ci fut enlevé (thyro-parathyroïdectomie totale). Les accès tétaniques furent atténués, mais on releva les signes d'un myxœdème, probablement, mais non certainement, consécutif à l'opération. L'administration de tablettes thyroïdiennes ne donna aucun résultat; probablement, dit l'auteur, parce qu'elle avait été trop tardive.

La malade ayant succombé, l'auteur relève les lésions suivantes, qu'il interprète ainsi : Après la thyro-parathyroïdectomie des lésions d'ordre toxique se produisent d'abord dans les cordons postérieurs et les faisceaux pyramidaux. Ce n'est que dans les cas où les accès tétaniques sont fréquents et intenses, que l'on peut observer des lésions graves des cellules motrices spinales.

L'hypophyse n'a pas de fonction vicariante vis-à-vis de la glande thyroïde; elle a deux sécrétions (granulations et plasmosomes) indépendantes l'une de l'autre et dont les diverses modifications rendent compte des divergences d'interprétation des faits cliniques ou expérimentaux, relativement à l'action du suc hypophysaire sur l'organisme. ALQUIER.

Un cas de septicémie à pyocyanique chez l'adulte. (Hübener. *Deutsche med. Wochens.*, 16 mai 1907, n° 20, p. 803.) — Un soldat éprouva, pendant une huitaine de jours, une douleur au niveau du sacrum. Au bout de ce temps il fut pris brusquement de céphalée, de douleurs lombaires, de frisson et de fièvre. Quatre jours plus tard, il fut admis à l'hôpital; à ce moment il présentait de l'herpès, du subictère, une température à 38°2, de la douleur et du gonflement dans la région fessière gauche. Les jours suivants la température monta à 40 degrés et les signes locaux s'accentuèrent. Une incision pratiquée dans la région fessière permit d'évacuer un abcès : le pus contenait du bacille pyocyanique en culture pure. La température ne s'abaissa pourtant pas; l'ensemencement du sang donna par trois fois du bacille pyocyanique en culture pure. Le sujet fut pris de symptômes de méningite et succomba trois semaines après le début de l'affection.

L'autopsie montra une méningite diffuse intéressant les méninges cérébrales et spinales, des abcès du rein, de la dégénérescence du foie. L'intestin, le poumon et le cœur étaient normaux. L'ensemencement du pus de la méningite et des abcès du rein donna du bacille pyocyanique en culture pure. Pendant la vie le même microorganisme existait en abondance dans les urines.

Il semble donc qu'il s'agit là d'un abcès à pyocyanique ayant déterminé secondairement une septicémie avec métastases méningées et rénales. A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

Anastomose artério-veineuse. (Joshua C. Hublard. *Ann. of Surg.*, vol. XLIV, n° 4, oct. 1906, p. 559-562.) — Voici la première application sur le vivant des travaux expérimentaux de Carrel et Guthrie sur le remplacement des artères par les veines. Sur un homme de quatre-vingts ans, atteint de gangrène sénile du pied, on fait une incision à la pointe du triangle de Scarpa, on dénude l'artère, très scléreuse, sur une longueur de 7 centimètres, et la veine sur une longueur correspondante. On établit une hémostase temporaire aux deux extrémités des segments dénudés. On coupe la veine et l'artère, celle-ci un peu plus bas que la première. On invagine alors le bout proximal de l'artère dans le bout distal de la veine, puis le bout distal de l'artère dans le bout proximal de la veine, ce qui tire un peu. Lors de la première anastomose, le bout périphérique de la veine ne se mit pas à battre, ce qui désappointa l'opérateur; mais le calibre de la veine étant beaucoup plus grand que celui de l'artère et ses parois non élastiques, cela se conçoit assez facilement. Guérison par première intention. Pas d'œdème, pas de changements de température du côté opposé. La gangrène s'étendit lentement, puis se limita. Une régularisation fut nécessaire. Comme le malade guérit, il n'y eut pas d'examen anatomique direct. L'auteur pense que, puisque la circulation avant l'opération était assez mauvaise pour permettre à la gangrène de s'établir et puisque l'artère fémorale avait été divisée au niveau du triangle de Scarpa, ne laissant que la fémorale profonde comme voie collatérale, très peu de sang serait arrivé au pied par la voie collatérale et la gangrène aurait progressé rapidement si la veine anastomosée n'avait rempli les fonctions d'artère; par conséquent, c'est un succès au point de vue du renversement de la circulation dans un membre.

F. GARDNER.

VOIES URINAIRES

Du traitement local et interne de la blennorragie. (A. Neisser. *Med. Klin.*, 1907, n° 14.) — La blennorragie est une maladie qu'il importe de guérir aussi promptement que possible, tant pour mettre le malade lui-même à l'abri des complications et des métastases que pour sauvegarder les autres individus des dangers de l'infection.

Sans conteste, le procédé le plus sûr et le plus rapide pour faire disparaître l'agent pathogène consiste à déposer sur les muqueuses infectées des antiseptiques appropriés et en particulier des sels d'argent.

La méthode des lavages ne peut être employée que par des médecins ou des infirmiers exercés, mais tout malade pas trop maladroit peut pratiquer des injections. Bien que cette opération soit peu dangereuse, le médecin doit la pratiquer lui-même la première fois et la faire exécuter devant lui par le malade. Le liquide doit être injecté lentement et sans force. Il vaut mieux faire deux ou trois injections consécutives de quinze ou de dix minutes qu'une seule de trente minutes, on aura ainsi moins de chances de voir pénétrer dans l'urètre postérieur un liquide encore chargé de gonocoques virulents. En effet, quand le liquide séjourne trop longtemps dans l'urètre antérieur, il finit par vaincre la résistance du sphincter membraneux; il contamine alors l'urètre postérieur et expose à l'orchite.

Si l'on dispose d'un aide, il est bon de limiter la pénétration du liquide en comprimant l'urètre à la racine de la verge. En effet, lorsqu'on fait ces injections dès le début de la maladie, on peut être assuré qu'au bout de huit jours le processus morbide n'a pas encore dépassé les limites ainsi fixées.

Non seulement l'injection doit être poussée avec une force insuffisante à vaincre la résistance de la portion membraneuse mais encore le malade doit être au repos assis, ne faire aucun effort du périnée et ne pas retenir le liquide quand il se sent le besoin d'uriner.

M. Neisser conseille de faire faire chaque jour par le médecin ou l'infirmier une injection d'une solution contenant 3 p. 100 de protargol et 5 p. 100 d'antipyrine, le malade fera en outre trois injections avec 0,25 p. 100 de protargol et 3 p. 100 d'antipyrine. S'il y a de l'irritation on suspendra l'injection forte.

Peut-on traiter convenablement la blennorragie par les seuls balsamiques? Non. Mais les balsamiques sont précieux en diminuant la sensibilité et l'irritation des muqueuses, en atténuant la suppuration et le gonflement.

Ils facilitent le traitement local, ils activent la guérison et évitent peut-être les complications.

Mais ils ne doivent pas empêcher de recourir au traitement local, car quelque utiles qu'ils soient, ils ne peuvent agir sur les gonocoques et les tuer.

S'il conteste que le gonosan, le meilleur des balsamiques, puisse à lui seul guérir complètement la blennorragie, M. Neisser reconnaît que :

1° Le gonosan fait disparaître les vives douleurs, la cuisson, les érections pénibles, symptômes habituels de la blennorragie aiguë localisée dans l'urètre antérieur ou postérieur.

Lorsqu'il s'y ajoute de la cystite, le gonosan calme rapidement les nerfs vésicaux et fait disparaître la dysurie.

2° Les propriétés astringentes et bactéricides du gonosan sont un obstacle à l'extension de la maladie à l'urètre postérieur, d'où moins de complications et durée moindre de la maladie.

3° Le gonosan est le mieux toléré des balsamiques. Il n'irrite pas l'estomac, ne provoque ni répugnance, ni nausée et il n'irrite pas les reins. Il peut être pris pendant des semaines sans inconvénient.

L. GAYARD.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'HYPOSYSTOLIE

Un granule à 1/4 de milligr. de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution à 1/1000, pendant 4 ou 5 jours. Interrompre 8 à 15 jours, puis reprendre. Les doses de 1/10 de milligr. données 10 jours et interrompues 10 jours sont préférables.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

MÉDECIN CONDAMNÉ A LA ROCHE-SUR-YON POUR EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE

Attendu qu'en rédigeant l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, les auteurs de cette loi ont eu pour objectif d'assurer et de consacrer le monopole des pharmaciens à la vente des médicaments; qu'ils n'ont entendu apporter aux dispositions qu'ils édictent qu'une dérogation unique et exceptionnelle en faveur de ceux qui exerçaient l'art de guérir dans les localités où aucune officine de pharmacien n'était ouverte ; qu'il suit de là que le monopole des pharmaciens doit être sanctionné par justice, hors les cas exceptionnels expressément prévus par la loi organique susvisée ;

Attendu, en fait, que le docteur X..., bien que domicilié à C..., ainsi qu'il résulte de nombreux documents versés aux débats, a installé à quelques centaines de mètres de son domicile, dans la commune de G..., un cabinet de consultation où il reçoit certains clients; qu'il entend inférer de cette situation le droit pour lui de délivrer aux différentes personnes qui viennent solliciter son aide et son assistance, les remèdes que comportent les ordonnances qu'il leur délivre concurremment avec le pharmacien établi à C...;

Attendu que l'établissement d'un cabinet de consultation dans une commune voisine où il n'a point fait transporter son domicile et où il ne réside que quelques heures par jour, ne saurait permettre à un médecin, au mépris des dispositions protectrices de la loi de germinal an XI, de concurrencer le pharmacien ayant officine ouverte dans la commune où réside de fait ledit médecin ; que, s'il en était autrement, il serait véritablement trop facile d'éluder des prescriptions inspirées par le souci de sauvegarder un monopole ; que la translation purement apparente d'un domicile dans une autre commune ne saurait avoir pour effet de créer, au profit du médecin qui l'effectue, un privilège qui a été expressément interdit par la loi, sous peine de rendre illusoire la prohibition qu'elle édicte ;

Attendu que, si dans l'exercice de certaines professions, notamment dans celles qui ont pour objet le commerce, l'industrie, on peut concevoir que l'établissement commercial ou industriel soit différent du domicile particulier de celui qui exploite ce commerce et cette industrie, une pareille distinction ne saurait être admise en ce qui concerne la profession médicale ; qu'il est certain, en effet, que le domicile du médecin n'est autre, au regard de sa clientèle, que celui-là même où il réside d'une façon notoire et habituelle et dans lequel il est susceptible d'être recherché nuitamment et dans les circonstances urgentes où il est nécessaire de faire appel à son assistance ; qu'à ce point de vue et des documents qui ont été délivrés, il ressort que X... demeure en fait à C... et que, dans cette commune, il a son principal établissement; que, quelles que soient les apparences extérieures desquelles il voudrait inférer qu'il est un administré de la commune de G..., il semble démontré qu'il n'a jamais abandonné celle de C..., dans laquelle il exerce réellement sa profession ; qu'en conséquence, la vente qu'il a faite de produits pharmaceutiques, concurremment au pharmacien de C..., a revêtu un caractère illicite qu'il importe de sanctionner par une allocation de dommages-intérêts ;

Attendu que, si, pour le passé, il convient de déclarer que X... a causé un dommage à Z..., il importe également de décider que, pour l'avenir, il devra s'abstenir de tout acte de commerce déloyal au préjudice de Z...;

Attendu que le tribunal possède d'ores et déjà les éléments suffisants pour apprécier et évaluer l'indemnité qui peut être due à Z... ;

Par ces motifs, fait défense au docteur X... de vendre des médicaments sous une astreinte pénale de 10 francs par chaque infraction constatée à partir du prononcé du jugement, et pour le préjudice causé à X... du fait des agissements antérieurs du docteur X..., condamne ce dernier à lui payer 200 francs à titre de dommages-intérêts; le condamne à tous les frais de l'instance ; dans lesquels entreront ceux des constats auxquels il a été procédé et des ordonnances qui les ont précédés.

RENSEIGNEMENTS

NOTES POUR L'INTERNAT

CORPS THYROIDE

Le corps thyroïde est un organe d'aspect glandulaire, formé chez l'homme de deux lobes latéraux réunis par une portion médiane ou isthme, situé au-devant de la partie supérieure et sur les côtés de la trachée. On ne peut séparer de l'étude du corps thyroïde celle des glandes thyroïdes accessoires et des glandules thyroïdiennes ou parathyroïdes.

DÉVELOPPEMENT. — D'après la plupart des auteurs, le corps thyroïde serait formé par une ébauche médiane et deux ébauches latérales (Wölfler, Born). On admet plutôt aujourd'hui que tout le corps thyroïde provient d'une ébauche médiane.

Celle-ci est une évagination de l'épithélium de la paroi *pharyngienne* antérieure qui se forme sur la ligne médiane dans la région de la deuxième fente branchiale. Elle se sépare ensuite complètement de son point d'origine et se transforme en une vésicule à cavité étroite. Au point où se fait la séparation, dans la région postérieure de ce qui sera la langue, persiste une petite fossette, le foramen cæcum, qui parfois se continue chez l'adulte jusqu'au corps thyroïde par un cordon creux, le *canal thyréo-glosse* de His.

La vésicule thyroïdienne, ainsi séparée du pharynx, s'éloigne de la région où elle a pris naissance par suite du développement du cou et du redressement de l'inflexion céphalique. Bientôt elle émet des cordons cylindriques, desquels poussent ensuite des bourgeons latéraux. Un réseau se forme par l'anastomose de ces bourgeons entre eux. Des ramifications vasculaires et du tissu conjonctif embryonnaire pénètrent entre les mailles et décomposent le réseau de travées épithéliales en nombreux follicules.

Pour ce qui est des ébauches thyroïdiennes latérales, elles se constituent par évagination de la dernière fente *branchiale*, et forment de petites vésicules qui, d'après Verdun, Maurer, n'ont aucun rôle dans la formation du corps thyroïde. Elles constituent les *parathyroïdes* d'après certains auteurs.

GÉNÉRALITÉS. — Le corps thyroïde a la *forme* d'un croissant à concavité supérieure. On lui distingue deux parties latérales, les *lobes*, et une portion médiane, l'*isthme*.

Les lobes latéraux sont deux pyramides triangulaires appliquées sur les parties latérales de la trachée et du larynx; l'isthme transversalement placé au-devant des anneaux supérieurs de la trachée, présente d'assez grandes variations de forme; parfois il est incomplet et rattaché seulement à l'un des lobes; il peut être remplacé par une glande accessoire libre ou même manquer.

Du bord supérieur de l'isthme, à gauche de la ligne médiane naît un prolongement qui se dirige verticalement en haut, c'est la *pyramide de Lalouette* dite encore appendice de Morgagni, pyramide glanduleuse ou colonne du corps thyroïde; elle se prolonge plus ou moins sur la face antérieure du larynx quelquefois jusqu'à l'os hyoïde; elle manque fréquemment chez l'homme. Par contre on trouve parfois une pyramide bifurquée en λ ou même deux pyramides.

Le *volume* du corps thyroïde est très variable, selon les individus, presque toujours plus considérable chez la femme, très réduit chez le vieillard.

Les *dimensions* moyennes sont 6 à 7 centimètres de largeur sur 3 centimètres de hauteur; l'épaisseur n'est que de 4 à 6 millimètres pour l'isthme tandis qu'elle atteint 15 à 20 millimètres aux lobes latéraux. Le poids moyen est de 22 à 25 grammes chez l'adulte.

L'*aspect extérieur* de la glande thyroïde rappelle celui du rein; la surface est lisse et unie, avec quelques sillons plus ou moins marqués.

La *couleur* varie du jaune rosé au rouge brun. La *consistaace* est molle, moindre que celle de la rate et du foie; elle varie d'ailleurs selon le plus ou moins grand développement des cloisons conjonctives. A la *section,* la surface de coupe est visqueuse, ce qui provient du contenu colloïde des vésicules.

MOYENS DE FIXITÉ. — Situé à l'union du tiers inférieur du cou avec les deux tiers supérieurs, appliqué sur la trachée et les faces latérales du larynx dans des rapports que nous aurons à préciser, le corps thyroïde est enveloppé par une gaine fibreuse décrite un peu différemment par les auteurs. D'après Sébileau, l'aponévrose transversale du cou, détachée de la face profonde de l'aponévrose cervicale moyenne, forme une gaine au paquet vasculo-nerveux du cou, puis donne un feuillet postérieur passant en arrière du pharynx et un feuillet antérieur. Ce feuillet antérieur se dédouble en une lame passant devant l'œsophage et une lame passant devant le corps thyroïde. L'union de ces deux lames sur la ligne médiane constitue la capsule du corps thyroïde.

Charpy décrit une gaine vasculaire pour le paquet vasculonerveux du cou et une gaine viscérale qui enveloppe à la fois l'œsophage et la trachée; la glande thyroïde faisant corps avec la trachée, l'enveloppe lamelleuse passe en avant de la glande, de sorte qu'à ce niveau les trois organes sont dans un fourreau commun. Cette gaine est reliée en arrière à l'aponévrose prévertébrale du cou par deux cloisons sagittales

Quoi qu'il en soit, la capsule ou mieux la gaine du corps thyroïde envoie des épaississements ligamenteux qui fixent cet organe. C'est d'abord un *ligament médian* qui unit l'isthme ou la pyramide au bord inferieur du cartilage cricoïde; ce sont les *ligaments latéraux internes* qui fixent le bord postérieur de la glande au bord inférieur du cartilage cricoïde, aux deux premiers anneaux de la trachée et parfois au bord inférieur du cartilage thyroïde; ce sont enfin les *ligaments latéraux externes*, au nombre de six, trois de chaque côté (Gérard-Marchant, Sébileau); ils vont s'insérer à la gaine conjonctive des vaisseaux, formant des sortes de méso autour des artères et veines thyroïdiennes supérieures, des veines thyroïdiennes moyennes et des veines thyroïdiennes inférieures.

On peut encore décrire comme moyens de fixité : le petit ligament par lequel la pyramide de Lalouette va se fixer à la face postérieure de l'os hyoïde; le muscle hyo-thyroïdien, inconstant, allant de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde à la pyramide ou à l'isthme; le muscle thyro-glandulaire, inconstant aussi, s'étendant de la face postérieure du cartilage thyroïde à l'isthme de la glande.

RAPPORTS. — Pour découvrir le corps thyroïde, on trouve successivement la peau et le peaucier du cou, le tissu cellulaire sous-cutané avec les veines jugulaires antérieures, l'aponévrose cervicale superficielle allant se dédoubler sur les côtés pour former la gaine du sterno-cléido-mastoïdien, l'espace sus-sternal, l'aponévrose cervicale moyenne engaînant les muscles sous-hyoïdiens.

Immédiatement au-dessous de l'aponévrose cervicale moyenne, on trouve le corps thyroïde. Les rapports sont différents au niveau de l'isthme et des lobes latéraux.

ISTHME. — La *face antérieure* est en rapport avec les différents plans qui viennent d'être indiqués. Sa *face postérieure* recouvre les premiers anneaux de la trachée sur une étendue assez variable; d'après la plupart des auteurs, l'isthme recouvre les deuxième, troisième et quatrième anneaux de la trachée; d'après Sappey, ce sont les quatre premiers anneaux et d'après Testut les deux premiers anneaux seulement qui sont en rapport avec l'isthme thyroïdien. Chez l'enfant, l'isthme empiète souvent sur le premier anneau et peut même atteindre le cartilage cricoïde (Mauclaire). Exceptionnellement, le cinquième et même le sixième anneau de la trachée peuvent être recouverts (Sappey). Entre la face postérieure de l'isthme et la trachée, s'insinue un plexus veineux d'où naît la veine thyroïdienne moyenne.

Le *bord supérieur* de l'isthme, plus ou moins haut situé comme il vient d'être dit, est en rapport avec une veine communicante supérieure et avec l'artère crico-thyroïdienne qui cheminent parallèlement à ce bord, à une distance variable, généralement assez considérable. Du bord supérieur se détache la pyramide de Lalouette en rapport avec le cartilage cricoïde, la membrane crico-thyroïdienne, le cartilage thyroïde et la membrane thyro-hyoïdienne.

Le *bord inférieur* de l'isthme, sauf variations de hauteur déjà signalées, ne présente aucun rapport intéressant.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE NOMINATION DE MÉDECIN DES HOPITAUX. — *Epreuve supplémentaire.* — Séance du 13 juin 1907. — MM. Decloux et Ravaut, 20.

Le concours se termine donc par la nomination de MM. Ramond, Lereboullet et Ravaut.

CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Consultation.* — — Séance du 12 juin. — MM. Couvelaire, 20; Le Lorier, 16.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — SCIENCES PHYSIQUES, CHIMIQUES ET PHARMACOLOGIQUES. — Séance du 13 juin. — MM. Dufour : « Calométrie pratique chez l'homme, ses difficultés, son importance, son avenir; » Nogier : « Eclairage artificiel des lieux habités. Conséquences pour l'hygiène de l'œil. »

Séance du 14 juin. — MM. Guilleminot : « Mécanisme physique de la constance de la température chez l'homme; » Labat : « Médicaments par voie électrochimique. »

— PARIS. — M. Déjerine, professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, snr sa demande, professeur de pathologie interne à ladite Faculté, à partir du 1er novembre 1907.

— LYON. — Un arrêté ministériel en date du 13 juin déclare vacantes les chaires de pathologie générale, de pathologie interne et de thérapeutique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

Un délai de vingt jours à partir de la publication du présent arrêté est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

MONUMENT TILLAUX. — Le Comité a décidé que le monument élevé à la mémoire du professeur Tillaux, et dont l'exécution a été confiée à M. Chaplain, membre de l'Institut, serait érigé dans la cour de l'amphithéâtre des hôpitaux (Clamart). — L'inauguration de ce monument aura lieu dans le courant de l'année 1908.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont classés :

M. le médecin principal de deuxième classe Troché, nommé médecin-chef de l'hospice d'Angers.

MM. les médecins-majors de première classe Brousse. nommé médecin-chef à l'Ecole de Saint-Maixent; d'Audibert Caille du Bourguet, médecin-chef de l'hôp. d'Ajaccio; Guérin, au 103e d'inf.; Robin, au 57e d'inf.; Speckhann, au 29e d'inf.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Barrier, au 65e d'inf.; Couturier, au 95e d'inf.; Rossignot, au 153e d'inf.; Mignon, au 60e d'inf.; Merlat, au 141e d'inf.; Althoffer, aux batt. montées d'Hussein-Dey, à Alger; Pinot, aux hôp. de Tunisie; Vigné, au 13e esc. du train; Viallet, aux hôp. d'Alger; Velten, au 3e esc. du train; Faure, au 17e drag.; Dickson, au 4e cuir.; Daireaux, à la dir. du service de santé du 8e corps.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la vingt-troisième semaine, 925 décès, au lieu de 886 pendant la semaine précédente et au lieu de 840, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès (moyenne 3), au lieu de 6 pendant la semaine précédente. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 23 (au lieu de 26 la semaine précédente et au lieu de la moyenne 29).

La variole a causé 4 décès au lieu de 2 la semaine précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 10 au lieu de 11 pendant la semaine précédente (moyenne 13).

La rougeole, toujours assez fréquente en juin, a caus 15 décès au lieu de 10 pendant la semaine précédente (moyenne 16). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 397 (au lieu de 459 précédemment et au lieu de 287, moyenne des quatre dernières années).

La scarlatine a causé 10 décès, au lieu de 5 pendant la se-

maine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 440; il s'élevait à 453 pendant la semaine précédente (moyenne 94).

SOCIÉTÉ MÉDICO-HISTORIQUE. — Notre confrère le docteur Cabanès, directeur de la *Chronique médicale*, vient de fonder une société nouvelle, la Société médico-historique, qui se propose d'étudier et de chercher à solutionner toutes les questions d'histoire générale, de littérature et d'art, dans leurs rapports avec la médecine.

Le Comité de direction et de patronage de la nouvelle société comprend quarante membres appartenant à l'Institut, à l'Académie de médecine, au Collège de France ou à l'Université. Ce Comité directeur sera une sorte de bureau de consultations permanent, qui s'emploiera à aider de ses conseils tout membre de la Société en quête d'un sujet à traiter de médecine historique, littéraire ou artistique.

Pour détails complémentaires, s'adresser au docteur Cabanès, 9, rue de Poissy, Paris.

LABORATOIRE DU COURS DE PATHOLOGIE INTERNE (professeur : M. Brissaud). — TECHNIQUE HISTOLOGIQUE ET HISTO-BACTÉRIOLOGIQUE. EXERCICES PRATIQUES SUR LES MÉTHODES GÉNÉRALES ET SUR LES PROCÉDÉS NOUVEAUX. — M. Manouélian fera, à partir du 17 juin 1907, des exercices pratiques de technique.

Les exercices dureront un mois, à raison de trois séances par semaine, de deux à quatre heures, les lundis, mercredis et vendredis, à partir du 17 juin 1907.

Le nombre des places est limité. Le droit à verser est de 60 francs. Les microscopes et réactifs seront fournis.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — HÔPITAL NECKER. — M. le docteur Hirtz, médecin de l'hôpital Necker, fera dans le courant du mois de juin deux leçons :

La première, le lundi 17 juin, à dix heures du matin, amphithéâtre Laënnec, sur le syndrome angiospasmodique.

La seconde, le lundi 24 juin, à la même heure, sur la réaction de défense du poumon contre la tuberculose.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE. — SEIZIÈME SÉANCE ANNUELLE, *le mardi 18 juin 1907, à quatre heures précises.* — La seizième séance annuelle de la Société d'hypnologie et de psychologie aura lieu le mardi 18 juin 1907, à quatre heures précises, au palais des Sociétés savantes, 8, rue Danton, sous la présidence d'honneur de M. L. Mirman, directeur de l'assistance et de l'hygiène au ministère de l'Intérieur.

Ordre du jour. — 1° Compte rendu de la situation morale et financière de la Société; 2° allocution de M. le docteur Jules Voisin, président de la Société; 3° rapport sur le prix Liébeault; 4° communications et lectures, présentation de malades; 5° vote sur l'admission de nouveaux membres.

QUESTION GÉNÉRALE MISE A L'ORDRE DU JOUR : « Les enfants et les adolescents anormaux (classification, psychologie, pédagogie, traitement, assistance). » — MM. les docteurs Jules Voisin : Considérations générales relatives à l'assistance des anormaux. — Bérillon : La méthode hypno-pédagogique; ses applications au traitement des enfants indisciplinés (avec projections). — Doyen : La craniectomie à volet chez les enfants arriérés (avec projections). — Hurtrel : Les anormaux pauvres (psychologie, pédagogie, assistance). — Félix Regnault : Les anormaux dans l'antiquité (étude et icographie). — M. Scié-Ton-Fa : La situation des anormaux en Chine. — Mlle Mulot, directrice de l'établissement des aveugles à Angers : Nouvelles méthodes pour l'instruction des aveugles et des arriérés. — M. Quinque, directeur de l'établissement médico-pédagogique de Créteil : Les méthodes de lecture à l'usage des enfants arriérés. — MM. les docteurs Feuillade (de Lyon) : Applications pédagogiques de la suggestion. — Toulzac, médecin-légiste à Versailles : La protection des débiles mentaux contre les sévices dont ils sont l'objet dans les campagnes et dans les ateliers. — Bahadolin Chakir bey (de Constantinople) : La situation des anormaux dans les pays musulmans.

Discussion. — Inscrits : MM. les docteurs Magnin, Pamart, MM. Baguer, directeur de l'Institut départemental des sourds-muets; Le Bouchet, directeur de l'Ecole Théophile-Roussel; MM. les docteurs Mayoux, Paul Farez, Pedebidou et Piettre, sénateurs; M. le professeur Lionel Dauriac, M. le docteur Courjon (de Meyzieux).

COMMUNICATIONS DÉJA INSCRITES. — MM. les docteurs Faul Farez : Un sommeil de trente ans. — Demonchy : La photothérapie adjuvant de la psychothérapie. — M. le professeur Ubeyd-Oullah (de Constantinople) : L'Islam et la pédagogie musulmane. — MM. les docteurs Paul Joire (de Lille) : Les interventions psychologiques capables d'influencer la fécondité. — Witry (de Trèves) : Les mucker de Kœnigsberg (étude de suggestion religieuse). — MM. Lépinay, médecin-vétérinaire : Psycho-pathologie comparée; l'infanticide chez les animaux. — Caustier, professeur agrégé au lycée Saint-Louis : Le suicide chez les animaux. — MM. les docteurs Pamart et de la Fouchardière : Applications de la suggestion hypnotique au traitement de l'émotivité morbide (présentation de malades). — Bérillon : La psychothérapie graphique : mode d'action et applications. — Wiasemski (de Saratow) : Applications thérapeutiques de l'hypnotisme. — Lemesle (de Loches) : Les limites de la suggestion. — Paul Magnin : Rôle de l'*expectant attention* et des états d'attente dans l'exaltation de la suggestibilité.

BANQUET DE LA SOCIÉTÉ. — Le bureau de la Société adresse à tous nos collègues et en particulier à ceux de l'étranger et de province, l'invitation de contribuer à la solennité de la séance annuelle. — Après la séance, le banquet annuel aura lieu à sept heures et demie, sous la présidence de M. Mirman, directeur de l'assistance et de l'hygiène, au restaurant du palais des Sociétés savantes, 8, rue Danton, Prix : 8 fr.; tenue de ville.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les membres de la Société sont invités à prendre bonne note que la date de la séance annuelle est fixée au mardi 18 juin, à quatre heures très précises.

Nos collègues sont invités à adresser, dès à présent, les titres de leurs communications et leur adhésion au banquet au docteur Bérillon, secrétaire général, 4, rue Castellane.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

REVUE GÉNÉRALE

LES CANCERS DE L'AMPOULE DE VATER

Par M. AYNAUD,
Interne des hôpitaux, préparateur à la Faculté de médecine de Paris.

I

HISTORIQUE. — En 1899, Nattan-Larrier publiait ici même une Revue générale sur les cancers du duodénum ; les travaux de ces dernières années permettent de préciser au point de vue clinique et anatomique une de leurs localisations les plus intéressantes, les cancers de l'ampoule de Vater.

Des observations déjà anciennes se rapportent sans doute à des cancers de ce genre; on peut en trouver dans le mémoire de Bright sur les affections du duodénum et du pancréas (1834), dans le travail de Féréol (1850), dans la thèse de Caillet. Mentionnons encore les travaux d'Eichhorst, de Strumpell qui signale l'élection des néoplasmes pour la région de la papille, de Boas qui précise les symptômes de la sténose duodénale. L'important travail de Bard et Pic (1887) sur les cancers du pancréas et le syndrome de la compression des voies biliaires prépare le mémoire de A. Pic (1894); ce dernier établit nettement les trois types des tumenrs duodénales, avec une forme sus-vatérienne rappelant par sa symptomatologie les cancers du pylore, une forme sous-vatérienne et préjéjunale, représentant le type de la sténose duodénale avec vomissements continuels de bile et de suc pancréatique, enfin le type vatérien qui nous intéresse plus spécialement. Ce dernier type diffère radicalement des deux autres par l'absence de signes de sténose intestinale ; ce n'est pas cliniquement une affection intestinale, c'est une affection des voies biliaires, caractérisée par le syndrome que Bard et Pic ont décrit dans la compression de ces dernières par les cancers de la tête du pancréas, ictère chronique progressif avec dilatation de la vésicule biliaire.

Au point de vue anatomique, Pic sépare nettement le cancer de l'ampoule de Vater des autres cancers du duodénum ; il en fait un cancer du pancréas, développé aux dépens de glandules pancréatiques accessoires.

Si les travaux utélrieurs ont confirmé l'étude clinique de Pic, il n'en est pas de même de sa conception anatomique; nous préciserons ultérieurement ce point dans notre étude anatomo-pathologique.

Le mémoire de Pic est le point de départ d'une série de travaux qui vont permettre de pousser plus avant l'étude des cancers de l'ampoule de Vater. Hanot, Bard discutent la question au Congrès de Tunis (1896). La même année, Rendu et Hanot dans leurs communications à la Société médicale des hôpitaux émettent l'hypothèse que la diarrhée, l'intermittence de l'ictère peuvent différencier les cancers de l'ampoule de ceux du pancréas. Hanot essaie au point de vue anatomique d'individualiser ces néoplasmes, qu'il rapproche des autres néoplasmes orificiels sous le nom de cancers du pylore pancréatico-biliaire. Peu après Raymond Durand-Fardel publie une observation très démonstrative, la première en date, de cancer du cholédoque dans sa traversée intestinale. Thomas et Noica relatent un cas à point de départ intestinal (1899), tandis que Dominici publie une observation où la tumeur semble s'être développée dans l'ampoule, résultant de la fusion du cholédoque et du canal de Vater, mais sans participation aucune de la muqueuse intestinale (1899). Cornil et Chevassu (1903) apportent un nouveau fait de cancer du cholédoque à son extrémité inférieure. D'autres observations, plus ou moins détaillées sont également publiées par Lejonne et Milanoff, Maury.

En Italie, Luzzato (1900), à propos d'une observation personnelle fait une étude critique des observations antérieures, et discute l'origine anatomique des tumeurs de l'ampoule.

En Allemagne, H. Schüller (1901) publie un travail important sur le même sujet.

En France, les travaux de ces dernières années apportent des éclaircissements dans l'étude anatomique, le point de départ et le mode de développement de ces tumeurs ; à ce point de vue, un travail capital est l'article de Letulle en avril 1906. Citons encore les travaux de Letulle et Verliac, de Carnot et Harvier, de Souques et Aynaud.

L'étude des cancers vatériens a enfin largement bénéficié des travaux sur les tumeurs des grandes voies biliaires (Devic et Gallavardin, Lecène et Pagniez, Pepere, Pennato, Bruno), sur la lithiase du cholédoque et les pancréatites chroniques (Terrier, Desjardins, Quénu et Duval, Chauffard).

Avec l'aide de ces nombreux documents, nous pensons qu'il est possible, sinon de tracer le tableau définitif des cancers de l'ampoule de Vater, du moins de fournir aux cliniciens quelques enseignements utiles pour le diagnostic toujours difficile des ictères chroniques et aux anatomo-pathologistes des indications qui leur permettront de faire une étude complète et fructueuse des cas qu'ils auront à étudier.

II

ETUDE CLINIQUE. — Le cancer de l'ampoule de Vater survient en général entre soixante et soixante-dix ans; la moyenne calculée sur 16 observations est de soixante-deux ans, chiffre qui concorde avec celui obtenu par H. Schüller, avec comme âges extrêmes trente-quatre et quatre-vingt-un. Il est plus fréquent dans le sexe masculin, presque trois fois plus. La lithiase biliaire ne semble avoir aucune influence sur son développement.

Dans un peu moins de la moitié des cas, l'ictère est le symptôme initial; en règle générale on peut admettre qu'il y a des symptômes prémonitoires, dyspeptiques, douloureux ou généraux, qui n'ont rien de caractérique, qui sont d'ordre banal et ne permettent nullement d'érayer un diagnostic. Telles sont par exemple les modifications de l'appétit, presque aussi souvent augmenté au début de l'affection, normal que diminué ; dans ce dernier cas, on observe particulièrement le dégoût de la viande; certains malades se plaignent de lenteur des digestions, de

pesanteur après les repas, plus rarement d'une douleur continue, profonde dans la région épigastrique. Chez la malade de Carnot et Harvier, se produisirent des crises douloureuses extrêmement vives, avec vomissements qui par leur siège et leurs irradiations simulaient une colique hépatique. Du côté de l'intestin, on peut voir s'installer des alternatives de diarrhée et de constipation. Lorsque, avec ces différents phénomènes chez un individu âgé, malgré une alimentation normale, s'installe un amaigrissement progressif, on est en droit de soupçonner l'évolution d'un néoplasme sans qu'il soit possible d'en prévoir le siège avant l'apparition de l'ictère.

Cet ictère apparaît d'une manière brusque ou progressive, mais sans douleurs; aussi pensera-t-on plus volontiers dans les premiers jours à un ictère catarrhal qu'à un ictère lithiasique. L'ictère du cancer de l'ampoule de Vater est le plus souvent un ictère continu progressif qui ira en se fonçant de plus en plus, et deviendra à la période ultime vert olive, vert noir. Hanot, Rendu ont cependant observé des intermittences, des crises dans son évolution et avaient pensé faire de cette intermittence d'intensité un symptôme de diagnostic différentiel avec l'ictère continu, progressif du cancer de la tête du pancréas. L'étude des observations publiées ultérieurement montrent que ces deux auteurs sont tombés sur des cas plutôt rares; le plus souvent l'ictère est continu, progressif et aussi intense que dans le cancer de la tête du pancréas; il n'y a pas là un élément de diagnostic différentiel entre les deux affections.

Les urines sont toujours ictériques, les matières décolorées; il est cependant possible d'observer une dissociation des phénomènes ictériques comme dans la maladie de Hanot; chez une malade que nous avons suivie avec notre maître Souques et dont nous avons examiné les matières quotidiennement, celles-ci n'ont été décolorées qu'un seul jour; à l'autopsie, malgré une grosse rétention hépatique et vésiculaire avec dilatation de toutes les voies biliaires, nous avons constaté qu'une très légère pression de la vésicule faisait sourdre la bile dans le duodénum.

L'exploration du foie et de la vésicule biliaire fournit des renseignements très importants : dans toutes les observations, cinq à six semaines après le début de l'ictère, le foie a été trouvé augmenté de volume, dépassant toujours les fausses côtes, atteignant quelquefois l'ombilic.

La vésicule biliaire est d'un examen plus délicat, aussi son état est-il négligé dans un certain nombre d'observations : mais à l'autopsie elle est toujours augmentée considérablement de volume. Chez les sujets amaigris, ayant une paroi abdominale souple, il est cependant assez facile de sentir la tumeur biliaire arrondie, rénitente, régulière, mobile, débordant le bord inférieur du foie et se dirigeant vers l'ombilic.

Cet ictère chronique par rétention, avec dilatation de la vésicule, décoloration des matières, constitue le syndrome de Courvoisier et Terrier qu'on oppose au syndrome lithiasique avec rétraction de la vésicule, intermittence de l'ictère. C'est le symptôme capital des cancers de l'ampoule de Vater : nous savons qu'on le rencontre aussi dans le cancer du pancréas, mais sa valeur comme élément de diagnostic positif est considérable : le diagnostic de cancer vatérien est impossible à faire en son absence.

D'autres symptômes viennent assez souvent s'ajouter à l'ictère : les troubles digestifs, à un degré plus ou moins marqué, sont constants à cette période et relèvent de l'absence de bile et de suc pancréatique. Les selles sont blanches, argileuses, ressemblant à du mastic, d'odeur souvent fétide : l'examen macroscopique permet d'y constater si le sujet a ingéré des matières grasses, des gouttelettes huileuses en quantité. Chez ces malades, en l'absence du suc pancréatique les graisses ne sont pas dédoublées ou ne le sont que très insuffisamment : leur absorption est très faible, il y a stéarrhée. L'huile de ricin est éliminée en nature et ne produirait pas d'effet purgatif : si l'on fait ingérer de l'iodure de potassium enrobé dans de la cire, l'enveloppe de cire n'est pas dissoute et l'iodure ne passe pas dans les urines. Gaultier a étudié en détail les troubles de la digestion des graisses dans les obstructions des canaux biliaires et de Wirsung : sans faire un dosage des graisses, un simple examen macroscopique permet de constater après repas d'épreuve approprié qu'il y a excès de graisse, surtout de graisses neutres; on peut également constater l'existence de fibres musculaires et élastiques non digérées.

L'hémorragie intestinale, sous forme de melæna, d'origine néoplasique, est tout à fait exceptionnelle : il est vraisemblable que la recherche méthodique du sang dans les fèces par la réaction de Weber permettrait de vérifier l'exactitude de la loi établie par Boas dans les cancers gastro-intestinaux, à savoir l'existence régulière et constante, à tous les examens, d'une minime quantité de sang. Peut-être y aurait-il dans cette méthode un moyen de différencier les cancers vatériens à point de départ intestinal, à ulcération précoce, de ceux à point de départ cholédocien ou pancréatique qui s'ulcèrent tardivement et souvent même ne s'ulcèrent jamais.

La diarrhée a été considérée comme un élément de diagnostic important, mais elle manque dans la moitié des cas et on ne peut aujourd'hui lui accorder l'importance que lui avaient primitivement attribuée Hanot et Rendu.

Plus inconstants et plus variables encore sont les accidents douloureux. Dans un cas (Carnot et Harvier) il y eut des crises douloureuses très vives simulant une colique hépatique. Mais c'est là un fait exceptionnel. Le plus souvent l'évolution de l'affection est indolore ou s'accompagne de douleurs vagues, profondes, sans caractères. Signalons dans le cas de Durand-Fardel un hoquet persistant, symptôme signalé dans les affections pancréatiques.

Les urines sont toujours des urines très ictériques : leur composition varie suivant la période de l'affection, suivant l'alimentation du malade; la glycosurie n'a été signalée qu'une fois.

Arrivé à sa période d'état, le cancer de l'ampoule de Vater se traduit donc essentiellement par un ictère par rétention avec accessoirement des troubles

digestifs, des phénomènes douloureux. Il nous reste à signaler un certain nombre de signes négatifs, l'absence d'adénopathie cervicale, d'ascite; à moins de complications il n'y a ni fièvre, ni splénomégalie.

Les phénomènes généraux sont toujours très marqués et très rapides : c'est un amaigrissement progressif, une véritable fonte de l'individu, qui en quelques semaines le conduit au dernier degré de la cachexie.

L'évolution de l'affection aboutit dans le plus grand nombre des cas à la mort, dans un délai de deux à six mois après le début de l'ictère : il est cependant possible, en particulier dans les cas du type Hanot-Rendu avec intermittence de l'ictère, que la survie soit supérieure à un an.

La mort survient tantôt dans la cachexie, le marasme et l'hypothermie chez des sujets arrivés au dernier degré de la consomption, tantôt au milieu des accidents de l'ictère grave (hémorragies, convulsions, délire, coma). Elle peut survenir du fait des complications : les plus fréquentes sont les complications infectieuses (suppuration des voies biliaires, septicémie), il y a de la fièvre, de la douleur hépatique, la rate est grosse.

La généralisation du néoplasme est plus fréquente que ne le disent les descriptions classiques : elle s'observe dans 20 p. 100 des cas; le foie est presque exclusivement intéressé; citons à titre de curiosité clinique l'une des observations (v. Souques et Aynaud) où la mort fut occasionnée par une généralisation pulmonaire.

III

Formes cliniques. — Un ictère avec gros foie et grosse vésicule, décoloration des matières, est le symptôme capital, quelquefois le seul symptôme que nous avons trouvé dans les observations que nous avons parcourues. Dans un certain nombre de cas l'ictère a été continu et progressif; dans les autres il y a eu des intermittences, des rechutes; il est intéressant de constater que dans ces derniers, qui correspondent aux néoplasmes à point de départ intestinal, les troubles digestifs ont été plus marqués, que la diarrhée est plus fréquente, qu'on peut observer des hémorragies. Les cas sont cependant encore trop peu nombreux et souvent trop incomplètement être étudiés, pour que nous donnions cette division des néoplasmes vatériens autrement que comme une ébauche, sujette à revision.

La forme anictérique des néoplasmes des voies biliaires est basée sur une seule observation de Durand-Fardel qui concerne une tumeur du cholédoque au-dessus du duodénum : nous ne nous y arrêterons donc pas.

Devic et Gallaverdin, dans leur important mémoire sur les néoplasmes des voies biliaires, rapportent un certain nombre d'observations où l'affection a plus ou moins évolué avec les allures d'une cirrhose biliaire : ictère sans décoloration des matières avec hépatomégalie et splénomégalie. Ces auteurs ont éliminé de leur travail les tumeurs de l'ampoule et n'envisagent les néoformations des voies biliaires qu'en dehors du duodénum. Dans l'observation I de Souques et Aynaud, les selles étaient de coloration normale malgré un ictère très prononcé, mais la rate n'était pas grosse et l'évolution fut autrement rapide que celle des cirrhoses biliaires.

IV

Anatomie pathologique. — Macroscopiquement la tumeur vatérienne se présente sous deux aspects fort différents. Tantôt on se trouve en face d'une plaque néoplasique ulcérée, occupant la place de l'ampoule, de l'étendue d'une pièce de 5 francs au plus, allongée parallèlement à l'axe de l'intestin. Dans d'autres cas, il n'y a pas d'ulcération de la muqueuse : l'ampoule est simplement saillante, dure, du volume d'un petit pois ou d'une noisette : la lésion paraît minime, négligeable : on a peine à croire qu'une si petite lésion soit la cause des désordres graves auxquels a succombé le malade. L'examen histologique dans ces cas est indispensable pour affirmer le diagnostic. Les voies biliaires sont toujours dilatées; pourtant, même dans les cas où la décoloration des fèces a été absolue et persistante, on peut toujours, suivant la remarque de Gallavardin et Pic, faire sourdre la bile dans le duodénum par une pression modérée de la vésicule. Il est vraisemblable que les phénomènes de rétention sont ici, comme dans les autres conduits, dus non à une stricture ou une oblitération complète, mais à un spasme, à des troubles de tuméfaction d'ordre vasomoteur. Rappelons que dans un cas que nous avons observé personnellement avec notre maître Souques, les matières étaient colorées malgré un ictère extrêmement intense : à l'autopsie, nous avons trouvé une tumeur de l'ampoule, que nous avons coupée en série tout entière : nulle part l'oblitération n'était complète.

Les ganglions péri-pancréatiques sont en général augmentés de volume, mais d'une manière modérée : il s'agit, suivant les cas, de lésions infectieuses ou néoplasiques. L'étude du point de départ de la néoplasie ne peut être envisagée qu'avec la connaissance approfondie de l'ampoule de Vater. C'est faute d'une connaissance suffisante de l'anatomie normale, c'est par suite d'une mauvaise délimitation de la région vatérienne que de nombreuses descriptions histologiques, très complètes par ailleurs, manquent de précision et que l'on a discuté si longtemps sur le point de départ de ces néoplasmes : Bard et Pic, Luzzato leur attribuent une origine pancréatique; Hanot en fait une tumeur du pylore pancréatico-biliaire, Rendu un cancer intestinal, Durand-Fardel un épithélioma du cholédoque. Cancer intestinal, ce serait tantôt un épithélioma de la muqueuse, tantôt un épithélioma glandulaire. Au milieu de ces descriptions contradictoires, émanant d'auteurs également compétents, mais qui ont eu le tort de généraliser une observation et qui ne s'entendent pas sur ce qu'est d'une manière exacte la région vatérienne, il est difficile de se reconnaître.

L'ampoule de Vater est un diverticule intestinal dans lequel viennent déboucher les conduits biliaires et pancréatiques (1er type). Mais l'ampoule manque dans 75 p. 100 des cas (Letulle et Nattan-Larrier) et alors la région vatérienne peut être constituée

d'après l'un des trois types suivants : le cholédoque s'ouvre directement dans l'intestin après avoir reçu le Wirsung (2e type); les deux canaux débouchent parallèlement dans l'intestin (3e type); les deux canaux parallèles forment une papille saillante dans l'intestin (4e type).

Le cancer ampullaire proprement dit, cancer intestinal, né aux dépens de la muqueuse ou de ses glandes, ne peut exister que dans le premier type : la preuve de son existence est pour ainsi dire impossible à faire et la plupart du temps on ne peut le distinguer d'un cancer périvatérien propagé à l'ampoule. Macroscopiquement, les lésions sont plus étendues que dans les néoplasmes cholédociens ou wirsungiens; histologiquement, il s'agit d'un carcinome glandulaire ou d'un épithélioma cylindrique.

Le cancer cholédocien est la tumeur vatérienne la plus typique : c'est un épithélioma cylindrique qui envahit la couche musculaire du cholédoque, diffuse plus ou moins loin ; pour être absolument sûr de son existence, on devra constater son point d'origine dans l'épaisseur des parois duodénales, en dedans de la couche musculaire intestinale.

Le cancer wirsungien, qui comme le précédent doit être limité et avoir la même topographie pour pouvoir être identifié, en diffère par son type cellulaire, il est caractérisé par une prolifération de cellules cubiques avec tendance au polymorphisme, sans jamais présenter le type glandulaire cylindrique des cancers cholédociens.

Les cancers de l'ampoule de Vater ont une faible tendance à la généralisation : 20 p. 100 des cas.

Le foie est l'organe le plus souvent envahi : on a signalé dans une observation la généralisation au poumon.

Les lésions qu'on rencontre dans les autres organes relèvent de la rétention biliaire ou de l'infection terminale.

Le foie est toujours augmenté de volume, de couleur vert olive, avec, sur les coupes, dilatation parfois énorme des canaux biliaires. Lorsque la mort est survenue rapidement, on y observera, comme à la suite de la ligature expérimentale du cholédoque, les taches d'apoplexie biliaire de van Wittich, décrites également par Charcot et Gombault, par Chambard sous le nom de taches de suffusions biliaires, par Foa et Salvioli sous celui d'aires de destruction, et dont l'étude a été reprise plus récemment par Gouget, Cornil, Ribadeau-Dumas et Lecène, Carnot et Harvier.

Rappelons brièvement l'aspect de ces aires de destruction; de forme arrondie, de couleur jaune d'or, toujours développées au voisinage d'un espace porte ; elles apparaissent à un faible grossissement constituées dans leur partie centrale par un réticulum dont les mailles paraissent vides : à la périphérie on peut observer de l'infiltration leucocytaire et avec réaction du parenchyme hépatique ; lésions nucléaires et cellulaires et transformation des travées hépatiques en pseudo-canalicules. A côté de ces aires de destruction, il faut signaler l'infiltration biliaire, l'infiltration ferrugineuse pigmentataire, les dégénérescences vacuolaires, graisseuses qui existent toujours dans le reste du parenchyme (1).

L'infection des voies biliaires est une complication assez fréquente. Rendu, Letulle ont signalé l'angiocholite suppurée avec présence de petits abcès miliaires dans le parenchyme hépatique.

La vésicule biliaire, les voies biliaires extra-hépatiques sont le siège d'une dilatation considérable.

La rate dans les cas purs, sans infection, est une rate atrophiée dans ses éléments nobles avec sclérose commençante et infiltration pigmentaire : c'est un type de rate hémolytique ou mieux de rate biliaire [Ribadeau-Dumas (2)].

Le pancréas est de volume variable : la dilatation des voies pancréatiques n'a pas la constance de celle des voies biliaires en raison de la suppléance possible du Wirsung par le canal de Santonini.

IV

Diagnostic et traitement. — Le diagnostic des cancers vatériens se confond avec celui des ictères chroniques. En pratique, la question qui se pose, la question importante au point de vue du pronostic et du traitement, n'est pas tant de préciser le point exact de l'oblitération que d'en savoir la nature, néoplasme ou lithiase.

L'âge, les antécédents du sujet peuvent fournir quelques indications utiles.

Le cancer de l'ampoule de Vater s'observe chez des individus âgés : la moyenne de nos cas est de soixante-deux ans; c'est une moyenne analogue qu'obtiennent Devic et Gallavardin pour les cancers des voies biliaires.

Ces mêmes auteurs signalent la plus grande fréquence chez l'homme que chez la femme dans la proportion de 65 p. 100. Les chiffres en faveur du sexe masculin sont plutôt un peu plus forts en ce qui concerne les cancers vatériens proprement dits. Ces chiffres sont intéressants à rapprocher de la fréquence de la lithiase chez la femme, surtout âgée. Un fait beaucoup plus intéressant pour le diagnostic est le suivant : la lithiase et le cancer de l'ampoule de Vater n'ont aucune relation entre eux ; l'existence d'accidents lithiasiques permet d'éliminer presque à coup sûr le néoplasme vatérien ; on sait au contraire combien est fréquente l'association de la lithiase et du cancer au niveau de la vésicule biliaire.

Le diagnostic différentiel ne devra pas s'attarder à envisager l'existence d'un ictère catarrhal prolongé plus que problématique, étant donné l'âge du sujet. De même nous n'insisterons pas sur les cirrhoses biliaires qui jusqu'à présent n'ont pas donné lieu à erreur avec les cancers vatériens.

En réalité, le problème qui se pose est le suivant : se trouve-t-on en présence d'une oblitération calculeuse du cholédoque, d'une pancréatite chronique ou d'un cancer (vatérien, biliaire, pancréatique).

---

(1) Sur le foie de rétention biliaire, consulter Charcot et Gombault. *Arch. de physiol.*, 1876. — Chambard. *Id.*, 1877. — Foa et Salvioli. *Archiv per u. sc. Med.*, 1878. — Gouget. Th. de Paris, 1895. — Cornil. *Arch. de méd. expérim.*, 1903. — Ribadeau-Dumas et Lecène. *Id.*, 1904. — Carnot et Harvier. *Id.*, 1907.

(2) Ribadeau-Dumas. Th. de Paris, 1904.

En faveur de la lithiase, il est classique d'invoquer la longue durée de l'ictère; nous estimons que le diagnostic doit être fait rapidement pour être utile, et qu'attendre des mois pour le faire, c'est s'exposer le plus souvent à faire un diagnostic nécroscopique.

L'ictère lithiasique présente des variations d'intensité tant dans la pigmentation des téguments que dans la décoloration des matières que l'on rencontre rarement dans l'ictère néoplasique.

Nous avons signalé l'infection biliaire et la fièvre des cancers vatériens; mais l'infection y est beaucoup plus rare que dans la lithiase; c'est de plus une complication tardive, ultime, des cancers alors que chez les calculeux c'est souvent un accident de début.

Plus importants encore sont les phénomènes douloureux : accidents de colique hépatique précédant ou accompagnant l'ictère. Signalons également la douleur objective à la pression. Qu'il s'agisse d'oblitération calculeuse du cholédoque ou de pancréatite chronique, la constatation d'une zone douloureuse pancréatico-cholédocienne (Chauffard) ou du point de Desjardins, doit faire rejeter l'hypothèse de cancer. Le point de Desjardins est situé à 6 centimètres de l'ombilic sur la ligne axillo-ombilicale. Pour déterminer la zone pancréatico-cholédocienne « prenons l'ombilic comme point de repère, de ce point menons une verticale et une horizontale formant un angle droit dont le sommet correspond à l'ombilic, puis traçons la bissectrice de cet angle. La zone pancréatico-cholédocienne est comprise entre la ligne verticale et la bissectrice de l'angle sans dépasser par en haut une hauteur de 5 centimètres sur la bissectrice, sans atteindre tout à fait en bas jusqu'à l'ombilic » (Chauffard).

Deux éléments importants de diagnostic sont fournis par l'état de la rate et de la vésicule biliaire. La rate dans le cancer vatérien non compliqué d'infection est de volume normal, alors que dans la lithiase l'augmentation de la matité splénique est constante. Quant à la vésicule, elle est dilatée dans le cancer, rétractée dans la lithiase.

Le tableau clinique de la pancréatite chronique avec ictère a un certain nombre de points communs avec la lithiase du cholédoque, la fièvre, les douleurs spontanées et à la pression ; les troubles de l'assimilation des graisses sont plus marqués que dans la lithiase simple du cholédoque. La rate est grosse. En revanche la vésicule est dilatée ou rétractée selon qu'il y a compression pure et simple des voies biliaires ou lithiase concomitante, et l'ictère ne présente pas les variations qu'il a dans la lithiase.

L'état général est rapidement touché, plus rapidement dans la pancréatite que dans la lithiase simple; on a signalé des amaigrissements de 36 kilogrammes en dix mois; il est évident que, dans ces cas, il est bien difficile de ne pas songer à un néoplasme.

Lorsqu'on se sera arrêté à l'hypothèse d'une obstruction néoplasique des voies biliaires, de nouvelles questions vont se poser. S'agit-il d'un cancer de l'ampoule, de la tête du pancréas, du cholédoque ou de l'hépatique ?

Le diagnostic de cancer du pancréas, si l'ictère a été précédé du syndrome de diabète maigre, s'impose. Mais lorsque la glycosurie manque, il est impossible de faire le diagnostic avec un cancer de l'ampoule à moins qu'il n'y ait prédominance de symptômes intestinaux (diarrhée, hémorragie).

Le cancer du cholédoque au-dessus du pancréas s'accompagne toujours de dilatation de la vésicule, il est beaucoup plus rare que le cancer de l'ampoule; peut-être l'étude de l'assimilation des graisses et de la digestion pancréatique permettraient un diagnostic.

Dans les néoplasmes du segment sous-hépatique des voies biliaires, la vésicule est dilatée dans la moitié des cas seulement; dans les autres elle est normale ou rétractée (Devic et Gallavardin). Ces derniers cas sont ceux où le néoplasme n'atteint pas le confluent cholédoco-hépatico-cystique.

Le diagnostic se complique encore du fait de la possibilité de l'association d'une rétention hépatique, à une hydropisie de la vésicule.

Carnot et Harvier dans leur cas ont trouvé en ponctionnant la vésicule un liquide clair : la vésicule était séquestrée par des ganglions.

Si l'on tient compte de toutes ces difficultés du diagnostic, de ce fait que dans tous les cas, le traitement curateur est chirurgical, on n'hésitera pas à recourir d'une manière précoce à une laparotomie exploratrice qui deviendra en toute connaissance de cause, une intervention curative. Letulle dans la conclusion de son article sur les cancers primitifs de l'ampoule de Vater pense que la chirurgie recueillera une moisson de succès quand elle abordera le traitement des cancers vatériens; nous nous associons pleinement à ses conclusions, mais impressionnés par nos observations personnelles (3 cas avec généralisation) et d'accord avec H. Schüller qui signale la généralisation dans 20 p. 100 des cas, nous nous permettons de faire quelques réserves sur la bénignité et la circonscription de la lésion causale; une intervention, pour avoir des chances d'être réellement curative, doit enlever le duodénum et la tête du pancréas.

L'opération est grave, mais elle est possible et en dehors d'elle une seule solution est usitée, c'est la cholécystentérostomie, qui n'a que l'avantage de prolonger les souffrances du malade de quelques semaines.

BIBLIOGRAPHIE

Bard. Congrès de Tunis, Assoc. franç. pour l'avancement des sciences, 1896. — Bard et Pic. Cancer du pancréas, *Revue de méd.*, 1888. — Bright. Mémoire sur les maladies du pancréas et du duodénum, *Arch. gén. de méd.*, 1834. — Brouardel et Gilbert. *Traité de médecine.* — Bruno. Etude sur les tumeurs malignes primitives des grandes voies biliaires, *Clin. med. Ital.*, 1901, p. 164. — Bussan. *Du cancer de l'ampoule de Vater*, Th. de Paris, 1890.

Caillet. *Sur quelques cas d'ictère mécanique sur la deuxième portion du duodénum*, Th. de Paris, 1876. — Carnot et Harvier. Cancer wirsungien de l'ampoule de Vater, Soc. méd. des hôpit., 1906. — Chabrol. Les scléroses du pancréas, *Gaz. des hôpit.*, 1907, p. 543 et 579. — Chambras. *Les cancers de l'ampoule de Vater*, Th. de Paris, 1906. — Charcot-Bouchard. *Traité de médecine.* — Chauffard. *La lithiase du*

cholédoque, *Sem. méd.*, 1906. — CORNIL et CHEVASSU. Epithélioma de l'ampoule de Vater, *Bull. de la Soc. anat.*, 1903, p. 151. — CLAISE. *Presse méd.*, 1897

DERJARDINS. *Les pancréatites*, Th. de Paris, 1905. — DEVIC et GALLAVARDIN. Cancer primitif des voies biliaires, *Revue de méd.*, 1901. — DOMINICI. Cancer de la région vatérienne, *Presse méd.*, 1899. — DURAND-FARDEL. Cancer de l'ampoule de Vater, *Presse méd.*, 1896.

FÉRÉOL. Tumeur cancéreuse de l'ampoule de Vater, *Travaux de la Soc. méd. d'obst.*, 1859, t. III. — FRERICHS. *Traité des maladies du foie.*

GAULTIER. *Coprologie clinique.*

HANOT. Congrès de Tunis, 1896, et Soc. méd. des hôpit., 1896. — HEULIN. *Cancer primitif du duodénum*, Th. de Paris, 1897.

INJELRANS. Cancer primitif du canal hépatique, *Arch. gén. de méd.*, 1902.

LANNOIS et COURMONT. Cancer primitif de l'œsophage et cancer primitif de l'ampoule de Vater, *Revue de méd.*, 1894. — LECÈNE et PAGNIEZ. *Arch. gén. de méd.*, 1901. — LEJONNE et MILANOF. *Bull. de la Soc. anat.*, 1899. — LETULLE et NATTAN-LARRIER. L'ampoule de Vater, *Arch. des sc. méd.*, 1898, et *Bull. de la Soc. anat.*, 1898, p. 491. — LETULLE. Malformations duodénales. Diverticules périvatériens, *Id.*, p. 807. — LETULLE et VERLIAC. Cancer primitif de l'ampoule de Vater, Soc. méd. des hôpit., 1906. — LETULLE. Les cancers primitifs de l'ampoule de Vater, *Presse méd.*, 1906. — LUZZATO. Ictère chronique par adénome malin de l'ampoule de Vater, *Rivista Veneta di Sc. medicini*, 1900, p. 529.

MAURY. Cancer de l'ampoule de Vater, Soc. méd. des hôpit., 1907. — MARTHA. *Bull. de la Soc. anat.*, 1887. — MIRALLIÉ. Cancer du pancréas, *Gaz. des hôpit.*, 1893. — MORAX. *Bull. de la Soc. anat.*, 1889.

NATTAN-LARRIER. Les cancers primitifs du duodénum, *Gaz. des hôpit.*, 1899.

PENNATO. Sténose et épithélioma primitif du duodénum, *Clin. med. Ital.*, 1901, p. 347. — PETIT. Sarcome de l'ampoule de Vater chez le chien, *Bull de la Soc. anat.*, 1904. — PIC. Cancer primitif du duodénum, *Revue de méd.*, 1894-1895. — PILLET. Epithélioma primitif de l'ampoule de Vater, *Bull. de la Soc. anat.*, 1889. — PEPERE. *Tumeurs malignes primitives du foie avec appendice sur les tumeurs des grandes voies biliaires*, Naples 1902.

QUÉNU et DUVAL. Pancréatites et lithiase biliaire, *Revue de chir.*, 1905. — RENDU. Soc. méd. des hôpit., 1896.

SCHÜLLER. Diagnostic et traitement des cancers de l'ampoule de Vater. *Beitr. z. klin. Chir.*, XXXI, 1901. — SOUQUES et AYNAUD. Deux cas de cancer cholédocien de l'ampoule de Vater, Soc. méd. des hôpit., 1907.

THOMAS et NOICA. *Bull. de la Soc. anat.*, 1897.

VINCENT (Georges). *Cancer primitif de l'ampoule de Vater*, Th. de Paris, 1896.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 JUIN 1907)

Angiocholécystite calculeuse. — M. LEJARS rapporte trois observations d'angiocholécystite calculeuse aiguë guérie par l'incision de la vésicule et le drainage de l'hépatique. Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une Russe de quarante-quatre ans, présentant un ictère très foncé, une température de 39°3, un pouls à 125, un facies émacié, un aspect cachectique. Elle vomissait; ses matières étaient décolorées, ses urines brunes. A l'examen, on sentait une grosse masse, une énorme vésicule pas très douloureuse. Il y avait manifestement une occlusion du canal cholédoque. Quelle était la cause de cette occlusion? Etait-elle de nature calculeuse ou néoplasique? M. Lejars pensait plutôt à l'existence de calculs. La température, le lendemain, montait à 40°8. M. Lejars intervint aussitôt; il fit une incision verticale, trouva une très grosse vésicule remplie d'un liquide jaunâtre, auquel il donna issue par une ponction; il ouvrit la vésicule, y trouva des calculs, se porta vers le cholédoque qui contenait cinq ou six gros calculs; une fois qu'il eut retiré tous les calculs qui étaient en grand nombre, il passa une bougie dans le bout inférieur du cholédoque; il enleva la vésicule et fit le drainage par siphon. La guérison fut parfaite. La température tomba, il n'y eut plus de vomissements, l'ictère disparut, les selles se colorèrent, les urines redevinrent normales. Le drain ne resta que huit jours. L'examen de la bile montra qu'elle contenait de nombreux colibacilles.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une jeune femme de vingt-neuf ans, avec teinte subictérique, frissons, fièvre, décoloration des matières fécales, tous les signes d'une obstruction aiguë du cholédoque. M. Lejars fait une incision en baïonnette. Il se trouva en présence d'une vésicule très petite, ne contenant rien que de petits calculs; il l'ouvrit, puis prolongea son intervention vers le cholédoque; il n'y avait pas de calculs; il fit un drainage du canal hépatique, la température tomba à 37 degrés, l'ictère disparut, le drain put être enlevé douze jours après. La guérison, comme dans l'autre cas, fut parfaite.

Il s'agit donc, dans ces cas, d'angiocholécystite aiguë.

L'opération de Kehr, dans ces cas aigus, donne les meilleurs résultats et il ne faut pas hésiter à la pratiquer le plus tôt possible.

M. MORESTIN apporte un nouveau fait en présentant une malade qui était atteinte d'occlusion calculeuse du cholédoque et qu'il a guérie par le drainage de l'hépatique.

Hypertrophie mammaire. — M. MORESTIN nous montre un très joli résultat d'une opération esthétique; il s'agissait d'une jeune femme qui avait une énorme hypertrophie mammaire double. M. Morestin fit de chaque côté une incision suivant exactement le bord inférieur de la mamelle et relevant le sein, il en enleva une grande partie par la profondeur; puis il rabattit le sein et fit une suture soignée. Le résultat est parfait en ce sens que les deux seins présentent un volume normal, et que les deux cicatrices sont entièrement cachées par les seins eux-mêmes.

M. GUINARD a pratiqué la même opération sur une malade avec le même succès.

M. TUFFIER a pratiqué deux fois cette même opération; mais ses deux malades sont devenues tuberculeuses.

Anastomose iléo-rectale. — M. POTHERAT présente un malade chez lequel il a pratiqué une anastomose iléo-rectale sans bouton de Murphy, pour obstruction par tumeur.

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. — M. JALAGUIER présente un jeune garçon qui était atteint d'un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage qui ne laissait passer que les plus petites bougies. Toutes les tentatives de dilatation restèrent sans résultat. M. Guisez pratique à l'aide de son appareil, chez cet enfant, l'œsophagoscopie et, ainsi guidé par l'œsophagoscopie, pratique très facilement, au point voulu, l'œsophagotomie interne. Le résultat fut parfait et M. Jalaguier insiste sur les grands avantages de cette nouvelle méthode.

A ce propos, M. LE DENTU rappelle avoir proposé, il y a trente ans, une modification à l'appareil de Maisonneuve pour l'œsophagotomie interne. Cette modification permettrait de faire des scarifications plutôt que des incisions sur l'œsophage rétréci. Il a traité un malade par ce procédé avec succès. Puis son instrument a été délaissé.

M. Guisez vient de le modifier très heureusement et d'y

ajouter l'œsophagoscopie qui permet de faire fonctionner l'œsophagotome sous le contrôle de l'œil.

L'œsophagotomie interne, avec l'instrument de Maisonneuve, présentait les plus grands dangers. La modification apportée par M. Le Dentu la rendait moins dangereuse. Mais l'œsophagoscopie rend de grands services au point de vue du traitement chirurgical des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage en permettant d'opérer avec le contrôle de la vue.

Kyste dermoïde de l'ovaire. — M. Potherat présente un kyste dermoïde de l'ovaire.

Epithélioma primitif de la vésicule biliaire. — M. Michaux présente une pièce très curieuse et très intéressante; il s'agit d'un épithélioma primitif de la vésicule biliaire pris pour un épithélioma de l'ovaire.

Le ventre ouvert, M. Michaux croyait avoir affaire à un épithélioma de l'ovaire; après avoir détaché, non sans peine, la poche de toutes ses adhérences, cherchant son pédicule du côté des annexes, il vit qu'il fallait aller le chercher beaucoup plus haut et fut ainsi amené jusqu'à la vésicule biliaire qui était le siège primitif de cet épithélioma.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(séance du 6 juin 1907)

La discussion sur la **prophylaxie de la scarlatine** continue.

M. Lemoine (de Paris) pense que les squames épidermiques de la scarlatine ne possèdent de pouvoir contagieux que lorsqu'elles ont été souillées par les produits bucco-pharyngés.

Lorsque l'élément pathogène a disparu de la cavité bucco-pharyngienne et que la première desquamation effectuée il a été donné au malade deux ou trois bains, le danger n'existe plus du côté des squames épidermiques. Ce sont surtout les produits bucco-pharyngés qui constituent le contage de la scarlatine; et cette notion impose des irrigations fréquentes de la gorge pendant toute la durée de la maladie.

Les maladies ou blessures contractées en service commandé et la législation militaire. — La discussion, à laquelle prennent part MM. Simonnin, Sieur, Lemoine et Billet (de Paris), Bonnette (de Dreux), montre qu'il y aurait intérêt à établir une classification plus détaillée des infirmités et à créer dans les hôpitaux des services d'hydrothérapie et d'électrothérapie de manière à diminuer le nombre toujours croissant de pensions et d'indemnités.

M. Duchateau (de Lorient) voudrait que la tuberculose figurât parmi les affections qui peuvent donner des droits à des gratifications et à des pensions.

M. Lèques (de Paris) présente un malade atteint de **fracture compliquée et suppurée de la jambe** consolidée dans des conditions des plus satisfaisantes par l'emploi d'une gouttière Raoult-Deslongchamps-Delorme auquel il avait ajouté, suivant des indications anciennes de Ribard, une valve antérieure mobile permettant des pansements répétés sans toucher à l'appareil et assurant de la sorte une contention permanente de la fracture.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 6 juin 1907)

Myopathie progressive et myotonie améliorée par l'opothérapie hypophysaire. — MM. Lévi et de Rothschild. La malade, âgée de sept ans, complètement impotente des membres inférieurs depuis dix-huit mois, s'améliore d'une façon continue, depuis qu'elle est soumise à l'opothérapie hypophysaire. L'opothérapie ovarienne, puis thyroïdienne, avait été employée antérieurement sans effet.

Œdème chronique unilatéral. — MM. Klippel et Monnier-Vinard présentent une femme, atteinte depuis dix ans d'œdème progressif du côté droit du corps, spécialement du membre supérieur, avec hémiparesthésie pour tous les modes de la sensibilité. L'interprétation est particulièrement difficile, vu l'absence de signes indiquant une lésion organique. — M. Raymond rappelle avoir publié avec Cestan un cas analogue : il s'agissait d'une hystérique, chez laquelle l'œdème succéda à une compression. — M. Babinski discute l'origine hystérique de semblables œdèmes. — M. Claude rappelle qu'il suffit aux hystériques d'une cause minime pour faire de l'œdème. — MM. Marie et Joffroy insistent sur l'intensité des réactions vaso-motrices que présentent les hystériques. — Pour M. Babinski, l'œdème hystérique pur n'existe pas : on le reconnaît aujourd'hui, on n'admet plus que des œdèmes apparaissant chez des hystériques pour une cause organique. M. Babinski ne les admet pas non plus.

Hémiplégie droite et aphasie post-traumatique tardive. — MM. Raymond et Lejonne. Soixante-dix jours après un violent traumatisme de la région pariétale gauche, un ouvrier de trente-sept ans est atteint d'une hémiplégie droite transitoire avec aphasie persistante : aucune tare organique n'expliquant ces accidents, les auteurs croient pouvoir les rapporter au traumatisme, malgré le long espace de temps qui a séparé la cause de l'effet.

Arthropathie vertébrale tabétique. — MM. Lejonne et Gougerot. Cette arthropathie remarquable par son siège rachidien s'est développée au cours d'un tabes avec ataxie, sans autres troubles trophiques.

Parésie bilatérale des extenseurs de l'avant-bras chez un enfant dégénéré, débile, catatonique. — M. Armand-Delille. Un enfant de six ans présente, depuis sa naissance, l'apparence d'une double paralysie des extenseurs antibrachiaux, mais tous les mouvements sont possibles, et les réactions électriques sont normales. Il n'y a pas de signes de polynévrite, de diplégie cérébrale infantile, etc. L'enfant est un débile, avec arriération intellectuelle et catatonie; on peut se demander si les troubles parétiques ne sont pas en rapport avec l'état intellectuel : il y a en outre une myotonie incomplète.

Névrite ascendante. — M. Aynaud. Une femme de cinquante-cinq ans, atteinte de tabes fruste (signe d'Argyll et perte des réflexes achilléens), présenta, à la suite d'une piqûre insignifiante du pouce, des signes de névrite ascendante, avec douleurs, remontant actuellement jusqu'au plexus brachial, et troubles trophiques : augmentation de volume des phalanges, ongles incurvés, état lisse de la peau. Les accidents ont suivi immédiatement le traumatisme.

Ataxie des muscles oculo-moteurs et paralysies oculaires dans un cas de tabes juvénile. — M. Cantonnet. Il s'agi d'un enfant de quinze ans, à hérédité syphilitique, et même tabétique. A treize ans, les accidents ont débuté par l'incontinence diurne des urines, puis paralysie des muscles de l'œil, droit supérieur et droit interne gauches : ce dernier muscle recouvra son activité par le traitement mercuriel, le droit inférieur reste seul prls. L'enfant présente des stigmates d'hérédo-syphilis et des signes de tabes : inégalité pupillaire, signes de Romberg, d'Argyll, de Westphal, hypotonie musculaire, douleurs fulgurantes, etc.

Un cas de zona avec autopsie. — MM. Déjerine et Thomas. La mort est survenue un mois après l'apparition d'un zona de la neuvième dorsale : les résultats de l'autopsie confirment et précisent ceux rapportés par les auteurs (v. *Revue neurol.*, 30 mai 1907).

Gangrène symétrique des extrémités. — MM. Raymond et Gougerot. Le malade est un médecin qui, depuis cinq ans,

est atteint de gangrène des extrémités, avec ulcérations pouvant aller jusqu'à la nécrose superficielle des os, cicatrisant lentement; il y a en même temps des douleurs locales intenses : le pouls radial disparaît pendant des périodes de temps parfois très longues (le gauche a disparu pendant deux ans, puis reparut de nouveau), les pulsations des cubitales demeurant toujours perceptibles. Il n'y a pas eu d'asphyxie locale des extrémités : il ne s'agit donc pas de maladie de Raynaud.

PRATIQUE MÉDICALE

LE BROMURE DE POTASSIUM DANS LA COQUELUCHE ET SES COMPLICATIONS

Le bromure de potassium qui donne des résultats si merveilleux dans toutes les affections nerveuses de l'enfance trouve également dans la coqueluche et ses applications une de ses indications les plus précieuses.

Contre les quintes de toux il sera administré à des doses variant de 1 à 4 grammes par jour. Les complications du côté du système nerveux, l'agitation, l'*insomnie*, les convulsions seront efficacement combattues par son emploi.

M. J. Comby cite dans le *Traité des maladies de l'enfance* un cas dans lequel il a obtenu la sédation de convulsions chez un petit coquelucheux en donnant 4 grammes de bromure de potassium par jour.

Dans des cas semblables, on se trouvera bien de prescrire le sirop de Henry Mure au bromure de potassium qui est si facile à doser d'une façon précise et dans lequel le sirop d'écorces d'oranges masque la saveur salée du bromure. Ce sirop est parfaitement accepté par les enfants. Chaque cuillerée à bouche est titrée à 2 grammes de sel et la cuillerée à café à 50 centigrammes.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 24 AU 29 JUIN 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 24 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Déjerine, Teissier et Claude; — (2e série) : MM. Gaucher, Balthazard et Marcel Labbé; — M. Macaigne, suppléant.

Mardi 25 juin, à une heure. — 1er, sages-femmes : MM. Bar, Demelin et Morestin; — M. Maillard, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Joffroy, Thiroloix et Carnot; — (2e série) : MM. Thoinot, Vaquez et Dupré; — M. Balthazard, suppléant.

2e, sages-femmes, *Clinique Tarnier* : MM. Ribemont-Dessaignes, Maygrier et Brindeau; — M. Langlois, suppléant.

Mercredi 26 juin, à une heure. — 1er, sages-femmes : MM. Sébileau, Lepage et Wallich; — M. Desgrez, suppléant.

2e, sages-femmes, *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes et Potocki; — M. Macaigne, suppléant.

Jeudi 27 juin, à une heure. — 1er, sages-femmes : MM. Maygrier, Morestin et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 28 juin, à une heure. — 2e, sages-femmes, *Clinique Baudelocque* : MM. Ribemont-Dessaignes, Lepage et Potocki; — M. Macaigne, suppléant.

Samedi 29 juin, à une heure. — 2e, sages-femmes, *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Demelin et Brindeau; — M. Langlois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 26 juin 1907, à une heure. — M. VACHET. Ulcère peptique du jéjunum. (MM. Terrier, président; Segond, Gosset et Pierre Duval.) — M. TOSTIVINT. Contribution à l'étude de l'ostéomyélite du tibia et du péroné au niveau de leur extrémité supérieure. (MM. Segond, président; Terrier, Gosset et Pierre Duval.) — M. DE MARTEL. Traitement opératoire des hémorragies immédiates consécutives aux plaies du poumon. (MM. Segond, président; Terrier, Gosset et Pierre Duval.) — M. CHABRIER. Contribution à l'étude chimique des dérivés organiques de l'iode. (MM. Landouzy, président; Roger, Teissier et Marcel Labbé.) — M. WATEL. A propos de l'origine intestinale de la tuberculose pulmonaire. (MM. Landouzy, président; Roger, Teissier et Marcel Labbé.) — M. SANDOZ. Introduction à la thérapeutique naturiste par les agents physiques et diététiques. (MM. Roger, président; Landouzy, Teissier et Marcel Labbé.) — M. TARRADE. De la ponction lombaire dans le traitement du rhumatisme cérébral et de certains exsudats méningés. (MM. Brissaud, président; Gaucher, Legry et Claude.) — M. NEULLIES. Insuffisance rénale et traitement mercuriel. (MM. Gaucher, président; Brissaud, Legry et Claude.) — M. MERLET. Le thorax en entonnoir dans ses rapports avec l'hérédo-syphilis. (MM. Gaucher, président; Brissaud, Legry et Claude.)

Jeudi 27 juin 1907, à une heure. — M. COQUATRIX. Du pronostic dans le rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire avec communication interventriculaire. (MM. Debove, président; Dieulafoy, Renon et Jeanselme.) — M. DENECHAU. Des suites médicales de la gastro-entérostomie pour l'ulcère et ses complications. (MM. Debove, président; Dieulafoy, Renon et Jeanselme.) — M. AZAM. Sur un syndrome d'insuffisance hypophysaire au cours des maladies toxi-infectieuses (essai clinique et thérapeutique). (MM. Dieulafoy, président; Debove, Renon et Jeanselme.) — M. MOY. Contribution à l'étude des abcès latéro-pharyngiens chez l'enfant, abcès de la région styloïdienne. (MM. Gilbert, président; Robin, Demeliin et Carnot.) — M. VAURY. Contribution à l'étude du foie dans la goutte. Ictères chroniques simples et goutte. (MM. Gilbert, président; Robin, Demelin et Carnot.) — M. ROUCHY. Etude statistique et pronostique de la coqueluche à l'hôpital Bretonneau. (MM. Gilbert, président; Robin, Demelin et Carnot.) — M. JAPIOT. Tarnier (1828-1898). Sa vie et son œuvre obstétricale. (MM. Robin, président; Gilbert, Demelin et Carnot.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Séméiologie des maladies du système nerveux (neurologie-psychiatrie), par le docteur Henri DUFOUR, médecin des hôpitaux. (Encyclopédie scientifique. Bibliothèque de neurologie et de psychiatrie.) In-18 jésus, cartonné toile, de 600 p. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Contribution à l'étude du déciduome malin, par les docteurs TRILLAT, moniteur de la clinique obstétricale de Lyon, et VIOLET, moniteur de clinique gynécologique de Lyon. Mémoire couronné par la Société nationale de médecine de Lyon (prix Bouchacourt 1905). In-8° de 60 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 69. — MARDI 18 JUIN 1907. 80e ANNÉE. MARDI 18 JUIN 1907. — N° 69.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*
S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS POUR TROIS PLACES DE MÉDECIN DES HOPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Béclère, Guinon, Rénon, Netter, Muselier, Landrieux, Thoinot, Gilbert et Launay.

DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture des copies.* — Séance du 11 juin. — MM. Guibé, 27; Hallopeau, 22; Alexandre, 16.

Séance du 13 juin. — MM. Chifoliau, 26; Chevrier, 25; Grégoire, 21.

Séance du 15 juin. — MM. Schwartz, 27; Kendirdjy, 25; Chevassu, 22.

La prochaine séance aura lieu le mardi 18 juin, à quatre heures un quart, à la Charité.

CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Deuxième épreuve clinique.* — Séance du 15 juin. — MM. Schwaab et Couvelaire, 27.

La prochaine séance aura lieu le mercredi 19 juin, à quatre heures et demie, à la Maternité.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — SCIENCES PHYSIQUES, CHIMIQUES ET PHARMACOLOGIQUES. — Sont nommés agrégés :

Anatomie. — Paris : M. Mulon; — Nancy : M. Collin.

Physiologie. — Lille : M. Dubois.

Histoire naturelle. — Paris : M. Brumpt; — Montpellier : M. Cabanes; — Bordeaux : M. Mandoul.

SCIENCES ANATOMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET NATURELLES. — *Epreuves pratiques.* — Physique : Aujourd'hui lundi 17 juin, de sept heures du matin à cinq heures du soir, au laboratoire de M. Gariel.

Chimie : Mardi 18, de sept heures du matin à cinq heures du soir, au laboratoire de M. Hanriot.

Pharmacologie : Mardi 18, de sept heures du matin à cinq heures du soir, au laboratoire de M. Hanriot.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté ministériel en date du 15 juin 1907, la chaire d'anatomie de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— CONCOURS POUR LE CLINICAT CHIRURGICAL. — Séance du 17 juin. (Epreuve écrite.) — Questions données : « Rapports de la prostate. Rétrécissements traumatiques de l'urètre. »

L'épreuve clinique aura lieu le mercredi 19 juin, à huit heures et demie, à la Charité.

— CONCOURS POUR LE CLINICAT CHIRURGICAL INFANTILE. — Séance du 17 juin. — Question donnée : « De la coxa vara. Ses rapports avec les fractures et décollements épiphysaires de l'extrémité supérieure du fémur. »

L'épreuve clinique aura lieu le vendredi 21 juin, à neuf heures, à l'hôpital des Enfants-Malades.

HOPITAUX DE PROVINCE. — CALAIS. — Un concours pour une place d'interne à l'hôpital Saint-Pierre de la Faculté de l'Etat sera ouvert le vendredi 28 juin 1907.

Ce concours aura lieu devant un jury composé de professeurs et agrégés de la Faculté de Lille, dans les bureaux de la Faculté.

Peuvent seuls concourir : les élèves en médecine ayant au

moins dix inscriptions, ayant moins de vingt-huit ans, et sortant des Facultés de l'Etat.

L'interne titulaire est nommé pour deux ans, à partir du 1er juillet 1907, et recevra de l'administration un traitement de 500 francs par an. Il est logé, chauffé et nourri.

— GRENOBLE. — Un concours public pour la nomination d'un médecin-adjoint des hôpitaux de Grenoble sera ouvert le lundi 9 décembre 1907.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX. — PRIX JEAN DUBREUILH. — Ce prix, de 400 francs, sera délivré pendant l'année 1908 au meilleur mémoire sur le sujet ci-après : « L'avenir obstétrical des femmes dont l'utérus a subi à l'occasion d'un accouchement antérieur un traumatisme chirurgical ou accidentel. »

Adresser les mémoires à M. le docteur Frèche, secrétaire de la Société de médecine, cours de Tourny, 42, à Bordeaux.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 25 mai 1907.) KEERSMAECKER : La néphrite tuberculeuse, ses différentes formes, son diagnostic. — NUEL : Quelques remarques sur la communication de M. Firket intitulée : « Les nouveaux éléments de l'éducation médicale en Allemagne. » — Paul MASOIN : Note sur un cas d'*émulsion albuminurie*. — Lucien BECO : Recherches sur les propriétés co-agglutinantes des sérums typhiques et paratyphiques. — LIÉNAUX : Sur la nature tuberculeuse de l'entérite hypertrophiante diffuse du bœuf, nouvelles expériences.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVI, n° 18, 2 mai 1907.) Philip King BROWN : Maladies de la vésicule biliaire étudiées surtout au point de vue de leurs symptômes gastriques. — H. W. CAREY : Etude sur la réaction de Sakli. — Percy BROWN : Note sur le diagnostic au moyen des rayons Röntgen des calculs urinaires. Importance de la préparation du malade (1 fig.). — Isaac W. BREWER : Le climat d'été d'Oracle, comté de Pima, Arizona. — J. W. COURTNEY : Trois cas de lésions étendues des nerfs par l'ablation des glandes du cou (3 fig.). — (N° 19, 9 mai.) Thomas Morgan ROTCH et Fred Towley MURPHY : L'occlusion gastro-intestinale dans la première enfance (1 fig.). — Thomas F. HARRINGTON et Charles E. SIMPSON : Le problème tuberculeux dans le district nord du Middlesex, Massachussets. — John H. CUNNINGHAM : Traitement de l'hypertrophie prostatique. Considérations sur les diverses méthodes de traitement et sur leurs différences de mortalité. Description de 24 cas opérés par prostatectomie périnéale médiane (5 fig.). — Robert W. HASTINGS : Hôpitaux pour enfants. — Henry A. CHRISTIAN : Diagnostic de la dilatation du duodénum. Note clinique.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 18, 30 mai 1907.) CARLES et BARRÈRE : L'eau de mer en ingestion dans les dyspepsies. — ROBIN : Un essai d'organisation économique de la lutte contre la tuberculose (*suite*).

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 20, 16 mai, SEIFERT : Sur le traitement du catarrhe aigu des voies aériennes supérieures. — HIRSCH et SPALTENHOLZ : Artères coronaires et muscle cardiaque. — HELLER et TOMARKIN : La méthode de fixation du complément est-elle utilisable dans la rage et la vaccine, pour la recherche des corps spécifiques. — GUTTMANN : Affections externes de l'œil dans leurs rapports avec les maladies du nez. — HERZOG : Sur la diphtérie trachéale avec formation répétée de pseudo-membranes. — LEWANDOWSKI : Un cas d'infection impétiginiforme de la peau chez l'homme causée par le demodex folliculaire du chien. — DIESING : La guérison de la lèpre. — HÜBENER : Un cas de septicémie à pyocyaniques chez l'adulte. — MORELLI : Un cas de cancer primitif du poumon. (N° 21, 23 mai.) ERB : Maladies septiques et leucémie aiguë. — LEWANDOWSKI : Sur les manifestations irritatives sensibles dans les maladies du cerveau. — HASEBRŒCK : Artério-sclérose et gymnastique. — SAMTER. Sur l'étiologie traumatique et le traitement opératoire de la paralysie du grand dentelé. — ULLMANN : Tampon d'ouate dans le pus dans une appendicite. — BÜTTNER : Sur un cas de myome pendant la grossesse. — GUTTMANN : Maladies externes de l'œil; leur rapport avec les affections nasales (*suite*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 20, 14 mai 1907.) VON JACHSCH : L'intoxication par le manganèse et la manganophobie. — TREUPEL : Etat actuel de la percussion du cœur. — GRASSMANN : Influence de la nicotine sur le système circulatoire. — EICHELBERG : Traitement du delirium tremens. — SHIBAYAMA : Virulence pour l'homme du bacille de la septicémie des souris. — UFFENHEIMER : Comment l'organisme animal se défend contre la pénétration des germes de l'intestin. — SCHŒNBORN : Sur la polynévrite cérébrale aiguë avec participation du nerf acoustique. — BURCK : Un cas d'intoxication grave par le lysol. — CLOETTA : Sur la digitoxine et le digalène. — SACHS-NÜCKE : Le procédé de la sédimentation de l'expectoration avec le superoxyde d'hydrogène. — CRÄMER : Sur l'influence de la nicotine, du café et du thé sur la digestion. — (N° 21, 21 mai.) VON HERFF : Comment obvier à la mortalité croissante dans la fièvre puerpérale ? Diminution des opérations; amélioration de la désinfection dans la pratique de ville. — ZANGEMEISTER : Etat actuel de la question des streptocoques en particulier pour l'obstétrique. — TOMACZEWSKI : Transmission de la syphilis oculaire expérimentale du lapin d'animal à animal. — MORO : La recherche clinique de l'alexine. — WEISSWANGE : Quand un myome doit-il être opéré ? — LISSMANN : Nouvelles recherches sur le réflexe du dos du pied. — LITTAUER : Sur les opérations sous la protection de la peau par la gandanine d'après Döderlein. — WIMMER : Sur un cas de lithiase intestinale. — SZÖLLÖSY : Un cas de gangrène cutanée multiple névritique dans ses rapports avec l'hypnose. — KRUMMACHER : Troubles rares de la grossesse. — KAUPE : Sur l'étiologie du pemphigus non syphilitique des nouveau-nés. — LANGFELLNER : Sur un ressort en ruban d'acier pour le redressement du pied plat. — TREUPEL : Etat actuel de l'enseignement de la percussion du cœur. — (N° 22, 28 mai.) SPIELMEYER : Maladie du sommeil et paralysie progressive. — GRŒDEL : L'application des rayons Röntgen au diagnostic des maladies de l'estomac. — BACHMANN : Sur la percussion, ses résultats et son importance dans la pleurésie avec épanchement. — BARANY : La recherche des mouvements oculaires réflexes ; son importance pour le diagnostic des maladies oculaires. — PÉRUTZ : L'artériosclérose abdominale. — KAYSER : Sur la technique de la culture de sang dans les tubes de bile. — GRUBE : Sur les examens d'urine dans la pratique ; recherche pratique du sucre. — BRAATZ : Intoxication saturnine par les projectiles après blessures par coup de feu. — WITZENHAUSEN : Le phimosis, cause fréquente de maladies internes chez l'enfant. — KAESHLE : Nouveau dispositif de fixation et de compression pour la radiothérapie. — GROTH : Disposition de l'instrumentation pour le vaccinateur.

(*Voir la suite, page 826.*)

TUBERCULOSE DU PIED

AMPUTATION SOUS-ASTRAGALIENNE. AMPUTATION SUS-CALCANÉENNE

Par M. JABOULAY,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Messieurs,

Le malade qui va faire l'objet de notre leçon d'aujourd'hui est un jeune tisseur de dix-neuf ans, chez lequel je vais pratiquer sous vos yeux l'ablation des cinq os du tarse antérieur atteint de tuberculose. Je vais en quelques mots vous rapporter ici son histoire, pour insister ensuite plus longuement sur les deux points suivants, les plus intéressants en l'espèce : *Diagnostic du siège et de l'étendue des lésions*; *Indications opératoires*.

Et d'abord, sautons sur les antécédents pathologiques, peu instructifs. Le père est éthylique invétéré. La mère n'a jamais eu de fausse couche. Un frère vivant et bien portant. Notre malade a eu la rougeole dans l'enfance; pas de signes de scrofule. Il nous faut arriver à l'année passée, pour trouver la première affection un peu sérieuse, une « fluxion de poitrine » pour laquelle on lui mit un vésicatoire et qui dura trois semaines. Peu de temps après (novembre 1903), notre malade, sautant d'un banc, se tord en dedans le pied droit. Pas de symptômes nets d'entorse après cet accident; il marche dès le lendemain et ne perçoit plus que quelques douleurs vagues par la suite; mais, un an après, la scène change, des douleurs fixes s'installent, rendant bientôt la marche impossible. C'est naturellement à un rhabilleur que l'on s'adresse d'abord. Malade et médecin ne songent qu'à l'ancienne « foulure »; massage et mobilisation; exagération rapide des douleurs.

Nous voyons pour la première fois notre malade au bout de deux mois de ce traitement, et lui prescrivons immédiatement la thérapeutique inverse : immobilisation stricte dans un appareil plâtré après application de pointes de feu. Examinons-le maintenant au lever de son appareil qu'il a gardé trois mois.

Son état général est, comme vous le voyez, peu brillant; placé dans de mauvaises conditions hygiéniques, il n'a d'ailleurs pas suivi le traitement général prescrit; il est amaigri, mais non fébrile. Passons rapidement en revue les divers appareils. Aux poumons, nous notons de l'obscurité respiratoire aux deux sommets avec quelques craquements sous la clavicule gauche; à la base du même côté, reliquats de l'ancienne pleurésie sans signe d'épanchement actuel. Rien au cœur. Les urines sont normales; mais le malade a de l'incontinence nocturne depuis l'âge de neuf ans; ceci n'a donc rien à faire avec la pollakiurie prodromique d'une tuberculose génito-urinaire dont, par ailleurs, les organes génitaux externes sont indemnes. L'appareil digestif fonctionne normalement. Enfin, du côté du système nerveux, nous ne notons que l'abolition du réflexe rotulien gauche.

Il ne nous reste plus maintenant qu'à examiner le pied malade dont les lésions ont manifestement progressé sous le plâtre. Notre malade, condamné au lit, ne peut d'ailleurs plus marcher, même avec des béquilles. A la simple inspection, l'on est déjà frappé par une *tuméfaction transversale*, circulaire, du dos du pied dont la peau est rouge et tendue.

Cette tuméfaction va du Chopart en arrière au Lisfranc en avant; elle tranche d'une façon frappante sur l'atrophie générale du membre qui occupe la jambe et s'étend même à la cuisse.

Vous connaissez la pathogénie de cette amyotrophie périarticulaire; vous savez que ce n'est point là une atrophie locale de voisinage ni par immobilisation, mais qu'elle apparaît plutôt comme d'origine médullaire, par réflexe ou par névrite (dont l'abolition unilatérale du réflexe rotulien nous serait un indice).

Palpons maintenant ce pied. Nous trouvons de la chaleur locale et de la fluctuation très nette aujourd'hui, surtout à la face dorsale, où il existe deux poches, indépendantes ou non anatomiquement, en tous cas sans fluctuation en bissac. Pas d'œdème, quelques ganglions inguinaux. La recherche des *mouvements provoqués* nous montre que la flexion et l'extension du pied sont relativement libres, tandis que les mouvements d'adduction et d'abduction, de rotation interne et externe sont particulièrement douloureux. Ceux-ci se passant surtout, vous le savez, dans la sous-astragalienne et la médiotarsienne, celui-là dans la tibiotarsienne, nous avons ainsi un premier signe et très précieux de la localisation exacte des lésions. Un autre nous est fourni par la *douleur provoquée à la pression* méthodique du pied. Dans le sens antéro-postérieur, le tassement osseux par refoulement des orteils en arrière est très douloureux, sauf au niveau du cinquième. Dans le sens transversal comme dans le sens vertical, nous obtenons de la douleur, du Chopart au Lisfranc inclus, tandis que les deux os du tarse postérieur sont indolores au palper. Enfin la *radiographie* ici inutile, eût pu, dans un cas moins net, nous fournir un troisième moyen d'appréciation de l'étendue exacte des lésions.

Quels en sont donc le siège, l'étendue, la nature? La peau résiste encore et le tissu cellulaire sous-cutané n'est même pas envahi d'œdème. Les gaines tendineuses sont libres; ce que la forme transversale de la tuméfaction et la liberté de jeu des muscles révèlent déjà à la première inspection. Il s'agit donc manifestement d'une affection *ostéoarticulaire*.

Cette affection est *suppurée*. A peine aurions-nous pu discuter, lors du premier séjour, l'hypothèse d'une tumeur solide, d'un sarcome myéloïde des os ou des gaines, affection d'une certaine fréquence en ce point. La fluctuation est aujourd'hui trop franche, la douleur trop vive et trop précise, pour que nous nous arrêtions à discuter ce diagnostic. Il ne s'agit pas davantage de kystes synoviaux, rares à ce niveau, plutôt durs que fluctuants, arrondis et limités, indolores.

Mais quelle est la nature de cet abcès osseux on articulaire? Une ostéomyélite, par exemple du point épiphysaire du scaphoïde? l'affection est trop chronique et trop diffuse. Un traumatisme? mais la

porte d'entrée fait défaut. La blennorragie, le rhumatisme, la syphilis, toutes ces affections dont nous ne trouvons pas la trace, donnent des fluxions inflammatoires mais ne suppurent ordinairement pas, et nous avons admis ici un abcès.

La tuberculose seule nous en donne raison, tuberculose datant sans doute de l'infection pleuro-pulmonaire antérieure et localisée dans un pied à la faveur d'une légère entorse.

Quels sont les points du squelette envahis par cette tuberculose? Question d'une grosse importance pratique, et à laquelle l'examen clinique nous permet de répondre : ce sont les cinq os du tarse antérieur. Anatomiquement, vous n'y trouveriez sans doute pas de cavité macroscopique, tubercule ou caverne avec séquestres; mais bien plutôt de la carie osseuse avec synovite suppurée des petites articulations intermédiaires.

Cette lésion progresse et s'étend malgré un plâtre de trois mois; la guérison spontanée en est peu probable. Les abcès que nous avons constatés, d'autres encore, vont se fistuliser, ouvrant à cette tuberculose, jusque-là fermée, la porte des infections secondaires. Pendant ce temps, l'envahissement osseux gagnera de proche en proche. Au cours de ces complications locales, l'état général, déjà fortement miné, va décliner rapidement et notre malade sera sans doute emporté par une généralisation pulmonaire ou viscérale de sa tuberculose.

Il faut donc agir, et non point seulement par le traitement général. Localement, nous pourrions ponctionner cet abcès et y injecter de la glycérine iodoformée par exemple, mais ses coins et recoins ne sauraient être atteints et modifiés par l'injection. Nous pourrions l'inciser et le cureter, mais ce curetage ne serait que très superficiel, il éviderait les os en respectant les synoviales interposées.

C'est rendre, Messieurs, un mauvais service à une tuberculose fermée que de l'ouvrir sans faire plus pour tenter de la détruire, et ces évidements atypiques ne sont de mise que pour des points très limités d'ostéite et chez de très jeunes enfants.

Nous ne pourrions donc discuter ici que la *résection typique ou l'amputation*, et, optant pour la première, nous allons faire une *tarsectomie antérieure totale*. Trois incisions parallèles, l'une interne, l'autre externe et la troisième médiane sur le bord externe du pédieux, nous serviront à enlever successivement le cuboïde, le scaphoïde et ses trois cunéiformes. Ce grand trou se comblera par la suite et très rapidement, non pas certes par reproduction osseuse, mais par tassement et télescopage du pied. Une bonne immobilisation préviendra toute déviation latérale fâcheuse, sans s'opposer peut-être à un certain degré de déviation plantaire du métatarse donnant l'attitude classique, et d'ailleurs non gênante, du « pied en patin ». Le résultat fonctionnel sera donc bon, si toutefois le malade veut guérir par cette opération conservatrice que je vais tenter.

En cas d'échec, l'*amputation* sera notre dernière ressource, mais laquelle pratiquer ici dans l'état actuel des lésions? Vous savez que, de plus en plus, l'amputation la plus économique doit être aujourd'hui considérée comme l'amputation de choix, à la seule condition qu'elle soit suffisante pour l'état des lésions. Vis-à-vis du squelette, ce serait donc ici le Chopart dont les résultats fonctionnels sont de fait excellents, malgré la chute du pied qu'on lui reproche parfois.

Mais la peau viendrait sans doute à nous manquer pour recouvrir une astragale et un calcanéum sains; il nous faudrait alors sacrifier systématiquement l'un ou l'autre de ces os. L'une ou l'autre opération nous laisserait d'ailleurs un pied solide, et moins raccourci, un moignon meilleur, plus étoffé et mieux nourri que le Syme. Mais, question litigieuse, dans la nécessité de sacrifier, faute de couverture cutanée, l'un des os du tarse postérieur sain, lequel choisir? Sacrifier l'astragale au calcanéum? On donne d'ordinaire à ces opérations le nom d'amputations ostéoplastiques du pied, car on a coutume d'aviver le tibia et le calcanéum en présence, d'un trait de scie, suivant Pirogoff, Pasquier-Lefort ou Sédillot. Cette complication opératoire a peu d'importance au point de vue de la bonne consolidation. Je vous conseillerais donc d'asseoir tout simplement la mortaise tibio-péronière sur le bord supérieur du calcanéum, sans avivement aucun ni résection des malléoles : le moignon ne fera qu'y gagner en mobilité et longueur, l'opération en simplicité. Nous l'appellerons la *désarticulation tibio-calcanéenne*, ou, dans un langage plus anatomique, l'*amputation sus-calcanéenne* par opposition à la désarticulation sous-astragalienne.

Toutes ces opérations ont l'avantage commun de respecter le point d'appui cutané et osseux normal. Mais l'opération adverse, la sous-astragalienne, qui sacrifie le calcanéum à l'astragale, supplée à cette infériorité par un épais lambeau bien nourri et par une base de sustentation osseuse extrêmement large, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'étude des empreintes. Elle a d'autre part, sur ses rivales, l'énorme avantage de conserver, avec une articulation saine en-dessous de la jambe, toutes les garanties de mobilité du moignon. J'entends bien que la sus-calcanéenne (ne comprenant pas d'arthrodèse tibio-calcanéenne) conserve au moignon une articulation virtuelle entre ces deux os, et j'ai obtenu de fait des mouvements; mais je la crois néanmoins sur ce point un peu inférieure à la sous-astragalienne.

J'ai eu précisément, il y a quelques années, l'occasion de pratiquer simultanément et de juger comparativement les deux opérations sur un même malade atteint de sphacèle par gelure des deux pieds : en résistance et en mobilité, l'avantage restait à la sous-astragalienne.

Actuellement encore, vous avez, dans le service, l'occasion de faire par vous-mêmes le parallèle des deux amputations; non pas, il est vrai, sur un même malade et pour traumatisme, mais entre deux vieilles femmes opérées pour tuberculose dans les mêmes conditions de lésion et d'âge. Vous les examinerez à loisir tout à l'heure; je vous en fais passer pour l'instant les radiographies et photographies. Toutes deux, âgées de soixante à soixante-cinq ans, avaient une forme torpide de carie tuberculeuse du

tarse antérieur, sans retentissement marqué sur l'état général ni sur les poumons, mais déjà fistulisée. L'une d'elles, réséquée un mois plus tôt du cuboïde et de la tête du calcanéum, dut subir le 17 juin dernier une sous-astragalienne. L'autre, atteinte de lésions identiques mais avec une astragale douteuse, avait été amputée, le 15 avril, par une sus-calcanéenne. Elle est maintenant et depuis longtemps cicatrisée, tandis que la première malade dont l'amputation est plus récente de deux mois conserve encore une petite fistule, mais d'ores et déjà le résultat fonctionnel est supérieur.

Comparez les deux photographies et vous verrez, par l'angulation des deux lignes qui repèrent de chaque côté la flexion et l'extension maxima, que la mobilité du moignon est presque double du côté de la sous-astragalienne. Comparez maintenant les radiographies et veuillez noter tout d'abord la différence entre les articulations des deux moignons. L'articulation tibio-astragalienne a la netteté de contours et l'épaisseur d'interligne normales, tandis que la néarthrose tibio-calcanéenne est sensiblement plus flou; mais enfin elle existe, et le moignon n'aurait pu que perdre en longueur et en mobilité à la fois par une section ostéoplastique des malléoles et du plateau calcanéen. Sans doute, et c'est le second point que je vous prie de lire sur le cliché, le calcanéum a basculé en haut et relevé de 45 degrés sa grande apophyse, comme dans la désarticulation de Chopart, et plus aisément encore ici, à cause de la disparition de la cale astragalienne et du relâchement du tendon d'Achille. Mais cette déviation, contre laquelle il semble plus particulièrement difficile de lutter, ne présente aucun inconvénient au point de vue de la marche, qui est très aisée.

Pour en revenir au jeune malade, prétexte de cette

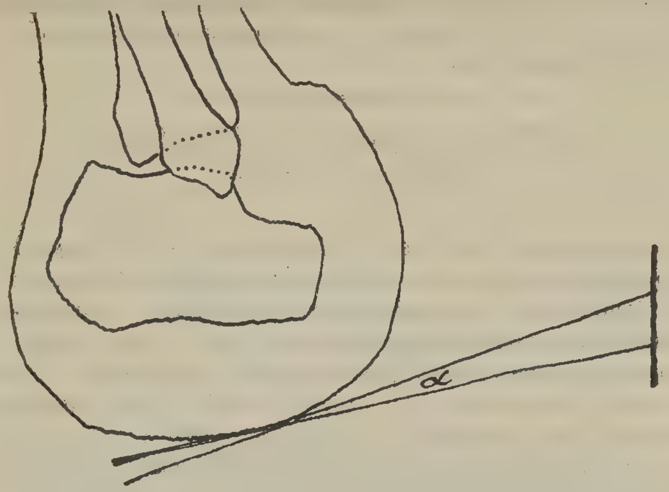


Schéma d'un moignon d'amputation sus-calcanéenne

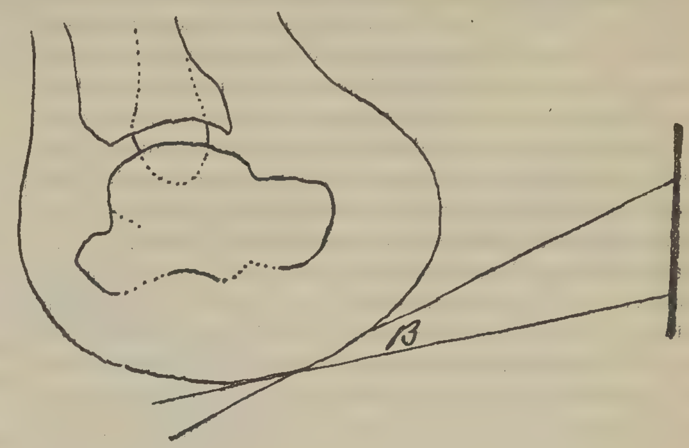


Schéma d'un moignon d'amputation sous-astragalienne

montrant l'amplitude comparative des mouvements.

clinique, c'est donc une sous-astragalienne que nous lui pratiquerions ultérieurement, s'il ne peut faire les frais d'une tarsectomie antérieure que nous allons d'abord tenter à cause de son âge et malgré son état général précaire. Mais si l'astragale elle-même commençait alors à être envahie au niveau de sa tête, nous recourrions à une sus-calcanéenne, opération bien supérieure aux amputations ostéo-plastiques et au Syme, à peine inférieure à la sous-astragalienne, c'est-à-dire que le squelette du moignon serait réduit au calcanéum intact, appliqué, sans résection ostéoplastique aucune, dans la mortaise intacte de la jambe.

MÉDECINE PRATIQUE

SIGNES CLINIQUES DES TUMEURS DU REIN D'ORIGINE SURRÉNALE

Le docteur Crispolti a consacré à l'étude des hypernéphromes du rein une étude anatomo-pathologique et clinique (1) dont nous extrayons en le résumant le tableau symptomatique ci-dessous.

Nous rappelons tout d'abord qu'on entend par *hypernéphrome* une tumeur ayant toujours son origine dans les cellules surrénales, mais qui peut être du type adénome, carcinome ou sarcome. L'hypernéphrome affecte généralement un seul rein et apparaît surtout dans l'âge adulte; l'évolution en est rapide et comprend trois périodes : prodromique, d'état, terminale, cette dernière ne survenant que lorsque le malade n'est pas opéré. Chacune de ces trois périodes est constituée par un ensemble de phénomènes apparaissant brusquement sous forme d'attaques dont la durée varie de deux à quatre jours. A ces attaques succède une intervalle de temps où le malade est dans un état de bien-être absolu lorsque l'affection est récente, de bien-être relatif lorsqu'elle est plus avancée. Ces intervalles peuvent aller de quelques jours à plusieurs mois.

Dans la période prodromique apparaît brusquement une douleur violente au niveau de la région lombaire; cette douleur est très marquée de côté malade et s'accompagne d'une sensation de pesanteur dans la zone homonyme. Au bout de quelques heures se produit une hématurie. Les urines, abondantes, sont légèrement sanguines au début, puis à mesure que les attaques se répètent, la quantité de sang augmente. L'analyse révèle un peu d'albumine. Entre deux attaques persiste une légère sensation de pesanteur du côté malade, tandis que les urines redeviennent absolument normales.

(1) Perugia. *Tipografia Umbria*, 1906.

A la période d'état on observe une douleur atroce qui se produit subitement dans la région lombaire; elle prédomine du côté ou siège la lésion de même que ses irradiations vers le dos et l'abdomen. Le point maximum de la douleur siège sur le trajet de l'uretère principalement au niveau de sa portion la plus inférieure. Les parois abdominales sont tendues. Ces phénomènes persistent pendant quatre à huit heures environ avec ténesme et évacuation fréquente d'urines claires et limpides, absolument normales chimiquement et microscopiquement. Au bout de ce temps survient une hématurie intense que suit rapidement la cessation des phénomènes précédents. Les urines sont rares et contiennent d'abord des caillots sanguins d'origine nettement urétérale; la longueur de ces derniers est variable et au moment de leur passage à travers l'urètre ils interrompent momentanément le jet d'urine. Les mictions sont fréquentes, accompagnées d'une sensation d'ardeur et dans l'urine on constate de 0,20 à 0,60 centigrammes d'albumine par litre.

Entre la fin d'une attaque et le commencement de la suivante existe une période de bien-être relatif avec sensation de pesanteur au niveau de la région rénale du côté malade et de douleur à la région lombaire du même côté. Il y a quelquefois une irradiation plus ou moins marquée vers le dos. Du côté des urines tout rentre dans l'ordre, les mictions indolores cessent d'être fréquentes, le liquide normal comme quantité l'est aussi à l'examen microscopique et chimique; parfois il persiste seulement un peu d'albumine en légère quantité.

La période terminale est caractérisée par la persistance de l'hématurie et l'existence d'une douleur continue à la région lombaire, du côté malade surtout; il existe des irradiations vers le dos et la partie correspondante de l'abdomen, irradiations qui sont souvent plus intenses le long du trajet de l'uretère. Les mictions sont fréquentes avec sensation de brûlure le long de l'urètre; les urines peu abondantes sont albuminuriques. Par intervalles surviennent de brusques exacerbations des phénomènes subjectifs et objectifs; en même temps l'hématurie augmente et on voit apparaître dans les urines de petits coagulums sanguins, courts et de provenance urétérale.

Le docteur Crispolti insiste sur l'utilité considérable qu'il y a à bien connaître l'ensemble symptomatique de ces tumeurs du rein d'origine suprarénale. Il n'y a en effet généralement qu'un rein malade, de sorte qu'une opération bien faite en temps voulu sauve le malade. A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 JUIN 1907)

La radioscopie et la radiographie appliquées à l'inspection des viandes tuberculeuses. — M. H. Martel. Les lésions tuberculeuses du bœuf et du porc sont facilement envahies par les dépôts de sels de chaux. M. Martel a pensé que cette propriété pouvait être mise à profit pour utiliser les rayons de Röntgen et rechercher l'existence de lésions discrètes, situées au sein des tissus et surtout dans la masse des ganglions superficiels ou profonds, toujours plus ou moins masqués par la graisse. Ses expériences lui ont montré en effet que les lésions les plus discrètes sont décelées aisément à la condition que leur contenu ait l'aspect granuleux qui traduit un certain degré d'infiltration calcaire.

La méthode radioscopique, qui présente l'avantage de ne pas déprécier la marchandise comme les coupes en série, semble devoir être appliquée facilement aux services d'infection des abattoirs.

Action hypertensive de la couche corticale des capsules surrénales. — MM. O. Josué et Louis Bloch. Il existe dans la couche corticale des capsules surrénales des substances fortement hypertensives qui, chimiquement, sont différentes de l'adrénaline. Il y a lieu de se demander si ces substances ne sont pas destinées à former ultérieurement l'adrénaline qui se trouve en si grande quantité dans la couche médullaire.

Les auteurs recherchent actuellement si l'on peut déterminer des lésions athéromateuses des artères à l'aide des extraits préparés avec la couche corticale des capsules surrénales comme l'un d'eux a pu le faire à l'aide de l'adrénaline.

Sur la cavité pleurale chez l'éléphant. — M. Guillaume Vasse apporte un fait qui confirme la présence de la cavité pleurale chez les éléphants.

M. Tissot présente un **appareil** très sûr permettant le séjour et le travail longuement prolongés dans les atmosphères irrespirables.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 JUIN 1907)

Rhumatisme chronique et tuberculose. — M. Milian, à propos du procès-verbal et de la communication récente de M. Souques sur le rhumatisme chronique, dit que, contrairement à M. Souques, la réaction locale a pour lui une importance de premier ordre. (M. Vallée étudie cette réaction sous le nom de cuti-réaction.) M. Milian a pris dix malades atteints de rhumatisme déformant; il a injecté ces malades et tous ont réagi; M. Milian ajoute que M. Souques s'arrête trop tôt dans ses injections et que l'on peut arriver à injecter un milligramme et même un milligramme et demi et que toujours l'épreuve est sans danger.

M. Sicard a essayé chez un assez grand nombre de malades la cuti-réaction et a constaté qu'elle donnait des résultats positifs chez des malades certainement non tuberculeux.

M. Barth estime que l'on a une tendance regrettable à attacher de l'importance à des tuberculoses purement histologiques, qui jamais n'ont été des tuberculoses cliniques, et que cette tendance fausse nettement l'interprétation et le jugement que l'on peut porter en pareil cas.

M. Souques continue à penser qu'en pareille matière il convient d'accorder une part prépondérante à la clinique et conteste encore la valeur que l'on dit être toute-puissante de la tuberculine; celle-ci pouvant provoquer une réaction thermique chez les sujets sains.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 JUIN 1907)

Sur la pathogénie des anémies consecutives aux ulcérations expérimentales du pylore. — M. L. Tixier met en évidence dans une série d'expériences le rôle des trois mécanismes principaux, généralement invoqués pour expliquer les anémies de cause digestive (hémorragies, anhématopoïèse, hémolyse). L'ulcération du pylore au moyen de l'acide chlorhydrique détermina chez une dizaine de lapins des hypoglobulies importantes. L'anémie ne pouvait être mise sur le

compte d'une hémorragie, puisqu'il n'en existait aucune trace à l'autopsie des animaux; elle ne pouvait être non plus expliquée par l'anhématopoïèse ou insuffisance fonctionnelle des organes hématopoïétiques, puisque la rate et la moelle osseuse étaient en état d'hyperactivité fonctionnelle manifeste. Les réactions des organes hématopoïétiques plaidaient en faveur de la destruction des hématies dans le milieu sanguin par une substance hémolysante. Dans le but de vérifier cette hypothèse, l'auteur montre que le sérum des animaux anémiés à la suite d'une ulcération du pylore non accompagnée d'hémorragie était bien globulicide pour les hématies de la même espèce animale. Les faits démontrent le rôle prépondérant des phénomènes hémolytiques dans le mécanisme des anémies de cette nature.

Action de quelques bacilles sur l'inosite. Différenciation du « coli » et de « l'Eberth ». — D'après M. G. Meillère, l'inosite polyalcool à chaîne fermée de même formule brute que les texoses, paraît présenter avec ces derniers une parenté d'allure soulignée par un certain nombre de constatations biochimiques et physiologiques.

Parmi ces dernières, il est intéressant de noter la destruction de l'inosite par certains microbes, en cultures nettement aérobies.

Ainsi se conduisent en particulier le bacille d'Eberth, le bacillus lactis aerogenes, le bacillus subtilis, alors que le coli (et probablement tous les paratyphiques), le pyocyanique, etc. restent sans action.

En cultures plus ou moins anaérobies aucun des bacilles étudiés à cet égard n'attaque l'inosite.

Cette réaction culturale pourra sans doute être mise à profit pour contribuer à la caractérisation de certains microorganismes.

Action du pneumogastrique gauche sur le cœur de Cistudo Europea. — Pour M. Guyénot, le pneumogastrique droit agit seul sur la fréquence du cœur; il détermine les ralentissements des battements en rendant plus longue la période de diastole. Il diminue en même temps le tonus du muscle cardiaque pendant la diastole. Quant au pneumogastrique gauche, il détermine seulement une diminution de tonus qui s'exerce pendant la diastole et peut-être aussi pendant la systole.

Conditions dans lesquelles la muqueuse intestinale est perméable aux poussières inertes et aux microbes. — Pour M. Calmette : 1° l'intestin normal est perméable à beaucoup d'espèces microbiennes; 2° le sérum normal des animaux sains possède des propriétés nettement bactéricides à l'égard des microbes, hôtes normaux de l'intestin de ces mêmes animaux; c'est pourquoi les microbes ne se retrouvent généralement pas dans la circulation lymphatique ou sanguine au delà des ganglions mésentériques; 3° les espèces microbiennes pathogènes qui traversent l'intestin sont susceptibles d'infecter l'organisme lorsque les moyens de défense (actions bactéricides et phagocytaires) de ce dernier sont impuissants à le protéger efficacement.

La chaux et le système cardio-vasculaire. — MM. Lœper et P. Boveri étudient l'influence des sels de chaux sur le fonctionnement du cœur. Ils montrent l'*hypertrophie* constante du muscle cardiaque sous l'influence d'une alimentation riche en chaux. La susceptibilité du muscle cardiaque vis-à-vis du calcium s'accompagne d'une fixation de sels de chaux par la fibre musculaire même qui contient deux fois plus de chaux chez les animaux traités que les témoins.

Ils insistent sur la richesse habituelle en chaux du système cardio-vasculaire, et montrent par un grand nombre d'expériences la très grande facilité de la *calcification artérielle* chez les animaux dont l'organisme est *surchargé de sels calcaires*. Inversement les animaux soumis à un régime peu calcique font difficilement de la calcification. D'après ces auteurs, la fixation de la chaux par les vaisseaux dépend encore de la *capacité d'accumulation calcique* des os et des cartilages qui est considérable chez le jeune animal, chez les femelles gravides et faible chez les animaux âgés. Ce fait explique la difficulté de la calcification artérielle chez les jeunes animaux et chez les femelles pleines.

Autres communications :

Séance du 8 juin :

Retour à l'état normal des cellules nerveuses après les modifications provoquées par l'insomnie expérimentale. — MM. Le Gendre et Piéron.

Diverses causes de variations d'aspect des neurofibrilles intracellulaires. — M. Le Gendre.

Poids de l'encéphale chez les animaux domestiques. — MM. Lapicque et Girard.

Recherches sur la résistance des globules rouges chez le lapin. — MM. Brissaud et Bauer.

Action comparée des pneumogastriques droit et gauche sur le cœur de la tortue. — M. Guyenot.

Présence manifeste de sensibilisatrice fixateur dans un sérum préparé dénué complètement d'activité. — M. Cruveilhier.

Séance du 15 juin :

Ferments du rein. Activité lipasique de la glande rénale. — MM. Lœper et Ficeï.

Transplantation de la cuisse d'un chien sur un autre chien. — M. Carrel.

Sensibilisation spécifique dans le sérum des animaux immunisés contre le micrococcus malitensis et dans le sérum des malades atteints de fièvre méditerranéenne. — M. Sicre.

Contribution à l'étude de la grossesse normale. Evolution plasmodiale des cellules extra-placentaires de Langerhaus. — MM. Nattan-Larrier et Brindeau.

Comment empêcher l'anaphylaxie ? — M. Besredka.

Disposition des neurofibrilles dans les cellules nerveuses à noyau ectopique. — M. Legendre.

Action de la strychnine sur l'excitabilité du nerf moteur. — Mme Lepique.

Sur le dosage de l'ammoniaque. — M. Repiton.

Recherches sur la résistance des hématies chez le lapin. — MM. Brissaud et Bauer.

Sur les polypes de la pulpe dentaire. — MM. Coyne et Cavalié.

Tissu interstitiel des capsules surrénales; mastzellen et macrophages, — MM. Sabrazès et Husnot.

Mastzellen dans les surrénales des animaux. — MM. Sabrazès et Husnot.

De l'action, sur le cœur, de l'ion potassium dissocié et introduit par l'électrolyse. — M. Gautrelet.

De l'action, sur le cœur, des ions magnésium, baryum, calcium et sodium dissociés et introduits par électrolyse. — M. Gautrelet.

ANALYSES

MEDECINE

Sur l'action pathogène du bacille de la septicémie des souris chez l'homme. (SHIBAYAMA. *Munch. med. Wochens.*, 14 mai 1907, n° 20, p. 979.) — Les recherches de ces dernières années ont montré la parenté étroite qui existe entre le bacille de la septicémie des souris, les bacilles paratyphiques et les bacilles des intoxications par la viande. Mais le bacille de la septicémie des souris est-il capable de déterminer chez l'homme des affections semblables à celles que provoquent les bacilles paratyphiques ? C'est ce qui semble aujourd'hui bien établi dans la relation faite par Shibayama d'une série d'épidémies survenues au Japon.

Toutes ces épidémies ont une étiologie semblable : on emploie maintenant couramment au Japon, pour détruire les souris, des cultures de bacilles de la septicémie des souris mélangées à de la farine. Tantôt ce mélange est absorbé par des individus ignorants de sa nature, tantôt le récipient qui l'a contenu est de nouveau utilisé, sans stérilisation préalable, pour recevoir des aliments qui sont ainsi contaminés. Les symptômes morbides occasionnés par le virus commencent douze à quarante-huit heures après son ingestion, et consistent en phénomènes de gastro-entérite cholériforme, avec fièvre variant entre 38 et 40 degrés, et état général très grave.

Dans certains cas la mort est survenue très rapidement. Le bacille de la septicémie des souris a pu être décelé dans l'intestin des individus qui ont succombé, ainsi que dans les aliments contaminés.

Une des épidémies observées a été très étendue et a frappé cent vingt personnes, qui ont du reste toutes guéri. Une autre épidémie a une étiologie plus curieuse : un cheval, ayant absorbé en même temps que son fourrage un mélange de farine et de bacilles de la septicémie des souris, succomba au bout de sept jours. Trente-quatre personnes ayant consommé de la viande de ce cheval présentèrent des symptômes de gastro-entérite; l'une d'elles mourut en cinq jours. Le bacille de la septicémie des souris fut facilement isolé de la chair du cheval cause de l'épidémie. A. LEMIERRE.

La fonction du langage et la localisation des centres psychiques dans le cerveau. (J. GRASSET. *Extrait de la Revue de philosophie*, Paris 1907.) — Rien dans les travaux récents, dit M. le professeur Grasset, dans ses conclusions, ne paraît être de nature à ébranler la doctrine générale des localisations cérébrales ni même la doctrine particulière de la localisation cérébrale du langage.

La fonction du langage est une fonction sensoriomotrice, c'est-à-dire qu'elle comprend à la fois le passage centripète du signe à l'idée et le passage centrifuge de l'idée au signe. Au-dessus des centres qui président plus spécialement au langage ainsi compris, il y a les centres psychiques mentaux ou supérieurs (lobes préfrontaux); au-dessous, il y a les centres de l'articulation des mots (centres basilaires, région capsulo-lenticulaire).

A la lésion des centres supérieurs correspondent les troubles mentaux du langage; à la lésion des centres basilaires, les dysarthries et les anarthries; à la lésion des centres proprement dits du langage, les aphasies.

Les centres proprement dits du langage sont des centres psychiques (psychisme inférieur, inconscient et automatique); les aphasies sont essentiellement des troubles psychiques, toujours accompagnés d'un déficit intellectuel spécial.

Ces centres occupent, sur l'écorce de l'hémisphère gauche, une zone étendue qui comprend les circonvolutions qui coiffent le fond de la scissure de Sylvius et le fond de la scissure parallèle, les pieds de la deuxième et de la troisième frontales, probablement aussi l'insula.

Il y a, entre les diverses parties de cette zone, une solidarité très grande; le plus souvent, les lésions qui produisent l'aphasie sont étendues à une plus ou moins grande partie de cette zone. Quand la lésion prédomine sur la partie postérieure de cette zone, l'aphasie est surtout psychosensorielle; quand elle prédomine sur la partie antérieure, l'aphasie est surtout psychomotrice.

Le principal avantage qu'auront eu les importantes publications de Pierre Marie est de réattirer l'attention sur la nécessité de recueillir encore, toutes les fois que l'occasion s'en présentera, des autopsies bien faites d'aphasie. La méthode anatomoclinique reste la méthode de choix pour trancher les points encore en litige.

En somme, les récents travaux de Pierre Marie, loin de faire reculer la science neurologique, loin de décourager les localisateurs du psychisme dans le cerveau, loin de démolir tout ce qui semblait acquis, doivent encourager les travailleurs à travailler davantage en persévérant dans la même voie, en appliquant la même méthode anatomoclinique qui a donné déjà de si magnifiques résultats.

Beaucoup d'entre nous avaient le tort de croire que la question des centres cérébraux du langage était définitivement connue et close. C'était une erreur, dit M. Grasset. Sur ce point, comme sur tous les autres, l'attention avertie et scientifique doit rester éveillée. La science n'est jamais finie.

L. GAYARD.

CHIRURGIE

La stérilité chez le mâle; son traitement quand elle est due à une double épididymite. (WILLIAM et C. QUINBY. *Boston med. and surg. Journ.*, vol. CLV, n° 19, 8 nov. 1906, p. 539.) — Dans tout cas de stérilité, le mari doit être examiné avec autant de soin que la femme, La cause de la stérilité réside chez lui dans la proportion de 16 à 30 p. 100, selon les statistiques.

Cette cause, dans la majorité des cas (90 p. 100 d'après Martin), est due à l'oblitération de la queue de l'épididyme par un noyau de sclérose consécutif à une épididymite double.

Le passage des spermatozoïdes peut être rétabli par une anastomose entre l'épididyme au-dessus de la sténose et le canal déférent. Cette intervention a été pratiquée avec succès chez le chien et chez l'homme par Martin, chez le cobaye par l'auteur. Quinby après ligature de l'épididyme chez ces animaux a établi l'anastomose du déférent avec l'épididyme et a montré que la perméabilité était rétablie de deux manières :

1° Par des coupes histologiques (2 planches sont jointes au texte);

2° Par l'éjaculation, par excitation électrique des nerfs hypogastriques et examen du sperme qui contenait des spermatozoïdes mobiles.

Une telle opération n'offre pas de gravité, ni de grosse difficulté opératoire en se servant d'aiguilles et de fil très fin. Il convient seulement de s'assurer de la perméabilité de l'épididyme au point où l'on va pratiquer l'anastomose, en ponctionnant et aspirant avec une seringue une goutte de liquide. L'examen extemporané du liquide montrera ou non la présence

de spermatozoïdes mobiles. L'anastomose double donne naturellement plus de chances de succès que l'anastomose d'un seul côté. M. LANCE.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

LES ÉTATS DÉPRESSIFS ET L'IBOGAÏNE

La thérapeutique vient récemment de s'enrichir d'un nouveau médicament nervin, sur lequel on fait les plus légitimes espérances. Il s'agit de l'ibogaïne, extraite de l'iboga du Congo, plante dont un empirisme heureux avait depuis longtemps révélé aux habitants de ces régions tropicales les vertus stimulantes et anti-déperditrices. L'ibogaïne découverte par Landrin, et étudiée par les professeurs Pouchet et Huchard, s'est montrée comme un bon tonique musculaire et nerveux et un excitant de la nutrition. Elle est indiquée dans les dépressions d'origine nerveuse, la neurasthénie, et les convalescences.

On l'administre sous forme de dragées Nyrdahl, à la dose de 2 à 6 par jour, suivant la formule du docteur Landrin.

LIVRES NOUVEAUX

Le micro-organisme de la syphilis (1), par le docteur Lévy-Bing.

Deux ans se sont écoulés depuis la découverte de Schaudinn et de toutes parts les résultats confirmatifs ont fait de son spirochæte pallidum ou treponema pallidum le parasite de la syphilis. Aussi l'heure était-elle venue de réunir dans un travail d'ensemble le résultat des recherches entreprises dans ces deux années et personne plus que l'auteur n'était autorisé à le faire. Dans cet ouvrage très documenté, M. Lévy-Bing expose l'histoire du microbe de la syphilis et analyse avec baaucoup de soin la plupart des travaux parus sur ce sujet; l'index bibliographique qui accompagne ce volume comporte 617 fiches, qui toutes répondent à une analyse faite dans le texte.

Après avoir montré dans un rapide historique les essais de bactériologie qui ont précédé la découverte de Schaudinn et quelle révolution celle-ci a apportée dans ce domaine, l'auteur aborde l'étude du triponème en exposant dans tous les détails de leur si importante technique les moyens d'investigation dont nous disposons pour le mettre en évidence.

L'étude descriptive et l'histoire naturelle du micro-orgamisme font l'objet d'un second et très important chapitre dans lequel sont successivement envisagés sa morphologie, son diagnostic différentiel, les rapports des triponèmes entre eux et avec les micro-organismes et les formations diverses qui peuvent leur être associées, l'évolution et la classification du parasite.

Puis il passe en revue les diverses manifestations de la syphilis humaine, acquise et héréditaire, et de la syphilis expérimentale, en montrant avec quelle fréquence et dans quelles conditions s'y trouve le microbe de Schaudinn et il en déduit naturellement la valeur diagnostique.

Il étudie ensuite les rapports du spirochète avec l'anatomie pathologique de la syphilis et cherche à montrer les migrations qu'au cours de la syphilis, il accomplira à travers l'organisme.

Enfin, dans un dernier chapitre, il montre l'action du traitement mercuriel sur ce micro-organisme.

Cet ouvrage offre en outre cet intérêt d'être à l'heure actuelle le seul dans lequel soit étudié avec compétence tout ce que nous savons sur le microbe de Schaudinn.

P. RAVAUT.

(1) In-8 jésus, cart. toile, de 350 p. avec pl. dans le texte et 1 pl. en coul. hors texte. (Encyclopédie scientifique, bibliothèque de microbiologie et de parasitologie.) — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

L'occultisme hier et aujourd'hui. Le merveilleux préscientifique (1), par le docteur J. Grasset, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier, associé national de l'Académie de médecine.

En présence du *merveilleux* et des phénomènes *occultes*, qui passionnent tellement tout le monde à notre époque, les savants ont souvent une attitude trop dédaigneuse ou trop confiante : les uns haussent les épaules en souriant et refusent de discuter les expériences faites, les autres acceptent les résultats publiés en supposant trop facilement à *tous* les expérimentateurs la parfaite bonne foi et la science avertie qu'ils ont eux-mêmes.

Le docteur Grasset a essayé, dans son dernier livre, d'éviter ce double écueil. Il discute, très sérieusement et scientifiquement, sans jamais se moquer. Il sépare les *théories* et les *faits*, montre que les théories sont encore prématurées et réfute le spiritisme (évocation des esprits) et les radiations psychiques (peresprit, corps astral, biomètres).

Quant aux faits, il montre que les phénomènes occultes ne sont pas encore scientifiques, mais qu'ils peuvent le devenir : ils constituent le *merveilleux préscientifique;* l'occultisme peut ainsi être considéré comme la *terre promise* de la science.

Et, en fait, bien des phénomènes considérés *hier* comme occultes ne le sont plus *aujourd'hui*. Parmi ces faits actuellement *désoccultés* et devenus scientifiques, l'auteur passe en revue : le magnétisme animal et l'hypnotisme, les mouvements involontaires inconscients (tables tournantes, pendule explorateur, cumberlandisme avec contact), les sensations et la mémoire inférieures (fausses divinations, cristallomancie, réminiscences et faux jugements du psychisme inférieur), enfin l'association des idées et l'imagination inférieures (transes et romans des médiums).

Pour les faits qui restent encore occultes à l'heure actuelle et dont la démonstration expérimentale n'est pas encore faite, mais peut être recherchée et espérée, il les divise en deux groupes : 1° faits dont la démonstration, si elle est possible, paraît en tous cas lointaine : télépathie et prémonitions, apports à grande distance, matérialisations de fantômes; 2° faits dont la démonstration paraît moins éloignée et, en tous cas, doit être recherchée tout d'abord : suggestion mentale et communication directe de la pensée, déplacements voisins sans contact (lévitation et raps), clairvoyance.

Sur tous ces points, l'auteur expose les conditions que devront remplir les expériences de l'avenir pour établir scientifiquement l'*existence*, non encore démontrée, de ces faits.

L. GAYARD.

Conception de l'hystérie (2), par Amselle.

Après un exposé des différentes théories de l'hystérie, l'auteur arrive à celle aujourd'hui classique de Charcot et de ses

(1) In-8 écu (0,200 × 0,130), de 436 pages. — Prix : 5 francs. — Montpellier, Coulet et fils, éditeurs.

(2) In-8 de 286 pages. Paris 1907. O. Doin, édit.

élèves. D'après elle, l'hystérie est caractérisée par une série de stigmates et de signes fixes : anesthésies, hyperesthésies, rétrécissement du champ visuel, dyschromatopsie, amblyopie, etc., et par des phénomènes transitoires, parmi lesquels les crises dont le type est la grande attaque de la Salpêtrière.

D'après Bernheim, la grande attaque et les stigmates n'appartiennent qu'à l'hystérie *cultivée* et sont provoqués par *suggestion* médicale inconsciente, le plus souvent, ou à des affections coexistant avec l'hystérie.

L'auteur consacre cet ouvrage à étayer la conception de Bernheim, d'observations nouvelles : les stigmates, les symptômes fonctionnels et psychiques de l'hystérie ne lui appartiennent pas en propre, et peuvent se rencontrer dans d'autres affections ; les crises peuvent être accidentelles, par émotion ; c'est leur reproduction soit par auto-suggestion, soit à la suite de nouvelles émotions, qui crée une véritable diathèse hystérique : en somme le nom d'hystérie doit être réservé aux seules crises, c'est-à-dire à certaines réactions psycho-dynamiques exagérées, consécutives à des émotions déterminées, dont la répétition fréquente cause la diathèse hystérique, toujours justiciable de la psychothérapie. ALQUIER.

Le roman scientifique d'Emile Zola : la médecine et les Rougon-Macquart (1).

Le vrai Zola était, dit M. MARTINEAU, un romantique, il l'était par son éducation littéraire, par sa vision spéciale du monde, par sa phrase rythmée et la coloration de son vocabulaire. Mais, sous l'influence du moment il devint amoureux du fait observé et de la documentation employée dans les sciences naturelles, et il essaya d'adapter au roman les hypothèses scientifiques ambiantes (Toulouse).

M. Martineau passe en revue dans une étude extrêmement documentée et toujours intéressante la conception scientifique de Zola, sa conception de l'hérédité, ses connaissances en médecine générale, etc., et il conclut que rien n'est moins scientifique que ce roman scientifique. L. GAYARD.

Les évolutions pathologiques de la digestion stomacale (2), par Georges HAYEM.

On tend trop depuis quelque temps à négliger les résultats donnés par l'examen chimique du contenu stomacal. Les médecins, dit M. Hayem, semblent avoir éprouvé à cet égard une sorte de déception et cherchent à se dégager de nouveau de toute préoccupation des signes physiques pour s'en tenir, comme autrefois, à l'analyse des phénomènes subjectifs qui seraient les seuls dont on ait à tenir compte.

La méthode chlorométrique de M. Winter paraît cependant donner les résultats les plus précieux.

M. le professeur Hayem étudie donc d'abord la manière de procéder à la détermination du fonctionnement stomacal. Il passe ensuite en revue les troubles de la fonction chimique, de la fonction évacuatrice, les troubles quantitatifs de sécrétion. Après un classement des types évolutifs il fait un diagnostic très précis des troubles évolutifs et sécrétoires.

Cet ouvrage est clair, précis, consciencieux, comme tout ce qu'écrit M. le professeur Hayem. Il sera consulté avec le plus grand fruit. L. GAYARD.

(1) In-8. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8 cart. — Paris, Masson.

RENSEIGNEMENTS

Il sera procédé, le 30 septembre 1907, à l'adjudication de la fourniture de divers médicaments, instruments de chirurgie et accessoires de pharmacie et chirurgie nécessaires à l'hôpital de Lourenço-Marquez (colonie de Mozambique) pour une période de deux années.

Le *Diaro do Governo* du 4 juin 1907 qui contient, en texte portugais, les conditions spéciales de ces adjudications, peut être consulté, tous les jours non fériés, de dix heures à midi et de deux à cinq heures, à l'Office national du Commerce extérieur (2e service), 3, rue Feydeau, à Paris (IIe).

SUITE DES SOMMAIRES

Revue scientifique. — (N° 18, 4 mai 1907.) HARMAND : L'agriculture japonaise. — MAILLARD : L'industrie salinière. — P. LEMOINE : A propos de quelques problèmes de biogéographie et de paléographie. — NIEWENGLOWSKI : La réforme des études médicales au congrès des praticiens. — (N° 19, 11 mai.) Jules SAGERET : La genèse des mathématiques. — DELÉPINE : Mendeleéff. — DONGIER : L'exposition de la Société francaise de physique. — (N° 20, 18 mai.) BAUD : L'enseignement technique de la chimie dans les Universités. — PELLEGRIN : Les poissons du lac Tchad. — DE VARIGNY : La colonisation saxonne dans le Boulonnais. — (N° 21, 25 mai.) Armand GAUTIER : Les cinquante premières années de la Société chimique de France. — NICOLARDOT : Glucinium ou béryllium ?

Riforma medica. — (N° 14, 6 avril 1907.) Benedetto FORMIGGINI : Contribution à l'histoire de la mastite chronique. — Pietro GUIZZETTI : Le glycogène dans les parathyroïdes des animaux communément employés pour l'expérimentation. — Ernesto PESCI : Le chlorure de baryum en thérapeutique. — (N° 15, 13 avril.) Prof. E. GALVAGNI : A propos d'un cas de paraplégie spasmodique. — Guerra COPPIOLI : Un nouveau signe différentiel entre les douleurs d'origine organique et les douleurs d'origine psychique. — D. ROMANO : L'épreuve de Salomon pour le diagnostic du carcinome gastrique. — (N° 16, 20 avril.) J.-B. ALLARIA et G. ROVERE : Observations cliniques et anatomiques sur l'action des rayons Röntgen dans la péritonite tuberculeuse. — M. SCIALLERO : L'action anticonvulsivante de la neuroprine. — G. ZIRONI : Contribution à l'étude de la tuberculose primitive de la mamelle. — R. REPETTO : A propos de l'immunité contre la rage. — (N° 17, 27 avril.) M. VARANINI : Nouvelle contribution à la séméiologie du pancréas. — G. SACCHINI : Les kystes du mésentère d'origine échinococcique. — F. LASTARIA : Opération inter-iléo-abdominale pour sarcome de l'os iliaque. — SPRECHER : Psychopathies chez des malades atteints d'affections cutanées. — (N° 18, 4 mai.) Giuseppe SEVERINO : Une méthode de détermination quantitative de la bilirubine dans l'urine. — G. BUFALINI : A propos de la réaction de Testevin-Jacquemet. — T. SILVESTRI : La pneumonie érysipélateuse. — Giuseppe FINZI :

Contribution à l'étude des tumeurs du lobe temporo-sphénoïdal. — (N° 19, 11 mai.) Giovanni ORSI : L'action prédisposante des crachats tuberculeux à l'infection streptococcique ou pneumococcique. — Carlo LORENZI : Sur les psychoses dites post-opératoires. — Luigi BALDASSARI : Contribution au traitement des affections tuberculeuses par la méthode de Bier. — Giuseppe FINZI : Contribution à l'étude des tumeurs du lobe temporo-sphénoïdal.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 20, 16 mai 1907.) CHODOUNSKY : Refroidissement. — MEIXNER : Sur le chlorome myéloïde. — VON ADLER : Sur le diagnostic précoce du carcinome gastrique. — FRIEDJUNG : Influence de la nutrition du nourrisson sur la vigueur corporelle de l'adulte; remarques sur la durée de l'allaitement. — CŒNEN : Evolution historique de la doctrine du cancer à cellules basales. — (N° 21, 23 mai.) SCHLOFFER : Opération avec succès d'une tumeur de l'hypophyse par voie nasale. — CHWOSTECK : Contribution à l'étude de la tétanie. — SMOLER : Sur un cas de torsion intra-abdominale du mésentère en même temps qu'un étranglement d'une frange épiploïque. — KREIBICH : Sur l'imprégnation par l'argent des cils des microbes. — HINTERBERGER : Présence de cils dans des cultures conservées en tubes scellés de 1894 à 1907.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours pour trois places de médecin des hopitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Béclère, Guinon, Rénon, Barth, Muselier, Raymond, Thoinot, Gilbert et Launay.

MM. Rénon et Launay ont accepté.

Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture des copies.* — Séance du 18 juin. — MM. Baumgartner, 29; Piquand, 20; Desjardins, 16; Gasne, 14.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 20 juin, à quatre heures un quart, à la Charité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours pour le clinicat chirurgical. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Desjardins et Iselin.

— Concours du prosectorat. — Séance du 17 juin. — *Epreuve de médecine opératoire.* — Questions données : « Ligature de la sous-clavière. Désarticulation de Lisfranc. » — MM. Descomps, 29; Capette, 26; Cauchoix et Lardennois, 25; Martin et Mathieu, 24; Muret, 21; Desmarest, 20.

Séance du 19 juin. — *Epreuve de dissection.* — Question donnée : « Nerf maxillaire supérieur. »

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Lardennois, Cauchoix, Descomps et Mathieu.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Sont classés : MM. les médecins aides-majors de première classe Talabère, aux hôp. de Constantine; Evrard, au 2e étr.; Battez, au 33e d'inf.; Armeilla, aux hôp. de Constantine; Champeaux, au 123e d'inf.; Joly, à l'orphelinat Hériot; Métoz, au 149e d'inf.; Stitelet, au 2e génie; Frécus, au 10e chass.; Cuénot, au 1er drag.; Bergès, au 3e tir.; Ortal, aux hôp. d'Oran.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Pérignon (de Troyes), au 9e cuir.; Baron, au 161e d'inf.; Marnata, au 9e drag.; Vendeuvre, au 27e d'art.; Feuillée, au 18e chass.; Mulot, au 44e d'inf.

— Les médecins donnant leurs soins gratuits à la gendarmerie qui approuveraient le projet de former une Association syndicale pour revendiquer certains avantages, tels que le quart de place militaire, etc., sont priés d'envoyer immédiatement leur adhésion au docteur Paulet, à Sommières, Gard.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Le ministre de l'Intérieur vient de décerner des mentions honorables pour acte de courage à MM. Garcin, pharmacien-chef de l'asile d'aliénés de Saint-Pierre à Marseille, et Noyon, pharmacien à Roubaix.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE (XXe Congrès, 7-12 octobre 1907). — Le XXe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 7 octobre 1907, sous la présidence de M. le professeur Paul Berger, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Necker.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Influence des rayons de Röntgen sur les tumeurs malignes.* Rapporteurs : MM. Béclère (de Paris) et Maunoury (de Chartres);

2° *Des transplantations nerveuses, musculaires et tendineuses dans le traitement des paralysies.* Rapporteurs : MM. Kirmisson (de Paris) et Gaudier (de Lille);

3° *Des affections chirurgicales chroniques (tuberculose et cancer) dans leurs relations avec les accidents du travail.* Rapporteurs : MM. Segond (de Paris) et Jeanbrau (de Montpellier).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 30 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications à M. le docteur Walther, secrétaire général, 68, rue de Bellechasse, à Paris.

Pendant la durée du Congrès, une exposition d'instruments de chirurgie, d'objets de pansement, électricité médicale, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

BOURSES DE VOYAGE AUTOUR DU MONDE. — Le bienfaiteur qui, en 1898, a créé les bourses de voyage autour du monde met, cette année, pour cet objet, à la disposition de l'Université de Paris, une somme de 33000 francs.

Ces bourses peuvent être accordées non seulement à des membres de l'enseignement secondaire public, pourvus du titre d'agrégé, mais à des membres de l'enseignement supérieur public, docteurs en droit, docteurs ès sciences, docteurs ès lettres, docteurs en médecine ou pharmaciens supérieurs.

Ces bourses ont surtout pour objet un voyage de deux ans environ autour du monde. Dans ce cas, elles sont de 15000 fr., plus 1500 francs pour acquisition de livres et de souvenirs.

Mais elles peuvent être limitées, dans des cas dont le Conseil de l'Université de Paris sera juge, à un voyage d'une année à l'étranger, les pays d'Europe exceptés. Dans ces cas, le montant de la bourse sera fixé par le Conseil de l'Université.

D'une manière générale, suivant les intentions du donateur, ces voyages ne doivent pas avoir pour objet l'étude de questions scientifiques déterminées, mais l'observation personnelle et directe des choses de l'étranger, pays, institutions et hommes.

Les candidats doivent adresser leurs demandes au secrétariat de l'Université de Paris, à la Sorbonne, avant le 1er juillet prochain, terme de rigueur, en y joignant une notice, dont le modèle est à leur disposition audit secrétariat, et un projet d'itinéraire.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES. — Un Congrès international des infirmières s'est ouvert mardi matin au Musée social, sous la présidence de M. Mesureur.

COURS DE VACANCES : COURS DE TECHNIQUE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE. (Professeur, M. HAYEM; suppléant, M. THIROLOIX, agrégé.) — Deux cours de vacances sont faits, l'un en juillet, l'autre en septembre, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le professeur Hayem, par MM. les docteurs Bensaude, G. Rosenthal et Agasse-Lafont, chefs et ancien chef de clinique.

Ces cours, *absolument pratiques*, comprendront l'examen clinique des malades et la démonstration de quelques procédés spéciaux de diagnostic et de traitement :

On étudiera spécialement :

Les *affections de l'appareil respiratoire et leur traitement :* tuberculose au début, épanchements pleuraux, examen des crachats, injections intra-trachéales, gymnastique respiratoire, collargol, etc. (docteur G. Rosenthal) ;

Les *affections du tube digestif :* ulcère de l'estomac, sténose du pylore, diagnostic précoce du cancer, entéro-colite muco-membraneuse, gastrodiaphanie, rectosigmoïdoscopie, etc. (docteur Bensaude);

Les *affections du cœur, des vaisseaux et du sang :* endocardites, aortites, anévrismes, leucémies, anémies, chlorose, médication cardiaque, saignée, etc. (docteur Agasse-Lafont).

Chaque cours, complet en 25 leçons, aura lieu le matin, à l'hôpital Saint-Antoine, pavillon Moïana, le lundi, mercredi, jeudi et samedi de neuf heures un quart à dix heures un quart et de dix heures et demie à onze heures et demie.

Le cours de juillet commencera le lundi 1er juillet, à neuf heures un quart.

Le droit à verser est de 100 francs. Le nombre d'élèves est limité.

Les inscriptions sont reçues dès à présent, pour l'un ou l'autre cours, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Lacaze (de Majunga).

HOMMAGE AU PROFESSEUR THOINOT. — Nous rappelons que la souscription ouverte par les amis et les élèves du professeur Thoinot pour lui offrir son buste exécuté par le statuaire Champeil, sera close le 30 juin. Les souscriptions sont reçues jusqu'à cette date, par MM. J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille. Tout souscripteur de la somme de 25 francs recevra une médaille.

MAISON DE SANTÉ AVEC CLINIQUE. — Les docteurs Luc et Guisez viennent d'ouvrir une maison de santé avec clinique, consacrée au traitement et à l'enseignement des affections oto-rhino-laryngologiques, comprenant les méthodes nouvelles d'œsophagoscopie et de bronchoscopie, 15, rue de Chanaleilles (près la rue Vaneau).

Les malades nouveaux y seront reçus tous les matins, de dix heures à neuf heures, sauf le mardi et le samedi.

Des consultations gratuites seront, en outre, données le mardi à quatre heures et le samedi à deux heures, aux malades indigents (adressés par leur médecin).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de technique orthopédique, par le docteur P. REDARD. In-18 de 594 p., avec 492 fig. dans le texte, cart. — Prix : 12 fr. — De Rudeval, Paris.

Manuel pratique des bandages, pansements et appareils chirurgicaux, avec un exposé de la méthode de Bier, par le docteur Ch. JULLIARD, préface de M. le professeur Terrier. — In-8 XVI-163 p. et 200 fig. — Prix : 6 fr. ; relié, 7 fr. 50. — Félix Alcan, Paris.

Les merveilles de la vie, par Ernest HÆCKEL. Grand in-8. — Prix : 2 fr. 50. — Schleicher frères, Paris.

L'urine au point de vue chimique et médical, analyse simplifiée avec la signification et l'interprétation physiologique et clinique des résultats, par le docteur Ch. BLAREZ, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Bordeaux, directeur du laboratoire des analyses médicales. In-18 avec fig. — Prix : 3 fr. — A. Maloine, Paris.

RENSEIGNEMENTS

ASSISTANCE AUX VEUVES DE MÉDECINS. — Veuve de médecin, âgée de quarante ans, sans enfant, ayant son brevet simple, demande emploi d'institutrice ou de dame de compagnie. — Pressé.

S'adresser au siège social de la Société centrale de l'A. G., 5, rue de Surène.

ESSAI SUR LA PATHOGÉNIE
DE
L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

Par le docteur NEPPER,
Préparateur au laboratoire de physiologie pathologique
des Hautes-Etudes.

L'entéro-colite muco-membraneuse peut être définie : un complexus symptomatique à évolution essentiellement lente et chronique que caractérise le syndrome suivant :

Constipation, productions muco-membraneuses et douleurs. Ce syndrome est essentiellement stable : « Il a, dit M. Mathieu, une véritable unité clinique. »

De ce trépied symptomatique le signe le plus caractéristique et qui frappe tout d'abord, c'est la présence dans les selles de *mucus coagulé*. Cette excrétion implique deux phénomènes antérieurs bien distincts, la sécrétion, puis la coagulation du mucus.

Sécrétion du mucus. — Cette sécrétion, ou plutôt cette hypersécrétion, car elle paraît évidente à un examen même superficiel, est sous la dépendance d'une excitation du grand sympathique qui peut être mise en jeu par nombre de causes : irritation provoquée par la présence du bol fécal, par l'élimination de substances toxiques au niveau de la muqueuse intestinale, par néphroptose, hépatoptose, entéroptose, appendicite plus ou moins méconnue, salpingite, cause psychique ou telle autre que l'on voudra.

Multiples sont les causes invoquées, et cette multiplicité fait de l'hypersécrétion un phénomène réactionnel banal. Aussi toutes les théories émises à ce sujet, suivant qu'elles font, de l'une ou l'autre de ces nombreuses causes, la déterminante du syndrome entérocolite renfermant une part de vérité. Mais si chaque théorie pathogénique permet d'expliquer un certain nombre de cas. on ne peut pas plus affirmer qu'une d'entre elles les explique tous qu'il n'est permis de dire que tous les névropathes, que tous les gens dont la muqueuse intestinale est le siège d'une élimination de substances nocives, que toutes les femmes atteintes de ptoses d'organes différents ou de lésions utéro-annexielles quelconques souffrent tous d'entéro-colite muco-membraneuse.

Et de plus, s'il est permis d'expliquer ainsi l'hypersécrétion du mucus, ce phénomène n'implique pas forcément l'excrétion, et, qui plus est, la coagulation.

Excrétion du mucus. — Normalement, le mucus, nécessaire à la traversée digestive, sécrété en grande abondance dans tout le tractus stomaco-intestinal, est résorbé dans le gros intestin, à part quelques grains que l'on retrouve mélangés aux matières et qui ont pu échapper à la résorption.

Pathologiquement, l'excrétion s'expliquera facilement lorsque la traversée digestive sera fortement raccourcie, comme dans la dysenterie des pays chauds où le mucus n'a pas le temps d'être résorbé.

Au contraire, dans tous les cas d'entéro-colite muco-membraneuse, cette traversée est toujours ralentie et plus longue que la normale d'une quantité variable suivant les cas.

L'explication facile de l'excrétion dans le cas de dysenterie ne peut donc ici être invoquée; et il semblerait logique d'admettre qu'à une stase prolongée devrait correspondre une résorption complète même en cas d'hypersécrétion, si la durée de la traversée digestive est proportionnelle.

C'est pour juger de la vérité ou de la fausseté de cette idée qu'a été faite l'expérience suivante :

On s'assure d'abord que l'animal (chien dans l'occurrence) a une traversée digestive normale, en lui faisant absorber à l'un des repas une poudre colorée carmin, par exemple, ou poudre de charbon.

Puis d'après les procédés classiques on fait au chien, au niveau de l'iléon, le plus près possible du cæcum, une fistule intestinale, latérale, permanente, qui sans interrompre le cours des matières permettra de prélever à n'importe quel moment une partie du contenu intestinal (1).

Après un temps variable suivant les sujets, lorsque l'animal est complètement rétabli, on mesure à nouveau sa traversée digestive qui doit être normale, et l'on s'assure par un examen des fèces qu'elles ne contiennent ni mucus ni fausses membranes (on rencontre toujours, même normalement, quelques grains de mucus hyalin). Et l'examen du contenu intestinal prélevé au niveau de la fistule permet d'y trouver de nombreux grains de mucus hyalins plus ou moins colorés en jaune par la bile.

Ces vérifications faites on peut alors procéder à l'expérience suivante : on fait avaler à l'animal au moyen d'une sonde gastrique une solution d'azotate d'argent. Cette solution au contact de la muqueuse digestive produit une abondante sécrétion de mucus. Son action est neutralisée en faisant avaler à l'animal une solution de chlorure de sodium après dix minutes environ.

Et ensuite tous les quarts d'heure on prélève au niveau de la fistule une certaine quantité du contenu intestinal, de façon à vérifier s'il existe une notable augmentation de mucus.

Parfois l'action a été trop violente et l'animal a eu une diarrhée plus ou moins profuse. Mais si ces phénomènes réactionnels n'ont pas eu lieu, si la traversée digestive n'a pas été accélérée, l'examen des fèces ne révèle pas plus de mucus qu'à l'état normal. Cette expérience, qui peut être plusieurs fois répétée, permet de supposer qu'il peut y avoir hypersécrétion de mucus sans excrétion, toutes choses égales d'ailleurs, et en particulier la traversée digestive ne diminuant pas, ce qui est le cas de l'entérocolite muco-membraneuse.

Coagulation. — Mais alors pourquoi voyons-nous ce symptôme : évacuation plus ou moins abondante de mucus à l'état concret?

(1) Cette fistule est faite au moyen d'une petite canule de Laborde fixée à la peau en dehors de la plaie de laparotomie, au niveau d'une boutonnière spéciale, d'après le procédé décrit par Pawlow.

La théorie si ingénieuse de M. Mathieu sur l'assèchement en donne l'explication la plus plausible. Pour lui, après une exsudation de la couche mucineuse intestinale, une partie du liquide peut être résorbée par la paroi et la consistance de la mucine augmente au fur et à mesure de la résorption. Et il semble bien que l'épaisseur, la dimension et la consistance de la fausse membrane aient un rapport constant avec la durée de la stase fécale.

On peut se démander pourquoi cette résorption élective de la partie aqueuse du mucus, comment cette déshydratation peut s'accomplir et quelle raison empêche le mucus de se résorber dans son ensemble comme dans l'expérience précédente. Il faut admettre que le mucus a subi un changement d'état physique ou de composition chimique qui le rend impropre à la résorption, et c'est alors que peut intervenir le mécanisme de l'assèchement.

C'est la démonstration de ce fait qu'ont apportée le professeur Roger et M. Trémolières en mettant en évidence le pouvoir coagulant d'un extrait intestinal qu'ils ont appelé mucinase. C'est lui qui rend impossible par son action coagulante la résorption du mucus. Il faut et il suffit que le mucus ait subi cette action pour être excrété, l'assèchement ne vient que pour en augmenter la consistance et l'hypersécrétion pour en modifier la quantité. Seule la présence de cette action est indispensable.

Nous avons retrouvé avec le docteur Riva cette propriété coagulante dans les fèces des malades atteints d'entéro-colite avérée et dans ces cas seulement.

Influence de la bile. — Au cours de ses recherches, le professeur Roger avait déjà constaté que la bile contenait des substances s'opposant à cette action coagulante, substances dissoutes dans l'alcool et dont l'action n'est abolie ni par l'ébullition ni par le chauffage à l'autoclave.

Dans de multiples essais nous avons retrouvé cette même action. La bile retarde toujours et empêche complètement la coagulation si elle est en proportions suffisantes. Cette action anticoagulante est vraie *in vitro*, elle se retrouve dans les selles. Dans toutes les selles on peut déceler une action semblable due à la bile.

Le mucus de l'intestin grêle en petits grains hyalins et colorés plus ou moins par la bile qui se trouve, comme nous l'avons constaté, complètement résorbé, est un argument de plus en faveur de cette action biliaire, et il semble que l'on peut admettre cette hypothèse sur la formation de cette fausse membrane.

« Elle est fonction de l'augmentation de la mucinase et de l'hyposécrétion relative de la bile, au moins au point de vue anticoagulant, qui en permet la mise en valeur.

Sans rappeler les multiples fonctions de la bile, son rôle sur la digestion des graisses, son action antiputride et antimicrobienne, etc., il nous suffira de rappeler combien le fonctionnement du foie est intimement lié à la fonction gastro-intestinale. Toute influence nocive sur ce dernier appareil retentira sur lui. C'est l'organe qui souffre le plus des troubles digestifs. Aussi toutes les causes, de quelque origine qu'elles soient, qui auront sur l'intestin une action nocive retentiront sur le foie (intoxications, inflammation superficielle de la muqueuse, inflammation de voisinage, etc.).

Depuis longtemps l'attention des auteurs a été attirée sur les troubles hépatiques au cours de la colite. Sans vouloir en faire l'historique, voici quelques opinions à ce sujet :

Van Swieten, cité par Potain dans un article de la *Semaine médicale* de 1887, avait déjà pensé qu'il fallait chercher la cause de la colite dans l'hyposécrétion de cet organe. Baraduc signale cette hypocholie. Malibran et Langenhagen ont rapporté des cas d'acholie pigmentaire. Potain fait remarquer combien se retrouvent souvent, au cours de la colite, les crises de lithiase biliaire.

Dieulafoy fait remarquer que si tous les malades atteints de lithiase biliaire sont des arthritiques avérés, ils sont tous atteints de colite muco-membraneuse (Th. de Vouzelle).

Mais l'influence de la sécrétion biliaire sur la genèse de l'entéro-colite paraîtra encore plus évidente si l'on examine son rôle dans la production des mouvements intestinaux.

La constipation est en effet un des symptômes capitaux de l'entéro-colite, à tel point que l'on peut dire que le faire disparaître c'est amener la guérison. Que cette constipation soit due à l'atonie, au spasme plus ou moins localisé, à un mélange de ces deux causes, c'est en résumé un trouble de la motricité intestinale. L'explication de ce symptôme en sera commode si l'on admet l'action de la bile sur le péristaltisme intestinal, *son rôle excitateur* (1). Il est alors facile de comprendre comment sa diminution causera des troubles de motricité.

Et cette diminution paraîtra comme naturelle si nous rappelons ce que nous disions plus haut à propos de l'influence des troubles digestifs sur les fonctions du foie.

Rappelons aussi les réflexes vaso-constricteurs produits sur le foie par l'excitation des nerfs sensibles généraux, des splanchniques, la répartition de ces réflexes, leurs effets mécaniques, leur intervention en présence des poisons traversant le foie.

C'est par un mécanisme analogue qu'agiront les intoxications, les inflammations, les influences psychiques. Elles diminueront la sécrétion biliaire, par conséquent le jeu du péristaltisme sera troublé, l'action de la mucinase l'emportera et le syndrome s'établira.

Il ne serait peut-être pas trop téméraire d'énoncer la proposition suivante :

La colite muco-membraneuse est fonction de l'hyposécrétion biliaire.

(1) Il serait trop long d'entrer ici dans des détails sur le rôle de la bile sur la motricité intestinale, son mode d'action, etc. Nous publierons prochainement le résultat de nos recherches à ce sujet qui nous permettent de conclure à l'affirmative.

MÉDECINE PRATIQUE

LES BOUILLONS DE LÉGUMES, L'EAU DE RIZ ET LA DIÈTE HYDRIQUE DANS LE TRAITEMENT DES DIARRHÉES DES ENFANTS.

D'après M. VARIOT.

Le bouillon dit « de légumes » jouit, on le sait, d'une grande vogue pour le traitement des gastro-entérites infantiles.

La formule qui en est considérée comme le prototype est celle de M. Méry; la voici :

Eau........................	1 litre.
Pommes de terre............	65 grammes.
Carottes...................	65 —
Navets.....................	25 —
Haricots et pois secs........	25 —

Faire cuire pendant trois heures et ajouter 5 grammes de sel en ayant soin de ramener la quantité au litre.

Passer le bouillon.

Ensuite, ajouter une cuillerée à café de farine de riz pour 100 grammes de bouillon et laisser cuire un quart d'heure (1).

La formule de M. Comby, connue sous le nom de « bouillon de légumes secs », est la suivante :

1° Cesser l'usage du lait et le remplacer par la décoction végétale;

2° Donner, chaque trois heures, un biberon de 150 grammes ou une tasse de 200 à 250 grammes (suivant l'âge) de la décoction végétale pure ou additionnée de crème, d'orge ou de riz (une cuillerée à café ou à dessert). Faire une bouillie;

4° Faire bouillir trois heures dans 3 litres d'eau une cuillerée à soupe (30 grammes) de :

Blé
Orge perlé
Maïs concassé
Haricots secs
Pois secs
Lentilles
} bruts ou décortiqués.

Les légumes décortiqués donnent un bouillon plus nourrissant. A la fin de la cuisson, ajouter 5 grammes de sel. On passe; il reste environ un litre de bouillon qu'on ne gardera pas plus de vingt-quatre heures.

4° Pour les enfants sevrés, on pourra faire des potages plus épais, avec riz, semoule, tapioca, pâtes, etc.

M. Variot (2) se basant sur des analyses chimiques de ces différents bouillons est arrivé à la conviction qu'ils ne sont pas *nourrissants*.

(1) Voici, par comparaison, la recette du *potage aux légumes* empruntée à la *Gastronomie pratique* d'Ali-bab, ouvrage récent et déjà célèbre dans le monde de l'art culinaire.

Pour six personnes, prenez :

1.500 grammes de bouillon;
500 grammes de cœur de chou coupé en morceaux;
500 grammes de carottes coupées en rouelles;
100 grammes de navets coupés en rouelles;
60 grammes de petits pois fraîchement écossés;
60 grammes de haricots verts émincés;
25 grammes de beurre;
15 grammes de farine;
125 grammes de crème;
Un filet de vinaigre, sel, poivre.

(2) *Clinique infantile*, n° 12, 15 juin 1907.

Comme, d'autre part, le bouillon de légumes s'il a un grand succès chez les gens aisés, est compliqué à faire dans la classe ouvrière, à cause des pesées nombreuses et précises qu'il nécessite, M. Variot reste fidèle à l'*eau de riz* dans les gastro-entérites infantiles et particulièrement les diarrhées estivales.

« Cette décoction, dit-il, surtout riche en amidon, est d'une préparation extrêmement simple, il suffit pour l'obtenir de faire bouillir deux cuillerées à soupe de riz dans un litre d'eau pendant une heure.

Voici, d'après M. Chevalier, préparateur à la Faculté, quelle est la teneur de l'eau de riz en principes fixes.

Eau de riz.

Eau de riz avec 50 grammes de riz par litre d'eau additionnée de 4 grammes de sel.

Extrait sec à 100 degrés après filtration sur une étamine, 8 à 17 grammes par litre très variable suivant la qualité du riz et suivant la manière dont on le fait cuire. Les riz glacés fournissent un extrait plus important.

Par filtration sur papier Chardin.

Extrait à 100 degrés, 3,60 environ; une partie du chlorure de sodium reste fixée sur le riz.

L'extrait est constitué en grande partie par de l'amidon hydraté ou partiellement solubilisé. Il ne contient qu'une très faible quantité de matières azotées et de sels.

Lorsqu'un enfant est atteint d'une diarrhée intense, nous supprimons entièrement le lait et nous remplaçons les tétées par des prises d'eau de riz; nous faisons donner en outre des lavements matin et soir avec une poire en caoutchouc chargée d'eau de riz. Depuis longtemps nous avons renoncé à faire pénétrer profondément des sondes en gomme dans l'S iliaque et dans le côlon; la muqueuse de ces régions est très vascularisée au cours des entérites graves, et le contact des sondes pourrait être offensif.

Sauf le cas où les enfants vomissent et où nous administrons par cuillerées à soupe la solution de citrate de soude à 5 p. 300, nous ne prescrivons aucun médicament, surtout aucune préparation opiacée. La plupart des gastro-entérites doivent être considérées comme des toxi-infections d'origine alimentaire, et il est préférable de laisser les évacuations intestinales s'effectuer librement que de paralyser par l'opium les contractions du tube digestif. La meilleure manière d'éviter la résorption des poisons intestinaux est de laisser libre cours à la diarrhée.

Il est bien probable que l'action sédative de l'eau de riz sur la muqueuse digestive est due à l'amidon cuit qu'elle contient; mais son efficacité dans les gastro-entérites, connue de temps immémorial, est absolument incontestable. »

M. Variot prolonge l'usage exclusif de l'eau de riz pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, suivant la gravité des cas et suivant l'apparence des selles; puis il commence par faire ajouter prudemment à l'eau de riz un tiers de lait stérilisé, puis la moitié, puis les deux tiers, et il revient graduellement à l'alimentation antérieure.

Les injections sous-cutanées de sérum artificiel ou de plasma de Quinton sont réservées pour les cas graves de choléra infantile.

« Etant donnée la quantité extrêmement faible de principes fixes dans l'eau de riz, son emploi exclusif pendant un jour ou deux, au cours des gastro-entérites, équivaut à peu près à la *diète hydrique* proprement dite. Celle-ci consiste à ne donner à l'enfant que de l'eau pure bouillie ou stérilisée pour éviter

d'introduire dans le tube digestif aucune substance fermentescible.

Dans les formes très graves de gastro-entérites, cette diète rigoureuse peut être nécessaire, mais elle est très difficile à faire accepter par les mères pour peu qu'on la prolonge : c'est là ce qui a fait la fortune des bouillons de légumes compliqués que l'on a substitués, à tort selon nous, à l'eau de riz qui remplit les mêmes indications et qui a fait ses preuves de tout temps et en tous pays.

Bon gré mal gré, il faut que nous tenions compte de l'état d'esprit du public et nous avons beaucoup de peine à lui faire admettre que l'eau pure puisse être une médication suffisante pour une maladie grave du tube digestif. L'eau de riz a l'avantage de paraître une boisson alimentaire, et il était vraiment bien inutile de compliquer la décoction du riz par l'addition de morceaux de carotte ou de navet pesés à un gramme près. Nous sommes obligés dans la pratique de faire des concessions aux habitudes et aux préjugés populaires et bon nombre d'infusions, de décoctions de plantes n'agissent guère autrement que par l'eau chaude. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 18 JUIN 1907)

La folie pellagreuse des Arabes d'Egypte. — M. MARIE fait, sur ce sujet, une communication dont voici les conclusions :

1° La pellagre vraie est presque constante parmi les Arabes aliénés comme parmi les populations dont ils tirent leur origine. Il y a donc des pellagreux devenus aliénés;

2° Parmi les aliénations consécutives à la pellagre, quelques-unes sont en rapport étroit de causalité entre elles et tirent de leur origine pellagreuse des caractères joints aux stigmates physiques;

3° Un certain nombre de folies paralytiques coïncident avec la pellagre et confirment l'opinion de Baillarger que la phase paralytique ultime de la pellagre peut réaliser un état identique, cliniquement et pathologiquement, à la paralysie générale des aliénés.

Ces cas n'infirment en rien les paralysies générales dont ils sont distincts et que M. Marie a signalées comme en rapport avec la syphilis.

Les deux formes peuvent cependant se combiner, c'est-à-dire qu'on peut observer des Arabes paralytiques généraux qui sont à la fois syphilitiques et pellagreux.

Traitement des eczémas des nouveau-nés par les injections d'eau de mer. — M. VARIOT, en son nom et au nom de M. Quinton, fait connaître les résultats intéressants obtenus par ce mode de traitement.

Ce traitement consiste à injecter, tous les trois jours, sous la peau des nouveau-nés eczémateux, 30 centimètres cubes d'eau de mer. Il se fait une poussée réactionnelle au niveau des lésions, une inflammation momentanée, un suintement abondant qui mettent hors de doute une action très vive, spécifique de ce mode de traitement.

Dans les trois quarts des cas, cette poussée réactionnelle est suivie de la chute des croûtes dans les trois ou quatre jours. L'eczéma sec du corps disparaît. On assiste à la régression rapide et plus ou moins complète des manifestations eczémateuses.

Chez les enfants chez lesquels la poussée réactionnelle ne se produit pas (40 p. 100) et où le traitement agit, l'amélioration est immédiate, les lésions pâlissent dès le lendemain de l'injection, et les croûtes tombent. La disparition complète de l'eczéma est obtenue en huit ou dix jours.

Anatomie et obstétrique. — Sous ce titre, M. FARABEUF fait une conférence sur les conditions anatomiques du bassin et la symphyséotomie.

Application de la photographie en couleurs à l'étude des maladies de peau. — M. HALLOPEAU présente, en son nom et celui de M. Infrest, directeur du laboratoire de radiographie à la Salpêtrière, les photographies en couleurs de six malades de l'hôpital Saint-Louis atteints, l'un d'une syphilide, un autre d'un lupus de la face, quatre autres de psoriasis ; l'un de ces derniers est dans une phase d'érythrodermie généralisée. Ces photographies sont la fidèle image de ces éruptions ; on y remarque la vivacité des couleurs et la netteté des contours. Elles ont été obtenues par les nouveaux procédés de M. Lumière. La possibilité de cette reproduction est d'un haut intérêt au point de vue de la dermatologie. Jusqu'à présent, lorsque l'on désirait obtenir l'image d'une éruption trop étendue pour être l'objet d'un moulage, on colorait à l'aquarelle des photographies ; et quel qu'ait été le talent avec lequel ces productions aient été maintes fois exécutées, elles ne pouvaient atteindre le degré de perfection que l'on admire dans ces photographies en couleurs. Il y a là un progrès considérable au point de vue de l'enseignement des maladies de la peau et surtout de la conservation des types morbides. Il en résulte que la création d'un laboratoire de photographie à l'hôpital Saint-Louis s'impose plus que jamais.

Douches massages. — Signalons aussi, parmi les présentations, celle qu'a faite M. RICHELOT d'une brochure de M. Derecq sur les bons effets des massages sous la douche d'eau sulfureuse.

Elections. — Après deux tours de scrutin, M. WEISS a été élu membre titulaire dans la section de physique et de chimie, par 47 suffrages sur 79 votants.

Au début de la séance, M. LE PRÉSIDENT a annoncé la mort de M. Costa, membre correspondant étranger.

ANALYSES

MEDECINE

Artério-sclérose expérimentale par la nicotine. (PAPADIA. *Riv. di patol. nerv. mentale*, 1907, p. 161-173.) — L'auteur étudie les lésions aortiques obtenues chez des lapins, par injections intra-veineuses de nicotine.

Elles sont dues à la double action toxique et hypertensive de la nicotine et consistent en destruction de la tunique moyenne du vaisseau, d'où facile dilatation vasculaire sous l'influence des variations intenses et brusques de la tension sanguine. L'endartère s'hypertrophie alors ; c'est une endartérite scléreuse hypertrophique avec nombreuses fibres élastiques, et, dans la profondeur, processus dégénératifs. La nécrose de la tunique moyenne s'infiltre de sels calcaires et provoque autour d'elle une prolifération conjonctive. L. ALQUIER.

Le sens stéréognostique chez les aliénés dans ses rapports avec les troubles de la sensibilité générale. *(Gazzetta degli ospedali e delle cliniche,* 7 oct. 1906, n° 120.) — Le sens stéréognostique consiste dans la capacité de percevoir la forme et le volume des objets à l'aide du toucher seul. D'après le docteur Giammaria FRATINI, ce sens dépend aussi bien de la fonction psychique que de la sensibilité générale. Il dépend cependant beaucoup plus de l'intégrité de la fonction psychique (perception, mémoire, notion des états subjectifs) que de la finesse et de l'intégrité de la sensibilité générale. Aussi le sens stéréognostique s'altère ou disparaît surtout quand le processus psychique de perception est altéré; les altérations de la sensibilité générale influent au contraire peu ou point sur son intégrité. Les délires peuvent modifier la perception exacte du volume et de la forme des objets quand ils provoquent des interprétations délirantes et des illusions. On le constate quelquefois dans la paralysie générale et dans la démence paranoïde. L'auteur ne l'a jamais observé dans la paranoïa.

Chez les épileptiques les altérations objectives de la sensibilité générale sont constantes après les paroxysmes, mais elles ne s'accompagnent de modifications du sens stéréognostique que lorsqu'elles sont associées à des troubles de la conscience (état crépusculaire).

Des faits analogues s'observent dans les folies morales après les crises de colère ou de fureur impulsives, ce qui démontre l'analogie entre la folie morale et l'épilepsie.

Dans la démence sénile on peut observer un retard énorme dans la perception de la forme et du volume des objets; ce retard correspond à l'un des symptômes les plus caractéristiques de la démence sénile, le retard de la perception.

De tout ce qui précède M. Giammaria Fratini conclut que l'examen du sens stéréognostique appartient plus étroitement à l'examen physiologique qu'à l'examen psycho-physique.

A. GAULL'EUR L'HARDY.

CHIRURGIE

Le sarcome primitif de l'estomac. (A. MAC CORMICK et D. A. WELSH. *The scottish med. and surg. Journ.*, oct. 1906, vol. XIX, n° 4, p. 299.) — Les auteurs rapportent trois observations inédites de cette affection.

Les deux premières ont trait à des malades opérés par Mac Cormick avec un plein succès.

L'un présentait une tumeur mobile, arrondie occupant l'hypocondre gauche. On trouve une tumeur de la grosseur d'une orange ne tenant à la paroi postérieure de l'estomac que par un pédicule relativement mince. La tumeur est réséquée avec une portion de paroi stomacale. Il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes, à limites très nettes indiquant une faible malignité.

L'autre est une tumeur de la région de l'ombilic beaucoup plus volumineuse. Pour l'extirper le chirurgien est obligé de sectionner la plus grande partie du côlon transverse adhérant à la face antérieure de la tumeur et les deux tiers droits de l'estomac. Le tube digestif est reconstitué par une gastro-entérostomie entre le cul-de-sac cardiaque de l'estomac et de l'iléon, et une anastomose termino-terminale entre les deux bouts du côlon.

Le malade guérit rapidement. Il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire ayant pour origine la paroi postérieure du corps de l'estomac.

La troisième observation est celle d'un malade décédé après six mois de présence à l'hôpital pour une affection pulmonaire avec phénomènes de gangrène. A l'autopsie, on trouve une vaste collection purulente sous-phrénique gauche causée par une perforation stomacale. Celle-ci siège au niveau d'une tumeur de la grande courbure à peu de distance du cardia. A l'examen il s'agit encore d'un sarcome fuso-cellulaire.

A propos de ces trois cas, Mac Cormick et Welsh passent en revue la littérature de la question et réunissent les cas connus au nombre de 41 en un tableau. Ils tracent ensuite un tableau de l'affection. Les principaux traits qui ressortent de cette étude est que le sarcome de l'estomac est plus fréquent à un âge moyen et avancé que chez les jeunes sujets, contrairement à la règle admise. Il faut en reconnaître deux types fort différents.

Le sarcome globo-cellulaire, comprenant le lymphosarcome, siège de préférence vers le pylore, infiltre rapidement et au loin les tuniques stomacales, sans produire de tumeur appréciable, en donnant des troubles du chimisme stomacal, analogues à ceux du carcinome; les ganglions lymphatiques sont rapidement atteints; le pronostic opératoire est très mauvais.

Le sarcome fuso-cellulaire, qui peut être fibro ou myosarcome, occupe au contraire en général la grande courbure et la paroi postérieure de l'estomac. Au lieu de naître de la sous-muqueuse, il semble le plus souvent tirer son origine de la sous-séreuse et forme une tumeur qui se pédiculise plus ou moins en dehors de l'estomac. On n'observe pas là comme dans la forme précédente des végétations de la muqueuse stomacale, les ganglions, les organes voisins sont rarement atteints. Il en résulte que le pronostic opératoire de ces tumeurs est très favorable. Les auteurs citent de nombreux succès dont les uns datent de plusieurs années.

En finissant Mac Cormick et Welsh montrent la difficulté du diagnostic du sarcome primitif de l'estomac en particulier dans la forme globo-cellulaire. Dans bien des cas en effet il sera impossible de dire si l'on a affaire à une tumeur primitive stomacale avec rapide envahissement ganglionnaire ou au contraire à une lymphocythémie primitive des glandes périgastriques avec infiltration secondaire des parois gastriques.

LANCE.

Contribution à l'étude de la pylorectomie dans les sténoses bénignes du pylore. (A. BRÉCHOT. *Revue de chir.*, janv., fév., mars 1907.) — M. Bréchot, dans cette étude, a entrepris de montrer, en se basant sur des expériences physiologiques toutes récentes, que la pylorectomie était de beaucoup supérieure à la gastro-entérostomie dans les sténoses bénignes du pylore, car la seconde a le grave inconvénient de ne plus faire passer le chyme stomacal par le duodénum.

Or les expériences de MM. Délezenne et Froin, Bayliss et Starling, Pawlow et de ses élèves ont montré toute l'importance physiologique de cet organe dans la digestion; le duodénum règle en effet l'évacuation stomacale; l'excitation que lui apporte au moment voulu le chyme, provoque des sécrétions importantes dont les diastases associées jouent un rôle prépondérant dans la digestion. Le suc pancréatique, primitivement inactif, ne doit son action qu'à son association avec le suc entérique, or ce suc entérique n'est sécrété presque exclusivement que dans le duodénum (Frouin); de plus la sécrétion pancréatique, faite sous l'influence du passage d'acide chlorhydrique libre dans le duodénum est beaucoup plus considérable que celle due au passage d'acide chlorhydrique libre dans la partie supérieure du jéjunum.

La physiologie pathologique expérimentale a montré, dit M. Bréchot, que chez les animaux dont les fonctions duodénales ne sont pas respectées, il y a un défaut d'assimilation des graisses et des albuminoïdes et la neutralisation imparfaite du chyme; or la gastro-entérostomie place dans des conditions identiques la digestion intestinale.

De plus le duodénum réglerait les mouvements du pylore et les contractions de la région active de l'estomac et par suite commanderait l'évacuation progressive, mais complète, de cet organe; la bouche de gastro-entérostomie ne peut au contraire fonctionner qu'en remplissant dans les sténoses complètes le rôle de l'anus iliaque. Dans les sténoses incomplètes le cours de l'alimentation se rétablit par le pylore après cessation des phénomènes inflammatoires ou spasmodiques, ce qui le rend à nouveau perméable.

Dans une seconde partie clinique M. Bréchot montre que la gastro-entérostomie, qui en supprimant le passage du chyme à travers le duodénum présente de graves inconvénients prouvés par la physiologie, n'arrête point en outre l'évolution des complications immédiates de l'ulcère : perforation, hémorragie, pas plus que la greffe cancéreuse tardive; elle ne peut être efficace que si on la complète par la résection de l'ulcère.

La pylorectomie au contraire n'exclut pas le duodénum et constitue le traitement radical de l'ulcère et aussi de l'hyperchlorhydrie intense qui l'accompagne; elle est suivie de résultats immédiats aussi beaux que ceux de la gastro-entérostomie et de résultats éloignés bien meilleurs; la pylorectomie est donc l'opération de choix; quand elle ne sera pas praticable, il faudra recourir à la gastro-duodénostomie qui maintient un cours plus physiologique à l'alimentation; la gastro-entérostomie sera réservée aux cas encore nombreux où les deux précédentes opérations seraient impraticables.

ÉTIENNE LE SOURD.

Luxations pathologiques de l'articulation du coude. (Raoul Marsan. Th. de Paris, 1906.) — Les luxations pathologiques, spontanées, consécutives, secondaires, symptomatiques, graduelles et progressives (suivant les différentes dénominations qu'on leur a données), qui frappent l'articulation du coude, ne sont pas un fait assez commun pour que les auteurs les aient toujours remarquées et bien moins encore décrites. Il faut donc savoir gré à M. Raoul Marsan d'avoir enrichi sur ce point la littérature médicale.

Dans sa thèse très documentée, M. Marsan passe méthodiquement en revue les luxations consécutives aux arthrites aiguës, celles dans lesquelles l'élément dominant est la distension capsulaire et ligamenteuse par le liquide épanché dans l'articulation, puis les luxations consécutives aux arthrites fongueuses caractérisées par une destruction lente et progressive de tous les éléments articulaires, ensuite les luxations consécutives aux arthrites paralytiques, aux arthrites déformantes, enfin les luxations consécutives à la fracture d'un ou des deux os qui composent le squelette antibrachial, celles consécutives aux tumeurs et aux néoformations de l'avant-bras. Il termine par un groupe comprenant tous les cas de luxations à étiologie vague que l'on range sous l'étiquette de luxations congénitales.

Après avoir étudié ces différentes variétés au point de vue anatomique, clinique et thérapeutique, M. Marsan arrive à conclure que toutes les causes susceptibles d'engendrer les luxations agissent toujours de trois façons : 1° en provoquant la laxité, la distension ou la paralysie des soutiens membraneux articulaires; 2° en provoquant la destruction des surfaces osseuses articulaires; 3° ou seulement la déformation de ces mêmes surfaces osseuses.

Le sens des déplacements peut être déterminé ou bien par une attitude vicieuse du membre, ou bien par l'action des contractions musculaires, ou plus simplement encore par un mouvement volontaire ou involontaire.

Toutes ces causes, une fois en action, donneront naissance à des types de luxations presque toujours les mêmes, à part quelques rares exceptions, et on ne retrouvera pas ici toute la gamme variée des luxations traumatiques.

En général on peut dire que, parce qu'elle est moins défendue, l'articulation radio-cubitale cédera la première.

Tandis que l'huméro-cubitale ne cédera que plus tard à la faveur de désordres et de destructions articulaires considérables.

La symptomatologie sera la même pour les luxations identiques : qu'elles soient pathologiques ou traumatiques, il en sera de même du diagnostic.

Leur pronostic se verra assombri par toute la gravité de l'affection causale.

Enfin le traitement de ces luxations devra être prophylactique, étiologique, direct de la déviation. L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

La psychose maniaque dépressive (1), par MM. G. Deny et Paul Camus.

On tend depuis quelques années à unifier, sous le terme générique de *psychose* ou de *folie maniaque dépressive*, toutes les affections encore généralement décrites sous le nom de *folies intermittentes*, de *pyschoses périodiques*, de *folies à double forme*, *alterne*, *circulaire*, etc., et aussi la *manie* et la *mélancolie* dites *simples* ou *non récidivantes*.

L'originalité de cette conception, c'est sa prétention de bannir du cadre des maladies mentales la *manie idiopathique* et de reléguer la *mélancolie* au rang des psychoses de la période d'involution. Il y a là une première question de nosologie, sur laquelle il importe d'être fixé.

Il s'agit, en outre, de décider si les modifications qui ont été apportées dans ces derniers temps à l'ancienne nosographie des *folies intermittentes* ou *périodiques*, sont assez profondes pour légitimer la nouvelle dénomination de *psychose maniaque dépressive*; c'est même là le véritable nœud de la question qu'étudient MM. Deny et Camus.

On lira avec intérêt ce chapitre important de la clinique des maladies mentales, ainsi que les déductions thérapeutiques qui l'accompagnent. L. GAYARD.

(1) In-16 cart. de la collection des Actualités médicales, avec 10 fig. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

CORPS THYROIDE [1]

Lobes latéraux. — Par leur *face antéro-externe*, ils répondent à l'aponévrose cervicale moyenne, enveloppant les muscles sous-hyoïdiens. Le muscle sterno-thyroïdien, obliquement dirigé en haut et en dedans, recouvre la plus grande partie du lobe latéral. En dehors, se trouvent les muscles sterno-hyoïdien et omo-hyoïdien. Le sterno-cléido-mastoïdien n'est en rapport qu'avec une petite portion externe du lobe latéral.

La *face interne* des lobes, légèrement excavée, recouvre la face interne des cinq ou six premiers anneaux de la trachée et du cartilage cricoïde; elle recouvre aussi une partie du bord supérieur du cartilage thyroïde. S'étendant en arrière, elle entre en rapport avec l'œsophage (surtout à gauche) et avec les parois latérales du pharynx (muscles constricteurs inférieurs). Le nerf récurrent, logé dans la gouttière trachéo-œsophagienne, est en rapport sur une longue étendue avec cette face interne et avec les artères thyroïdiennes inférieures. Les rapports du nerf récurrent avec les artères thyroïdiennes inférieures ont un grand intérêt chirurgical, car il faut éviter la blessure du nerf dans les opérations sur le corps thyroïde et la ligature des vaisseaux. Ils sont différents à droite et à gauche et variables selon les sujets. Le nerf récurrent gauche passe tantôt derrière l'artère thyroïdienne inférieure, tantôt en avant de ses branches, tantôt au milieu de ses branches; il peut passer aussi devant le tronc artériel (Taguchi); les rameaux du sympathique cervical venant s'anastomoser avec le tronc ou les rameaux du récurrent passent en avant, en arrière ou entre les branches de l'artère. Le nerf récurrent droit a des rapports encore plus variables que le gauche avec l'artère thyroïdienne inférieure; il passe en avant du tronc artériel ou entre ses branches; quelquefois le récurrent droit ne s'enroule pas autour de la sous-clavière mais autour du tronc de l'artère thyroïdienne inférieure.

La *face postérieure*, souvent décrite comme un bord, est assez étendue, excavée et répond au paquet vasculo-nerveux du cou : artère carotide primitive qui creuse souvent une gouttière sur cette face, veine jugulaire interne, pneumogastrique. Elle est aussi en rapport avec le grand sympathique, ganglion cervical moyen, dit ganglion thyroïdien (Haller).

Le *bord antérieur* oblique en haut, en dehors et en arrière, très mince, croise la face externe du cartilage cricoïde et la face latérale du cartilage thyroïde.

Le *bord externe* répond à la veine jugulaire interne de très près ou à quelque distance selon les endroits.

Le *bord postérieur* est en rapport avec la paroi latérale du pharynx et de l'œsophage.

Le *sommet* du lobe latéral se trouve situé le long du bord postérieur du cartilage thyroïde; il répond à la division de l'artère thyroïdienne supérieure.

La *base* est à la hauteur du cinquième ou du sixième anneau de la trachée, à 2 centimètres au-dessus du sternum et de la clavicule chez l'adulte; elle est coiffée par des ramifications veineuses et en rapport avec la branche inférieure de l'artère thyroïdienne inférieure.

Thyroïdes accessoires. — Ce sont des lobules glandulaires, de petit volume, adhérents au corps thyroïde par un pédicule, ou plus souvent libres.

Leur siège est variable, on les trouve au niveau de l'os hyoïde, sur la face antérieure du cartilage thyroïde et de la membrane crico-thyroïdienne, au-dessus de l'isthme du corps thyroïde. On en a signalé de rétro-œsophagiens. Il peut en exister entre l'isthme et le sommet de la crosse aortique (glande aortique de Wölfler).

Quelques glandes thyroïdes accessoires dérivent du canal thyréo-glosse.

Glandules parathyroïdes. — Appelées encore glandules thyroïdiennes ou corpuscules épithéliaux, ce sont de petits corpuscules arrondis de quelques millimètres de diamètre, de coloration plus pâle et de consistance plus ferme que la glande thyroïde. Leur existence paraît constante. Au nombre de deux pour chaque lobe, les parathyroïdes sont situés sur la face postérieure ou sur la face interne de la glande, rattachés au lobe par un lien conjonctif assez lâche.

Structure. — Le corps thyroïde représente le type des glandes closes. Il est constitué par une série d'acini fermés, plus souvent nommés vésicules ou follicules, et d'un stroma conjonctif dans lequel se trouvent des vaisseaux et des nerfs.

Vésicules. — A peu près sphériques, ces vésicules ont un diamètre de 50 à 100 μ; elles sont plus grandes chez le vieillard. Ce sont des cavités closes, indépendantes les unes des autres; toutefois Virchow et plus récemment Hitzig ont admis que les cavités pouvaient communiquer les unes avec les autres. D'après Mathias-Duval, les vésicules se groupent en lobules et ceux-ci en lobes; dans un lobule, on voit le plus souvent les vésicules communiquer entre elles, mais les lobules ne communiquent pas entre eux et la glande est bien réellement close.

La vésicule est formée de dehors en dedans par une membrane basale, et un épithélium circonscrivant une cavité centrale.

La *membrane basale* n'est pas admise par tous les auteurs.

L'*épithélium* est formé d'une seule couche de cellules cylindriques ou cubiques; on distingue des cellules principales et des cellules colloïdes.

Les cellules principales ont des contours bien limités, un protoplasma homogène ou chargé de quelques granulations, un noyau arrondi.

Les cellules colloïdes, plus rares, ont un protoplasma granuleux. Ce sont les mêmes cellules, mais à deux états physiologiques; les cellules colloïdes évacuent leur contenu colloïde dans la cavité.

La *cavité* de la vésicule est ainsi remplie d'un liquide visqueux et transparent; c'est un globe régulier de substance réfringente et claire.

Puis elle se vide et déverse son contenu dans les capillaires lymphatiques.

Stroma conjonctif. — Le corps thyroïde est enveloppé d'une capsule fibreuse, distincte de la gaine viscérale dans laquelle est logée la glande. Cette capsule envoie dans l'intérieur des cloisons qui circonscrivent les lobules; les vésicules sont aussi séparées par de fines cloisons intervésiculaires. Les vaisseaux sanguins et lymphatiques, les nerfs circulent dans ces cloisons.

Glandules parathyroïdes. — La parathyroïde est constituée par du tissu épithélial. Les cellules sont polyédriques, avec un protoplasma clair renfermant de fines granulations, avec un noyau petit et sphérique. Ces cellules forment des cordons pleins anastomosés et séparés par un riche réseau vasculaire.

Les glandules parathyroïdes semblent faire partie d'un groupe plus complexe dans lequel on trouve, à côté de la parathyroïde, un lobule de tissu thymique et une vésicule, vestige d'une poche entodermique branchiale. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 67, p. 802.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 5, mai 1907.) NADOLECZNY : Les épreuves de l'ouïe et de l'organe statique dans les accidents du travail.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Juin 1907.) Paul RIBIERRE : Traumatisme et paralysie générale. — DARDEL : Le chauffage des hôtels dans les villes d'eaux et les stations climatiques. — SOCQUET, OGIER et BALTHAZARD. Empoisonnement par la strychnine, erreur pharmaceutique. — THOINOT : Note médico-légale sur la mort dans la fièvre typhoïde latente. — BENON : Alcoolisme et criminalité.

Annales médico-psychologiques. — (N° 3, mai-juin 1907.) Julius DONATH : Les substances qui interviennent dans la genèse de l'attaque d'épilepsie. — SOUTZO fils : Encore la question de la démence précoce (*suite*). — R. CHARON : De l'hydrothérapie dans les asiles d'aliénés. Des bains d'aspersion. — V. PARANT : Les garanties d'un traitement rapide dans la nouvelle proposition de loi sur les aliénés, adoptée par la Chambre des députés.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 214, 25 mai 1907.) BERTOLOTTI : A propos de deux cas de paraplégie consécutive à un traitement radiothérapique. — LASSUEUR : Le traitement de l'hypertrophie de prostate par les rayons X. — BOSC : Perfectionnement dans l'emploi du chromoradiomètre du docteur Bordier. — DRAULT : Transformateurs élévateurs de tension à interrupteur moto-magnétique. — (N° 215, 10 juin.) IMBERT et MARQUÈS : Un cas d'affection osseuse (ostéosarcome ?) traité par la radiothérapie. — LAQUERRIÈRE : De la nécessité médico-légale de n'être pas trop affirmatif sur la pseudo-innocuité de certaines doses en radiothérapie. — MALHERBE : De l'électroionisation transtympanique. — KLYNEUS : Radiologie pratique. L'examen radiologique d'une fracture. — NOGIER : Les lampes Cooper-Hewitt à vapeur de mercure et leur emploi en thérapeutique.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 6, juin 1907.) MULLER : Epidémies de fièvre typhoïde dans le quartier de Jardin-Fontaine à Verdun. — LE GUELINEL DE LIGNEROLLES : Boîte démontable pour brancard.

Archives de médecine navale. — (N° 5, mai 1907.) HERNANDEZ : Note sur l'hygiène et l'état sanitaire de Gibraltar et d'Algésiras. — LIFFRAN : Hygiène navale à bord de l'*Amiral-Tréhouart*. — AUCHÉ : Lait et allaitement. — VINCENT : Epidémie de paludisme sur la Rance. — MALMÉJAC : Note sur les renseignements qui doivent accompagner les échantillons soumis à l'analyse. — Paul NÉE : Traitement du favus. — (N° 6, juin.) AUCHÉ : Lait et allaitement (*suite*). CHABUEL : Hygiène navale à bord du *Montcalm*. — AMOURETTI : Coup de chaleur paroxystique. — BELLET : Etat sanitaire de Dakar et du personnel de la marine pendant l'hivernage 1906. — MORESTIN : Chirurgie des accidents, entorse. — LOW : Abcès du foie. Ponction. Embolie gazeuse, mort. — GAZEAU : Intoxication par des gaz délétères dans une tourelle pendant le tir. — MIRANDA : Les explosifs modernes. Phénomènes d'empoisonnement pour les gaz d'explosion (trad. par M. Drago). — CAMPO : Troubles morbides et accidents graves produits par la combustion spontanée de charges de balistite sur le navire royal *Marco Polo* (trad. par M. Drago).

Bulletin médical. — (N° 40, 25 mai 1907.) FERRIER : Décalcification des tuberculeux et son traitement. — ROBIN : GUINARD et KÜSS : Critiques formulées. — (N° 41, 29 mai.) RAYMOND : Considérations générales sur l'hystérie. — LEPAGE : De l'opération césarienne tardive. — (N° 42, 1er juin.) DESTOT : Fractures bi-malléolaires. — (N° 43, 5 juin.) RAYMOND : Considérations générales sur l'hystérie (*suite*). — (N° 44, 8 juin.) DELORME : Sur les blessures du poumon compliquées d'hémorragies graves. — (N° 45, 12 juin.) CHANTEMESSE et KAHN : Sur la prophylaxie et le traitement de l'infection péritonéale à l'aide de l'hyperleucocytose provoquée par le nucléinate de soude.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 20, 18 mai 1907.) POSSELT : Sur la technique de l'examen du sérum. Recherche des quantités minimes de pigments biliaires dans le sérum sanguin.

Medizinische Blatter. — (N° 18, 20 mai 1907.) BERGEL : Etude critique sur la question de l'immunité. — (N° 21, 25 mai.) FRANKE : Traitement chirurgical et interne de l'appendicite. — BERGEL : Etudes critiques sur la question de l'immunité.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 19, 12 mai 1907.) VON RIHMER : Sur la tuberculose rénale. — (N° 20, 19 mai.) KISCH : Les formes constitutionnelles de la lipomatose. — (N° 21, 26 mai.) FILIPKIEWITZ : Tabes et syphilis. — FISCHER : Sur un cas de corps étranger.

Presse médicale. — (N° 43, 29 mai 1907.) LANDOUZY et LÆDERICH : Des affections cardio-vasculaires congénitales hérédo-syphilitiques. Etude de pathologie générale. — (N° 44, 1er juin.) CHAUFFARD et RENDU : La résistance globulaire normale chez l'adulte. — BROCA : Engouement herniaire chez le nourrisson. — (N° 45, 5 juin.) VAILLARD et DOPTER : Dysenterie bacillaire, son traitement par la sérothérapie. — DESFOSSES : Physiologie musculaire. Gymnastique de l'omoplate. — (N° 46, 8 juin.) JACQUET : Traitement simple de certaines dermatoses et déformations de la face. — LEVEN et BARRET : Définition de la dilatation de l'estomac basée sur la radioscopie gastrique. — MOUGEOT : Bains carbo-gazeux et nutrition : recherches expérimentales. — (N° 47, 12 juin.) Ed. SCHWARTZ : Le rétrécissement dit syphilitique du rectum. — L. RIBADEAU-DUMAS et POISOT : Le rôle de l'infection dans les anémies graves.

Province médicale. — (N° 21, 25 mai 1907.) P. JACQUES (de Nancy) : Corps étranger du larynx (pièce de 10 francs) extraite par la méthode de Kilian après un séjour de deux ans. — DUBREUIL-CHAMBARDEL (de Tours) : Un cas de maladie de Basedow héréditaire accompagnée de scoliose héréditaire. — P. CARLES (de Bordeaux) : L'eau de mer et son emploi médicinal. — (N° 22, 1er juin.) BÉRARD et ALAMARTINE : L'opération précoce dans l'appendicite aiguë (à propos d'un appendice trouvé perforé à la troisième heure). — P. PUECH : Sur la pathogénie des vomissements incoercibles de la grossesse. — CANNAC : L'eau minérale antidiarrhéique du Pestrin. — (N° 23, 8 juin.) JEANNEL : La pathogénie et le traitement du prolapsus du rectum. — RAPPIN : Nouvelles recherches sur l'immunisation antituberculeuse. — L. MAYET : Traitement des aortites, aortites aiguës.

Semaine gynécologique. — (N° 22, 28 mai 1907.) PICHEVIN : Myomectomie pour l'utérus rétrodévié gravide. Avortement consécutif. Enfant macéré. Septicémie. Curage instrumental. Guérison. — (N° 23, 4 juin.) PICHEVIN : Hystérectomie totale ou subtotale pour le fibro-myome de l'utérus.

Semaine médicale. — (N° 23, 5 juin 1907.) CHEINISSE : La gastromyxorrhée. — (N° 24, 12 juin.) Georges GUILLAIN : La myopathie consécutive à la fièvre typhoïde.

Tribune médicale. — (N° 19, 11 mai 1907.) Ménétrier et Clunet : Du polyadénome gastrique à centre fibreux et de son évolution cancéreuse. — Quisème : Des indications et des contre-indications du traitement thermal à Bagnoles-de-l'Orne. — (N° 20, 18 mai.) Ch. Laubry : Corps étranger de l'œsophage. Contribution à l'étude des hématémèses hystériques.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Quelques renseignements sur les verres de lunettes et lenr emploi, par le docteur Dufour. Broch. de 45 p. — Paris, Maloine.

Nevrastenia e auto-intossicazioni, par le docteur Arcangelo Mennella (de Livourne), 1907.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Billets d'aller et retour de Paris à la frontière suisse, délivrés conjointement avec des cartes d'abonnements généraux suisses. — La gare de Paris délivre des billets d'aller et retour de 1re et 2e classes valables 48 jours, pour Genève, les Verrières-frontière, Vallorbe-frontière et Villers-frontière (sans réciprocité).

Ces billets, qui sont émis au prix de 87 francs en 1re classe et de 64 francs en 2e classe, comportent la faculté d'aller de Paris en Suisse par l'un quelconque des points frontières ci-dessus dénommés et de revenir, soit à Paris P.-L.-M. par l'un quelconque de ces points, soit à Paris-Est par Delle-frontière ou par Bâle-Petit-Croix. Ils sont délivrés exclusivement aux voyageurs qui prennent en même temps une carte d'abonnement suisse de 15, 30 ou 45 jours, valable sur les principaux chemins de fer et lignes de navigation suisses.

Les prix des abonnements généraux suisses sont les suivants :

Abonnement de 15 jours, 1re classe : 80 fr.; 2e classe : 55 fr.; 3e classe : 40 fr.

Abonnement de 30 jours, 1re classe : 120 fr.; 2e classe : 85 fr.; 3e classe : 60 fr.

Abonnement de 45 jours : 1re classe : 160 fr.; 2e classe : 110 fr.; 3e classe, 80 fr.

En outre des prix ci-dessus, il doit être versé un dépôt de garantie de 5 fr. qui est remboursé au moment de la restitution de la carte.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours pour trois places de médecin des hopitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Béclère, Guinon, Rénon, Barth, Muselier, Raymond, Ménétrier, Gilbert et Launay.

MM. Béclère, Guinon et Ménétrier n'ont pas fait connaître leur acceptation.

Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture des copies.* — Séance du 20 juin. — MM. Mouchet, 26; Alglave, 25; Bouchet, 15.

La prochaine séance aura lieu le samedi 22 juin, à quatre heures un quart, à l'Hôtel-Dieu.

Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Deuxième épreuve clinique.* — Séance du 19 juin. — MM. Mouchotte et Funch, 28.

Présentation des candidats nommés samedi 22 juin, à onze heures trois quarts, salle de la rue des Saints-Pères.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. — Sciences physiques, chimiques et pharmacologiques. — Sont nommés agrégés :

Physique. — Paris : M. Zimmern; — Lyon : M. Nogier; — Nancy : M. Dufour.

Chimie. — Paris : M. Nicloux; — Lyon : M. Mouneyrat; — Montpellier : M. Derrien; — Nancy : M. Robert.

Phamacologie. — Bordeaux : M. Labat.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté ministériel, en date du 19 juin 1907, la chaire d'histoire de la médecine et de la chirurgie est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la promulgation du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — MM. les docteurs Lannelongue, Bourneville et E. Roux sont nommés membres de la commission chargée de répartir le prélèvement de 15 p. 100 sur le produit brut des jeux en faveur des œuvres d'assistance, de prévoyance, d'hygiène ou d'utilité publique.

LE LABORATOIRE MUNICIPAL. — Les deuxième et sixième commissions du Conseil municipal, qui ont dans leurs attributions le fonctionnement du laboratoire municipal, se sont réunies hier après-midi pour entendre M. Lépine, préfet de police, et M. Girard, directeur du laboratoire.

La question sera portée à la tribune, en séance publique, par M. Grébauval, président de la deuxième commission.

Un décret a retiré l'agrément de l'Etat au laboratoire municipal, qui désormais ne procédera plus de son chef à des expertises légales. Mais il reste à régler la question des prélèvements d'échantillons prescrits par la loi. Ces prélèvements étaient effectués jadis par des agents de la préfecture de police, sous la direction de M. Girard. Par qui le seront-ils à l'avenir?

L'Etat demande que les agents continuent mais que les échantillons soient envoyés dorénavant au laboratoire du ministère. Et il offre une somme de 9000 francs pour assurer ce service.

Les commissions, tout en déclarant non fondés les griefs formulés contre M. Girard et en déclarant maintenir leur confiance à celui-ci, ont donné leur assentiment à cette combinaison. Toutefois on conservera le laboratoire municipal qui continuera à opérer pour le compte des particuliers et pourra leur servir d'expert dans les conditions définies par la loi de 1905. (*Le Temps.*)

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la vingt-quatrième semaine, 887 décès, au lieu de 925 pendant la semaine précédente et au lieu de 840, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal. La rougeole et la scarlatine, toujours fréquentes en juin, continuent à être répandues.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès (moyenne 3), au lieu de 3 pendant la semaine précédente. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 36 (au lieu de 23 la semaine précédente et au lieu de la moyenne 29).

La variole a causé 1 décès au lieu de 4 la semaine précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 11 au lieu de 10 pendant la semaine précédente (moyenne 13).

La rougeole a causé 16 décès, comme pendant la semaine précédente (moyenne 16). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 438 (au lieu de 397 précédemment et au lieu de 287, moyenne des quatre dernières années).

La scarlatine a causé 6 décès, au lieu de 10 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 450; il s'élevait à 440 pendant la semaine précédente (moyenne 94).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le professeur Röll (de Graz).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Psychologie morbide. Croyances fixes, erreurs, hallucinations, suggestions, vésanies collectives, par le docteur E. DUPOUY. In-16. — Prix : franco, 3 fr. 50. — Paris, Librairie des sciences physiques, 42, rue Saint Jacques.

REVUE GÉNÉRALE

DES TRANSPLANTATIONS TENDINEUSES

ET EN PARTICULIER DE LA

TENDINOPLASTIE A LA SOIE

Par MM. P. VIGNARD,
Chirurgien de la Charité de Lyon,
et G. MONOD,
Interne des hôpitaux de Lyon.

La transplantation tendineuse est une opération qui a pour but de suppléer, par le tendon d'un muscle sain, le tendon d'un autre muscle devenu fonctionnellement impotent. Cette définition, très générale, embrasse : 1° les anastomoses tendineuses, c'est-à-dire la simple suture côte à côte sur une certaine longueur de deux tendons juxta-jacents; 2° les greffes tendineuses, qui consistent à détacher une portion de chaque tendon ou de leur gaine et à suturer ensemble les deux lambeaux, en laissant en place les tendons eux-mêmes; 3° les transplantations proprement dites, par lesquelles une portion détachée du tendon sain, ou ce tendon entier, sectionné ou désinséré, sont transportés et suturés au bout périphérique du tendon malade, préalablement sectionné, ou encore fixés directement au périoste.

La tendinoplastie est la création, aux dépens d'une matière quelconque, d'une portion plus ou moins longue de tendon artificiel. Déjà, en 1880, Gluck avait remplacé des tendons lésés par des faisceaux de catgut et de soie. Ses nombreuses expériences sur l'animal, accompagnées de quelques essais chez l'homme, ont été reprises dernièrement en France par Mencière, ainsi que nous le rappellerons plus loin. Le premier, Lange a appliqué la tendinoplastie aux transplantations. Nous nous proposons surtout de montrer quels services peut rendre la combinaison de ces deux méthodes, en particulier dans le traitement des difformités paralytiques des membres.

I

Historique. — Missa, en 1770, est probablement le premier chirurgien qui ait pratiqué l'anastomose tendineuse, en réunissant par la suture deux tendons voisins des doigts. Velpeau cite un cas de Champion. En 1875, à la Société de chirurgie, Tillaux présente un cas dans lequel il a anastomosé les tendons extenseurs paralysés de l'annulaire et de l'auriculaire avec le tendon sain du médius. Dans la même séance, Polaillon, Denonvilliers et Lefort citent des cas analogues. En 1876, Duplay anastomose le long extenseur du pouce avec le premier radial externe, et Tillaux cite de nouvelles observations. Il s'agissait jusque-là d'impotence due à des lésions traumatiques. Le premier, en 1880, Nicoladoni applique la transplantation au traitement des paralysies proprement dites, en remplaçant, dans un pied-bot talus, le triceps sural par les deux péroniers. Le résultat, bon au début, ne se maintint pas, et Nicoladoni abandonna sa méthode. Elle fut reprise par Maydl (3 cas, 1886), puis par von Hacker, Henke, Partsh et Roersch. De 1892 à 1896, il faut citer Parrish, Krinsky, Lipburger, Ghillini, Forgue et Franke. Puis viennent les importants travaux de Milliken, Drobnik et Vulpius, dont nous reparlerons, et les premiers essais de Lange. A partir de 1800, d'innombrables chirurgiens pratiquent des transplantations. Citons, en France seulement : Cerné, Kirmisson, Monod, Péraire, Mally, Piéchaud, Rochet (5 observations dans le *Lyon médical*, 1897, et 3 dans la thèse de Vidal), Mencière. Les deux dernières publications françaises importantes, outre la communication de Mencière, que nous citerons plus loin, sont la thèse de Cattan (Lyon 1900) inspirée par Nové-Josserand (1), avec 5 observations, et celle de Leroy des Barres, à laquelle nous ferons quelques emprunts.

En Allemagne, les observations sont bien plus nombreuses. Les indications s'étendent aux paralysies spasmodiques : Eulenburg, Wallenstein, Vulpius, Lange; aux contractures du genou : Heusner et Bruns, Lange. En 1902, Vulpius publie un livre sur les transplantations, et en 1904, Lange écrit un très important chapitre de 100 pages dans le *Traité de chirurgie orthopédique* de Joachimsthal, où il expose sa propre méthode.

II

Procédés opératoires. — Les différents procédés opératoires employés peuvent se réduire à sept. Nous les résumerons d'abord le plus simplement possible, et reviendrons ensuite sur ce qu'il est indispensable de dire au point de vue général.

1° Procédé de Nicoladoni. — Sectionner le muscle sain vers sa partie inférieure; porter le bout central dans une boutonnière faite au muscle paralysé; suturer.

2° Procédé de Drobnik. — Transplantations partielles : la même chose, mais en ne sectionnant et ne transplantant qu'une partie du muscle employé comme suppléant. L'avantage cherché est de conserver à ce dernier muscle sa fonction normale.

3° Procédé de Parrish. — Anastomoses latérales sans sections. Expérimentalement, en anastomosant ainsi le long extenseur propre avec le jambier antérieur, lorsqu'on tire sur le premier de ces tendons, on produit d'abord l'action normale du jambier antérieur, puis celle de l'extenseur propre.

4° Procédé de Milliken. — Greffe partielle et réciproque. On découvre les gaines des deux tendons, jambier antérieur et extenseur propre : on taille un petit lambeau dans l'aponévrose du premier, restant en communication avec le bout périphérique, et un lambeau analogue dans l'aponévrose du second, restant en communication avec le bout central : les surfaces de section sont fermées, et les deux lambeaux sont réunis entre eux par une suture continue.

5° Procédé de Peraire et de Mally. — Greffes musculaires et tendineuses. Aux deux lambeaux tendineux disséqués et réunis, s'ajoute un avivement et une réunion des parties charnues des muscles.

6° Premier procédé de Lange. — Dédoublement du tendon suppléant, désinsertion de la moitié du tendon dédoublé et transplantation sur le périoste.

7° Deuxième procédé de Lange. — Section des tendons, transplantation totale et tendinoplastie à la soie. Nous supposons toujours une paralysie du jambier antérieur à suppléer par le long extenseur propre du gros orteil : une incision de 5-8 centi-

(1) Notre ami F. Bourret prépare en ce moment une thèse où il publiera les nombreux résultats récents de Nové-Josserand, dans les dermatoses tendineuses pour difformités paralytiques.

mètres sur le dos du pied libère les deux tendons : on sectionne l'extenseur propre vers le milieu du dos du pied ; on tresse de la soie avec le bout central, en la fixant par quelques points, et on va la suturer au premier cunéiforme de la façon suivante : le périoste est incisé, soulevé avec un instrument résistant ; la tresse de soie est engagée dessous. Les deux bouts de la soie sont cousus dans le périoste du premier cunéiforme, et éventuellement du premier métatarsien. Sans toutefois entrer dans l'articulation, l'aiguille sera passée le plus profondément possible, sans crainte d'embrocher la capsule articulaire, les cartilages et les ligaments. (On se sert pour cela d'aiguilles résistantes, à forte courbure, à pointe courte.) Les deux bouts sont alors tirés à la longueur voulue, le pied étant en bonne position, et noués. Finalement, on ferme l'incision faite au périoste, par-dessus le tendon artificiel, par deux ou trois points isolés, et on suture le bout périphérique de l'extenseur propre au tendon de l'extenseur commun.

La critique de ses différents procédés ne peut être faite d'une manière générale. Chacun a ses avantages, qui sont plus ou moins appréciables, ou même plus ou moins réalisables suivant la forme de la paralysie. Les anastomoses latérales ne sont possibles que s'il y a peu de muscles paralysés, et si l'on peut employer comme suppléant un muscle voisin du muscle malade. Aux transplantations totales, on a reproché de guérir une paralysie en en créant une autre, et, comme on dit, « de déshabiller Pierre pour habiller Paul. » Ce reproche est beaucoup moins grave quand on peut, comme dans l'exemple précédent, suturer le bout périphérique du tendon suppléant à un autre muscle de fonction analogue. Les transplantations partielles évitent cet inconvénient, mais, pour qu'elles donnent une entière satisfaction, il faudrait que les parties isolées du muscle divisé apprissent à travailler indépendamment l'une de l'autre. La seule preuve absolue du fonctionnement isolé d'un tendon transplanté est la constatation, par la palpation, de la tension de ce tendon pendant la contraction, tandis que l'autre moitié du muscle reste flasque. Or, cette exploration était à peu près impossible à faire avec la méthode de Nicoladoni, car la portion de tendon détachée a, au plus, quelques centimètres de long. Avec la méthode de Lange, quand le tendon est prolongé par une tresse de soie, on peut parfaitement le sentir se tendre pendant la contraction. On peut alors constater, après une transplantation partielle, qu'il n'y a presque jamais de contraction isolée d'une portion du muscle, mais toujours une contraction du muscle en entier. Bien plus, quand, de deux muscles remplissant normalement la même fonction, on détourne l'un pour le transplanter ailleurs, ce muscle n'acquiert que tardivement une indépendance réelle, et à un degré souvent bien moindre que celui qu'on souhaitait atteindre. Ainsi, quand on transplante sur le quadriceps le demi-membraneux seul, il se passe souvent des années avant qu'il apprenne à se contracter indépendamment du demi-tendineux. L'adaptation des centres nerveux aux nouveaux groupements musculaires ne se fait donc pas aussi facilement qu'on l'a dit.

La suture au périoste paraît dans beaucoup de cas préférable, parce que les tendons paralysés sont souvent trop faibles pour recevoir utilement une anastomose. Enfin, la combinaison de la suture au périoste avec la tendinoplastie permet de donner sûrement et toujours au tendon la longueur exacte : elle laisse le choix absolu du point d'insertion ; elle permet l'emploi de muscles éloignés qui autrement seraient inutilisables ; avec elle, les indications des transplantations s'élargissent considérablement.

On peut avoir plus de sécurité encore, quand on transplante un muscle puissant, en creusant comme Muller un canal dans l'os lui-même et en y engageant la tresse de soie. Turner a proposé récemment de remplacer la soie par un lambeau de périoste suffisamment long détaché avec l'insertion même du muscle transplanté. Cela semble une complication inutile et qui ne donne pas la même liberté. Witzel, Schantz emploient des fils métalliques (argent, aluminium). Nous employons, comme Lange et Mencière, de la soie tressée et plate, du n° 1 ou 2. Cette soie est renfermée dans un récipient hermétiquement clos, contenant du sublimé à 1 p. 1000. Huit jours de suite, pendant deux heures, il est soumis à une température de 120 degrés.

Avant d'entreprendre l'opération, il faut toujours redresser complètement la difformité. Si ce redressement est pénible, s'accompagne d'hémorragies sous-cutanées, il faudra laisser attendre le membre un ou deux mois dans l'appareil plâtré. Si l'on ne faisait le redressement qu'après la transplantation, les tendons n'auraient naturellement plus la longueur voulue.

La réussite d'une opération de transplantation tendineuse est impossible sans la plus stricte asepsie. Il serait superflu d'insister ici sur la propreté nécessaire de tous les instruments, table, objets de pansement, opérateur, aides, etc. La question du drainage est moins universellement résolue. Nous ne saurions passer sous silence le procédé en quelque sorte intermédiaire, original et pratique, indiqué par Lange, et que nous employons toujours. On introduit dans la plaie, avant la suture de la peau, une mince mèche de gaz qui a la longueur de la plaie elle-même. A une extrémité est fixé solidement un gros fil de soie. Le tout est préparé d'avance, comme les tresses, dans le sublimé à 1 p. 1000. Le chef libre du fil de soie est disposé sous le pansement, et dépasse les limites de l'appareil plâtré. Quarante-huit heures après l'opération, il suffit de tirer sur ce chef, sans rien toucher à l'appareil ni au pansement, pour supprimer ce petit drainage temporaire. La cicatrisation immédiate de la plaie n'en est pas entravée.

En règle générale, le membre sera immobilisé dans le plâtre dans une position d'hypercorrection par rapport à la difformité qu'on se propose de guérir, à des degrés différents cependant suivant le cas. Un pied valgus paralytique sera fixé le plus possible en varus ; un pied varus, au contraire, doit être placé dans un léger valgus seulement, car son poids naturel l'entraîne déjà dans cette position. Dans la paralysie du quadriceps, traitée par la transplantation des fléchisseurs, on donne au membre une position rigoureusement rectiligne, en se gardant de faire de l'hypercorrection qui pourrait aboutir à une articulation ballante. Lorenz se refuse même à admettre cette indication des transplantations. Il prétend que, le traitement une fois terminé, la force des fléchisseurs est telle qu'elle ramène la jambe en avant et produit un genu recurvatum. Cette conception est exagérée : il suffit pour s'en convaincre, de considérer des photographies de membres ainsi

traités; on verra que l'on obtient à peine la rectitude du membre, et qu'on ne la dépasse jamais.

A la main, la position d'hypercorrection ne doit pas être conservée plus de trois à quatre semaines. A la jambe, on peut au bout de ce temps permettre au patient de se lever avec son plâtre. Huit à dix semaines après l'opération, l'appareil est enlevé; et un moulage du membre est aussitôt pris, pour la confection d'un appareil en celluloïd que le malade portera un certain temps, et dont il prolongera davantage encore l'usage pendant la nuit. Les bains, le massage, la gymnastique rendront peu à peu au membre sa force et ses mouvements, et une surveillance de plusieurs années préviendra l'apparition des récidives et la distension des tendons transplantés.

III

Indications. — Les transplantations tendineuses sont indiquées : dans les lésions des tendons et des muscles, dans les lésions nerveuses périphériques et centrales. Parmi ces dernières, la seule distinction importante à établir est celle entre les paralysies flasques et les paralysies spasmodiques.

1° Lésions des tendons et des muscles. — Ce sont elles qui ont été, comme nous l'avons vu, la raison des premières tentatives de transplantation. Aujourd'hui, dans un cas de lésion tendineuse, il est bien préférable de suturer en place le tendon, en le suppléant s'il est nécessaire, sur une plus ou moins grande longueur de son parcours, par un tendon artificiel en soie. En règle générale, un muscle sain ne doit pas être sacrifié sans nécessité absolue, et dans le cas de destructions tendineuses étendues, on n'aura recours à la transplantation que si le muscle lui-même est dégénéré.

Les lésions musculaires produites par l'inaction prolongée ou par l'élongation progressive dans les cas de contracture peuvent devenir également une indication de transplantation tendineuse. Par exemple, quand un genou a été immobilisé longtemps en flexion, la distension du quadriceps finit par produire une diminution de sa force contractile qui ne fait plus équilibre à la force des fléchisseurs. Les premières transplantations pour contracture du genou furent faites en 1901 par Codivilla et par Lange. Heusner transplanta en 1901 le biceps sur le quadriceps pour une contracture d'origine tuberculeuse et dans un cas de contracture rhumatismale. Alessandrini et Vulpius ont fait plus tard des opérations analogues. Il faut cependant être très prudent dans les cas de tuberculose. Le traitement général est ici capital : il réclame l'air libre, tandis que les quatre semaines de lit nécessaires à la plastique des tendons produisent toujours un certain degré d'affaiblissement de l'organisme.

2° Indications dans les paralysies flasques. — Les paralysies flasques constituent la plus fréquente indication des transplantations. Elles sont d'origine névritique ou médullaire. L'échec de la suture nerveuse après section traumatique, la compression, la distension des nerfs, quand pendant un an de traitement la paralysie n'a pas rétrocédé, peuvent devenir des indications.

Beaucoup plus souvent, c'est la moelle qui est en jeu. La paralysie infantile représente la cause de 80 p. 100 des transplantations tendineuses. Ici encore, il convient de ne pas se hâter d'opérer, car les paralysies des muscles peuvent s'améliorer. Si l'on peut suivre le malade à partir de l'attaque aiguë, on commencera le traitement par la faradisation, le massage, la gymnastique, les bains pendant un mois environ. Pour éviter la production des contractures, on peut employer des appareils en celluloïd, maintenant le membre pendant la nuit en position de redressement et d'hypercorrection. Le jour au contraire, pas d'appareils, pour combattre autant que possible l'atrophie. Enfin on n'opérera pas avant l'âge de quatre ans.

3° Indications dans les paralysies spasmodiques. — Les premières transplantations opposées aux paralysies de ce genre ont été faites en 1898. Les indications sont ici beaucoup plus difficiles à poser. Un exemple le fera bien comprendre : quand un ingénieur se propose de détourner, dans un canal artificiel, une partie du cours d'un fleuve, sa tâche est facile lorsque ce cours est régulier, la masse d'eau constante, la vitesse toujours égale à elle-même. Tel est le cas dans les paralysies flasques. Dans les paralysies spasmodiques au contraire, la source de force dont on dispose ressemble à un torrent dont la masse d'eau change à chaque instant et qu'on doit toujours s'attendre à voir déborder son lit, ou se tarir brusquement. Dans la maladie de Little, en général aucun muscle n'est complètement paralysé, et il y a autant exagération de force dans certains muscles que défaut de force dans d'autres. Les jumeaux et les fléchisseurs du pied sont en général si forts que les antagonistes sont insuffisants. Par la ténotomie, on peut y remédier et rétablir l'équilibre, mais elle ne suffit pas toujours, et une récidive apparaît malgré un traitement orthopédique bien surveillé. Lange, dès 1899, dans des paralysies spasmodiques, a transplanté le biceps, le demi-tendineux et le demi-membraneux sur le quadriceps. Il a fait également des transplantations dans le varus du pied consécutif à la maladie de Little, et Vulpius dans des cas de pied valgus spasmodique.

Dans la paralysie infantile cérébrale, il y a souvent paralysie complète de quelques muscles et spasmes dans d'autres groupes. Le type, c'est, chez le même malade, un pied équin spasmodique et, du même côté, une déformation de la main consistant en flexion et pronation extrêmes. Quand au pied équin spasmodique, justiciable de la ténotomie du tendon d'Achille, s'ajoute une paralysie flasque, la transplantation devient indiquée. Mais cette paralysie est souvent difficile à déceler, ou, au contraire, elle semble plus étendue qu'elle ne l'est en réalité. Les muscles qui paraissaient paralysés à un premier examen ne le sont pas toujours; souvent un médecin a déjà fait un examen électrique et produit des spasmes. Enfin beaucoup d'enfants, le matin à leur réveil, accomplissent certains mouvements qui deviennent impossibles au cours de la journée.

4° Indications ailleurs qu'au pied. — Au genou, il s'agit presque toujours de remplacer le quadriceps, muscle indispensable à la station debout et à la marche. Quand les fléchisseurs sont sains et les jumeaux robustes, ce qui est presque toujours le cas, on transplante en avant le biceps, le demi membraneux et le demi-tendineux, allongés par des tresses de soie, et l'on fixe ensemble ces nouveaux tendons,

non au périoste de la rotule, mais de préférence à la tubérosité du tibia. Si les jumeaux sont paralysés, on peut laisser le demi-membraneux comme fléchisseur de la jambe, mais il faut autant que possible transplanter ensemble ces trois muscles qui normalement travaillent ensemble. Si les fléchisseurs sont aussi paralysés, on peut encore tenter de suppléer le quadriceps par le tenseur du fascia lata, et par le couturier, comme l'a déjà fait Goldthwait en 1897.

Au membre supérieur, les indications des transplantations tendineuses semblent beaucoup plus rares. A Lyon, 4 cas ont été opérés par Rochet en 1897. Dans 2 de ces cas on a fait simplement des anastomoses tendineuses, dans les 2 autres des transplantations proprement dites. En 1905, pour une paralysie de tous les muscles de l'épaule chez une fille de quatre ans, Hildebrandt a transplanté en totalité le grand pectoral sur le tiers externe de la clavicule et de l'acromion. A la suite de cette opération, l'enfant pouvait porter la main au visage et sur la nuque.

Nous ne décrirons point ici les symptômes des paralysies, mais quelle que soit l'indication de la transplantation, le diagnostic électrique devra toujours être fait et souvent sous anesthésie générale. Parfois, il ne pourra être posé d'une façon certaine qu'après la section des muscles dont la rétraction fait paraître d'autres muscles apparemment paralysés, alors qu'ils sont sains réellement. C'est ainsi que, chez une enfant qui avait un pied équin paralytique avec rétraction du tendon d'Achille, les muscles antérieurs paraissaient tous paralysés. La transplantation du tendon d'Achille au dos du pied rétablit une forme normale, et les mouvements de flexion dorsale réapparurent après l'ablation de l'appareil plâtré. Mais on s'aperçut alors qu'ils étaient dus, moins à la contraction du muscle transplanté qu'à celle du jambier antérieur qui se trouvait être sain. La simple ténotomie aurait donc probablement suffi. Comme cette ténotomie est toujours nécessaire pour le redressement du pied dans les cas d'équinisme, et comme (nous le montrerons ailleurs), le tendon d'Achille est très rarement transplanté, nous proposons dans les cas semblables de pratiquer la section du tendon dans une séance particulière, avant l'intervention définitive, et de profiter de la même anesthésie pour explorer électriquement les muscles de la région antérieure. Un autre moyen de diagnostic qui peut être utile, c'est l'incision dans le tissu musculaire lui-même ; le muscle sain est rouge, le muscle paralysé est pâle, décoloré.

IV

Détermination du plan opératoire. Applications de la transplantation totale, avec tendinoplastie à la soie, aux paralysies du pied. — Nous avons exposé les indications générales des transplantations tendineuses. Dans les cas simples, ceux où un petit nombre seulement de muscles sont atteints, où l'on peut les suppléer par des muscles voisins, comme cela a été le cas dans la plupart des observations publiées en France, entre autres dans ceux relatés dans l'importante thèse de Leroy des Barres, les procédés habituels et bien connus d'anastomoses tendineuses, de greffes tendineuses et musculaires, de transplantations partielles, sont applicables et ont fourni d'excellents résultats. Mais la tâche du chirurgien est loin d'être toujours aussi simple. Souvent, en effet, dans les paralysies d'origine centrale surtout, il n'y a pas un seul muscle, mais plusieurs muscles impotents dans le même segment du membre. Il faudra alors, pour rendre l'opération le plus complètement utile, choisir entre les muscles sains ceux qui devront suppléer tel ou tel muscle paralysé ; et, si ceux-ci l'emportent en nombre sur ceux-là, il faudra savoir lesquels conserver, lesquels sacrifier. Ici comme ailleurs, le problème orthopédique est toujours double : il consiste, d'une part à rendre au membre sa forme et sa statique normales, d'autre part, à conserver ou à rétablir les fonctions normales, et d'abord les plus utiles d'entre elles. Pour cela, il ne suffit pas de rendre au membre impotent ses mouvements dans leur direction naturelle, il faut encore donner aux agents mécaniques de ces mouvements, aux muscles, leur force normale relativement aux agents moteurs antagonistes et aux forces statiques qui doivent s'équilibrer. Au pied, par exemple, le traitement de la paralysie en valgus est plus difficile que celui de la paralysie en varus, parce que le poids du pied l'entraîne naturellement à la récidive dans la première de ces déformations. Il faut donc, pour accomplir avec succès des transplantations tendineuses, connaître non seulement le point d'attache et la direction des muscles, mais encore leur force relative ; il faut se faire une échelle de l'importance relative de leurs fonctions ; il faut, avant d'entreprendre l'opération, avoir présentes à l'esprit les différentes méthodes qu'on pourra employer, posséder, en un mot, ce que les Allemands appellent des « Operationspläne ».

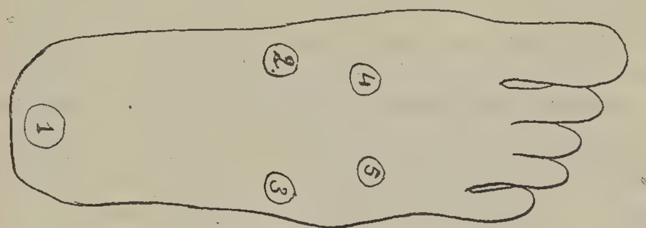
Quand, d'après le procédé de Nicoladoni, on appliqua la transplantation aux paralysies, on employait comme muscles suppléants ceux qui avaient une fonction secondaire, tels que l'extenseur propre du gros orteil ; ou bien de deux muscles de même fonction, on en choisissait un, comme un péronier latéral, un radial externe. Drobnik pratiqua surtout des transplantations partielles. Ce procédé (de nombreuses expériences en ces dix dernières années l'ont prouvé) n'amène le plus souvent une guérison qu'en ce qui regarde la forme du membre paralysé. Si, par exemple, on redresse un pied bot paralytique, et qu'on supplée le péronier paralysé par la moitié du tendon d'Achille, l'extenseur commun paralysé par la moitié du jambier antérieur, on redonne au pied une forme normale et on permet au malade de marcher sans appareil et sans crainte de récidive. Il y a déjà là pour lui un gros bénéfice. Mais, à y regarder de plus près, ce pied qui a retrouvé sa forme, n'a pas récupéré ses fonctions. Ainsi que nous l'avons exposé plus haut, les parties isolées du tendon partagé n'apprennent pas à travailler isolément, et par conséquent la pronation et la supination sont perdues. Or, ce sont là des fonctions absolument nécessaires à la marche dès que le terrain n'est pas plat. Moins bon est encore le résultat quand un seul muscle est employé à suppléer les fléchisseurs plantaires et dorsaux ; autant vaut alors une arthrodèse.

En résumé, quand un seul muscle est paralysé, si son fonctionnement indépendant n'est pas indispensable, son bout périphérique sera simplement suturé au muscle qui possède la fonction la plus approchante. Si le muscle paralysé a une fonction importante, il devra être suppléé par un muscle entier de moindre utilité. Quand un certain nombre de muscles est atteint, le problème se pose d'une façon dif-

férente, et les deux chirurgiens qui, incontestablement, ont pratiqué le plus grand nombre de transplantations tendineuses, Vulpius et Lange, l'ont différemment résolu.

Vulpius s'efforce de toujours rendre à tout tendon paralysé une quantité de substance musculaire active en rapport avec la force normale des mouvements de ce muscle. Si la paralysie est étendue, cette méthode conduit forcément à pratiquer sur le même segment de membre un certain nombre de transplantations partielles, et s'il est vrai que les muscles divisés ne reprennent pas une autonomie fonctionnelle suffisante, le problème du rétablissement de la fonction devient extrêmement compliqué. Aussi Vulpius n'a-t-il pas établi moins de cent seize plans opératoires différents.

Pour Lange, au contraire, dès que la paralysie est étendue à plusieurs muscles, il ne faut plus avoir en vue que le rétablissement des fonctions importantes, et ne pas craindre de s'écarter de la disposition normale en donnant aux muscles des insertions toutes différentes. « Quand, dit-il, une armée a éprouvé dans une première bataille des pertes importantes, le général ne disposera pas le lendemain ses troupes dans le même ordre. Il concentrera ses forces sur les points stratégiques les plus importants et abandonnera les autres. L'opérateur doit agir de même. » Or cela est précisément possible avec la



Schéma, d'après Lange.

méthode des sutures au périoste et la tendinoplastie. Les deux auteurs que nous citons diffèrent encore dans leur façon d'envisager le nombre des muscles disponibles. Au point de vue des transplantations, le triceps sural est un seul muscle ; le plantaire grêle n'est presque jamais à considérer; le muscle désigné en France sous le nom de péronier antérieur est appelé par les Allemands troisième péronier, et considéré par eux comme une simple portion de l'extenseur commun ne possédant presque jamais une individualité suffisante. Il y a donc à la jambe neuf muscles : en avant, le jambier antérieur, l'extenseur commun et l'extenseur propre ; en arrière, le triceps, le jambier postérieur, le fléchisseur commun et le fléchisseur propre; en dehors, les deux péroniers. Vulpius ne reconnaît presque aucun rôle utile, dans les transplantations, aux deux muscles propres du gros orteil, qui sont cependant souvent respectés par la paralysie. Lange en fait au contraire un fréquent usage. L'objet de notre étude étant la transplantation tendineuse avec tendinoplastie, nous nous arrêterons davantage à sa méthode. Ses plans opératoires, très simples, peuvent se réduire à trois types principaux :

1° Un a trois muscles sont paralysés. — On peut alors sacrifier l'individualité fonctionnelle d'un péronier ou des muscles propres du gros orteil. Supposons que le jambier antérieur, l'extenseur commun et l'extenseur propre soient paralysés. On remplacera le premier par le fléchisseur propre dont le bout périphérique sera ensuite anastomosé au fléchisseur commun, et les deux derniers par un des péroniers.

2° Quatre muscles sont paralysés. — On sacrifie la mobilité des orteils, accessoire en somme pour l'homme civilisé qui ne marche qu'avec des chaussures. Les muscles des tendons paralysés sont souvent si affaiblis qu'il convient de renoncer à leur distribuer à chacun de la substance musculaire, et qu'on peut dès maintenant recourir aux sutures périostales. Il existe des points typiques où les muscles doivent s'insérer pour remplir les fonctions capitales. En (1) [tendon d'Achille], s'attachent les fléchisseurs plantaires, (2) est l'insertion du jambier antérieur sur le premier cunéiforme, (3), qui lui est symétrique, n'est pas un point d'insertion sur le pied normal ; le muscle qu'on y attachera produira la flexion dorsale avec pronation, (4) est l'insertion du jambier postérieur, (5) est celle du court péronier (pronateur). En pourvoyant ces 5 points osseux de substance musculaire active, on donne au pied ses fonctions principales. Supposons, par exemple, une paralysie du jambier antérieur, de l'extenseur commun, de l'extenseur propre, et du long péronier. On sectionne au niveau de la malléole interne le fléchisseur propre et le fléchisseur commun, on les porte à travers l'espace interosseux à la face antérieure de la jambe, on les engage sous le ligament annulaire et on les amène au dos du pied. Le fléchisseur propre est fixé au point (2), le fléchisseur commun au point (3). Si quatre muscles seulement restent sains, les points (2) et (3) seront pourvus par le même muscle.

3° Trois muscles restent sains. — On ne peut plus pourvoir que 3 des points osseux de substance musculaire. Les points (4) et (5) seront abandonnés. Supposons qu'on dispose du triceps, du jambier postérieur et du court péronier. Le premier est laissé en place, les deux autres amenés aux points (2) et (3). Agissant simultanément ils produiront la flexion dorsale, isolément la pronation et la supination.

S'il n'y a que deux muscles sains, on abandonne la pronation et la supination, et l'on pourvoit les points (2) et (3) avec un même muscle. Si enfin un seul muscle reste disponible, par exemple un puissant triceps sural, on peut encore détacher le tiers moyen du tendon d'Achille, le conduire à travers l'espace interosseux à la face antérieure, et le fixer, dédoublé, aux points (2) et (3). On rétablit ainsi la statique du pied, mais on ne doit pas espérer ramener les mouvements volontaires. Cette dernière opération reste donc comparable à une bonne arthrodèse. En passant, nous ferons remarquer que celle-ci peut être pratiquée très facilement et sans aucune section osseuse à l'aide des deux incisions de l'astragalectomie par le procédé d'Ollier. On pèle au couteau ostéotome la partie antérieure de la face supérieure de l'astragale, puis graduellement sa partie postérieure amenée peu à peu dans le champ opératoire par un fort équinisme. Quand l'astragale a été ainsi fortement diminuée de hauteur, on a un jour très suffisant pour pénétrer en arrière et râcler la mortaise tibio-péronière.

Il nous semble inutile d'insister maintenant sur les avantages de l'application de la tendinosplastie

aux transplantations tendineuses. Dans tous les cas répondant aux schémas que nous venons d'énumérer, le prolongement du tendon transplanté par une tresse de soie peut être pratiqué et il l'est effectivement presque toujours. Seul, ce procédé laisse le choix absolu des muscles employés comme suppléants. Il permet d'aller les chercher parfois très loin, de les choisir forts ou faibles suivant le but à obtenir, de donner toujours et sûrement aux tendons la longueur strictement nécessaire. Quand on transplante un muscle en un point assez éloigné de son insertion normale, il se peut que la direction de ses fibres soit telle que l'effet de la contraction ne se fasse pas dans le sens voulu. On peut alors conduire le muscle de telle façon qu'il se réfléchisse, comme sur une poulie, soit sur un autre tendon, soit mieux encore sur une saillie osseuse (par exemple une malléole). C'est le procédé de la « poulie de réflexion » de Jalaguier. Avec la tendinoplastie, son emploi n'est pas contre-indiqué, mais il est moins fréquent. En effet, il est presque toujours possible et plus facile de faire passer la tresse de soie dans l'espace interosseux.

V

Résultats. — Aux résultats proprement dits de la transplantation tendineuse, nous joindrons quelques observations sur la question encore assez récente de la destinée dans l'organisme des tendons artificiels en soie.

La transplantation tendineuse ayant pour effet de détourner un muscle de sa fonction normale pour lui en faire accomplir une autre, on doit d'abord se demander si le système nerveux s'accommodera de cette transformation. Les données actuelles de physiologie ont établi que : 1° l'innervation de chaque muscle est sous la dépendance de plusieurs racines; 2° chaque racine produit des mouvements combinés. Il faut donc admettre que la spécialisation des mouvements volontaires a lieu dans les centres (vraisemblablement dans les centres encéphaliques). Or, Paul Bert et Marcacci, Œhl, Colugareanu et Henri, Barrago-Ciarella, Floresco, Kennedy, Le Roy des Barres, Breavoine, etc., par des anastomoses nerveuses expérimentales, ont prouvé que de nouvelles adaptations des centres sont possibles. La clinique l'a prouvé chez l'homme, et il est probable que ces adaptations sont plus faciles et plus rapides chez l'enfant.

On a objecté aux transplantations tendineuses la difficulté de leur exécution. Il est certain que peu d'opérations chirurgicales réclament une telle exactitude des connaissances anatomiques et physiologiques et une aussi grande prudence dans le choix de la méthode. Mais il en est peu également qui donnent une telle satisfaction à l'opérateur qui l'a su mener à bien. Les conditions nécessaires pour obtenir un résultat sont : 1° un diagnostic exact de la paralysie musculaire; 2° le choix attentif et la détermination rigoureuse du plan opératoire; 3° une asepsie absolue; 4° le choix de la position dans laquelle le membre opéré est immobilisé et l'application de l'appareil plâtré; 5° la libération lente, prudente et progressive du membre et l'usage prolongé d'appareils de soutien (en celluloïd ou autres) pendant la nuit. Ces deux dernières conditions surtout ont été trop négligées par les premiers opérateurs, et cela a certainement contribué aux résultats médiocres du début, et au peu de confiance de beaucoup de chirurgiens dans cette intervention. Dès 1890, ces résultats sont devenus bien meilleurs, et ils sont aujourd'hui excellents dans les formes favorables de paralysies.

Dans les paralysies flasques le succès dépend : 1° de l'importance des muscles paralysés; 2° de leur nombre. Il faut, en effet, considérer le résultat non seulement au point de vue de la forme, mais au point de vue de la fonction. Avec la méthode des transplantations totales combinée à la tendinoplastie, s'il reste au pied quatre muscles sains et assez vigoureux, on peut espérer le rétablissement des quatre mouvements principaux : flexion plantaire et dorsale, pronation et supination. Progressivement, après l'ablation de l'appareil plâtré, la circulation redevient normale, le pied qui, paralysé, était violacé et froid, reprend la même température que le pied sain, les malades expriment eux-mêmes leur satisfaction en disant que leur jambe, qui les gênait autrefois comme un membre mort, a recouvré la vie. Bientôt, sous l'influence d'un exercice bien surveillé, les mouvements apparaissent et s'accroissent, et la marche sans fatigue et sans aucun appareil devient possible. Il est nécessaire de faire faire au début des mouvements commandés pour obliger l'enfant à se servir de ses nouveaux groupements musculaires. Plus tard, il fera volontairement ces mouvements, et se servira de son pied opéré aussi facilement que de l'autre. En règle générale, la transplantation ne peut donner de résultat fonctionel satisfaisant que si le muscle transplanté est parfaitement sain, non affaibli lui aussi par la paralysie. Or on ne peut espérer la guérison complète de ces muscles affaiblis qu'à la longue, après la section des muscles rétractés. Cependant une partie au moins des échecs fonctionnels des transplantations de tendon à tendon, est due à la faiblesse du tendon paralysé, non à celle du muscle transplanté. Cet inconvénient est évité par la tendinoplastie avec suture au périoste.

Le pied varus équin par paralysie des extenseurs est le cas le plus favorable. L'opération est moins simple quand les péroniers sont en même temps atteints : cependant on obtient encore des guérisons satisfaisantes. Quand les supinateurs sont paralysés, le résultat est moins favorable. Après l'ablation de l'appareil plâtré, le poids du pied constitue un danger de récidive, contrairement à ce qui se passe dans le pied varus. On pare à ces difficultés par l'emploi de muscles plus puissants pour suppléer les supinateurs, par une immobilisation en varus forcé, et un usage plus prolongé des appareils de marche.

Au genou, on peut obtenir une attitude rectiligne de la jambe, et presque toujours les malades peuvent marcher sans le secours d'un appareil. Or ces appareils du genou sont souvent lourds et encombrants, et leur port constitue une réelle infirmité. Au membre supérieur, les transplantations peuvent rendre de très grands services, mais le nombre des cas opérés est encore trop restreint pour qu'on puisse se prononcer d'une façon définitive.

Il en est de même des cas de paralysie spasmodique. Lange a obtenu des résultats dans des pieds bots varus équins consécutifs à la maladie de Little. Vulpius a opéré avec succès des pieds valgus spasmodiques. Enfin, au genou, Lange a eu un succès dans un cas de maladie de Little, et Codivilla dans un cas de contracture due à une paralysie infantile

cérébrale. Pour les raisons que nous avons dites plus haut, les paralysies spasmodiques sont en général beaucoup plus difficiles à traiter et les indications des transplantations tendineuses y sont beaucoup plus rares.

Il réste maintenant à nous demander ce que deviennent dans l'organisme les tendons artificiels en soie. Cette question a été résolue par les travaux de Lange en Allemagne et de Mencière en France.

La difficulté de faire persister dans l'organisme des tendons artificiels tient surtout à ce que, dans les fils de soie, les liquides circulent mal. La soie les absorbe bien, mais ne les expulse pas à nouveau hors d'elle-même. Il restent stagnants dans les interstices, car ils sont à peu près soustraits à la pression déjà faible qui existe dans les espaces lymphatiques. Le renouvellement s'en fait donc très lentement. Ces liquides du tissu vivant contiennent des éléments de défense de l'organisme, à l'abri desquels les bactéries se retranchent dans les fils de soie où elles peuvent se développer et multiplier à l'aise. Les expériences cliniques l'ont prouvé : la soie qui a été simplement bouillie dans l'eau ne donne d'abord pas de réaction dans une plaie aseptique, mais au bout de quelque temps survient une infection qui aboutit à l'expulsion du fil de soie. Kocher a démontré le fait dans l'emploi de la soie pour ligatures, et Lange l'a observé dans ses premiers essais de tendinoplastie. Cet inconvénient est évité par la coction de la soie dans le sublimé à 1 p. 100. Cette imprégnation n'empèche pas la réunion par première intention, elle s'oppose longtemps à l'envahissement des bactéries, et réalise contre elles une protection artificielle. On ignore combien de temps persiste cette imprégnation. Il faut admettre qu'elle ne dépasse pas un certain nombre de mois ou d'années, mais l'expérience a montré qu'elle suffit cependant. Sous l'influence de la fonction, le faisceau de soie s'entoure de tissu tendineux vivants, les vaisseaux sanguins et lymphatiques finissent par le pénétrer et apportent la vie dans ce corps étranger qui devient de moins en moins susceptible d'offrir aux bactéries un milieu de culture. Dans les tendons artificiels en place depuis plus d'un an, Lange n'a jamais observé d'abcès ni d'expulsion des fils de soie. Sur 200 tendons artificiels appliqués en huit ans, il n'a vu des abcès autour des fils que dans 4 cas (nous rappelons ici, outre la nécessité de faire bouillir la soie dans le sublimé, l'importance de toutes les précautions aseptiques, en particulier du drainage temporaire de quarante-huit heures et de l'assèchement soigneux de la plaie). L'épaisseur et la longueur du tendon artificiel sont déterminées par les besoins de chaque cas et n'ont aucune influence sur l'évolution de la plaie. Des tendons de 20-25 centimètres « guérissent » parfaitement bien.

Une fois la cicatrisation obtenue, deux dangers nouveaux apparaissent au moment où l'on enlève l'appareil plâtré : les lésions nécrotiques des tissus, en particulier de la peau, par la tension du tendon artificiel d'une part, par les nœuds des tresses de soie d'autre part.

Le danger de la tension du tendon (Spannung-Decubitus) existe dans les pieds équins paralytiques graves, quand par exemple le jambier antérieur et le court péronier sont seuls disponibles, et qu'on les a transplantés à la face antérieure de la jambe, allongés par des tendons de soie suturés au pied au scaphoïde et au cuboïde. Quand on enlève le bandage plâtré, la pesanteur entraîne le pied en avant et tire sur les tendons de soie. Il peut arriver que la peau, soulevée par la soie, soit coupée au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. On évitera cet accident en donnant au pied avant l'opération une position en talus exrgérée qu'il gardera dans le plâtre. Après l'ablation, le pied revient progressivement, en plusieurs mois, à la disposition rectangulaire normale. A ce moment, le tendon artificiel est entouré de vrai tissu tendineux et ne lèse plus les tissus avoisinants.

Le deuxième danger est la lésion des tissus par les nœuds (Knotus-Decubitus). Le point où les fils ont été noués, quand on a employé plusieurs chefs, forme souvent des masses épaisses de plusieurs millimètres. Si le nœud repose sur un plan résistant, il peut léser la peau, une fois le bandage enlevé, et la liberté rendue au membre. On évite cet accident en formant les nœuds, non sur le dos du pied, mais à la jambe même, en plein tissu graisseux. On ne doit pas percevoir le nœud par la palpation.

Quand il a échappé à ces dangers, le tendon de soie se laisse peu à peu pénétrer par les tissus vivants. Déjà Gluck et Kummel, dans le traitement des lésions tendineuses destructives en avaient donné la preuve. Sur trois préparations de tendons de soie, prises au cours d'une intervention ultérieure, Lange a vu qu'il s'était formé du véritable tissu tendineux. Un des cas est celui d'un tendon artificiel appliqué en 1899, chez une fille de six ans pour une paralysie du quadriceps. Deux ans après, une nouvelle intervention fut nécessaire. Le tendon était de la grosseur d'un gros crayon, entouré d'une couche de tissu conjonctif lâche. Mis à nu, il avait l'apparence d'un cordon dur, bleuâtre, arrondi. Il était constitué par une enveloppe épaissse de 2-3 millimètres, au centre de laquelle on reconnaissait les fils de soie. L'examen microscopique montrait que les couches centrales, près du fil de soie, ressemblaient tout à fait à un tendon normal, tandis que dans les couches périphériques, probablement plus récentes, il y avait de nombreuses cellules et des vaisseaux. Il en était de même dans les autres cas. Or, comme cliniquement, chez tous ses opérés, Lange a noté un épaississement progressif du tendon artificiel, il conclut que les processus anatomiques sont partout les mêmes que dans les cas qu'il a pu vérifier par la vue, et que les tendons artificiels s'entourent toujours de tissu tendineux vivant. Cette transformation semble commencer sous l'influence de la fonction, et seulement après l'ablation de l'appareil plâtré. Ces résultats ont été contrôlés de très près par des expériences sur le chien pratiquées tout récemment par Mencière, et publiées par lui en même temps que cinq observations de transplantations tendineuses chez l'homme. Sur un jeune chien, l'auteur a remplacé le tendon d'Achille d'un côté par un écheveau de soie. Deux mois après, le muscle et le tendon fonctionnent normalement, l'attitude est parfaite. Six mois après, l'animal est sacrifié et les deux tendons sont disséqués. Le tendon artificiel est plus fort que le tendon opposé, son aspect est celui d'un tendon normal, il n'y a pas d'adhérences avec les tissus voisins, les fils de soie sont absorbés et remplacés par du tissu fibreux vivant. C'est là le seul point par où ses constatations diffèrent de celles de Lange. Indépendamment des différences qui peuvent exister entre l'animal et l'homme, nous pensons qu'on peut attribuer l'absorption plus complète des fils de soie,

dans l'expérience de Mencière, au fait qu'il s'est servi d'un écheveau au lieu d'une tresse. Les fils, moins serrés dans ce cas, se laissent probablement plus facilement pénétrer par les liquides de l'organisme.

Quoi qu'il en soit, ces expériences ont un haut intérêt. La faculté d'introduire dans l'organisme humain des faisceaux de substance étrangère qui, non seulement y sont parfaitement tolérés, mais encore sont rapidement transformés en une matière vivante qui n'est pas du simple tissu cicatriciel, puisqu'elle ne contracte aucune adhérence avec les tissus voisins et se développe par le mouvement et la fonction, ouvre au chirurgien de vastes horizons. Nous sommes persuadés que les indications de la tendinoplastie à la soie se généraliseront de plus en plus, pour le traitement des paralysies et la cure des déformations en général.

BIBLIOGRAPHIE

ALESSANDRI. *Arch. di ortop.*, 1901, nos 5 et 6.

BARRAGO-CIARELLA. *Policlino*, fév. 1901. — BERT et MARCACCI. *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, juillet 1881; — *Lo Sperimentale*, 1881. — BRÉAVOINE. *Trav. de neur. clin.*, 1901, n° 2. — BRUNS. *Centralbl. f. Chir.*, 1901, n° 6.

CODIVILLA. *Arch. di ortop.*, 1899, n° 4; — *Policlinico*, 1900, t. VII; — Comm. al XIV riun. del Soc. di Chir. Rom., 1899; — Com. al Soc. med. chir. di Bologna, janv. 1900. — CATTAN. Th. de Lyon, 1900. — COLUGAREANU et HENRI. Soc. de biol., 1900.

LE DENTU. *Revue d'orth.*, 1901, n° 3. — DROBNIK. *Gaz. lekarska*, fév. 1893; — *Neur. Centralbl.*, 1895, n° 2; — *Deuts. Zeits. f. Chir.*, XLIII; — *Gaz. lekarska*, 1895. — DUPLAY. Soc. de chir., 1876.

EULENBURG. *Deuts. med. Wochens.*, 1898, n° 14. — EVE. *Brit. med. Journ.*, 1898, p. 1139.

FAURE et FURET. *Gaz. des hôpit.*, 8 mars 1898. — FLORESCO. *Arch. de méd. expér.*, juillet 1901. — FORGUE. *Montpellier méd.*, 1896, p. 952. — FRANK. *Munch. med. Wochens.*, 1900, n° 42. — FRANKE. *Arch. f. klin. Chir.*, XLII.

GHILLINI. *Centralbl. f. Chir.*, 1895, n° 14. — GIBNEY. *Trans. of the amer. orth. Assoc.*, 1897, p. 215. — GLUCK. *Deuts. med. Wochens.*, 1884, n° 48; — *Berl. med. Wochens.*, 1892. — GOCHT. *Zeits. f. orth. Chir.*, 7 juillet; — IIe orth. Congr., 1903. — GOLDLHWAIT. *Med. surg. Journ.*, 1895, p. 447; — *Trans. of the amer. orth. Ass.*, 1896 et 1897.

HEUSNER. *Centralbl. f. Chir.*, n° 29. — HILDEBRANDT. *Arch. f. klin. Chir.*, 1905, p. 75. — HOFFA. *Munch. med. Wochens.*, n° 30, 1899; — *Ibid.*, 1901, n° 51; — IIe orth. Congr. 1903; — *Amer. journ. of orth. Surg.*, 1904, p. 34.

JOACHIMSTHAL. *Encykl. Jahrb.*, août 1898.

KENNEDY. *Philos. trans. of the roy. Soc. of London*, Bd. CXCIV, 1901. — KIRMISSON. *Revue d'orth.*, 1899, n° 3. — KRAUSE. *Deuts. med. Wochens.*, 1902, nos 7 et 8. — KRYNSKI. *Centralbl. f. Chir.*, 1895, n° 37. — KUNIK. *Munch. med. Wochens.*, 1901, n° 7.

LANGE. *Nat. for. Munch.*, 1899; — *Zeits. f. orth. Chir.*, 8; — *Munch. med. Wochens.*, 1902, n° 1; — IIe orth. Congr., 1903; — In *Handb. d. orth. chir. Joachimsthal*, Iéna 1904. — LEFORT. Soc. de chir., 1895. — LEROY DES BARRES. Th. de Paris, 1902. — Itallo ANTONELLI. *Zeits. f. orth. Chir.*, 1904, p. 666. — LIPBURGER. *Centralbl. f. Chir.*, 1895, p. 538. — LITTLE. *Brit. med. Journ.*, 1er sept. 1900.

MAYDL. *Deuts. Zeits. f. Chir.* — MISSA. *Gaz. salutaire*, 1770. — MENCIÈRE. XVIIIe Congrès français de chirurgie, 1905; — Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, Lyon 1906; — *Prov. méd.*, 24 nov. 1906. — MILLIKEN. *Med. record*, 26 oct. 1895 et 1896, p. 133; — *New-York record*, 28 nov. 1896. — MONOD. *Prog. méd.*, 1887, n° 26. — MULLER. *Zeits. f. klin. Med.*, 38, 4 juin.

NICOLADONI. *Aus d. klin. Sekt. d. LIV, Versam. Deuts. nat. Forsch, in Salzburg.*

POLAILLON. Soc. de chir., 1875. — PARRISH. *New-York med. Journ.*, 1892, p. 402; — *New-York med. Record*, 1896, p. 71. — PARTSH. *Bresl. Zeits.*, 5 oct. 1888. — PERAIRE et MALLY. *Méd. mod.*, 1898. — PIÉCHAUD. Congrès français de chir., 1897. — PHELPS. *Revue d'orth.*, 1894. — PHOCAS. *Revue d'orthop.*, 1893.

ŒHL. *Arch. ital. Biol.*, 1895.

REICHARD. *Berl. klin. Wochens.*, 1902, n° 7. — REINER. *Zeits. f. orth. Chir.*, 1904, p. 451. — ROCHET. *Lyon méd.*, 1897, n° 34. — RŒRSH. *Revue de chir.*, 1892, n° 6.

SCHANTZ. *Munch. med. Wochens*, 1902, n° 14. — SCHULTZE-DUISBURG. *Zeits. f. orth. Chir.*, 1904, n° 13.

TILANUS. *Weekblad v. Gen.*, 1898, n° 23. — TILLAUX. Soc. de chir., 2 nov. 1876. — TOWNSEND. *Trans. of the amer. orth. Ass.*, XIII. — TUBBY. *Brit. med. Journ.*, 1901, p. 585. — TURNER. *Zeits. f. orth. Chir.*, 1905, p. 238.

VIDAL. Th. de Lyon, 1897. — VULPIUS. Nombreux articles, et *Die Sehnenuberpflanzung*, Leipzig 1902.

WALLERSTEIN. *Munch. med. Wochens.*, 1899, n° 39. — WHITMAN. Acad. de New-York, section d'orth., 17 mars 1905. — WINKELMANN. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1894, p. 109. — WOLFF. *Centralbl. f. Chir.*, 1901, n° 47, et 1902, n° 7: — *Deuts. med. Wochens.*, 1902, n° 18.

LIVRES NOUVEAUX

La cure thermale à Aix-les-Bains (1), par le docteur H.-Aug. VOISIN.

L'expérience des siècles et les observations montrent qu'une eau thermale a une action propre et déterminée; les anciens médecins expliquaient ces vertus thérapeutiques par le génie des eaux qui les animait et vivifiait. Aujourd'hui ce *quod divinum*, ce vitalisme des eaux semble être la radio-activité et cette qualité a donné aux eaux d'Aix-les-Bains leur réputation séculaire sur les douleurs articulaires et musculaires, sur les rhumatismes, sur l'arthritisme, sur la goutte, sur tous les troubles consécutifs aux lésions articulaires.

La manière d'employer ces eaux a pu varier selon les idées médicales, et même selon la mode; mais la base du traitement est l'application de l'eau sulfureuse.

Ce principe qu'il semblerait inutile de rappeler a pourtant besoin de l'être, dit le docteur Voisin. Depuis plusieurs années une expression qui définit une des pratiques de la station est venue donner le change sur la caractéristique de la station thermale d'Aix-les-Bains, *douche massage* semblait tout synthétiser, et bien des patients, comme beaucoup de praticiens, sont arrivés à croire qu'une douche massage quelconque équivalait à un traitement d'Aix-les-Bains. Il se faisait une confusion entre le mode d'application des eaux et leur application même.

On laissait dans l'ombre cette nécessité pour le malade de boire et de boire largement pour laver ses reins, pour entraîner au dehors les déchets de l'organisme, et l'obligation pour lui de suivre un régime approprié.

Comme le fait justement remarquer M. Voisin, la cure d'Aix-les-Bains doit être considérée comme une cure externe fortement secondée par une cure interne, et c'est en unissant les deux que le baigneur retire le meilleur effet des eaux et évite les petits incidents qui jadis faisaient craindre leur force.

L. GAYARD.

(1) In-8. — Paris, Impr. F. Levé.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 1er AU 6 JUILLET 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 1er juillet, à une heure. — 1er, chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Ch. Richet, Thiéry et Macaigne ; — (2e série) : MM. Brissaud, Gley et Cunéo ; — (3e série) : MM. Roger, Retterer et Rieffel ; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Déjerine, Teissier et Balthazard ; — (2e série) : MM. Gaucher, Claude et Marcel Labbé ; — M. Pierre Duval, suppléant.

Mardi 2 juillet, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Rénon ; — (2e série) : MM. Robin, Dupré et Gouget ; — M. Morestin, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Joffroy, Vaquez et Jeanselme ; — (2e série) : MM. Thoinot, Méry et Carnot ; — M. Marion, suppléant.

Mercredi 3 juillet, à une heure. — 1er, chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Branca ; — (2e série) : MM. Roger, Cunéo et Macaigne ; — (3e série) : MM. Gley, Thiéry et Rieffel ; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 4 juillet, à une heure. — 1er, chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Gley, Rieffel et Morestin ; — (2e série) : MM. Thiéry, Launois et Langlois ; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 5 juillet, à une heure. — 1er, chirurgien-dentiste : MM. Déjerine, Sébileau et Cunéo ; — (2e série) : MM. Roger, Retterer et Branca ; — (3e série) : MM. Gley, Rieffel et Macaigne. ; — M. Desgrez, suppléant.

Samedi 6 juillet, à une heure. — 1er, chirurgien-dentiste : MM. Gley, Thiéry et Morestin ; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Jeanselme et Fernand Bezançon ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Thiroloix et Méry ; — 3e série) : MM. Robin, Achard et Rémon ; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 3 juillet 1907, à une heure. — M. CHANAL. De la croissance au cours et dans la convalescence des maladies aiguës fébriles du jeune âge, de la fièvre typhoïde en particulier. (MM. Landouzy, président ; Gaucher, Claude et Marcel Labbé.) — M. CORSON. Des causes de l'alcoolisme. (MM. Landouzy, président ; Gaucher, Claude et Marcel Labbé.) — M. MONLAÜ. Vomissements périodiques chez les enfants. (MM. Landouzy, président ; Gaucher, Claude et Marcel Labbé.)

Jeudi 4 juillet 1907, à une heure. — M. CIER. Contribution à l'étude de la mort chez les femmes éclamptiques et leurs enfants. Statistique de la Maternité de Saint-Antoine. (MM. Le Dentu, président ; Berger, Pozzi et Proust.) — M. FOURNIER. Considérations sur le traitement de l'anthrax. (MM. Berger, président ; Le Dentu, Pozzi et Proust.) — M. LABBÉ. De l'éventration post-opératoire. (MM. Pozzi, président ; Le Dentu, Berger et Proust). — M. SAIAS. Contribution à l'étude des sténoses syphilitiques du col de l'utérus comme causes de dystocie. (MM Pozzi, président ; Le Dentu, Berger et Proust.) — M. LARRE. Recherches cliniques sur la polyurie insipide. (MM. Chantemesse, président ; Thoinot, Méry et Richaud.) — M. MAGNY. Rats et peste. (MM. Chantemesse, président ; Thoinot, Méry et Richaud.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine des enfants. — (N° 6, juin 1907.) ALLARIA : Pouvoir plastéinogène du suc gastrique. — TILLOY : Sourds-muets.

Écho médical du Nord. — (N° 21, 26 mai 1907.) BRETON et PAINBLAN : La réaction paradoxale de la pupille à la lumière. — (N° 22, 2 juin.) DUBOIS et BUTRUILLE : De l'action diurétique de la réfrigération de la peau chez l'homme. — PETIT et MINET : A propos d'un cas d'hérédo-syphilis. Foie silex, anémie syphilitique, présence de spirochètes dans le sang. — (N 23, 9 juin.) INGELRANS : Syphilis secondaire et syphilis du foie. I. Ictère de la période secondaire. II. Ictère grave. III. Syphilis tertiaire du foie.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 21, 26 mai 1907.) CLAOUÉ : De la cure des fistules alvéolaires du sinus maxillaire. — Ch. GINESTE : L'anatomie comparée, ses procédés et ses résultats (*suite*). (N° 22, 2 juin.) COLLET : Sécrétion mammaire agglutinante dans un cas de fièvre typhoïde. — COLLIN : Sur un cas de diagnostic bactériologique de la syphilis avec lésions initiales multiples. — HOUPERT : Contribution à l'étude du mécanisme d'expulsion des amalgames. — GINESTE : L'anatomie comparée, ses procédés et ses résultats (*fin*). — (N° 23, 9 juin.) SABRAZÈS et HUSNOT : Tissu interstitiel, macrophages et mastzellen des capsules surrénales chez l'homme et les animaux. — J. CARLES : L'eau de mer en ingestion.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 21, 26 mai 1907.) LANDE : Plaie pénétrante du crâne. Abcès du cerveau. — (N° 22, 2 juin.) LALESQUE : Les injections de plasma marin dans leurs rapports avec les œdèmes des tuberculeux. — RÉGIS : Les anormaux psychiques des écoles. (N° 23, 9 juin.) RÉGIS : Les anormaux psychiques des écoles (*suite*). — VERDELET : Lésions inflammatoires des trompes et grossesse.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (N° 9, 25 mai 1907.) CALOT : Les injections intra-articulaires de la hanche : leur technique ; leur rôle dans le traitement de la coxalgie. — (N° 10, 10 juin.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : La chirurgie moderne et les opérations.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 22, 1er juin 1907.) BALLENGHIEN : L'opération de Gigli dans la pratique obstétricale. — (N° 23, 8 juin.) BALLENGHIEN : L'opération de Gigli dans la pratique obstétricale (*fin*). — DECRÉTON : Tumeur maligne du mesentère. Extirpation suivie de guérison.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 21, 23 mai 1907.) DE MOOR : Rôle de la pression osmotique dans les fonctions du foie, des poumons et des reins. — (N° 22, 30 mai.) DE MOOR : Rôle de la pression osmotique dans les fonctions du foie, des poumons et des reins. — SNOECK : La stomatite mercurielle. (N° 23, 6 juin.) LEPLAT : Kératite parenchymateuse d'origine traumatique ; — Instrument simple pour mesurer l'écartement pupillaire. — BETTREMIEUX : Un cas de ptosis pseudo-paralytique, suite d'accident du travail. — VAN DUYSE : Trois cas de rétinite ponctuée albescente typique. — BRANDÈS : A propos d'un cas de luxation spontanée du cristallin dans la chambre antérieure. — STOCKÉ : A propos d'un complexus symptomatique oculaire d'origine dysthyroïdienne. — DELNEUVILLE : Deux cas d'affections nasales compliquées d'accidents oculaires.

Le Directeur-Gérant : Dr François L.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS POUR TROIS PLACES DE MÉDECIN DES HOPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Béclère, Guinon, Rénon, Barth, Muselier, Raymond, Ménétrier, Gilbert et Launay.

DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Première épreuve clinique*. — Séance du 22 juin 1907. — MM. Aglave, Grégoire et Schwartz, 18.

La prochaine séance aura lieu le mardi 25 juin, à quatre heures un quart, à la Charité.

CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Le concours vient de se terminer par les nominations de MM. Couvelaire et Funck-Brentano.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours pour l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes : MM. Perrin, Lambert, Espenel, Armand, Collard, Vincent, Magdinier, Crémieu, Marçonnet, Colombet, Olivier, Courjon, Daujat et Orsat.

M. Perrin, doyen de la nouvelle promotion, a reçu la trousse d'honneur du prix Bonnet.

Questions données : « Du péritoine pelvien chez la femme. — Des manifestations de la rougeole sur l'appareil respiratoire. — Symptômes et diagnostic du mal de Pott sous-occipital. — Indications d'urgence de la saignée. »

DISPENSAIRE GÉNÉRAL DE LYON. — Le concours vient de se terminer par les nominations de MM. Duroux, Mouriquand, Porot et Revol.

Question donnée : « Les vomiques, séméiologie et traitement. »

Le concours comprenait en outre une épreuve clinique.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Nous apprenons que le vœu sur l'incompatibilité des fonctions de professeur d'une science accessoire avec les fonctions de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux, émis par le Conseil de la Faculté, a été écarté par la section permanente du Conseil de l'Instruction publique. Il a été considéré, en effet, comme contraire à la jurisprudence et à l'équité, comme ayant un effet rétroactif, comme lésant enfin les droits acquis de plusieurs agrégés spécialisés.

— Nous avons déjà annoncé le résultat du concours du clinicat chirurgical. Voici le résultats des autres clinicats :

Clinicat des maladies mentales. — M. Charpentier, chef de clinique titulaire.

Clinicat des maladies du système nerveux. — MM. Dreyfus-Rose, chef de clinique titulaire; Touchard, chef de clinique adjoint.

Clinicat médical. — MM. Salomon, chef de clinique titulaire; Vitry, chef de clinique adjoint.

Clinicat infantile. — MM. Auffret, chef de clinique titulaire; Gasne, chef de clinique adjoint.

— BORDEAUX. — Le Conseil de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux a émis le vœu :

1° Que des exercices techniques d'orthopédie fussent annexés à l'enseignement officiel de la chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédie ;

2° Qu'il soit créé un emploi de démonstrateur technique de ces exercices.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p.* 861.)

Quelques renseignements sur les verres de lunettes et leur emploi, par le docteur DUFOUR. Broch. de 45 p. — Paris, Maloine.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête nationale du 14 juillet.* — A l'occasion de la Fête nationale du 14 juillet, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 4 juillet, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 18 juillet 1907.

La même mesure s'étend, bien entendu, aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

— *Billets d'aller et retour.* — Jusqu'à ce jour, sur le réseau P.-L.-M., la délivrance des billets d'aller et retour était limitée aux relations des gares les plus importantes avec les gares situées dans un rayon déterminé.

Le public apprendra avec satisfaction que la Compagnie P.-L.-M. fera émettre des billets d'aller et retour de toute gare pour toute gare de son réseau, à partir du 20 juin 1907.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les eaux d'egout de Paris. Leur traitement par la méthode de l'épandage sur sol naturel, par la méthode biologique des lits de contact, par le docteur ROUCHY, professeur suppléant à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Poitiers, chef de laboratoire au service d'assainissement de la Seine. In-18 de 196 p., avec figures. — Prix : 3 francs. — Paris, Rousset.

Woman a treatise on the normal and pathological emotion of feminine love, by Bernard S. TALMEY M. D., written for and sold exclusively to physicians and students of medicine. — New-York City, Practitioners' publishing Company, 62, West, 126 Street.

SUR UN CAS
DE
PSEUDO-RHUMATISME INFECTIEUX
A COMPLICATIONS MULTIPLES

Par L. JAUBERT (d'Hyères),
Ex-interne des hôpitaux de Saint-Etienne.

La fréquence des pseudo-rhumatismes infectieux est aujourd'hui une notion courante. On sait en effet qu'il n'est pas une infection qui ne puisse à un moment donné déterminer des localisations articulaires et l'on a signalé l'arthrite typhique mono ou poly-articulaire, séreuse ou suppurée (Robin et Leredde), le rhumatisme grippal (Teissier), le rhumatisme scarlatin (Trousseau), les manifestations articulaires de la rougeole, rares et bénignes (Royer), les arthrites de la variole fréquente par contre. Perret (1) a étudié le pseudo-rhumatisme de la varicelle; celui de l'érysipèle est bien connu, de même pour la pneumonie et l'infection puerpérale; dans la diphtérie, ces manifestations paraissent rares.

Enfin plus récemment, on nous a fait connaître le pseudo-rhumatisme dysentérique (2), le pseudo-rhumatisme tuberculeux (3) et ses variétés, et même le pseudo-rhumatisme à entérocoques (4).

Quant au rhumatisme gonococcien, c'est presque une banalité clinique.

Toutes ces variétés de rhumatisme, si elles sont faciles à reconnaître lorsqu'elles sont nettement secondaires à l'infection qui les a provoquées deviennent d'une appréciation beaucoup plus difficile lorsqu'elles revêtent des allures primitives.

Cependant Poncet nous a appris à dépister la tuberculose dans de nombreuses formes de rhumatismes articulaires d'allure peu franche, et généralement subaiguë. D'autre part dans les formes aiguës graves d'apparence primitive, il faut toujours penser à la possibilité d'un pseudo-rhumatisme infectieux, particulièrement streptococcique, surtout lorsque le tableau clinique se complique de symptômes alarmants.

L'observation suivante en est un exemple.

Observation. — *Pseudo-rhumatisme infectieux grave à forme typhique chez une femme enceinte. Avortement. Infection puerpérale surajoutée. Suppurations multiples. Infarctus pulmonaire. Pleurésie hémorragique bilatérale. Méningite terminale.* — R. F..., vingt ans, tisseuse, entre le 29 septembre dans le service de notre maître, le docteur Garand, suppléé par le docteur Layral, au pavillon 8 A B.

Mère vivante, atteinte de rhumatisme chronique.

Plusieurs frères et sœurs, tous en bonne santé.

Dans les antécédents personnels, on ne relève aucune maladie antérieure.

(1) Perret. *Prov. méd.*, 1889.
(2) Salles. Soc. méd. des hôpit., 1903.
(3) Poncet. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1901-02.
(4) Ménétrier. Soc. méd. des hôpit., 1906.

L'affection actuelle aurait débuté il y a cinq jours assez brusquement, sans prodromes, par céphalée et vertiges, obligeant la malade à suspendre son travail; les jours suivants, mêmes symptômes avec lassitude et épistaxis.

A l'entrée le 29 on trouve : Malade enceinte de sept mois, utérus remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Bruits fœtaux très normaux dans la fosse iliaque droite.

Pas de taches rosées sur l'abdomen.

Pas de diarrhée.

La rate offre une matité verticale de quatre à cinq travers de doigt.

La langue est d'aspect nettement typhique, rôtie et étalée avec enduit noirâtre, rouge sur les bords.

Le fond de la gorge est rouge sans ulcérations.

Rien au cœur ni au poumon.

Par contre la malade attire l'attention sur des douleurs rhumatoïdes très vives, qui lui arrachent des cris quand on la remue, et qui sont surtout marquées dans le poignet droit.

En raison du tableau clinique et de l'épidémie qui sévit actuellement, on fait le diagnostic de fièvre typhoïde avec pseudo-rhumatisme typhique.

Le 30 septembre, la malade présentant un commencement de travail est envoyée à la Maternité, où elle accouche d'un enfant mort-né. Après l'expulsion du fœtus, hémorragie abondante nécessitant une délivrance artificielle. Placenta normal et complet.

Les jours suivants la température oscille entre 39 degrés et 40 degrés; douleurs articulaires de plus en plus accusées, apparition de petits placards érythémateux en divers points du corps.

Le 3 octobre, la malade rentre dans le service, elle est très affaissée.

L'utérus est gros et dur en involution normale, non douloureux; la température oscille entre 38°5 et 40°2. Il existe des douleurs rhumatoïdes généralisées qui rendent impossible l'administration des bains.

Le 5 octobre, la malade a le matin une chute considérable de la température (36°7) qui peut faire croire à une hémorragie; le ventre est un peu dur, mais non douloureux.

Pouls fort à 120. Diarrhée sans selles sanglantes dans la journée.

Le soir, état analogue avec prostration très marquée. Pouls fort et rapide à 140.

Le 6 octobre, adynamie très marquée avec dyspnée considérable sans signes pulmonaires.

Au cœur : bruits sourds à la pointe, avec tendance au rythme fœtal; à la base, deuxième bruit râpeux presque souffle assez localisé, quoique se propageant un peu le long du sternum. Pouls : 140.

Œdème phlegmoneux en plusieurs points, notamment au dos de la main droite, et à la face externe du bras gauche, au tiers supérieur.

En outre, nombreuses petites phlyctènes de forme et de dimensions variables et contenant un liquide louche.

Au toucher : on sent en avant et à gauche une grosse masse dure et douloureuse. Lochies fétides.

A la palpation, l'abdomen est souple et non douloureux, sauf au niveau de la fosse iliaque gauche où on provoque une vive douleur. Gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Dans la soirée à quatre heures et demie, la malade a un grand frisson qui dure environ dix minutes.

La dyspnée est toujours très vive, le pouls petit et rapide à 160.

Le 7 octobre, prostration extrême. La malade toute endolorie, difficile à examiner, se plaint à la base droite d'un point de côté violent qui exagère sa dyspnée déjà très vive.

Pouls petit et rapide à 140.

A l'examen on trouve à la base droite de la matité avec obscurité respiratoire très marquée sans souffle. On trouve en outre en arrière à gauche à la partie moyenne du poumon contre la colonne une zone bien limitée de râles crépitants fins en pluie.

Le 8 octobre on trouve la malade dans un état d'adynamie extrême : facies grippé, dyspnée très vive avec battement des ailes du nez.

L'éruption de vésicules purulentes est affaissée et croûteuse. Il y a du muguet du voile, et la langue est très chargée et rôtie sur les bords.

La malade a du hoquet après avoir bu ; l'abdomen est souple, toujours douloureux dans la fosse iliaque gauche; il existe une diarrhée jaune profuse.

Pouls petit à 140. Au cœur, bruits sourds et rapides à la pointe avec rythme fœtal ; à la base, souffle dur et râpeux au premier bruit, se propageant un peu dans les vaisseaux du cou.

Au poumon, en arrière et à droite, on trouve de la matité à la base avec une obscurité respiratoire très marquée, que nous attribuons à de la pleurésie purulente, sans vouloir faire de ponction exploratrice vu l'état précaire de la malade.

A gauche, à la partie moyenne, zone nettement soufflante, répondant au point où l'on entendait hier des râles fins, et entourée d'une couronne discrète de râles de divers calibres et de frottements.

La température présente des oscillations assez étendues, parfois de 2 degrés du matin au soir et même davantage. Le séro-diagnostic fait à la Faculté de Lyon est négatif avec ébauche d'agglutination à un dixième.

Nous persistons malgré cela à croire à une dothiénentérie avec phénomènes rhumatoïdes, compliquée d'infection puerpérale avec suppurations multiples : pyodermies, salpingite, abcès articulaires et para-articulaires, endocardite, pleurésie purulente, broncho-pneumonie.

La malade est traitée par le pyramidon et l'huile camphrée.

Le 8 octobre on constate une légère amélioration fonctionnelle ; le pouls est le soir à 140, alors qu'il était les autres soirs à 160. La malade a eu une expectoration rosée.

L'amélioration persiste le lendemain avec adynamie moins marquée et pouls à 120. Le soir la température n'atteint que 38°5.

Le 10 octobre au matin on trouve la malade dans un état très précaire. La bouche est sèche, l'haleine fétide. L'abdomen est souple, toujours douloureux à gauche, avec diarrhée profuse.

Léger subdélire; raideur du tronc et de la nuque avec signe de Kernig. On ouvre un abcès cellulaire bien collecté du dos de la main.

Au cœur, bruits sourds et rapides à rythme fœtal sans souffle. Pouls fort à 140.

Au poumon, en arrière, à gauche, au point primitivement soufflant on trouve seulement de la rudesse inspiratoire avec quelques râles discrets.

A droite en arrière, matité à la base, à partir de l'épine de l'omoplate avec râles crépitants de moyen calibre, respiration soufflante, retentissement de la voix et de la toux.

Décès le soir à onze heures, après affaissement progressif.

Autopsie le 12 octobre à huit heures du matin.

On trouve d'abord une arthrite purulente du genou droit qui contient un verre à bordeaux de pus épais et bien lié, jaune tirant sur le vert. Hygroma suppuré de la bourse séreuse sous-deltoïdienne gauche. Rien aux autres articulations.

A l'ouverture du thorax, on remarque de façon fort nette et avant d'avoir coupé aucun vaisseau une pleurésie hémorragique bilatérale, plus abondante à droite (800 grammes) qu'à gauche (500 grammes).

On pratique ensuite l'éviscération totale.

Le cœur pèse 240 grammes, est mou et flasque, de teinte jaune feuille-morte à premier aspect et à la coupe. Pas de rétrécissement, ni d'insuffisance, pas de lésion sur l'endocarde, pas de liquide dans le péricarde.

Le poumon droit pèse 510 grammes et présente à la base une congestion très intense.

Le poumon gauche pèse 500 grammes et présente à la partie moyenne un infarctus blanc rosé du volume d'une noix.

La rate molle, diffluente, volumineuse (300 grammes) nous offre à son pôle supérieur un gros infarctus en voie de suppuration.

Le foie pèse 1 500 grammes est pâle, mou, caoutchouté, gardant bien l'empreinte des doigts.

Les reins très mous et pâles, pèsent chacun 200 grammes.

Le tube digestif pâle à l'incision, ne montre aucune altération; au niveau de la région iléo-cæcale, les plaques de Peyer sont tout à fait indemnes de lésions. Pas de ganglions mésentériques.

L'utérus est volumineux, à col très ouvert, à face interne recouverte d'un enduit noirâtre.

En haut, surface grenue d'insertion placentaire.

Petits abcès sous-séreux au niveau de l'orifice utérin des trompes. Enfin salpingite gauche suppurée du volume d'une mandarine.

Le cerveau pèse 1 150 grammes, présente des adhérences des méninges, et des exsudats purulents tout le long des vaisseaux de la convexité.

Cette observation nous a paru intéressante à cause des problèmes de diagnostic clinique et de diagnostic rétrospectif qu'elle posait, à cause de la complication d'un avortement, et peut-être d'une infection puerpérale, à cause enfin de la recherche du point de départ de l'infection initiale.

En effet dès le début nous avions cru à une dothiénentérie en raison des épistaxis, de la céphalée, de l'état de la langue et de l'abdomen, de la notion d'épidémie régnante (huit typhiques dans le service); l'avortement survenu n'avait fait que nous confirmer dans cette idée car on sait qu'il est presque habituel au cours de la dothiénentérie, et les manifestations articulaires avaient été considérées par nous comme arthrite typhique. L'aggravation de l'état général et l'apparition de complications diverses, suppurées ou non après l'avortement, pouvaient être attribuables à une infection puerpérale surajoutée, qui paraît d'ailleurs avoir bien existé, quelle qu'ait été l'infection initiale.

La vérification anatomique montrant l'absence de toute lésion intestinale détruisait l'hypothèse de dothiénentérie.

Etant donné l'allure de la maladie et la nature des lésions observées, nous restions nécessairement en

présence d'une septico-pyohémie dont l'agent nous échappait ainsi que la porte d'entrée, car aucune recherche bactériologique n'avait été faite.

Cependant si nous examinons l'observation en détail au point de vue clinique, et si nous analysons les résultats de l'autopsie, nous croyons pouvoir conclure qu'on s'est trouvé en présence d'un rhumatisme pseudo-infectieux streptococcique, car si toutes les articulations n'ont pas suppuré, toutes ont été le siège de phénomènes douloureux. En outre les bourses séreuses et les gaines synoviales ont été également atteintes, et le tableau était bien celui de la septico-pyohémie streptococcique ; allure grave, tapageuse, profondément infectante, généralisation facile, envahissement des viscères. Il existe à ce point de vue un cas de Leredde (1) très analogue au nôtre, et où les cultures avaient donné des résultats positifs pour le streptocoque.

L'avortement survenu au cours de la maladie n'a rien qui doive nous étonner. On sait en effet que l'avortement est habituel dans la plupart des maladies infectieuses : rougeole, scorbut, variole, syphilis, érysipèle, choléra ; il survient dans un tiers des cas de dothiénentérie et dans la moitié des cas de pneumonie, il est donc légitime qu'au cours d'une septico-pyohémie grave, l'avortement se produise aussi.

Il est plus intéressant de se demander s'il a réellement existé une infection puerpérale surajoutée. Nous serions tenté de le croire, étant donné l'aspect de la muqueuse utérine et l'existence d'un abcès chaud salpingien, abcès nettement postérieur à l'avortement et dont nous avions pu suivre et diagnostiquer l'évolution.

D'autre part, il n'est pas impossible que cet abcès quoique isolé comme abcès viscéral ait été métastatique. Mais il est certain qu'il ne saurait en aucune façon avoir été le point de départ de l'infection, en tant par exemple que pyo-salpinx blennorragique.

Ce point de départ nous échappe, car nous n'avons rien trouvé qui pût nous l'indiquer d'une façon certaine. Nous avions cependant remarqué dès le début que la malade, issue de la classe pauvre, était remarquablement sale. Elle présentait en divers points du corps des lésions cutanées indifférentes, qui paraissaient aggravées et enflammées par le grattage, et qui atteignaient presque à la pyodermie. Nous nous sommes demandé après coup, si ces lésions n'avaient pas pu constituer une porte d'entrée.

Enfin, il est un dernier fait sur lequel nous tenons à attirer l'attention, c'est l'existence d'une double pleurésie hémorragique coexistant d'un côté avec un infarctus, de l'autre avec une simple congestion de la base pulmonaire.

Cette manifestation, quoique signalée (Ehrlich, Charrin et Roger, Kelsch), est en effet assez rare au cours d'états infectieux comme le nôtre, et nous étions en droit de prévoir plutôt une pleurésie purulente.

(1) Leredde. Soc. méd. des hôpit., 5 fév. 1892.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 17 juin 1907)

Sur un nouveau procédé de diagnostic de la tuberculose chez l'homme par l'ophtalmo-réaction à la tuberculine. — M. A. Calmette. Dans la dernière séance M. Vallée (d'Alfort) a fait une communication sur la *cuti-réaction*, procédé de diagnostic inspiré des travaux de von Pirket.

M. Calmette a eu de son côté l'idée de rechercher, comme vient de le faire Wolf à Berlin, sur les bovidés, si les muqueuses saines et en particulier la muqueuse oculaire qui absorbe avec tant de facilité certaines toxines microbiennes, végétales ou animales telles que la toxine diphtérique, l'abrine ou les venins ne seraient pas susceptibles de présenter une réaction analogue au contact de la *tuberculine*.

Afin d'éviter les effets irritants de la glycérine sur la conjonctive, M. Calmette a fait exclusivement usage d'une solution de tuberculine sèche, précipitée par l'alcool à 95 degrés dans l'eau distillée stérilisée. La solution était à 1 p. 100 et fraîchement préparée. On en instillait une goutte dans un seul œil à chaque sujet.

De trois à cinq heures après l'instillation, les tuberculeux présentent une congestion très apparente de la conjonctive palpébrale qui prend une teinte rouge vif et devient le siège d'un œdème plus ou moins intense. La caroncule se gonfle, rougit, et se couvre d'un léger exsudat fibrineux.

L'injection vasculaire s'accentue peu à peu et s'accompagne de larmoiement. Au bout de six heures, la sécrétion fibrineuse devient plus abondante : elle forme des filaments dans le cul-de-sac conjonctival inférieur.

Le maximum de la réaction a lieu entre six et dix heures. Les sujets n'accusent aucune douleur ; seulement un peu de gêne avec sensation de légère cuisson et quelques troubles de la vision en rapport avec l'abondance de l'exsudat. Il ne se produit pas de chemosis. La marche de la température n'est pas sensiblement modifiée.

Il est facile d'apprécier l'intensité de la réaction en examinant comparativement l'autre œil qui n'a pas reçu de tuberculine.

Les phénomènes de congestion disparaissent après dix-huit heures chez l'enfant et vingt-quatre à trente-six heures chez l'adulte.

Ce phénomène, auquel M. Calmette propose de donner le nom d'*ophtalmo-réaction*, paraît être d'une grande simplicité et mérite d'être étudié par les cliniciens.

Sur un nouveau procédé de diagnostic expérimental de la tuberculose. — M. H. Vallée poursuit ses recherches sur la *cuti-réaction*. Il a étudié également la réaction oculaire.

Il pense que cette dernière, du moins telle qu'il l'a pratiquée, ne présente qu'un intérêt diagnostique restreint, que la douleur et les conséquences qui peuvent en résulter feront écarter sa recherche en médecine humaine.

Structure des nerfs sectionnés dans une évolution strictement physiologique. — M. N.-A. Barbiéri.

Nouvelles remarques sur l'oblitération de la cavité pleurale des éléphants. — M. A. Giard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 JUIN 1907)

Adipose douloureuse ou maladie de Dercum, chez une tuberculeuse. — M. E. DE MASSARY présente une malade de quarante-six ans, atteinte d'adipose douloureuse ou maladie de Dercum. Cette malade ne semble avoir aucune insuffisance des glandes vasculaires sanguines, on ne peut donc expliquer par une auto-intoxication spéciale la polynévrite des rameaux périphériques, cause anatomique de l'adipose douloureuse. Par contre l'examen clinique, sanctionné par l'épreuve de la tuberculine, démontra que cette malade est une tuberculeuse. Il est donc permis de se demander si l'intoxication qui a créé la polynévrite n'est pas d'origine tuberculeuse. Cette question ne peut recevoir de réponse formelle, elle cadre cependant avec ce que nous connaissons de l'origine tuberculeuse de certains cas d'obésité et dans un autre ordre d'idées de l'origine tuberculeuse de quelques lipomes.

Cas de porokératose de Nibelli (hyperkératose figurée centrifuge atrophiante de Respighi-Ducrey). — MM. L. BROCQ et L.-M. PAUTRIER. Il s'agit d'un cas de cette curieuse dermatose qui n'a été observée jusqu'ici qu'en Italie et en Allemagne et dont on n'a pas encore publié en France de cas authentique. Elle est caractérisée par des plaques soit atrophiques et pouvant simuler du lupus érythémateux, soit hérissées de saillies et de cônes cornés. Mais la caractéristique de cette affection est la présence, à la périphérie, d'un bourrelet épidermique creusé, à son sommet, d'une sorte de rigole dans laquelle repose un liséré corné. Tous ces caractères se retrouvent dans l'observation de la malade présentée.

Au point de vue histologique on trouve des lésions de la couche cornée (hyperkératose et porokératose) et des lésions dermiques représentées par des nodules à infiltration assez dense. On ignore complètement la nature de cette dermatose. On a proposé de l'assimiler aux nævi à évolution tardive. Cette hypothèse pouvait être soutenue dans le cas actuel : toutes les lésions sont en effet nettement systématisées sur la moitié gauche du corps.

Mal perforant buccal et paralysie générale. — M. A. MARIE (de Villejuif) présente trois cas de maux perforants buccaux chez des paralytiques généraux.

L'un des malades a présenté en outre un mal perforant sacré dont la guérison s'est accompagnée d'une rémission incomplète. Un autre a présenté un mal perforant plantaire guéri avant l'échéance de la paralysie générale et récidivé au cours de cette dernière avec lésion symétrique (syphilis et paralysie générale conjugale).

Dans deux cas, l'atrophie des maxillaires supérieurs est nette à la radiographie; deux des malades sont sûrement syphilitiques, l'un traité par l'atoxyl est en demi-rémission sans qu'on puisse dire que cette rémission soit due au traitement.

Cuti-réaction à la tuberculine chez les enfants. — M. DUFOUR a cherché à contrôler dans son service des enfants, les faits avancés par von Pirket. Les inoculations ont porté sur 20 enfants : 8 de quatorze à dix ans ont tous réagi, sauf 1 très faiblement qui portait au cou d'anciennes cicatrices d'adénites et était suspect de tuberculose. Sur les 7 restant, 1 n'est sûrement pas tuberculeux et pour 3 autres le diagnostic est des plus discutables; 5 enfants de dix à cinq ans ont donné des résultats positifs; 2 résultats négatifs ont trait à une tuberculose cavitaire et à un non-tuberculeux.

Nous sommes donc loin d'avoir dans la cuti-réaction un procédé de diagnostic à l'abri de toute critique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 20 JUIN 1907)

Œsophagotomie sous œsophagoscopie. — A propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Jalaguier, M. TUFFIER communique l'observation d'une femme atteinte d'un rétrécissement de l'œsophage laissant passer à peine une très petite bougie. M. Guisez a pratiqué chez cette malade l'œsophagoscopie et M. Tuffier a pu voir très nettement la portion rétrécie de l'œsophage et pratiquer, sous l'œil, l'œsophagotomie, opération dont cette malade a retiré un bénéfice immédiat considérable. Toutefois il y aura lieu de revenir de temps à autre à la dilatation. M. Tuffier appuie donc les conclusions de M. Jalaguier sur les avantages de l'œsophagotomie sous œsophagoscopie dans le traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage.

Plaies du poumon. — Nous arrivons à la discussion du rapport de M. Delorme. M. BEURNIER apporte un nouveau fait au débat : Un garçon de dix-sept ans se tire une balle de revolver dans la région précordiale à onze heures du soir. Il est aussitôt amené à l'hôpital dans un état grave, avec des hémoptysies, un pouls incomptable; on fait une injection de sérum et M. Rabinovitch, l'interne de M. Beurnier, intervient trois quarts d'heure après l'accident. On avait constaté, à la percussion, une matité complète et un silence absolu du poumon. M. Rabinovitch fait un volet, ouvre la plèvre qui contenait un épanchement de 2 litres de sang et trouve une plaie comme une pièce d'un franc sur la face antérieure du poumon, par laquelle s'échappe un gros jet de sang; cette plaie est suturée; le poumon est retourné sur son hile; il n'y a rien à la face postérieure; le péricarde est intact. La plaie est refermée sans drainage. Quelques jours après, épanchement pleural qui est largement ouvert. Guérison.

M. Beurnier fait observer que, dans ce cas, l'intervention était bien indiquée. M. Lucas-Championnière a dit que, dans les cas de plaies du poumon, il valait mieux ne pas opérer. Ainsi présentée, la formule de M. Lucas-Championnière est trop absolue. Il est vrai que dans un certain nombre de cas de plaies du poumon, l'expectation peut être suivie de guérison. Mais dans les cas de grandes hémorragies intrathoraciques l'intervention seule peut sauver les malades.

M. NÉLATON estime que les conclusions de M. Delorme seront acceptées par la plupart des chirurgiens. Il est bien évident qu'en présence de grandes hémorragies provenant d'une plaie pulmonaire fatalement mortelle, il faut intervenir.

M. Delorme, pour fixer cette intervention, nous dit qu'il faut se baser sur un certain nombre de signes locaux et généraux. Mais, en pareil cas, les phénomènes généraux sont toujours graves; ces traumatismes, indépendamment de l'hémorragie, entraînent des phénomènes de shock toujours très accentués. Il faut donc en tenir compte. Il est bien entendu que, dans les cas où le blessé présente des symptômes d'hémorragie très abondante, où il est évident qu'il va mourir, il faut intervenir. Mais à côté de ces cas, il en est dans lesquels il y a des phénomènes généraux graves qui cependant ne sauraient être considérés comme indiquant l'opération.

Il en est un peu de même des signes locaux; l'examen de la poitrine est très difficile; souvent la percussion et l'auscultation ne donnent rien en raison même de l'immobilité du thorax.

Il y a quelques jours, M. Nélaton fut appelé auprès d'un jeune homme qui venait de se tirer un coup de revolver dans la région du mamelon droit. Il présentait des signes d'hémorragie et des phénomènes généraux graves. M. Nélaton ne fit rien. Après quelques jours, le blessé était complètement remis.

On ne pourra donc pas se laisser guider par les phénomènes locaux ou généraux pour décider ou non l'intervention. C'est la marche des symptômes qui doit dicter la conduite à tenir. Si le pouls reste petit, si les hémorragies se renouvellent, alors nous interviendrons. Dans ces conditions, les cas d'intervention seront très rares.

M. Delorme nous dit : Pourquoi ne voulez-vous pas faire pour le poumon ce que vous faites pour le ventre? Pour ce dernier, vous considérez l'intervention immédiate comme la règle dans les cas de plaies perforantes. A cela, M. Nélaton répond qu'il n'en est pas du poumon comme du ventre. Les plaies de l'abdomen ne guérissent pas par elle même; celles du poumon guériront.

M. Potherat a pu observer, à Broussais, en très peu de temps, grâce à l'intervention de plus en plus active des apaches, douze cas de plaie pénétrante du poumon. Ces douze blessés ont guéri sans intervention autre que l'asepsie de la plaie extérieure. Si M. Potherat s'en rapportait à ces douze cas, il dirait que les plaies du poumon guérissent toujours sans intervention. Mais il est des cas exceptionnellement graves où l'intervention s'impose. Toutefois, même dans ces cas très graves, la guérison est encore possible. M. Potherat rapporte l'observation d'un blessé qui avait eu le thorax traversé de part en part par une baïonnette. Il est amené mourant à Tenon. dans le service de Gillette dont M. Potherat était alors l'interne. Il avait des hémoptysies, plus de pouls, deux plaies extérieures. M. Gilette se contenta de faire l'occlusion de ces plaies; après quelques jours, il fit une thoracentèse et évacua une quantité considérable de liquide hémorragique. Ce blessé resta longtemps à l'hôpital, mais après deux mois, il était complètement guéri.

Ces faits semblent prouver que dans bien des cas, même en apparence très graves, on peut encore attendre et espérer la guérison.

Ce n'est pas que M. Potherat s'élève contre les conclusions de M. Delorme. Il reconnaît avec lui qu'il y a des cas où l'intervention seule peut sauver les blessés.

Plaie du cœur. — M. Walther fait un rapport sur une observation adressée par M. Riche; il s'agit d'un homme qui s'est tiré un coup de revolver dans la région du cœur. M. Riche intervint une heure et demie après l'accident. L'orifice d'entrée de la balle est dans le cinquième espace intercostal, à gauche du mamelon. M. Riche fait un volet à charnière externe, trouve une hémorragie considérable; le cœur a été traversé de part en part; on suture d'abord la plaie antérieure, puis la plaie postérieure beaucoup plus petite. Mais le blessé, malgré les tractions de la langue, le massage direct du cœur, succomba à la fin de l'opération. On reconnut, à l'autopsie, que la balle avait traversé le diaphragme et atteint la grosse tubérosité de l'estomac.

M. Riche, dans ce cas, a rencontré d'assez grandes difficultés pour la suture du cœur.

Bronchoscopie. — M. Walther fait un autre rapport sur un cas de corps étrangers de la bronche gauche diagnostiqué par M. Meunier (de Pau). M. Guisez pratique la bronchoscopie et peut retirer le corps étranger.

Un signe d'occlusion intestinale incomplète bas située. — M. Ricard appelle l'attention de la Société sur un nouveau signe qui lui a été révélé par M. Mathieu, et qu'il a eu l'occasion de constater avec lui sur un malade dont voici l'histoire résumée :

Un homme de cinquante et un ans est amené un soir à l'hôpital avec des phénomènes abdominaux graves durant depuis quatre ou cinq jours. Dans l'aîne du côté droit, on aurait senti, au début, une petite tumeur du volume d'une noisette. Un médecin de la ville diagnostiqua une hernie étranglée et réduisit. Les phénomènes s'amendèrent. Mais le lendemain matin, la situation devint de nouveau très grave. Quand M. Ricard vit ce malade, le lendemain matin de son entrée, il était mourant, pâle, sans pouls, le nez pincé, la voix éteinte, les extrémités froides, la température abaissée, le ventre plat, sans rien du côté de la fosse iliaque droite. Symptômes négatifs du côté du ventre, une selle dans la nuit. M. Ricard pria M. Mathieu de voir ce malade avec lui. Après l'avoir examiné, M. Mathieu porta ce diagnostic : occlusion intestinale incomplète bas située.

M. Ricard intervint et trouva, en effet, un pincement latéral de l'intestin réduit en masse. Malheureusement, le malade était trop faible et succomba vingt-quatre heures après l'opération.

Sur quel signe s'était basé M. Mathieu pour porter le diagnostic? Sur la constatation d'une nappe liquide intra-intestinale donnant un clapotement qui se déplaçait à droite ou à gauche, suivant qu'on inclinait le malade à droite ou à gauche. M. Mathieu a eu l'occasion de constater plusieurs fois ce signe qui a pu être vérifié soit par l'opération, soit par l'autopsie.

M. Tuffier a vu un cas semblable où il s'agissait d'une hernie crurale étranglée réduite en masse. M. Mathieu constata ce signe; M. Tuffier intervint et le malade guérit.

M. Delbet a décrit ce signe, moins le clapotement, dans son livre il y a onze ans.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Conseil d'administration de la Société de médecine de Paris a offert à la Presse un banquet, samedi, au restaurant Cardinal, sous la présidence de M. Coudray. Un grand nombre de nos collègues de la Presse se sont rendus à cette gracieuse invitation.

Cette réunion a été empreinte de la plus grande cordialité. Après les souhaits de bienvenue de M. le président, M. Doléris, dans une heureuse improvisation, a fait ressortir la place importante que doit occuper dans le monde scientifique cette nouvelle Société, résultant de la fusion de trois sociétés anciennes, et il a terminé en déclarant que pour accomplir son œuvre, l'appui de la Presse lui était indispensable.

Au nom de la Presse médicale, M. Cornil a répondu et remercié nos hôtes. Nous ne pouvions espérer un porte-parole plus autorisé et plus estimé.

M. Guillaume, secrétaire général, a pris à son tour la parole et insisté particulièrement sur le caractère de grande indépendance des membres de la Société de médecine de Paris.

Dr BROCHIN.

(SÉANCE DU 22 JUIN 1907)

Le vin au point de vue de l'hygiène alimentaire. — M. Doléris. Les médecins ont prescrit l'abstention du vin aux malades, non aux gens bien portants. L'abstention pour le vin est née du snobisme et de l'exagération de la prédication antialcoolique.

L'auteur a noté de nombreux cas d'entérite muco-membraneuse chez des buveuses d'eau. L'eau doit-elle être incriminée? C'est une question qu'on ne peut que poser.

L'hygiène générale de tous les peuples comporte l'usage de boissons acides fermentées (vin, lait aigri, miel fermenté, etc.).

MM. Metchnikoff, Tissié etc., recommandent l'usage des solutions lactiques acides. Sabrazès et Marcandier ont démontré que le bacille de la fièvre typhoïde meurt en moins de deux heures dans le vin. (V. *Gaz des hôpit.*, 1907, n° 67, p. 794.)

Il faut boire du vin : la tradition, l'hygiène et la médecine sont d'accord sur ce point. Le vin peut être cependant nuisible à certains arthritiques, aux surmenés intellectuels, aux sédentaires. Le devoir du thérapeute est de prescrire le vin, en bien spécifiant que pour le mériter il faut adjoindre la culture physique à la vie intellectuelle.

De quoi est morte Henriette d'Angleterre? — M. le professeur S. Pozzi fait une communication sur cette question. On sait que diverses hypothèses ont été émises sur ce point, dont les principales sont : le poison; la péritonite suraiguë, par perforation de l'estomac atteint d'ulcère simple ou par perforation de l'appendice en suite d'une appendicite gangréneuse. Le professeur Pozzi s'efforce par l'étude clinique et anatomique tirée des documents contemporains (récits divers, procès-verbaux d'autopsie) de montrer que la mort en neuf heures est due à une hémorragie interne foudroyante causée par la rupture d'une grossesse extra-utérine au premier ou au deuxième mois. Il fait remarquer la concordance parfaite des symptômes classiques de cet accident avec ceux qui ont été observés dans ce cas historique. Il insiste sur l'absence de vomissements qui ruine l'hypothèse d'empoisonnement et de péritonite. Enfin, il a mis en lumière que l'autopsie du bas-ventre n'a pas été faite, par respect du cadavre princier; il n'est donc pas étonnant que l'hémorragie pelvienne ait passé inaperçue.

Rôle de la syphilis dans le développement du cancer. — M. Maurice Letulle. La coexistence de lésions syphilitiques avec un cancer *viscéral* est si fréquente qu'elle constitue plus qu'une coïncidence. L'auteur rapporte plusieurs observations remarquables.

L'agent incriminé, le *tréponème pâle*, aidé de ses toxines, a pour principale fonction de bouleverser la contexture générale des tissus, et, par suite, des organes. La syphilis favorise de la sorte l'évolution *anarchique* des épithéliums et leur vitalité anormale au sein du tissu conjonctivo-vasculaire, phénomènes qui sont précisément la caractéristique histo-pathologique du *cancer épithélial*.

L'hérédité syphilitique semble agir de la même façon dans le déterminisme de l'hérédité cancéreuse.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 22 JUIN 1907)

Du passage des bacilles tuberculeux à travers la peau chez le cobaye, le veau, le lapin. — MM. Jules Courmont et Lesieur ont fait plusieurs centaines d'expériences sur l'inoculation du cobaye, du veau, du lapin par frictions de crachats ou de cultures tuberculeuses sur la peau intacte, épilée ou rosée. Les bacilles traversent très rapidement la peau, surtout épilée, mais même en apparence intacte. Chez le cobaye et le veau, il peut se produire des lésions cutanées reproduisant le *lupus*, mais souvent aussi la peau ne conserve aucune trace du passage des bacilles. Les ganglions voisins se prennent, deviennent énormes, ce qui reproduit exactement les lésions *scrofuleuses* humaines sans lésions cutanées. A la longue, chez le cobaye, si les bacilles étaient très virulents, la tuberculose peut arriver à se généraliser complètement, mais la marche est toujours lente.

Plus intéressante est la marche chez le lapin. Dans un tiers des cas, la peau reste absolument intacte et la tuberculose saute directement aux poumons, sans laisser aucune trace de son passage. Cela vient à l'appui de la théorie de l'*origine extra-pulmonaire* de la phtisie humaine. Les bacilles peuvent traverser la peau, comme l'intestin, sans faire de lésion locale et aller droit au poumon.

Dosage du chloroforme dans la substance blanche et la substance grise du cerveau au moment de la mort par cet anesthésique. — Pour Mlle S. Frison et M. Nicloux, les dosages comparatifs montrent une différence très nette en faveur de la substance blanche. C'est ainsi que dans une expérience les auteurs ont trouvé pour :

La substance grise, 38 milligrammes de chloroforme pour 100 grammes; la substance blanche, 60 milligrammes de chloroforme pour 100 grammes.

Influence de la voie d'administration sur les doses minima mortelles de bromhydrate neutre de quinine chez la grenouille, le pigeon et le lapin. — MM. Maurel et Lemosy d'Orel ont fixé les doses minima mortelles de bromhydrate neutre de quinine, données par la voie gastrique et la voie musculaire pour la grenouille et le pigeon et, en plus, par la voie veineuse pour le lapin.

Leurs conclusions sont les suivantes : 1° Pour la grenouille, cette dose est deux à trois fois plus élevée par la voie gastrique que par la voie musculaire ; 2° Pour le pigeon, la voie gastrique est six fois moins active que la voie musculaire ; 3° Pour le lapin, la voie gastrique est six fois moins active que la voie musculaire ; mais la voie veineuse, au titre auquel le bromhydrate neutre de liquide a été injecté, a été sept fois plus active que la voie musculaire.

Anesthésie limitée à la région génito-périnéo anale par injections intra-rachidiennes de solutions concentrées. — M. P. Ravaut montre qu'il est possible d'obtenir par injection intra-rachidienne d'anesthésique (stovaïne ou cocaïne) une anesthésie uniquement limitée à la région génito-périnéo-anale, à déterminer un véritable syndrome anesthésique de la queue de cheval. Dans ce but, il faut employer une solution à 50 p. 100 dont on injecte une goutte, soit un peu plus de 2 centigrammes d'anesthésique. Cette technique nécessite l'emploi d'une seringue spéciale. L'auteur insiste sur l'importance des phénomènes de diffusion dans la physiologie pathologique des injections intra-rachidiennes et montre qu'une solution ainsi concentrée tombe presque aussitôt dans le fond du cul-de-sac rachidien, n'anesthésiant que les dernières racines rachidiennes. La rachi-anesthésie ainsi pratiquée ne présente pas plus d'inconvénients qu'une simple ponction lombaire.

Substances hépato-portiques au cours des régénérations et du développement embryonnaire du foie. — M. P. Carnot généralise au foie les résultats antérieurement obtenus avec le sang et le rein.

Si, après résection du foie, et au cours de l'hyperplasie hépatique consécutive, on prélève le sérum d'une part, le foie hyperplasié d'autre part, et qu'on les administre à des animaux neufs, on constate, chez ces derniers, une active prolifération cellulaire. On constate les mêmes phénomènes après administration d'extraits embryonnaires du foie.

On constate, non seulement une augmentation de volume de l'organe, mais aussi une très grande abondance des cellules à noyaux multiples, principalement distribuées autour des espaces portes. Les travées hépatiques, souvent très élargies, comprennent trois ou quatre rangs juxtaposés de cellules. Parfois, on constate une quantité anormale de cellules hépatiques nouvelles de petite taille, avec noyau volumineux prenant électivement la couleur. Cette prolifération intense paraît se faire, presque uniquement, par division directe.

A cette prolifération cellulaire correspond une suractivité fonctionnelle intense, caractérisée notamment par une exagération de la quantitée d'urée : dans un cas, par exemple, la quantité quotidienne d'urée passe de 0 gr 76 par kilo à 1 gr 18. après une semaine, à 1 gr 64 après deux semaines (moyenne quotidienne pour une semaine).

Le sérum et les extraits d'organes en prolifération régénératrice ou embryonnaire provoquent donc, chez les animaux neufs, une suractivité fonctionnelle, correspondant à une prolifération cellulaire intense.

Autres communications :

Influence de l'atoxyl sur la spirillose provoquée par le spirillum nigrum. — MM. Levaditi et J. Mc Intosh.

Microphotographie en couleurs des pièces histologiques avec les plaques autochromes de A. et L. — M. François-Franck.

Membrane ondulante du spirochæte Balbiani. — M. Borret et Mlle Cernovodeanu.

A propos de l'étiologie de la Souma. — M. Cazalbou.

Effets, sur la glycémie, de la compression de l'aorte, près de sa bifurcation. — MM. Lépine et Boulud.

Activation des oxydations organiques par les extraits des tissus animaux. — M. Batelli et Mlle Stern.

Sur une figuration des noyaux des cellules épithéliales du tube contourné du rein rapportée à un parasite. — M. Policard.

Sur la congélation des pièces en histologie par l'air liquide. — M. Brissy.

Sur la résistance comparée du canard et du pigeon à l'asphyxie dans l'air confiné. — M. Pachon.

Sur les cellules de Panath dans les glandes de Lieberkühn de l'homme. — M. Prevaut.

Sur l'immunisation contre le cantharidate de potasse par un sérum antitoxique. — M. Champy.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(suite)

La Faculté de médecine coloniale a Marseille. — L'assemblée des professeurs de l'Ecole de plein exercice, vient de présenter un vœu fortement motivé en faveur de la transformation de l'Ecole en faculté mixte de médecine et de pharmacie pourvue d'un enseignement colonial complet.

Voici ce vœu, que publie le *Marseille médical* :

« L'Assemblée de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille,

Considérant :

1° Que le nombre des étudiants est suffisant pour justifier la création d'une Faculté mixte de médecine et de pharmacie ;

2° Que lors de la transformation des écoles de Lyon, Bordeaux, Lille et Toulouse et du transfert de celle de Strasbourg à Nancy, ces écoles avaient une centaine d'élèves de moins que celle de Marseille ;

3° Considérant les grands sacrifices que fait la ville pour son école de plein exercice depuis trente-deux ans ;

4° Que l'importance de la ville de Marseille est de nature à alimenter, dans une large mesure, l'enseignement, surtout par ses ressources anatomiques et cliniques, hors de pair avec celles de toutes les autres villes de France, Paris excepté ;

5° Que ses relations coloniales la mettent dans une situation privilégiée au point de vue de l'installation d'un enseignement colonial, comme le prouve, du reste, le fonctionnement déjà très florissant de l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales qui vient d'être créée à Marseille ;

6° Que le nombre des chaires est aussi élevé que celui des facultés et permet aux étudiants d'y trouver un enseignement équivalent, à la dénomination près ;

Emet le vœu que l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille soit transformée en Faculté mixte de médecine et de pharmacie pourvue d'un enseignement colonial complet et prie M. le recteur de l'Acacémie, de vouloir faire approuver ce vœu par le conseil de l'Université et le transmettre à M. le ministre de l'Instruction publique, en l'appuyant de son avis le plus favorable. »

Écoles de médecine. — Marseille. — Le concours de l'adjuvat vient de se terminer par la nomination de M. Dugas.

Guerre. — — M. Moigne, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 7e corps d'armée, a été nommé au grade de médecin-inspecteur.

L'ordre règne a Varsovie. — Les médecins de Narbonne, qui depuis quelques jours se trouvaient dans l'absolue impossibilité d'aller soigner leurs malades à domicile, en raison des barrages établis, communiquent la note suivante qu'ils adressent à la population et que nous reproduisons sans commentaires :

« Les médecins de la ville de Narbonne ont l'honneur de prévenir leurs concitoyens qu'ils ne sont pas certains de pouvoir assurer régulièrement leur service dans le périmètre occupé par les troupes. Pour dégager leur responsabilité, ils croient devoir publier la lettre suivante :

Narbonne, 22 juin.

Le chef de bataillon Péro, major de la garnison de Narbonne, à M. le docteur Aussilloux, président de la Société des médecins de Narbonne.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que votre demande de laissez-passer aux médecins de la ville de Narbonne, sur le vu de leur carte de docteur en médecine, a été donnée par nos soins au général de division, commandant d'armes.

Il me charge de vous répondre qu'il ne peut donner satisfaction à votre désir, en raison de l'hostilité persistante de la population, qui refuse aux officiers et à la troupe le gîte et la

nourriture. Dès que cette hostilité disparaîtra, les consignes seront modifiées.

Veuillez, etc. PÉRO.

Dans un but de solidarité professionnelle, les médecins de Narbonne ont l'honneur de prévenir les clients du docteur Ferroul qu'ils se mettent tous à leur disposition pour soigner les malades de leur confrère, et à son bénéfice, pendant toute la durée de sa détention. »

En outre les médecins de Narbonne, dans une réunion tenue l'après-midi, ont, à l'unanimité, pris la résolution de refuser leur concours aux conseils de revision à venir, et de ne plus assister de leurs soins les gendarmes, à cause de leur attitude dans la répression.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Deux places d'auditeurs au Conseil supérieur d'hygiène publique de France sont déclarées vacantes.

Conformément à l'article 5 du décret du 18 décembre 1902, les candidats sont invités à produire leur demande accompagnée de l'exposé de leurs titres dans un délai de quinze jours expirant le 1er juillet 1907, au ministère de l'Intérieur (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 4e bureau).

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS. (*Hôpital des Enfants-Malades, service de M. le professeur Grancher.*) — COURS DE VACANCES. — Un cours de perfectionnement comprenant 54 conférences théoriques et pratiques de clinique infantile, aura lieu du 1er au 31 juillet 1907, à l'hôpital des Enfants-Malades, sous la direction de M. H. Méry, professeur agrégé, chargé de cours.

Les conférences seront faites par MM. Méry, professeur agrégé; P. Armand-Delille et L. Babonneix, chefs de clinique médicale infantile; avec le concours de MM. A. Zuber, J. Hallé et E. Terrien, anciens chefs de clinique médicale infantile; Grisel, ancien chef de clinique chirurgicale infantile; Gasne, chef de clinique chirurgicale adjoint; Ed. Rist, médecin des hôpitaux, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Trousseau; B. Weil-Hallé, chef de laboratoire du service de la diphtérie; Félix Terrien, ophtalmologiste des hôpitaux; Cuvillier, assistant d'oto-laryngologie, et Larat, assistant d'électrothérapie.

Pour les examens de malades, les élèves seront répartis en séries.

Les conférences auront lieu tous les jours, sauf les dimanches et fêtes, le matin à dix heures, et le soir à cinq heures.

La première conférence aura lieu le lundi 1er juillet, à cinq heures du soir, à la salle des cours de la clinique.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES. — *Maladies des nourrissons :* 1. Gastro-entérites aiguës. — 2. Gastro-entérites chroniques. — 3. Prophylaxie et traitement diététique des gastro-entérites. — 4. Dyspepsies du sevrage et alimentation de la deuxième année. — 5. Syphilis du nourrisson. — 6. Tuberculose du nourrisson. — 7. Rachitisme. Maladie de Barlow. — 8. Infections cutanées du nourrisson.

Maladies de l'appareil circulatoire et du rein : 9. Complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu. — 10. Péricardites. Symphyse rhumatismale et symphyse cardio-tuberculeuse. — 11. Affections congénitales du cœur chez l'enfant. — 12. Néphrites de l'enfance. Tuberculose rénale.

Maladies de l'appareil respiratoire : 13. Broncho-pneumonie aiguë et chronique; dilatation des bronches. — 14. Adénopathie trachéo-bronchique et tuberculose pulmonaire. — 15. Diagnostic précoce de la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant; son traitement. — 16. Pleurésies purulentes.

Maladies du tube digestif, du péritoine et du foie : 17. Entéro-colite muco-membraneuse. Entérite tuberculeuse. — 18. Fièvre typhoïde. — 19. Péritonite tuberculeuse. Tuberculose hépatique.

Maladies du sang et de l'appareil hématopoiétique : 20. Séméiologie des anémies chez l'enfant. — 21. Lymphadénie. Leucémie et splénomégalies chez l'enfant. — 22. Purpuras chez l'enfant.

Maladies du système nerveux : 23. Chorées de l'enfance. Complications et traitement. — 24. Scléroses cérébrales. Hémiplégie cérébrale infantile. Maladie de Little. — 25. Tumeurs et abcès du cerveau.— 26. Paralysie infantile et polynévrites infectieuses. — 27. Myopathies. — 28. Idiotie. Myxœdème. — 29. Convulsions infantiles. Epilepsie et hystérie. — 30. Méningite cérébro-spinale épidémique et méningite tuberculeuse. Ponction lombaire. Ponction lombaire et cytodiagnostic.

Maladies des yeux : 31. Les conjonctivites; leurs complications; leur traitement. — 32. Hérédo-syphilis oculaire.

Maladies de la peau : 33. Teigne. Tricophities. Favus. Examen microscopique et traitement. — 34. Formes cliniques; complications et traitement des eczémas de l'enfance.

Maladies chirurgicales : 35. Mal de Pott et difformités rachitiques. — 36. Tumeurs blanches et coxalgie. — 37. Invagination intestinale. — 38. Prolapsus du rectum. Polypes. Imperforation anale. — 39. Examen et traitement des traumatismes du coude. — 40. Diagnostic et traitement de l'appendicite. — 41. Diagnostic et traitement de la mastoïdite aiguë. — 42. Diagnostic et traitement de l'ostéomyélite aiguë.

Principes d'électrothérapie : 43. Traitement électrique de la paralysie infantile, de la paralysie diphtérique et des paralysies névritiques. — 44. Traitement électrique des angiomes et des nævi.

Maladies du naso-pharynx et de ses annexes : 45. Hypertrophie des amygdales. Végétations adénoïdes. — 46. Complications nasales et auriculaires des infections pharyngées.

Diphtérie : 47. Diagnostic clinique de l'angine diphtérique. — 48. Diagnostic bactériologique et sérothérapie de la diphtérie. — 49. Diagnostic du croup. — 50. Tubage et trachéotomie.

Fièvres éruptives : 51. Rougeole; formes cliniques; diagnostic; complications. — 52. Scarlatine; ses complications.

Principes d'hygiène scolaire : 53. Bâtiment et mobilier scolaire. — 54. Examen individuel des enfants. Fiche sanitaire.

Excursions du dimanche : Visite de la pouponnière de Versailles et du lactarium. — Visite excursion avec billets à tarif réduit à Berck-sur-Mer. — Visite du service de la teigne à l'hôpital Saint-Louis. — Visite des services d'enfants arriérés à l'hospice de Bicêtre.

Le droit à verser est de 100 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Un programme détaillé, avec dates et heures des différentes conférences, sera remis à chaque auditeur inscrit au début du cours. S'adresser à M. Armand-Delille, chef de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 6, juin 1907.) R. SABOURAUD : Nouvelles recherches sur les microsporums. — W. DUBREUILH : Epithéliomatose d'origine solaire.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 juin 1907.) BARDET : Propriétés physiques et chimiques des solutions colloïdales de métaux dans leurs rapports avec les applications thérapeutiques. — (15 juin.) E. ROCHARD : Perforation dans le décours d'une fièvre typhoïde à forme ambulatoire. Péritonite généralisée. Laparotomie. Guérison. — René GAULTIER : Les dyspepsies duodénales. Etude séméiologique et thérapeutique.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVI, n° 21, 23 mai 1907.) Reginald H. FITZ : La frontière entre la médecine et la chirurgie. — James B. FITZGERALD : L'enseignement de la physique dans les écoles publiques de Boston. — Thomas F. HARRINGTON : La surveillance médicale des inspecteurs médicaux des écoles publiques. — S. A. DURGIN : L'hygiène scolaire. — George S. C. BADGER : Le bien-être physique dans les écoles publiques. — (N° 22, 30 mai.) Maurice H. RICHARDSON : Calculs biliaires sans symptômes et symptômes sans calculs biliaires. — John B. HAWES et Cleaveland FLOYD : L'usage de la tuberculine dans le diagnostic précoce de la tuberculose dans une consultation externe importante (avec 4 tableaux). — G. H. POWERS : Technique de la résection sous-muqueuse de la cloison nasale. — A. COOLIDGE : Les nodules vocaux chez les enfants. — Harry A. BARUE : Prophylaxie de la diphtérie post-opératoire. — George L. TOBY : Points essentiels dans la technique de la résection sous-muqueuse de la cloison nasale.

Bulletin médical. — (N° 46, 15 juin 1907.) JABOULAY : La mélanose. — (N° 47, 19 juin.) RAYMOND : Considérations générales sur l'hystérie. Traitement de l'hystérie (*fin*). — (N° 48, 22 juin.) JABOULAY : Leucocythémie myélogène avec spléno-mégalie. Priapisme.

Écho médical du Nord. — (N° 24, 16 juin 1907.) MAUPATÉ et NOLLEN : Contribution à l'étude de l'alcoolisme chez la femme dans le Nord. — PAINBLAN et ARQUEMBOURG : Ecchymoses sous-conjonctivales, bilatérales et totales.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 24, 16 juin 1907.) SELLIER : Rôle des chlorures et de l'eau de mer isotonique sur la genèse de l'acide chlorhydrique du suc gastrique. — Georges LASNIER : Sinusite maxillaire et dent de sagesse.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 23, 16 juin 1907.) CARLES : Le vin et la fièvre typhoïde. — CODET-BOISSE : Ostéomyélite traumatique de l'humérus. Plombage iodoformé. Guérison. — ANGLADE : Autopsie de démente pseudobulbaire.

Journal des praticiens. — (N° 22, 1er juin.) GUINARD : Imperforations de l'hymen. — HUCHARD : Importance clinique et thérapeutique des troubles fonctionnels dans les maladies du cœur. — KIRMISSON : Le phimosis. — (N° 23, 8 juin.) CALOT : Traitement du pied-bot congénital. — ROBIN : Le diabète floride. — (N° 24, 15 juin.) RECLUS : Les accidents du travail. Examen du blessé; rédaction du rapport.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 24, 15 juin 1907.) H. LAVRAND : Otites moyennes aiguës. — DECRETON : Fistule du canal de Sténon. Opération suivant le procédé de Richelot.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 24, 15 juin 1907.) GAUTHIER : Quelques particularités de tumeurs oculaires. — (N° 25, 20 juin.) MARIQUE : Mérycisme ou rumination chez l'enfant et l'adulte. — J. BORDET : Détails complémentaires sur le microbe de la coqueluche.

Lyon médical. — (N° 21, 26 mai 1907.) MOUISSET et BOURRET : Thrombose du tronc basilaire. — (N° 22, 2 juin.) ROCHET : Le faux prostatisme d'origine alcoolique. — COLLET : Abcès cérébral consécutif à la rougeole. — (N° 23, 9 juin.) BARJON : Deux cas d'angiome de la face guéris par la radiothérapie. — René HORAND : Peau tigrée. — (N° 24, 16 juin.) LÉPINE et BOULUD : Sur l'acide glycosurique du sang. — Paul COURMONT : Principes de pathologie générale.

Medizinische Blatter. — (N° 22, 1er juin 1907.) BERGEL : Etudes critiques sur la question de l'immunité. — FRANKE : Traitement chirurgical et interne de l'appendicite. — (N° 23, 8 juin.) BERGEL : Etudes critiques sur la question de l'immunité (*suite*). — FRANKE : Le traitement chirurgical et interne de l'appendicite (*suite*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 23, 4 juin 1907.) HAMMERL : L'autan, un nouveau produit désinfectant. — BERGER : Sur les érosions gastriques. — BITTORF : Sensibilité du testicule à la pression dans la lithiase rénale. — MANN : Quelques cas d'affections de la trachée et des bronches diagnostiqués à l'aide de la trachéobronchoscopie de Killian. — KALB : Contribution à l'étude de la marche à quatre pattes consécutive à la paralysie infantile. — THEILHABER : Variations de la structure de l'endomètre normal et endométrite chronique. — RITSCHL : Sur la contracture des doigts en flexion consécutivement à la séparation traumatique des tendons extenseurs. — KNAUTH : Valeur diagnostique de la réaction de Grüber-Widal. — FEDERSCHMIDT : Un cas de tétanos traumatique traité avec l'antitoxine tétanique de Höchst. — GOLDSMIDT : Intoxication aiguë par le citrophène. — DETERMANN : Appareil simple et toujours prêt à servir pour apprécier la viscosité du sang. — NEUMANN et FELLNER : Influence de la choline et des rayons Röntgen sur l'évolution de la gravidité. — BARANY : La recherche des mouvements oculaires réflexes vestibulaires cloptiques pour le diagnostic topique des paralysies des muscles des yeux. — PEROTZ : Sur l'artériosclérose abdominale. — (N° 24, 11 juin.) STADELMANN et WOLF EISLER : Sur la septicémie typhique et colibacillaire et sur la fièvre typhoïde, maladie par endotoxine. — TUDEMANN et NAMBU : Contribution à l'étude clinique et anotomique de la syphilis cérébro-spinale. — SCHULTZE : Diagnostic différentiel des streptocoques pathogènes pour l'homme. — SAUERBRUCH : Opération radicale des très grosses hernies inguinales. — PFEIFFER : Sur la greffe thyroïdienne et la maladie de Basedow expérimentale. — BLUMBERG : Sur un symptôme diagnostique dans l'appendicite. — STAHR : Proliférations épithéliales atypiques et carcinome. — HECHT : Explication de l'apparition de selles vertes chez le nourrisson. — JAHR : Une méthode intra-uretérale pour la dissolution des calculs enclavés dans l'uretère et leur expulsion par les voies naturelles. — NEUSTÄTTER : Rire anormal à point de départ oculaire. — IPSEN : Sur la coloration argentoïde des cheveux. — SCHWARZ : Sur la recherche du sucre dans l'urine au moyen de la solution de Haines. — KRAFT : Les pentoses dans l'urine et leur recherche.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*
S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Première épreuve clinique.* — Séance du 25 juin 1907. — MM. Baumgartner, 18; Chevassu, 17, et Chifoliau, 14.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 27 juin, à quatre heures un quart, à l'hôpital Necker.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — Prosectorat. — Sont désignés pour faire partie du jury du concours pour les places de prosecteur vacantes à l'amphithéâtre des hôpitaux : MM. Terrier, Sebileau, J.-L. Faure, Picqué, Mauclaire, Courtois-Suffit, Widal. M. Courtois-Suffit a accepté.

— Adjuvat. — *Epreuve écrite.* — Séance du 24 juin. — Question donnée : « Fibres musculaires striées. Contractions musculaires. »

LES SOCIÉTÉS MÉDICALES D'ARRONDISSEMENT ET LE LEGS SOLLER. — On connaît l'extravagante proposition de M. Soller, qui a offert au directeur de l'Assistance publique une somme d'un million pour instituer une commission extra-médicale, chargée de contrôler les travaux des médecins et des chirurgiens dans nos hôpitaux parisiens.

Ce projet semble, d'ailleurs, devoir obtenir auprès du Conseil municipal le sort qu'il mérite.

Le Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement vient d'adopter l'ordre du jour suivant, qu'il a communiqué au Conseil municipal :

« Le Conseil, après avoir pris connaissance de l'offre faite par M. Soller, d'une donation ayant pour objet la création de services spéciaux, chargés, sous la direction d'hommes de science (*non médecins*), du contrôle des actes médicaux et chirurgicaux dans les hôpitaux de Paris, appelle votre bienveillante attention sur les considérations suivantes :

La médecine est l'art de guérir; elle utilise, d'une façon complexe, les données fournies par les sciences;

Les éléments que ces sciences apportent à la médecine exigent, pour être utilisés et interprétés, une éducation médicale complète;

Ces sciences restant actuellement accessoires, on ne saurait les faire intervenir, *d'une façon exclusive*, comme moyen de diagnostic ou de contrôle contre les médecins.

Dans l'intérêt supérieur des malades, les médecins et chirurgiens doivent pouvoir appliquer le traitement qui leur paraît le meilleur, dans les limites que fixent leur conscience et les lois; celles-ci établissent, en effet, la responsabilité du médecin en cas d'imprudence ou faute lourde.

En conséquence, le Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement ne saurait s'élever avec trop d'énergie contre la création projetée d'un corps de contrôleurs ne possédant aucune instruction médicale. »

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — MM. les docteurs Armand Gautier, Hanriot et Landouzy, membres de l'Académie de médecine; Villejean, Chantemesse et Cornil, membres du Conseil supérieur d'hygiène publique de France; Pédebidou, Durand-Fardel et Lepiez, membres de la Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France, sont nommés membres de la commission chargée de reconnaître le caractère de station balnéaire, thermale ou climaté-

rique aux localités qui demandent les autorisations de jeu prévues par l'article 1er de la loi du 15 juin 1907.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont promus : *Au grade de médecin principal de première classe.* — MM. les médecins principaux de deuxième classe Grivet et Dubrulle.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Vedel, Ferry et Sieur.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Chambaud, Gilles, Iversenc, Habert, Pichon, Cavalier-Bénézet, Busquet, Pascal, Cultin, Lœuillet et Vialle.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Vennat, Villa, Randon, Prat, Garnaud, Forget, Melnotte, Saint-Martin, Pierre, Duchesne, Domage, Henry, Ferron, Pourcines, Petit et Casoux.

— Par décision ministérielle du 23 juin 1907, sont classés : MM. les médecins principaux de première classe Triffaut, nommé directeur du service de santé du 5e corps d'armée; Morer, médecin-chef de l'hôp. milit. de Toulouse.

M. le médecin principal de deuxième classe Richard est nommé médecin-chef de l'hosp. mixte de Grenoble.

MM. les médecins-majors de première classe Gauthier, nommé médecin-chef de l'Ecole d'application de Saumur; Bergasse, médecin-chef de l'hôp. milit. de Briançon.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Ducourtil, passe au 30e d'inf.; Gilliard, au 110e d'inf.; Vuillaume, au 21e d'inf.; Rispal, aux batt. alp. du 19e d'art.; Mélot, au 2e spahis; Baills, au 135e d'inf.; Picon, au 22e bat. chass. à pied; Clerc, au 14e bat. chass. à pied; Spire, au 13e drag.; Rogé, au 27e d'art.

MM. les médecins aides-majors de première classe Mayrac, passe au 68e d'inf.; Couturier, au 76e d'inf.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Truchelet, passe au 3e génie; Ferras, au 6e d'inf.

— Par décision ministérielle du même jour, M. le médecin-inspecteur Moine, nouvellement promu à ce grade, a été maintenu directeur du service de santé du 7e corps, à Besançon.

— *Tableau d'avancement pour l'année 1907.* — RÉSERVE ET ARMÉE TERRITORIALE. — *Pour le grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale.* — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée territoriale Aubertin, Darde, Hermann, Kaufmann, Tartière et Woirhaye.

Pour le grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de réserve et de l'armée territoriale Aubry, Bloch, Bouvet, Castelli, Darlan, Deschamps, Foucher, Girardeau, Jousse, Lejars, Lévy, Poujol, Poupon, Seuvre et Tissot.

Pour le grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de réserve Adda, Bompaire, Douarre, Dunogier, Dutremblay, Faidherbe, Fieux, Frémicourt, Morange, Pactet, Salomon et Vaudremer.

Pour le grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Angot, Barjon, Basset, Baur, Boudaud, Bourdon, Boury, Branthomme, Caron, Chassevant, Chaumont, Compagnion, Cornebois, Dailliez, Daraignez, Darras, Decréquy, Dubrueil, Dutard, Duval, Escat, Etienne, Frenkel, Froidure, Genouville, Grivet, Jacqueau, Lacoste, Laffage, Lasserre, Laurent, Levrat, Louviot, Marquet-Deschiens, Paillard, Perrenot, Peyré, Porte, Prévot, Raynaud, Riche, Royet, Saint-Hilaire, Saucerotte, Sesquès, Thibault, Thomas-Duris, Toussaint, Triboulet, Trouillet, Vanhoutte, Vassal (A.), Vassal (P.) et Verrier.

Pour le grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Abramovitsch, Abrault, Abt, Achard, Ader, Aillet, Alaux, Alric-Bourgès, Amouroux, André (J.), André (E.), Andrieux, Aroud, Arsac, Audigé, Auréjac, Auvray, Bahans, Bajon, Baldensperger, Bantigny, Baque, Barbin, Barde, Barrois, Bassaget, Bauzan, Baylac, Bazeix, Beaugrand, Bécue, Bégué, Belohous, Beissière, Béra (E.), Béra (L.), Béringuier, Berne, Bernheim, Bertrou, Bertucat, Bidault, Bioche, Bire, Bisquerra, Blagny, Blanc, Blanchard, Blasart, Bled, Bleynie, Boda, Bodin, Boissat, Bonnat, Bone, Borderie, Bornay, Borrel, Bosc, Boulaud, Bouquet, Bousquet, Boutron, Bouvet, Bricard, Bridoux, Bringuet, Brisson, Brizard, Brochard, Broudic, Broussais, Broustet, Bruneau, Bulliod, Burod, Cache, Cade. (*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. LE PROFESSEUR LE DENTU A L'HOTEL-DIEU. — Sous la direction de M. le docteur Pichevin, chef des travaux gynécologiques, M. Félix Marsan, interne du service, commencera le mercredi 3 juillet, à cinq heures, une série de douze conférences de gynécologie, et les continuera le vendredi et le lundi à la même heure.

Les élèves assisteront aux opérations faites dans le service et seront exercés individuellement au toucher gynécologique, à la consultation qui a lieu les lundis, mercredis et samedis à neuf heures et demie, à la salle Saint-Jean. Droits d'inscription : 50 francs. Prière de s'inscrire d'avance chez le concierge de l'Hôtel-Dieu.

ŒUVRE D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE « E. M. I. ». — Le programme de l'E. M. I. 1907 (voyage médical en Autriche) est définitivement constitué comme suit : Concentration à Nancy, le 7 août; 8 août : Stuttgart; 9 août : Munich; 10 août : Nuremberg; 11 août : Marienbad; 12 août : Carlsbad; 13 août : Prague; 14-15-16 août : Vienne; 17-18 août : Budapest; 19 août : Semmering; 20 août : Gastein; 21 août : Innsbruck; retour par l'Arlberg et Bâle; dislocation le 23 août à Belfort.

Comme le précédent, le voyage médical de 1907 sera fécond en travaux intéressants; partout le groupe sera guidé par les confrères ou les Sociétés médicales locales, qui se sont mises très aimablement à la disposition du conseil de l'Œuvre et montreront les points particuliers et saillants, dignes d'être vus et capables de fournir d'utiles observations. Parmi tous les éminents cicerones de l'E. M. I. 1907, citons seulement les professeurs Steinthal (Stuttgart), Spatz (Munich), Schuh (Nuremberg), Kukula et Pilka (Prague), Winterwitz et von Zeissl (Vienne), Lenhossek et Preisz (Budapest), Lobisch (Innsbruck). Les adhérents assisteront aussi à des démonstrations et à des opérations d'après des thèmes locaux. Les membres du Comité de direction scientifique du voyage feront, autant qu'il sera possible, des causeries comparatives entre les institutions et méthodes étrangères et françaises.

Pour tous renseignements, écrire avec timbre pour réponse ou voir l'administrateur scientifique, qui recevra les membres du corps médical les lundis, mardis, jeudis, vendredis de dix heures à midi; et les mercredis et samedis de deux heures à quatre heures, au siège de l'Œuvre, 8, rue François-Millet, Paris XVIe (Tél. 677-47).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Evesque, député de Die.

OSTÉITE TUBERCULEUSE
DE LA
DIAPHYSE RADIALE
AFFECTANT LA FORME ANATOMIQUE DU SPINA VENTOSA

Par le docteur Georges LECLERC,
Professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Dijon.

La localisation de la tuberculose sur la diaphyse des os longs, bien qu'elle soit assez peu fréquente, a été souvent étudiée (Reichel, Gangolphe, Volkmann, Ollier). Tout récemment encore Sahut (Th. de Paris, 1903) résumant les travaux parus avant lui, et classant les diverses formes anatomiques de diaphysite tuberculeuse, décrit le tubercule enkysté, la carie superficielle, puis la forme particulière aux petits os longs de la main et du pied à laquelle on réserve le nom de *spina ventosa*. Mais pas plus que les classiques il ne signale l'existence de cette dernière forme anatomique si spéciale sur la diaphyse des grands os longs. Le *spina ventosa des grands os longs* existe cependant, mais c'est une forme anatomique très rare : c'est pourquoi j'ai cru devoir rapporter l'observation suivante :

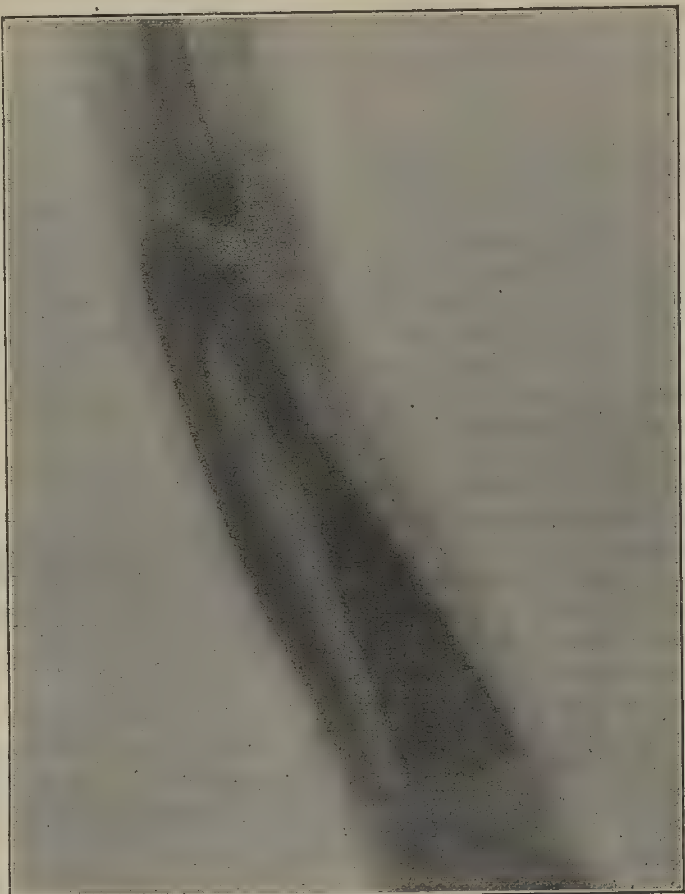
Il s'agit d'une petite fille de cinq ans dont la mère est tuberculeuse et qui présente elle-même depuis deux ans environ des foyers multiples de tuberculose; une tumeur blanche fistuleuse du coude droit, plusieurs cicatrices de gommes tuberculeuses et plusieurs foyers d'ostéite éteints ou en activité, dans différents points du squelette.

C'est au niveau de l'avant-bras gauche que se trouvent les lésions intéressantes. On y remarque en effet sur le tiers inférieur de la face dorsale, à deux travers de doigt environ de l'interligne articulaire du poignet, de petites fistules à bords décollés. En explorant ces fistules, le stylet est conduit, non du côté de l'articulation voisine, mais du côté du coude, et pénètre ainsi dans la diaphyse radiale.

L'examen attentif de la région montre en outre : 1° que les mouvements du poignet sont libres et indolores; la région du carpe n'est le siège d'aucune tuméfaction; on peut donc dire que l'articulation du poignet est indemne; 2° que la moitié inférieure de la diaphyse radiale est extrêmement épaissie et présente, surtout en bas, un diamètre trois ou quatre fois plus considérable que du côté du coude; sur la face palmaire, le gonflement est même si marqué que l'on croirait avoir affaire à un abcès ou à un nid de fongosités. Mais la peau est intacte, non adhérente et d'autre part le gonflement est dur, osseux, sûrement mieux constitué que le radius lui-même. L'épaississement du radius va du reste en diminuant à mesure qu'on s'éloigne du poignet. L'état général de la malade est bon : il existe quelques poussées de température.

Je commençai par immobiliser l'avant-bras dans un plâtre et par faire des injections modificatrices (glycérine iodoformée). Comme au bout d'un mois de ce traitement aucune amélioration ne se manifestait, je pensai à l'existence d'un séquestre que l'hyperostose diaphysaire pouvait d'ailleurs faire soupçonner.

La radiographie, pratiquée par M. le docteur Michaut (de Dijon), confirma le diagnostic : on y peut constater l'épaississement énorme de la moitié inférieure de la diaphyse radiale qui offre l'aspect d'un cône à sommet supérieur. A ce niveau la cavité médullaire se trouve considérablement agrandie et transformée en une vaste caverne occupée presque entièrement par un volumineux séquestre. L'articulation semble indemne; en tous cas, on aperçoit le profil du noyau épiphysaire du radius qui sépare la caverne tuberculeuse de l'interligne articulaire : le cartilage de conjugaison a donc été respecté et semble avoir arrêté la propagation du processus tuberculeux.



Radiographie pratiquée par M. le docteur Michaut (de Dijon).

Le 20 novembre, intervention. Incision dorsale sur le trajet fistuleux; celui-ci mène sur le radius qui est perforé. La diaphyse radiale est facilement et largement trépanée à ce niveau. On aperçoit alors un séquestre gros comme une cerise, très légèrement déchiqueté par place, éburné dans d'autres. Celui-ci retiré, la caverne radiale apparaît très vaste et fermée de toutes parts, du côté de l'articulation en particulier; les parois de cette caverne sont très peu épaisses, le canal médullaire a été agrandi et la diaphyse pour ainsi dire soufflée.

Chlorure de zinc. On laisse une mèche. Plâtre. Suites opératoires excellentes; la température tombe, la cavité se ferme très lentement.

Cette forme de tuberculose diaphysaire rappelle de tous points le spina ventosa ordinaire, celui des petits os de la main et du pied : dans celui-ci, en effet, la diaphyse apparaît comme boursouflée; la cavité médullaire, agrandie et contenant assez souvent des séquestres, est limitée par une coque osseuse périphérique due à la réaction périostique;

cette coque, dans certains endroits, est perforée par le processus tuberculeux, d'où la formation de fistules. Or ces lésions sont exactement celles que présentait l'extrémité inférieure de la diaphyse radiale chez ma malade.

Le spina ventosa n'est donc pas spécial aux petits os longs de la main et du pied; il existe sur les grands os longs, mais c'est là une forme anatomique très rare.

A la vérité, dans le livre de M. Gangolphe (1) où tout est dit sur la tuberculose osseuse, on trouve signalée la forme de tuberculose diaphysaire que j'ai en vue : elle avait été vue aussi par Reichel. Je cite le passage de M. Gangolphe, qui se rapporte à ces faits; l'auteur, étudiant la tuberculose diaphysaire, réserve un passage spécial à la tuberculose intra-médullaire : « L'ostéomyélite tuberculeuse primitive circonscrite est constituée par des cavités limitées par des cloisonnements intra-médullaires et contenant du pus, des fongosités, de petits séquestres. L'analogie est grande avec les foyers d'ostéomyélite aiguë infectieuse et limitée. Elle l'est plus encore dans les cas semblables à ceux publiés par Reichel. Le canal médullaire en grande partie ou en totalité était occupé par du pus ou des fongosités; la coque diaphysaire épaissie par de nouvelles couches sous-périostiques était troué çà et là d'orifices semblables aux cloaques ostéomyélitiques. Le stylet et l'inspection directe révélaient la présence de séquestres incarcérés. Seules la coloration du pus, des tissus morbides, la consistance des portions nécrosées permettaient un diagnostic différentiel. »

Mais la superposition de ces lésions avec celles du spina ventosa n'est pas signalée, et malgré Gangolphe les classiques semblent méconnaître cette forme de tuberculose diaphysaire.

Tout récemment (2), MM. Vignard et Mouriquand viennent d'en réunir quatre cas; les lésions qu'ils ont observées siègent l'une sur l'extrémité inférieure du radius, une autre sur la clavicule, une troisième sur le cubitus, la quatrième sur le péroné.

Enfin, mon ami le docteur Kornprobst (3) vient de réunir dans sa thèse tous les cas publiés, et de faire une revue générale de la question.

Dans les observations de MM. Vignard et Mouriquand, comme dans la mienne, la similitude des lésions avec le spina ventosa est complète; deux fois il existait au centre de la cavité médullaire un séquestre assez volumineux. Trois de leurs malades étaient des enfants.

Fréquence des séquestres qui sont rares, comme on le sait, dans les autres formes de tuberculose osseuse; *jeune âge des sujets atteints* : voilà donc les deux traits caractéristiques du spina ventosa des os longs.

Le diagnostic doit souvent présenter de réelles difficultés.

Il faut d'abord éviter de prendre pour un abcès ou pour des fongosités la tuméfaction osseuse : sa consistance dure, l'intégrité de la peau y aideront. L'hyperostose reconnue, l'affection peut, s'il n'existe pas encore de fistule, simuler l'ostéosarcome. Mais c'est surtout l'ostéite *syphilitique* et plus encore l'ostéomyélite *chronique* qui seront difficiles à distinguer de la rare lésion qui nous occupe. Pour l'ostéomyélite, le problème doit même être tout à fait insoluble dans certains cas, lorsqu'on ne sait rien des antécédents, rien de l'évolution et lorsqu'il n'existe pas d'autres lésions tuberculeuses pour guider le chirurgien.

Qu'on me permette d'insister sur les données précieuses fournies par la radiographie; on n'emploie pas assez en matière de tuberculose osseuse ce moyen d'investigation qui donne pourtant une excellente idée de la forme des lésions, de leur étendue, de la présence des séquestres.

Le traitement du spina ventosa des os longs ne diffère pas de celui du spina ventosa ordinaire. Tant que la coque osseuse n'a pas été perforée, toute intervention est inutile; dès que la trépanation de l'os a rendu la fistule inévitable, à plus forte raison lorsque celle-ci existe, il faut intervenir; les injections modificatrices telles que les pratique Calot peuvent d'abord être employées, mais il ne faut pas s'y attarder, car s'il existe un gros séquestre — et nous avons vu que cela était fréquent — les injections sont incapables de le dissoudre. Mieux vaut intervenir, enlever le séquestre et traiter la lésion comme un spina ventosa banal.

(1) Gangolphe. *Maladies des os*, p. 154.
(2) *Province médicale*, 1906, n° 44.
(3) Kornprobst. Th. de Lyon, 1907.

GUÉRISON PAR L'ŒSOPHAGOSCOPIE

D'UNE

STÉNOSE CICATRICIELLE DE L'ŒSOPHAGE

A FORME GRAVE

Par M. le docteur GUISEZ.

L'observation suivante montre tout ce que l'on peut attendre de l'œsophagoscopie au point de vue thérapeutique.

Le nommé I. S..., âgé de six ans, habitant la Plaine-Saint-Denis, avale de la potasse caustique en juin 1906. La dysphagie est très marquée au début, elle l'est ensuite moins mais bientôt les solides et les liquides ne peuvent plus passer.

D'urgence le petit malade est transporté à l'hôpital Bretonneau où le docteur Veau après laparotomie médiane fait une ouverture à l'estomac, et essaye le cathétérisme rétrograde. Il peut introduire une bougie filiforme et dans la suite le malade se met à pouvoir déglutir des liquides. Des tentatives de cathétérisme par la bouche semblent réussir et on laisse fermer la bouche stomacale.

En novembre, la sténose œsophagienne redevient très serrée et l'enfant ne peut plus rien déglutir par l'œsophage. Le 14 novembre 1906, il rentre de nouveau à l'hôpital des Enfants-Malades où le docteur Mouchet lui fait d'urgence une laparotomie dans la première cicatrice et une gastrostomie par le procédé de Fontan. L'enfant était moribond, dans un état d'émaciation et d'amaigrissement extrêmes. Pendant

l'opération on se rend compte qu'une bougie n° 7 peut passer par le cathétérisme rétrograde.

Le petit malade engraisse peu à peu et reprend des forces. Mais au bout de quelques jours l'amélioration reste stationnaire.

Le 14 décembre, le docteur Mouchet fait sous chloroforme une tentative de cathétérisme rétrograde par la fistule gastrique. Echec.

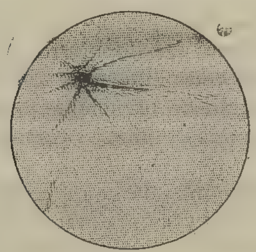
Le 17 décembre, à l'hôpital des Enfants-Malades, nous voyons pour la première fois le malade dont l'état de cachexie est on ne peut plus avancé, il est absolument squelettique. Nous examinons, en présence du docteur Mouchet et des élèves du service, la sténose œsophagienne *sous l'œsophagoscope*. Nous constatons à la partie supérieure de l'œsophage une poche dilatée contenant du mucus que nous vidons à l'aide de la pompe aspiratrice. Enfonçant le tube nous arrivons au rétrécissement cicatriciel, constitué par du tissu épaissi blanchâtre présentant un petit pertuis excentrique, rejeté vers la paroi droite de l'œsophage.

Sous le contrôle de la vue une fine bougie n° 4 est introduite dans ce pertuis, elle est remplacée par une plus grosse n° 6 et on arrive ainsi en suivant la graduation à faire passer dans l'œsophage un n° 24.

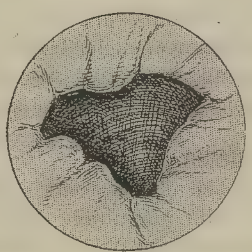
Au réveil, le malade peut avaler un peu de lait et les jours suivants il peut s'alimenter de liquides : jaunes d'œufs et bouillies. Il reprend un peu d'embonpoint, semble moins cachectique.

La fistule stomacale paraît se fermer et l'alimentation ne se fait uniquement que par la bouche.

Le samedi nous faisons un nouvel examen sous chloroforme et commencons le passage de sonde au 16. Nous arrivons facilement à passer un n° 26.



A



B

Schémas de l'image œsophagoscopique. — *A.* Avant l'opération; *B.* Lors du deuxième examen œsophagoscopique, un mois après l'opération.

Brusquement deux jours après sans qu'il y ait d'autre cause apparente que du spasme, la dysphagie s'installe de nouveau et la fistule stomacale se rouvre. Le lendemain la dysphagie cesse, mais tout le liquide introduit par l'œsophage semble repasser par la fistule gastrique. Pendant quinze jours, la cachexie est encore extrême et l'on ne soutient le malade que par le lait et les piqûres de sérum.

Petit à petit cependant les aliments semblent passer mieux dans l'œsophage et la fistule gastrique semble de nouveau se fermer.

Vers la fin de janvier, nouvelle dysphagie occasionnée cette fois par ce fait que le malade ayant pris une orange à un de ses camarades et l'ayant mangée, la pulpe a obstrué l'orifice œsophagien.

Sous l'œsophagoscopie de nouveau pratiquée en présence du docteur Broca et des élèves du service, nous le débarrassons de ces détritus et pouvons passer le n° 24, bougie de la filière ordinaire.

Le malade a eu depuis lors des hauts et des bas, mais d'une façon générale l'alimentation a pu se faire par la bouche de mieux en mieux. La fistule stomacale s'est rouverte de temps à autre, mais elle s'est, semble-t-il, définitivement fermée depuis quatre mois.

Aucun liquide ne s'est écoulé par elle depuis.

Le petit malade est sorti de l'hôpital le 15 février pour cause d'évacuation de la salle. Nous avons continué à le dilater régulièrement toutes les semaines. La poche sus-jacente au rétrécissement ayant complètement disparu, nous pouvons le dilater sans le concours de l'œsophagoscopie et nous avons posé récemment le n° 33 (12 millimètres) de la filière ordinaire, ce qui, à cet âge, est un calibre très voisin de la normale.

Il s'alimente tout à fait normalement. Il reprend petit à petit son embonpoint et actuellement il pèse 19 kilos, soit 4 kilos de plus qu'il y a deux mois. Sans doute il sera condamné à la dilatation comme tous les rétrécis. Mais il doit néanmoins ce retour à la vie à l'œsophagoscopie.

Il nous a paru intéressant de vous rapporter cette observation et de vous présenter ce petit malade (1) à plusieurs points de vue.

1° A cause *de son âge* et du peu de ressource que pouvaient offrir tous les moyens chirurgicaux employés en ce cas. On sait *la gravité toute particulière de la gastrostomie dans le jeune âge*. La bouche gastrique ne peut suffire à l'alimentation et au développement d'un enfant. Tous meurent plus ou moins rapidement, c'est là une règle générale;

2° A cause de la véritable résurrection que cette intervention a opérée sur lui. Quand nous l'avons œsophagoscopé il était arrivé au dernier terme de la cachexie, ayant à peine la force de lever la main pour porter les aliments à la bouche;

3° Nous voudrions à ce propos vous dire les résultats que nous avons obtenus dans des cas analogues de rétrécissements gastrostomisés ou non.

Nous avons jusqu'à présent (2) opéré sous l'œsophagoscopie cinq malades atteints de rétrécissements cicatriciels et un congénital, trois adultes et deux enfants. Tous ces rétrécissements étaient infranchissables et la gastrostomie avait dû être faite (3). Nous avons perdu deux malades dans les circonstances suivantes : le premier, une femme de quarante ans, à la suite d'une manœuvre faite à l'aveugle cinq jours après l'opération et indépendamment à notre sens de l'œsophagotomie faite sous l'œsophagoscopie; le deuxième, un enfant de six ans présentait un rétrécissement infranchissable imperméable aux plus fines bougies.

---

(1) Société de pédiatrie, mars 1907.

(2) Depuis la publication de ce cas, nous avons opéré deux autres sténoses cicatricielles : un enfant du service du docteur Jalaguier, et une adulte du service du docteur Tuffier. Les résultats dans ces deux cas et principalement dans ce dernier ont été excellents. Le premier a été présenté à la Soc. de chir. le 12 juin 1907.

(3) *Tribune méd.*, 14 juillet 1906; — *Gaz. des hôp.*, 27 déc. 1906; — *Annales des maladies des oreilles, du nez et du larynx*, nov. 1906.

Le rétrécissement était trop ancien et trop serré pour être opérable.

Ces deux cas nous ont enseigné qu'on ne doit jamais faire de manœuvres à l'aveugle après l'œsophagoscopie, et que la dilatation au moins dans les premiers temps doit se faire sous le contrôle de la vue. Nous pensons en outre que, si l'on n'arrive pas à passer de fines bougies conductrices franchement et librement, ici tout comme dans l'urétrotomie, on n'est point autorisé à tenter l'œsophagotomie sous l'œsophagoscopie.

C'est une méthode neuve qui, à d'autres points de vue : extractions de corps étrangers œsophagiens et bronchiques, nous a donné de très beaux résultats. Nous avons extrait de nombreux corps étrangers œsophagiens et actuellement *dix corps étrangers bronchiques*, tous avec guérison.

Pour ce qui est de l'œsophagotomie sous l'œsophagoscopie, nos résultats ne semblent pas à première vue aussi encourageants, mais il s'agit là d'une méthode toute neuve et dont la technique et les applications ont besoin d'être exactement définies, nous sommes persuadé que d'ici peu de temps on n'aura plus qu'une très faible mortalité. Les résultats nous ont paru d'autant meilleurs que les cas étaient moins anciens, d'où l'indication d'agir vite.

Sencert (de Nancy), qui, parallèlement et un peu après nous, a fait des travaux sur cette question, est arrivé aux mêmes conclusions.

En tous cas les sténoses cicatricielles, chez les enfants tout jeunes surtout, étant un arrêt de mort assuré, l'œsophagoscopie nous offre un moyen, nous semble-t-il, d'en sauver la plupart.

Sans doute, avec la pratique les indications de l'œsophagotomie sous le contrôle de la vue deviendront de plus en plus nettes, et la technique plus aisée, mais il semble que d'ores et déjà les résultats auxquels elle nous a permis d'arriver sont tout à fait satisfaisants; tous les malades que nous avons soignés étaient délaissés et condamnés à l'existence avec une bouche stomacale, ce qui pour les enfants était un arrêt de mort à plus ou moins brève échéance.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 JUIN 1907)

De l'invagination intestinale des jeunes enfants. — Au mois d'octobre de l'année dernière, M. KIRMISSON a déjà porté cette question à la Société de chirurgie (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 121, p. 1448). Il a bien fait de la porter aussi devant l'Académie, car c'est là une question qui intéresse tous les praticiens, la vie de ces enfants dépendant d'un diagnostic précoce et d'une intervention hâtive. Voyons d'abord les observations qui nous sont présentées par M. Kirmisson :

Un enfant de vingt et un mois est pris de tous les signes d'une obstruction intestinale par invagination. Il est apporté à l'hôpital et opéré par le chef de clinique, quarante-cinq heures après le début des accidents; on fait la laparotomie; la désinvagination est faite, mais l'enfant succomba le lendemain.

Un petit garçon de huit mois est amené à l'hôpital, un mercredi matin, avec des coliques, des spasmes, des selles sanguinolentes; l'opération est pratiquée cinquante et une heures après le début des accidents; on procéda à la désinvagination, mais la température reste à 40 degrés et l'enfant meurt.

Le 21 juin, un enfant est présenté à M. Kirmisson dans les mêmes conditions; c'est un enfant de cinq mois; il a des coliques, des spasmes; du sang sort par l'anus; un médecin est appelé et prescrit une potion calmante. Il n'a pu être opéré que soixante-quatorze heures après le début des accidents; on dut faire une résection intestinale. Il fut opéré sans aucun espoir de guérison et, en effet, il succomba quelques heures après.

Ces trois exemples pourraient être suivis de beaucoup d'autres analogues : c'est ainsi, en effet, que les choses se passent dans la grande majorité des cas. Attristé de ces faits, M. Kirmisson a cru devoir saisir le public médical afin que se fasse pour le traitement de l'invagination intestinale chez l'enfant, l'évolution qui s'est faite pour la hernie étranglée et, plus tard, pour l'appendicite. Il est d'autant plus déplorable de voir mourir ces jeunes enfants que ce sont en général de très beaux enfants, nullement athrepsiques, ni maladifs. Or depuis dix-huit ans que M. Kirmisson dirige des services d'enfants, il a vu mourir tous ces petits malades, sauf un. Le seul enfant qui ait guéri avait été opéré six heures après le début des accidents. M. Kirmisson a relevé des statistiques fort intéressantes à ce sujet dont voici le résumé :

Enfants opérés douze heures après le début des accidents, 14 p. 100 de morts; vingt-quatre heures après, 37 p. 100; quarante-huit heures après, 39 p. 100; après trois jours, 54 p. 100; après quatre jours, 78 p. 100. Ces chiffres sont empruntés à un travail présenté par M. Guisel au dernier Congrès de Rouen.

L'étude de ces statistiques montre qu'à mesure que le diagnostic et l'intervention deviennent plus précoces, les résultats s'améliorent.

Ces notions sont beaucoup plus répandues en Angleterre qu'en France, et les résultats obtenus par l'opération y sont beaucoup plus favorables. Pourquoi cette différence? M. Kirmisson s'en étonne d'autant plus qu'il ne lui semble pas que le diagnostic de l'invagination intestinale chez l'enfant soit bien difficile.

D'abord l'invagination est à peu près la seule cause de l'occlusion intestinale chez l'enfant. Il y a en outre un symptôme constant d'une grande importance, c'est l'écoulement sanguin par l'anus. Si l'on ajoute à cela les coliques, les spasmes, l'altération des traits, etc., on admettra que le diagnostic ne présente pas de difficultés sérieuses, et ce diagnostic comporte l'intervention immédiate.

M. Kirmisson insiste peu sur un moyen médical qui a donné quelques succès, c'est l'administration d'un grand lavement, l'enfant étant placé dans une position inclinée. On peut toujours l'essayer; mais il ne faut pas trop s'y attarder, et s'il reste sans effet, ne pas hésiter à recourir à l'intervention chirurgicale.

Il se passe aujourd'hui pour l'invagination intestinale ce qui se passait il y a vingt ans pour la hernie étranglée; on intervient toujours trop tard et la kélotomie était généralement suivie de désastres. De même pour l'appendicite, les malades n'arrivaient au chirurgien que déjà en pleine péritonite généralisée.

Aujourd'hui, l'éducation des médecins est faite, si bien que les hernies étranglées et les péritonites généralisées d'origine appendiculaire deviennent de plus en plus rares.

Il est à souhaiter que la même évolution se fasse pour les invaginations intestinales des jeunes enfants, et c'est dans le but de favoriser cette évolution que M. Kirmisson a cru devoir porter la question d'abord à la Société de chirurgie, à l'Académie ensuite.

Parlant ainsi du haut de la tribune de l'Académie, il espère que sa voix sera entendue.

— Après une série de rapports de prix par MM. Chauvel, Vincent, Gley, d'Arsonval et Bouchard, l'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux dans la première division : M. Manquat (de Nice) et M. Abelous (de Toulouse) ont été élus.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(séance du 20 juin 1907)

Contusions de l'abdomen avec rupture du foie. — MM. Verdelet (de Bordeaux), Toussaint (de Lille) et Gauthier (de Briançon) apportent un certain nombre de faits qui montrent combien est difficile le diagnostic des ruptures du foie.

M. Sieur (de Paris) attire l'attention sur certaines contusions du foie qui ne donnent lieu à aucune réaction abdominale. Les symptômes comme les lésions appartiennent à la portion thoracique du foie. Il serait donc logique de diviser les traumatismes du foie en variété abdominale et en variété thoracique.

M. Bertrand (de Paris) rappelle que le frottement périhépatique signalé par M. Sieur, dans certaines lésions du foie, est analogue à celui qu'il a étudié il y a déjà de nombreuses années comme signe clinique de l'abcès du foie, et qu'il a désigné sous le terme de « périhépatique » pour ne point préjuger de son siège pleural ou abdominal qu'il lui paraît difficile de préciser.

M. Ferraton (de Versailles) pense que pour le diagnostic des lésions du foie de la portion thoracique de cet organe la radioscopie serait favorablement utilisée.

M. Maljean (d'Amélie-les-Bains) estime que l'élément le plus important du pronostic dans les lésions du foie est l'étendue réelle et le siège exact des lésions.

Il existe en effet, comme il s'en est rendu compte dans une observation, des lésions intra-hépatiques inaccessibles à la vue et au toucher, et dans ces cas ni la suture — impossible d'ailleurs — ni le tamponnement n'arrêtent l'hémorragie; ils sont au-dessus des ressources actuelles de la chirurgie.

Pansement des formations sanitaires de campagne (*suite*). — M. Vennin (de Lyon) propose l'adoption de la laine d'amiante, facile à stériliser par le flambage sur le champ de bataille même.

M. Delorme fait observer que l'expérience de cette matière de pansement faite par lui, il y a déjà de longues années, au Val-de-Grâce, n'a pas été favorable à son adoption.

M. Lapasset (du Mans) préconise la désinfection des plaies au permanganate de potasse et l'emploi d'un paquet de pansement imprégné de glycérine.

M. Jacob (de Lyon) conclut à la nécessité d'un pansement aseptique.

C'est aussi l'opinion de M. Follenfant (de Versailles) et la conclusion de l'expérience qu'il a acquise dans la guerre russo-japonaise. Pour lui, le désinfectant de choix des plaies de guerre est la teinture d'iode. Le pansement au sublimé donne l'illusion de la sécurité et, par les accidents auxquels il expose, il interdit l'usage simultané d'autres agents antiseptiques d'une réelle efficacité, tels que la teinture d'iode ou l'eau oxygénée. Sur les champs de bataille de Mandchourie, l'emploi d'un pansement aseptique sur les plaies désinfectées par l'application de teinture d'iode a donné d'excellents résultats.

Communications diverses :

M. Ferrier (de Mostaganem) signale la fréquence de l'**ankylostomiase** dans certaines régions de l'Algérie et la nécessité de procéder à l'examen des selles dans certaines formes d'anémie grave qu'on pourrait croire d'origine paludéenne et qui sont dues à l'ankylostome.

M. Weitzel (Infirmerie de l'Ubaye) communique une observation de **paralysie radiale** due à une compression du nerf par un hématome consécutif à une plaie pénétrante de la région externe et sus-épicondylienne du bras. Intervention. Guérison.

M. Worms (de Paris) présente un malade atteint d'**amaurose hystérique** unilatérale droite et qui présente ce fait particulier de se comporter comme une amaurose vraie ne présentant pas le symptôme de la dissociation de la vision binoculaire, de règle dans l'amaurose unilatérale d'origine hystérique.

M. Jullien (de Joyeuse, Ardèche) présente un matériel de **pansement aseptique** ingénieusement contenu dans des boîtes de fer blanc, d'où il peut être extrait au fur et à mesure des besoins sans que la partie qui reste dans la boîte perde son asepticité.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

EXERCICE ILLÉGAL EN FRANCE PAR UN DOCTEUR EN MÉDECINE ÉTRANGER

Poursuites exercées à la demande du syndicat général des oculistes français. Jugement du Tribunal de première instance de Sedan, jugeant correctionnellement le 15 mai 1907 :

« Attendu qu'aux termes de l'article 5 de la loi du trente novembre mil huit cent quatre-vingt-douze, les médecins diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, et en se conformant aux dispositions prévues par les articles précédents;

Que toute personne non munie de ce diplôme et qui prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, exerce illégalement la médecine, et est passible des peines édictées par l'article 18 de la même loi;

Attendu que le vingt-neuf septembre mil neuf cent six, le Syndicat général des oculistes français a déposé au Parquet de M. le procureur de la République de Sedan, une plainte pour exercice illégal de la médecine contre le docteur B..., médecin oculiste résidant à Namur, non pourvu d'un diplôme d'une Faculté française, et a déclaré se porter partie civile dans la poursuite dont elle sollicitait l'ouverture;

Attendu qu'au cours de l'information, le docteur B... a reconnu que dans l'arrondissement de Sedan et les arrondissements voisins, depuis moins de trois ans, il avait visité, soigné ou opéré un certain nombre de malades et que notamment le seize octobre mil neuf cent trois, il avait pratiqué trois opérations à Raucourt, à Artaise-le-Vivier et à Sommauthe;

Attendu qu'à plusieurs reprises il a été avisé par le Syndicat des médecins de Sedan qu'il n'avait pas le droit d'exercer la médecine en France et qu'il avait pris l'engagement de s'abstenir;

Qu'il explique d'ailleurs qu'au lieu de donner comme précédemment ses consultations à Sedan, à l'hôtel de l'Europe, et à Charleville, hôtel du Lion d'Argent, à des époques fixes et en annonçant son passage par l'envoi de cartes ou des avis insérés dans les journaux, il recevait ses clients français à Bouillon (Belgique), et que si, dans ces derniers temps, il a soigné et opéré des malades en France, il l'a fait à son corps défendant et pour complaire à ceux-ci qui étaient très désireux d'éviter les fatigues d'un voyage, soit à Namur, siège de son institut ophtalmique, soit même à Bouillon.

Attendu que le docteur B... ne saurait se prévaloir de la convention diplomatique intervenue le vingt-sept janvier mil huit cent quatre-vingt-un entre la Belgique et la France qui règle l'admission réciproque à la pratique médicale des médecins dans les communes limitrophes des deux Etats, alors qu'il ne s'est conformé à aucune des mesures administratives exigées notamment en ce qui concerne la remise aux autorités compétentes françaises d'un diplôme, ainsi que d'une autorisation spéciale du Gouvernement belge;

Attendu que le fait délictueux d'exercice illégal de la médecine relevé à sa charge est caractérisé et le rend passible des pénalités édictées par l'article 18 de là loi du trente novembre mil huit cent quatre-vingt-douze;

Attendu toutefois que pour l'appréciation de l'infraction commise et l'application de la peine, le Tribunal ne peut pas ne pas trouver une cause d'atténuation dans ce fait, à savoir, que le docteur B..., père de l'inculpé, à raison de l'assistance donnée par lui aux blessés français en 1870-1871, a reçu du Gouvernement français la croix de chevalier de la Légion d'honneur, ainsi que l'autorisation de pratiquer la médecine en France; qu'il y avait acquis dans la région frontière, et principalement à Sedan, une clientèle importante pour les maladies des yeux, dont B... fils, l'inculpé, a naturellement bénéficié, et qu'il n'est pas sans intérêt de mentionner que la ville de Fumay, pour reconnaître les soins donnés par ce dernier aux indigents, lui versait une allocation annuelle de cinquante francs, et que cette dépense, inscrite au budget communal, recevait chaque année l'approbation préfectorale;

Par ces motifs :

Reçoit le Syndicat général des oculistes français, représenté par son président, le docteur Motais, intervenant comme partie civile dans la poursuite intentée par le ministère public contre le docteur B...;

Déclare le prévenu coupable d'avoir en France, et notamment dans l'arrondissement de Sedan, depuis moins de trois ans, exercé illégalement la médecine.

Et lui faisant application de l'article 18 de la loi du trente novembre mil huit cent quatre-vingt-douze, lu et portant : « Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de cent à cinq cents francs, en cas de récidive, d'une amende de cinq cents à mille francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement; »

Vu l'article 194 du code d'instruction criminelle, lequel est ainsi conçu : « Tout jugement de condamnation rendu contre le prévenu et contre les personnes civilement responsables du délit, ou contre la partie civile, les condamnera aux frais même envers la partie publique; les frais seront liquidés par le même jugement; »

Le condamne en cent francs d'amende et aux dépens ainsi qu'au paiement de la somme d'un franc, à laquelle le Syndicat a réduit sa demande de dommages intérêts. »

LIVRES NOUVEAUX

Précis de thérapeutique (1), par le docteur H. Vaquez, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Le livre du docteur Vaquez s'adresse surtout aux étudiants et il se propose de leur enseigner sans les rebuter cette thérapeutique qu'on néglige tellement en général au moment de ses études et qui se venge si cruellement plus tard lorsqu'on est aux prises avec les difficultés de la clientèle. Il faut reconnaître d'autre part que, lorsqu'on ouvre un traité de matière médicale ou de pharmacodynamie, on a le droit d'être épouvanté au premier abord devant la masse des documents, des expériences contradictoires et des opinions antagonistes que l'on y découvre. Il s'agit donc de faire dans cette exubérante moisson une récolte plus modeste, mais dont on puisse constituer un tout solide. C'est ce qu'a fait M. Vaquez, évitant ainsi à ceux qui veulent étudier pratiquement la thérapeutique une perte de temps considérable et une peine énorme. Et ce travail, il l'a fait non seulement pour la matière médicale proprement dite, mais encore pour l'opothérapie, la sérothérapie, la diététique, l'hydro, le thermo et l'électrothérapie, en un mot pour tout ce qui de nos jours peut être employé contre la maladie. Et qu'on ne s'y trompe pas, sous son apparente concision le *Précis de thérapeutique* contient tout ce qu'il faut savoir, tout ce qui est définitivement acquis par le laboratoire et l'expérimentation clinique.

Est-il besoin de dire que les médications cardiaques occupent dans cet ouvrage la large place qui leur est due et qu'elles y sont traitées de main de maître? Les indications de la digitale et de ses succédanés y sont exposés notamment avec une clarté et une précision remarquables. Nombreux seront ceux qui sauront gré à M. Vaquez de les avoir ainsi guidés dans l'emploi toujours délicat des toniques du cœur, tout le monde lui sera reconnaissant d'avoir écrit son *Précis de thérapeutique*. A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8 cart. de 492 p. (bibliothèque Gilbert et Fournier). — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Nouveau traité de chirurgie (1), publié sous la direction de MM. A. Le Dentu et Pierre Delbet. — Fascicule I : *Grands processus morbides : traumatismes, infections, troubles vasculaires et trophiques, cicatrices*, par MM. Pierre Delbet, M. Chevassu, A. Schwartz et V. Veau.

MM. Le Dentu et Pierre Delbet ont jugé le moment venu de publier une nouvelle édition, complètement au courant des acquisitions de la science, de leur *Traité de chirurgie clinique et opératoire*. « Sans que la marche de la science puisse jamais s'arrêter, disent-ils dans leur préface, il y a des périodes où l'accumulation des notions obtenues en un court espace de temps donne, pour la période qui suit immédiatement, l'impression d'un ralentissement et presque d'une halte. » Ils pensent qu'un de ces moments est arrivé et que l'on peut actuellement mettre au point la plupart des questions chirurgicales.

Les directeurs de cet important ouvrage ont tenu à donner un développement plus considérable à la pathologie générale chirurgicale où les progrès ont été plus sensibles dans ces dernières années. Le premier fascicule qui paraît aujourd'hui est consacré aux grands processus morbides.

MM. Pierre Delbet et Schwartz étudient les lésions traumatiques et leurs rapports avec les maladies générales. Les lésions produites par les agents physiques et chimiques et les complications non septiques des traumatismes sont passées en revue par MM. Pierre Delbet et Veau.

Signalons un très important chapitre consacré aux infections en général par MM. Pierre Delbet et Chevassu et une très bonne étude de l'actinomycose et de la botriomycose. Les gangrènes sont traitées par M. Pierre Delbet avec la collaboration de M. Schwartz, les cicatrices par M. Pierre Delbet avec M. Veau.

On retrouve dans ce fascicule toutes les qualités de méthode et de clarté d'exposition qui ont fait le succès de la première édition du *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, et nous ne doutons pas que cette nouvelle édition n'ait la même bonne fortune. ÉTIENNE LE SOURD.

(1) In-8. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

CORPS THYROIDE [1]

VAISSEAUX ET NERFS. — ARTÈRES. — Au nombre de quatre, deux thyroïdiennes supérieures et deux thyroïdiennes inférieures.

L'artère thyroïdienne supérieure, branche de la carotide externe, aborde le corps thyroïde par le sommet de son lobe latéral et donne trois branches terminales flexueuses. L'artère thyroïdienne inférieure, branche du tronc thyro-bicervico-scapulaire, pénètre par l'extrémité inférieure du lobe latéral et s'y résout aussi en trois branches. Quelquefois (une fois sur dix) il existe une cinquième artère, impaire et médiane, la thyroïdienne moyenne de Neubauer, qui vient du tronc brachio-céphalique, plus rarement de la carotide primitive ou même de la crosse aortique.

Les anastomoses entre les artères font un riche plexus à la surface du corps thyroïde. Puis les rameaux pénètrent dans la glande avec les cloisons fibreuses et vont former des réseaux capillaires à mailles très serrées dans lesquelles sont comprises les vésicules.

VEINES. — Les veines qui émergent de la glande forment un plexus veineux à la surface. Puis de chaque lobe partent trois groupes de veines : les veines thyroïdiennes supérieures vont au tronc thyro-linguo-facial; les veines thyroïdiennes moyennes se dirigent vers la jugulaire interne; les veines thyroïdiennes inférieures se divisent en deux groupes allant l'un au tronc brachio-céphalique, l'autre à la jugulaire interne. Les réseaux veineux de deux lobes s'anastomosent par des veines communicantes.

LYMPHATIQUES. — Les lymphatiques forment des réseaux autour des vésicules, puis arrivent sous la gaine viscérale où se constitue un riche réseau à mailles fines. Ils se partagent en troncs ascendants et descendants.

Parmi les troncs ascendants, les uns médians vont aux ganglions situés devant la membrane crico-thyroïdienne; les autres latéraux plus nombreux vont aux ganglions pharyngés et aux ganglions situés entre la carotide et la jugulaire interne.

Les troncs descendants se dirigent vers les ganglions péritrachéaux.

NERFS. — Ils proviennent pour la plupart du sympathique, abordent la glande avec les vaisseaux ou isolément. Ce sont principalement des fibres amyéliniques; on distingue les nerfs vasculaires et les nerfs glandulaires, ceux-ci se terminant au voisinage de la base des cellules des vésicules. Il n'existe pas de ganglions nerveux intra-thyroïdiens, mais on trouve quelques cellules ganglionnaires.

Le corps thyroïde reçoit aussi quelques filets nerveux du pneumogastrique par le laryngé supérieur et le récurrent. On a décrit des filets nerveux venant de l'anse de l'hypoglosse.

PHYSIOLOGIE. — La riche vascularisation du corps thyroïde, ses rapports avec les artères carotides avaient attiré l'attention des anciens physiologistes; on considéra le corps thyroïde comme ayant surtout un rôle mécanique dans la circulation. La présence de cet organe crée une voie de circulation anastomotique entre le système carotidien et sous-clavier, entre la circulation céphalique droite et gauche. En comprimant les carotides, le corps thyroïde diminue le courant sanguin qui se dirige vers le cerveau. Ce rôle mécanique du corps thyroïde ne paraît plus aujourd'hui très important; il est cependant possible qu'il intervienne dans une certaine mesure pour régler la circulation cérébrale.

Le corps thyroïde n'intéresse plus actuellement les physiologistes que par sa sécrétion interne. Après que Reverdin eut décrit le myxœdème opératoire, consécutif à l'ablation du corps thyroïde, les travaux de Schiff, Gley, Moussu ont permis de comprendre, sans la connaître complètement, la fonction thyroïdienne.

Il faut distinguer complètement le rôle du corps thyroïde et des parathyroïdes. En enlevant à un chien thyroïde et parathyroïdes, on détermine la mort après accidents tétaniques, troubles respiratoires et circulatoires ; parfois l'animal ne succombe pas, c'est qu'une portion de parathyroïde est restée en place, et alors des accidents chroniques surviennent qui dépendent de la thyroïdectomie. L'ablation des parathyroïdes seules chez le chien est suivie de tétanie et entraîne la mort. La thyroïdectomie, avec conservation des parathyroïdes, ne provoque que des troubles chroniques de nutrition lentement progressifs, myxœdémateux, et un arrêt de développement si l'animal soumis à l'expérience était jeune.

Les greffes thyroïdiennes et parathyroïdiennes, les injections de suc thyroïdien et parathyroïdien peuvent prévenir ces accidents.

La pathologie humaine confirme ces expériences, puisque, après la thyroïdectomie totale, peuvent survenir des accidents immédiats avec tétanie, quand les parathyroïdes ont été enlevées, ou des accidents lointains, le myxœdème. De même encore, quand le myxœdème date de l'enfance, c'est le tableau du myxœdème spontané des adultes, plus l'arrêt de développement du corps et l'idiotie.

Les parathyroïdes paraissent donc avoir une fonction antitoxique et le corps thyroïde une fonction trophique. On ne connaît pas les substances actives des parathyroïdes, on connaît encore mal celles du corps thyroïde.

Notkine a isolé du corps thyroïde une *thyroprotéide*; ce serait un poison de l'organisme que le corps thyroïde doit détruire ou neutraliser par sa sécrétion contenant un ferment spécial. Oswald a trouvé dans le thyroïde une nucléo-albumine et un corps iodé la *thyroglobuline*. L'extrait thyroïdien le mieux connu est la thyroïodine ou *iodothyrine* de Baumann ; c'est une combinaison organique iodée très stable. D'après Arthus, l'iodothyrine n'est pas la substance spécifique du corps thyroïde. Enfin A. Gautier a trouvé des doses très faibles d'arsenic dans le corps thyroïde.

La sécrétion thyroïdienne, versée dans la lymphe et le sang, peut agir par elle-même sur la nutrition ; elle peut encore avoir pour rôle de soustraire au sang un principe toxique pour le transformer en une substance neutre ou utile.

On croit que les fonctions thyroïdiennes ont une certaine relation avec celles d'autres glandes à sécrétion interne. Gley a montré que, chez le lapin thyroïdectomisé, survenait une hypertrophie compensatrice de l'hypophyse.

Bien que ces connaissances sur la physiologie thyroïdienne soient incomplètes, la thérapeutique a déjà pu les utiliser. On fait l'opothérapie thyroïdienne avec le corps thyroïde frais de mouton, le corps thyroïde desséché en capsules ou tablettes, et avec l'iodothyrine. L'extrait thyroïdien est vaso-dilatateur et hypotenseur; il active les échanges organiques, et détermine une polyurie avec azoturie et phosphaturie; il active l'ossification. Il faut l'employer avec prudence, car il peut déterminer des accidents; le premier symptôme d'intoxication est la tachycardie.

C'est dans le myxœdème spontané et opératoire, que l'opothérapie thyroïdienne donne les meilleurs résultats. On l'emploie aussi avec avantage dans certains cas de nanisme et d'infantilisme résultant de l'insuffisance thyroïdienne; dans les fractures non consolidées; dans l'obésité et certaines formes de rhumatisme chronique. La maladie de Basedow ayant aussi pour cause un trouble fonctionnel des glandes thyroïde ou parathyroïdes, l'opothérapie thyroïdienne a été conseillée, mais les résultats ont été très variables, des accidents se sont parfois produits.

BIBLIOGRAPHIE. — *Traité d'anatomie* de POIRIER. — HERTWIG. *Précis d'embryologie*. — ARTHUS. *Eléments de physiologie*. — SOUQUES. Art. MYXŒDÈME. *Traité de médecine*. — BÉRARD, Th. de Lyon, 1896.

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 67, p. 802, et n° 70, p. 837.

RENSEIGNEMENTS

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Marseille médical. — (N° 11, 1er juin 1907.) DAMAREST et BAUBONIN : Note sur une épidémie de botulisme. — BRUAS : Broncho-pneumonies traitées par les abcès de fixation. — BALATA, GIRAUD et MONGES : Statistique de la variole. — IMBERT : La réforme des services de chirurgie. — (N° 12, 15 juin.) BOINET : Traitement de la maladie des scaphandriers. — TREILLE : A propos des fièvres de l'isthme de Panama. — ALEZAÏS, BOY-TESSIER et POÉSY. Infarctus du cœur.

Montpellier médical. — (N° 19, 12 mai 1907.) VIRES : Diagnostic précoce de la tuberculose (*suite*). — J. MARTIN. Helminthiase occasionnant appendicite à répétition et fièvre typhoïde. Guérison de l'helminthiase et de l'appendicite par la fièvre typhoïde.

Nord médical. — (N° 304, 1er juin 1907.) PASTEAU : Pathogénie de l'hydronéphrose et le rein mobile. — (N° 305, 15 juin.) Ch. MONOD et VANVERTS : Chloroformisation. — PASTEAU : La pathogénie de l'hydronéphrose et le rein mobile (*fin*).

Pédiâtrie pratique. — (N° 11, 1er juin 1907.) JOÜON : Les formes graves de l'ostéomyélite aiguë. — CANAZANI : Sur la pathogénie de l'achondroplasie (contribution clinique). — COMBY : Lamination chez une fille de trois ans. — (N° 12, 15 juin.) AUGÉ : Les consultations de nourrissons. — GILIBERTI et CENTOLA : Recherches sur les modifications de la flore bactérienne de l'intestin à la suite de l'administration du babeurre. — HOUYET : Néphrite syphilitique précoce traitée avec succès par les injections d'huile grise.

Presse médicale. — (N° 48, 15 juin 1907.) V. BABÈS : Pénétration du bacille tuberculeux par la peau intacte. — L. BOUCHACOURT : Etude critique sur le lever précoce après l'accouchement physiologique. — (N° 49, 15 juin.) A. BAUER : Recherches sur le foie cardiaque. — Jean HEITZ : A propos du réflexe cardiaque d'Abrams. — E. BOUGON et P. DEROCQUE : A propos de l'anastomose latéro-latérale en chirurgie intestinale. — G. CALMETTE : Un nouveau procédé de diagnostic de la tuberculose chez l'homme. L'« ophtalmoréaction » à la tuberculine. — (N° 50, 22 juin.) LERMOYEZ et MAHU : La thiosinamine et le traitement de la surdité.

Province médicale. — (N° 24, 15 juin 1907.) CRESPIN : Traitement du paludisme chez l'enfant. — DOCHE : De la luxation des cartilages semi-lunaires.

Revue de chirurgie. — (N° 5, 10 juin 1907.) E. QUÉNU : Du diastasis de l'articulation tibio-péronière inférieure (29 fig., *à suivre*). — A. DESJARDINS : Technique de la pancréatectomie (8 fig.). — NICLOT et ROMARY : Les blessures par l'arme de chasse et l'infection. — H. ALAMARTINE : Ostéo-arthropathie hypertrophiante d'origine tuberculeuse (4 fig.). — DÉVÉ : Des kystes hydatiques gazeux du foie (11 fig., *fin*). — LE DAMANY : La luxation congénitale de la hanche (3 cartes, *fin*).

Revue de médecine. — (N° 5, 10 juin 1907.) MOSNY et MALLOIZEL : La méningite saturnine (2 fig.). — TROISFONTAINES : De l'innocuité des fortes doses de strychnine. — V. AUDIBERT : L'ictère catarrhal prolongé. — E. GÉRAUDEL : Le foie de l'homme et le foie du porc (4 fig.). — H. LAMS : La valeur de l'éosinophilie au point de vue du diagnostic en dermatologie (*fin*).

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 21, 25 mai 1907.) E. COOSMANS : De la curabilité des synéchies pharyngiennes totales. — BRINDEL : Sur quelques cas d'abcès du larynx d'origine grippale. — (N° 22, 1er juin.) TANJARD : Luxation laryngo-trachéale; résection du premier anneau de la trachée; guérison. — MOURE : Un sou enclavé à l'entrée de l'œsophage chez un enfant de quatre ans; tentatives d'extraction par l'œsophagoscopie : ablation avec le crochet de Kirmisson. — (N° 23, 8 juin.) P. JACQUES et H. GAUDIER : Diagnostic et traitement des tumeurs maligres primitives du sinus maxillaire. — (N° 24, 15 juin.) J. W. GLEITSDANN : Tuberculose des sinus accessoires du nez. — LAVRAND : Otite moyenne gauche aiguë. Propagation aux cellules mastoïdiennes et au labyrinthe. Trépanation. Guérison, mais avec surdité persistante.

Revue médicale de l'Est. — (N° 10, 15 mai 1907.) FRŒLICH : Etudes sur la luxation congénitale de la hanche (*suite*). — PARISOT : Action de l'extrait d'hypophyse dans quelques maladies. — (N° 11, 1er juin.) S. RÉMY : Trois cas de mort pendant la période d'expulsion de l'accouchement. — A. SPIRE : Considérations sur l'accouchement prématuré et ses causes basées sur une statistique de la Maternité de Nancy (*fin*). — (N° 12, 19 juin.) SIMON et HOCHE : Tuberculisation ultime d'une arthropathie tabétique. — ANDRÉ : Sur une incompatibilité de l'oxycyanure de mercure. — PARISOT : Action de l'extrait d'hypophysie dans quelques maladies (*fin*).

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Juin 1907.) MOGILNICKI : Laryngite aiguë intense simulant le croup. — Ch. COHEN : Contribution à l'étude de l'anémie pseudoleucémique infantile ou splénomégalie chronique avec anémie. — Léon TIXIER : Anémie consécutive à des troubles intestinaux.

Revue neurologique. — (N° 10, 30 mai 1907.) DÉJERINE et THOMAS : Les lésions radiculo-ganglionnaires du zona (2 fig.). — Peppo ACCHIOTÉ : Rhumatisme chronique et insuffisance thyroïdienne. — (N° 11, 15 juin.) MARINESCO : Quelques mots à propos du travail de M. Nageotte. Recherches expérimentales sur la morphologie des cellules et des fibres des ganglions rachidiens. — VASCHIDE : Recherches sur la psychologie des aphasiques, le « souvenir » chez les aphasiques.

Revue scientifique. — (N° 22, 1er mai 1907.) LECOMTE : Historique des collections de botanique du Muséum d'histoire naturelle de Paris. — GAUTIER : Les cinquante premières années de la Société chimique de France 1857-1907. — COUSTET : Photographie des couleurs. Etat actuel de la méthode interférentielle. — (N° 23, 8 juin.) NICOLARDOT : Chrome, Tungstène, molybdène. — LECOMTE : Historique des collections de botanique du Muséum d'histoire naturelle de Paris. — BARSACQ : De l'action comparative de quelques poisons sur les insectes. — (N° 24, 15 juin.) Stanislas MEUNIER : L'histoire géologique de la mer. — HALLOPEAU : Sur le traitement de la syphilis par l'anilarsinate de soude suivant le procédé de M. Paul Salmon. — BINET DU JASSONNEIX : L'œuvre scientifique de H. Moissan. — (N° 25, 22 juin.) G. MILHAUD : Pascal et les expériences sur le vide. — A. RIGAUT : La fixation de l'azote de l'air et la chaux azotée. — P. DE BEAUCHAMP : La faune des eaux douces.

Semaine gynécologique. — (N° 24, 11 juin 1907.) PICHEVIN : Rupture des poches salpingo-ovarienne et péri-salpingo-ovariennes. — (N° 25, 18 juin.) PICHEVIN : De la douleur pelvienne, contre-indication de l'hystérectomie dans le cancer utérin.

Semaine médicale. — (N° 25, 19 juin 1907.) Léon TIXIER : Relations entre les troubles gastro-intestinaux chroniques et les états anémiques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La pratique de l'art des accouchements, publiée par MM. COMMANDEUR, KEIFFER, MACÉ, MAYGRIER, MORACHE, PUECH, RABAUD, TREUB, CATHALA, GUÉNIOT, JEANNIN, sous la direction de MM. Paul BAR, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine; A. BRINDEAU, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur des hôpitaux de Paris, et J. CHAMBRELENT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, accoucheur des hôpitaux de Bordeaux. 2 vol. gr. in-8 jésus, formant 1750 p. avec 864 fig. dans le texte. — Prix : broché, 35 francs; cartonné, 38 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Berne, Interlaken, Mont-Rose. — Billets d'aller et retour à prix réduits valables 60 jours. — De Paris à ou vice-versâ : Berne, 1° via Dijon-les-Verrières, à l'aller et au retour, 2° via Dijon-les-Verrières à l'aller et via Delémont-Delle, Paris-Est, au retour : 1re classe, 100 francs; 2e classe, 75 francs; 3e classe, 50 francs (Billets délivrés jusqu'au 15 octobre); — Interlaken (mêmes itinéraires que pour Berne) : 1re classe, 112 francs; 2e classe, 83 francs; 3e classe, 56 francs.

De Paris à Zermatt (sans réciprocité), via Dijon-Pontarlier-Lausanne : 1re classe, 137 francs; 2e classe, 105 francs; 3e classe, 69 francs (billets délivrés jusqu'au 15 octobre).

Les billets de Paris à Zermatt ne peuvent être utilisés que jusqu'au 31 octobre (le chemin de fer de Viège à Zermatt ne fonctionnant pas après cette date).

Arrêts facultatifs sur tout le parcours.

N° 74. — SAMEDI 29 JUIN 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 29 JUIN 1907. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*
S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Deuxième épreuve clinique.* — Séance du 27 juin 1907. — MM. Hallopeau, Kendirdjy et Mouchet, 13.

La prochaine séance aura lieu le samedi 29 juin, à quatre heures un quart, à l'hôpital Laënnec.

GUERRE. — *Tableau d'avancement pour l'année 1907. — Pour le grade de médecin aide-major de première classe de réserve.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Calzergues, Calbat, Camiade, Canonne, Capelle, Capette-Laplène, Caplet, Caquille, Carbonell, Carnus, Carpentier, Cassel, Castaing (A.-A.), Castaing (P.), Caussade, Chantemille, Chavanne, Clavel, Clément, Cler, Clermont, Collet, Colmaire, Coorevits, Cornil, Coste, Coulomb, Courcoux, Courties, Couturier, Cros, Daday, Daguzan, Damaye, Damotte, Dardeau, Dargein, Dauban, Daudé, Dauphin, Dauzats, David, Debets de Lacrousille, Defrain, Degos, Delcamp, Delisle, Delord, Demaldent, De Ricker, Deshusses, Dessaigne, De Vallandé, Diemer, Dropet, Dubar, Dubief, Du Clot, Ducos, Duhamel, Dumont, Duparc, Dupuy (F.), Dupuy (J.), Ecoffet, Eloy, Escoube, Estourneau, Etienne (A.-F.), Etienne (L.-C.), Etterlen, Fabre, Faucompré, Faure (J.-G.), Faure (V.), Fauvel, Favre-Gilly, Félix, Feuillade, Forquin, Fourcaud, Fournier, Frézières, Froment, Fumouze, Gadreau, Gaillardon, Gailly, Gallet, Galliot, Garcie, Gautret, Gauzy, Gayraud, Gennatas, Gentin, Gibert, Gille, Gilles, Gimbal, Giry, Glaize, Goizet, Gomot, Gonnet, Grenié, Grépinet, Gros, Grosse, Guibert, Guichard, Guérin, Guyotte, Haret, Hautefeuiile, Heitz, Hélouin, Henriot, Héritier, Horveno, Hoummel, Houpert, Hubert, Hugot, Humbert, Huriez, Husson, Jacquet, Jacquot, Janin, Jarsaillon, Joly, Kelle, Lacoste, Laffargue, Lalande, Lalanne, Lalement, Lamarche, Lamotte, Lamy, Landrerie, Lapeyre, Lassudrie-Duchêne, Le Coniat, Lecoq, Leduc, Lefebvre, Lefer, Le Gueut, Lhoste, Limon, Loiseau, Loisel, Louis, Louvet, Madru, Maillard, Malartic, Malbois, Malhéné, Manceau, Mareschal, Martin, Masson (M.), Masson (R.), Mathieu (C.), Mathieu (M.), Mathieu (P.), Maury, Maute, Mayoud, Mazurier, Médard, Meinard, Ménétrel,Méresse, Mermier, Meunier, Mézangeau, Mir, Moiret, Monel, Mongeot, Monmayou, Monod, Morard, Morisseau, Mossé, Musy, Narbonne, Neumager, Nicolas (A.), Nicolas (C.), Noyon, Nuel, Ogé, Orjuben, Pailhon, Pamart, Paublan, Pauzier, Payan, Pédeprade, Pellegrin, Pellerin, Pelliza, Perrin (M.), Perrin (M.), Peyrot, Philippot, Piollet, Pipet, Planche, Plancke, Poinot, Polle, Poncin, Pons, Pothiez, Pouech, Quemet-Bancel, Quentin, Querneau, Ranson, Rauzier, Ravon, Régnier, Renaud, Reny, Reverdy, Richard, Richon, Rieu, Rigaux, Riollet, Rivémole, Rivière, Robilliard, Robin, Rollet, Romand-Monnier, Rougier, Roux, Roux de Badilhac, Roy, Sauze, Savin, Sellerier, Sempé, Sondaz, Souc, Spire, Tabary, Tel, Terral, Teissier, Thieux, Thil, Tondeur, Tribaudeau, Trouilhet, Valentin, Valléry, Vanwtberge, Varay, Veyrat, Vialle, Vieillard, Viller, Vincent, Violet, Virevaux, Virtely, Voizot, Weber, Weill (A.-A.), Weill (L.-R.) et Zuber.

Pour le grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Abd-El-Nour, Abeilhou, Albert, Altmann, Angelergues, Arago, Arrivé, Augereau, Barraillaud, Barthout, Beaudon, Belaubre, Bellissen, Benoist (E.), Benoist (P.), Bernard, Bernard-Lapommeraye, Bernay, Bert, Berton, Bessière, Bigeard, Bluzat, Boivin, Bonnand, Bonnetblanc, Borie, Boulogne, Bournisien de Valmont, Bouvier, Bouzoud, Bramet de Cléjoulx, Brisare, Brot, Brucker, Bufnoir, Cabanes, Cacaud, Cadol, Calandraud, Callais, Calvet, Cantin, Carcassonne, Carpentier, Carre, Castellant, Catrou, Cauvy, Chaffat, Chambon, Champion, Champollion-Lanaute, Charpentier, Chartier, Chérut, Chimot, Clavé, Combes, Cordebart, Corneille, Cosson, Couloumme-Labarthe, Courtois, Craponne, Daday, Deboulet, Debuchy, De Castéras, Decrette, De Keating-Hart, Delbecques, Delestre, Delmas, De Nittis, Desanti, Desbonnets, De Sévédavy, Doucy, Dreyfus, Ducatte, Ducroquet, Dujarrier, Dupuy, Evesque, Fabre (M.), Fabre (F.), Fédou, Fontaine, Fougères, Fournier, Frappier, Froussard, Frumusann, Gamblin, Garrigues, Gatay, Gaumerais, Gaunet, Gieure, Gilbert, Golesceand, Gondrand, Goujon, Greslé, Grillon, Grivot, Gruzu, Guéneau, Guériteau, Guibert, Guillois, Guillou, Guyader, Haie, Harispe, Harlez, Hautefeuille, Henrot, Heuzart, Hubrecht, Hugé, Hurtrel, Jacomet, Jacq, Jean, Jeandelize, Jeu-

net, Jouany, Jumelais, Kaplan, Kuhn, Labussière, Lafargue, Laforgue, Laisney, Lamy, Lanthier, Latour, Le Chevallier, Le Clère, Legros, Lemaire, Lemichez, Lemoine (J.), Lemoine (M.), Lemoine de Vernon, Leriche, Leroy, Levillain, Logerot, Louis, Lowenthal, Lucas, Maillard, Maradeix, Maraval, Marmasse, Mauger (F.), Mauger (N.), Mazoyer, Mercier, Méheux, Merle, Mermillod, Méplaux, Mérop, Michaut, Michel, Molinié, Monsseaux, Montagnard, Montagniex, Moret, Morin, Mouillé, Moussard, Néret, Nobécourt, Oriot, Ouazana, Ozanne, Paris, Parquet, Pasquier, Pauchet, Pelletier, Perrin, Pesquerel, Petibon, Picard, Pichot, Plauchu, Poirier, Pomerais, Poncet, Portier, Pouget, Pouzin, Prévost-Maisonnay, Proust, Quiret, Raine, Rambaud, Ramonet, Raoux, Renou, Rey, Rigot, Ripert, Robert (E.), Robert (P.), Robine, Roglet, Rondot, Rosain, Roussel, Roy, Rozières, Ruais, Ruelle, Sainton, Salignat, Sarrouy, Sauvage, Schwartz, Serre, Servel, Soulier, Sourisse, Stopin, Surrel, Surtouques, Sutter, Tassigny, Tellier, Thévenard, Thibault, Thomas, Tournemelle, Traverse, Ulmann, Vial, Villanova, Vivien, Warin et Wateau.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Médaille des épidémies. — La médaille en argent est décernée à M. le docteur Alexandre Moutier, médecin de la maison centrale de Beaulieu (Calvados). La médaille en bronze à MM. les docteurs Péraldi (de Toulon), Guillon (de Calais).

MM. Feuilhé et Laux, internes des hôpitaux de Paris.

LE TROISIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL POUR L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS aura lieu à Vienne, les 7-11 octobre 1908, sous la direction de M. le professeur Obersteiner, conseiller aulique.

Les déclarations d'adhésions, des rapports et des démonstrations doivent être adressées jusqu'au 1er juillet 1908, au sécrétaire général docent docteur Alexandre Pilcz, Wien, IX, Lazarettgasse, 14, qui donnera tous les renseignements voulus.

Les détails du programme seront publiés plus tard.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-cinquième semaine, 888 décès, au lieu de 887 pendant la semaine précédente et au lieu de 840, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc normal. Pourtant la scarlatine (9 décès au lieu de la moyenne 2, et 472 cas nouveaux au lieu de la moyenne 94), et la rougeole (418 cas nouveaux au lieu de la moyenne 287) sont toujours fréquentes.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (M. Dieulafoy, professeur). — *Cours de technique clinique et application des méthodes de laboratoire au diagnostic clinique.* — Un cours de vacances, commençant le 16 septembre 1907, aura lieu à l'amphithéâtre et au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le professeur Dieulafoy, le matin, de dix heures à midi et l'après-midi, de deux heures à quatre heures. Ce cours aura pour programme :

1° Les méthodes d'investigation clinique applicables à l'examen des malades;

2° L'exposé des principaux procédés de laboratoire (recherche de microbes, examen du sang, des urines, des fèces, des sérosités, etc.) applicables au diagnostic;

3° Les principales indications et les principales techniques thérapeutiques.

Ce cours comprendra 24 leçons et sera fait en deux semaines. Les élèves seront exercés individuellement aux travaux de laboratoire.

L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par MM. les docteurs O. Crouzon et Nattan-Larrier, chefs de clinique; Lœper et René Gaultier, chefs de laboratoire; Bonnier, Déhu et Lacaille, assistants.

Programme du cours. — *Lundi 16 septembre.* — Matin : M. Lœper. Examen clinique du sang : anémies, polyglobulies; leucocytose et leucémie. Cytodiagnostic. — Soir : M. Nattan-Larrier. Technique de l'examen bactériologique du sang : cultures du sang. La médication intra-veineuse.

Mardi 17 septembre. — Matin : M. Bonnier. Technique de l'examen du nez, du pharynx et du larynx. — Soir : M. O. Crouzon : Examen clinique du poumon et de la plèvre : indications et technique de la thoracentèse.

Mercredi 18 septembre. — Matin : M. O. Crouzon. Diagnostique clinique précoce de la tuberculose. Indications thérapeutiques. — Soir : M. Nattan-Larrier. Diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire : recherche du bacille de Koch dans les crachats et les liquides pathologiques; inoculations aux animaux. Tuberculine.

Jeudi 19 septembre. — Matin : M. O. Crouzon. Technique de l'examen clinique du cœur. Asystolie : son traitement. — Soir : M. René Gaultier. Méthodes d'exploration clinique des vaisseaux : le sphygmographe et le sphygmomanomètre. La médication hypotensive.

Vendredi 20 septembre. — Matin : M. Bonnier : Technique de l'examen de l'oreille. Vertige; équilibre. — Soir : M. Lœper. Diagnostic et traitement de la fièvre typhoïde. Les sérodiagnostics.

Samedi 21 septembre. — Matin : M. O. Crouzon. Examen clinique du système nerveux (motilité, sensibilité, réflexes); étude d'un hémiplégique, d'un tabétique. (Présentation de malades.) — Soir : M. O. Crouzon. Examen clinique du système nerveux (langage, état mental) : étude d'un aphasique, d'un paralytique général. Ponction lombaire : cytodiagnostic et bactérioscopie du liquide céphalo-rachidien.

Lundi 23 septembre. — Matin : M. René Gaultier. Séméiologie clinique de l'estomac et de l'intestin : les dyspepsies; l'appendicite; l'entérotyphlocolite. — Soir : M. Nattan-Larrier. Diagnostic bactériologique des angines. Diphtérie et sérothérapie.

Mardi 24 septembre. — Matin : M. René Gaultier. Séméiologie du foie et du pancréas : obstruction calculeuse du cholédoque et pancréatites. Séméiologie de la rate. — Soir : M. René Gaultier. Séméiologie chimique de l'estomac et de l'intestin : examen du suc gastrique; examen des fèces. Thérapeutique des affections gastro-intestinales.

Mercredi 25 septembre. — Matin : M. Déhu. Recherche des stigmates de la syphilis acquise et héréditaire. — Soir : M. Nattan-Larrier. Le tréponème pâle de Schaudinn. Les trypanosomes. L'hématozoaire du paludisme.

Jeudi 26 septembre. — Matin : M. Lœper. Examen clinique des urines; exploration rénale. Urémie, indications de la saignée; déchloruration. — Soir : M. René Gautier. Examen chimique des urines, ses applications à l'étude des maladies de la nutrition et des régimes alimentaires. Glycosurie et diabète.

Vendredi 27 septembre. — Matin : M. Déhu. Traitement de la syphilis : la médication mercurielle. — Soir : M. Lœper. Analyse bactériologique du pus : recherche du gonocoque, du pneumocoque, du bacille du chancre mou. Coloration des microbes; réaction de Gram.

Samedi 28 septembre. — Matin : M. Lacaille. Méthodes d'exploration des réactions électriques. leur application au diagnostic et au traitement. Réaction de dégénérescence. — Soir : M. Lacaille. Méthodes d'exploration radioscopique et radiographique. Radiothérapie.

Le droit à verser est de 80 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

REMPLACEMENTS

L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE, 17, rue Saint-Firmin, à Montpellier, organise, pour toute la région du Midi, un service de remplacements étroitement surveillé et fonctionnant régulièrement.

Cette organisation permettra aux docteurs qui s'adresseront à l'Association de trouver immédiatement, sans dérangements et sans frais, des remplaçants remplissant toutes les conditions exigées.

Nous sommes certains que l'heureuse innovation de l'Association corporative des étudiants en médecine de Montpellier rendra les plus grands services à nos confrères du Midi.

REVUE GÉNÉRALE

LES PETITS SIGNES

DE

L'INSUFFISANCE THYROIDIENNE

Par MM. LÉOPOLD-LÉVI et Henri DE ROTHSCHILD.

L'opothérapie thyroïdienne, lorsqu'elle est appliquée à propos, est une des médications les plus satisfaisantes que le médecin ait en sa possession. Elle réussit d'ailleurs d'une façon d'autant plus brillante que les formes d'insuffisance thyroïdienne sont plus atténuées. Aussi est-il intéressant, en dehors du myxœdème, qu'il faut d'ailleurs s'appliquer à reconnaître aussi bien dans les formes incomplètes (1) que dans les formes complètes, de savoir diagnostiquer les *degrés légers* de l'hypothyroïdie, ce que nous avons appelé l'hypothyroïdie paroxystique et l'hypothyroïdie minima. Car alors, en traitant ces cas, le thérapeute rend à son malade un service considérable. Il redresse le tempérament, et fait que certains sujets déclarent se mieux porter, après s'être soumis à la thyroïdothérapie, qu'ils ne l'ont été de leur vie. C'est pourquoi depuis plus de deux ans nous nous donnons comme tâche de rechercher les petits signes de l'insuffisance thyroïdienne. Si cette étude est encore incomplète, nous croyons toutefois utile de faire part des résultats d'une expérience clinique portant déjà sur plus de 400 cas ayant subi l'épreuve du traitement.

Nous avons été précédés dans cette voie par Hertoghe (2), et nous aurons souvent à faire appel aux importantes notions mises en lumière par notre savant confrère d'Anvers.

I

Petits signes permanents (stigmates de l'insuffisance thyroïdienne). — Il convient tout d'abord de savoir que l'ensemble des signes, qui vont être exposés, ne se trouvent pas nécessairement réunis chez le même individu. Inversement, il faut bien se garder sur un seul de ces signes de porter un diagnostic. La réunion seulement d'un grand nombre de petits signes fera supposer ou admettre l'insuffisance thyroïdienne. L'épreuve du traitement, qui confirme les prévisions, rendra de plus en plus habile au diagnostic. Pour le faire on s'appuiera donc sur les symptômes suivants.

Les œdèmes transitoires (3). — En dehors de toute albuminurie, l'hypothyroïdie se traduit par des œdèmes blancs, indolents, de consistance assez ferme, élastique, qui siègent au niveau des paupières, dans la région frontale, dans la région malaire. Quelquefois il y a gonflement passager des pieds. Le sujet se sent momentanément à l'étroit dans ses bottines, ou bien les doigts sont comme gonflés et la bague a de la peine à sortir du doigt. Ces œdèmes se répètent plus ou moins souvent, sont ou non périodiques, surviennent parfois le matin, on apparaissent à propos d'une contrariété, d'une fatigue, des règles, d'un accident d'hypothyroïdie, tel que la migraine.

A côté de l'œdème *tégumentaire*, on peut ranger le gonflement des cordes vocales survenant au moment des règles et rendant compte de l'*assourdissement de la voix*, et aussi l'obstruction des fosses nasales que provoque le refroidissement, à l'approche des menstrues. Ce sont encore là des petits signes, qui par leur répétition, acquièrent quelque valeur diagnostique.

Le signe du sourcil (1). — Coïncidant avec l'œdème palpébral ou indépendant de lui, on constate une raréfaction du tiers externe du sourcil, dû soit à un processus de kératose pilaire (Hertoghe), soit à un trouble de développement (*agénésie pilaire*). Ce signe, facile à reconnaître, est extrêmement banal chez les hypothyroïdiens. Il peut être héréditaire, est souvent familial. Sa simple constatation doit faire rechercher les autres signes de l'hypothyroïdie. Il peut manquer lors de dysthyroïdie, c'est-à-dire de dissociation des fonctions thyroïdiennes. Il est en rapport avec la fonction trichogène du corps thyroïde. De cette fonction, lorsqu'elle est troublée, dépendent encore la *canitie* précoce, qui peut être familiale, et l'*alopécie* allant jusqu'à la calvitie.

Les troubles de calorification. — Le corps thyroïde ayant une fonction thermogène (2) et représentant somme toute un véritable calorifère, toute une série de troubles dans la calorification résultent de son malfonctionnement. Avant de leur accorder une valeur au point de vue de l'hypothyroïdie, il faut examiner l'urine, car un certain nombre de ces signes n'apparaissent que du fait d'une insuffisance rénale qui met en évidence une insuffisance thyroïdienne restée latente, et dans ces cas, la néphrite albumineuse devient l'objectif principal du traitement.

Ces troubles sont les suivants (1) :

a. La forme la plus atténuée se traduit par le *refroidissement des extrémités*, surtout des pieds, continu, bien qu'avec exacerbation hivernale, qui est souvent inconscient, en particulier, chez les enfants, ou subconscient. Le refroidissement, en effet, n'est pas considérable ; et le sujet s'est tellement habitué à son symptôme qu'il ne songe pas à le signaler au médecin, à moins d'une question précise adressée à ce sujet.

b. Un deuxième état est représenté par la *frilosité*, soit circonscrite à une ou plusieurs extrémités, soit localisée au dos, aux cuisses; soit générale. La sen-

(1) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Contribution à l'étude de l'insuffisance thyroïdienne (myxœdème incomplet, fruste ou atténué, partiel) *Soc. de méd. des hôp. de Paris*, 17 mai 1907.

(2) Hertoghe. Hyperthyroïdie bénigne chronique et myxœdème fruste, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1899.

(3) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Œdèmes thyroïdiens transitoires, *C. r. de la Soc. de biol.*, 29 déc. 1906, t. LXI, p. 745.

(1) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Fonction trichogène du corps thyroïde. Signe du sourcil, *C. r. de la Soc. de biol.*, 11 mai 1907.

(2) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Corps thyroïde et équilibre thermique, *C. r. de la Soc. de biol.*, 20 oct 1906, t. XLI, p. 245.

(3) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Froid et hypothyroïdie, *C. r. de la Soc. de biol.*, 29 oct. 1906, t. LXI, p. 318.

sation est devenue consciente. Le malade s'en plaint. Le frileux, au reste, souffre presque constamment du froid, mais surtout l'hiver. Il s'enveloppe de châles, de manteaux, la nuit de couvertures. On le voit toujours, dans la saison froide, rechercher les sources de chaleur artificielle. Il lui faut des boules chaudes aux pieds la nuit. La température de ses bains doit être particulièrement élevée.

Il existe souvent, en même temps, des *troubles vasomoteurs*. Les sujets envisagés ont souvent les extrémités pâles, avec sensation de main ou de doigt mort. Dans un autre état, les mains sont bleuies, en état d'asphyxie, œdématiées. Les engelures sont faciles.

c. Un troisième stade se signale par des *frissons*, bien observés par Hertoghe dans l'hypothyroïdie bénigne. « Des frissons parcourent le corps, surtout la région dorsale, à certains moments de la journée, vers quatre à cinq heures du soir. » D'autres fois, c'est peu après les repas qu'on les voit éclater, ou dans la première partie de la matinée. Ils durent l'espace d'un éclair ou se prolongent, s'accompagnent parfois d'horripilation, de claquement des mâchoires, de tremblement généralisé, le plus souvent ils provoquent un mouvement de rapprochement brusque des bras le long du corps. Les sujets accusent fréquemment une sensation d'eau glacée qui coulerait dans le dos ou les membres.

d. Dans un certain nombre de ces cas, la température centrale est au-dessous de la normale de quelques dixièmes, souvent davantage la nuit. Et ce refroidissement organique explique peut-être une partie des malaises que ressentent les hypothyroïdiens pendant la nuit ou au matin.

e. Ces hypothermisés présentent souvent une hyperesthésie exquise au froid (Hertoghe). Le moindre courant d'air leur occasionne des douleurs rhumatoïdes, névralgiformes, qualifiées de lumbagos, torticolis, migraines. Ces mêmes sujets font, sous l'influence des refroidissements, des auto-infections banales (coryzas, angines, etc.)

La constipation (1). — Lorsqu'elle ne se rattache pas à un état déterminé de l'appareil intestino-gastro-pancréato-hépatique, et qu'elle mérite le nom d'essentielle. Elle se traduit par ses caractères habituels, diminution de fréquence des selles, dureté des matières fécales. Assez souvent, elle s'accompagne de rejet de glaires intestinales, par périodes, et quelquefois de coliques.

Il est encore une forme particulière de fonctionnement intestinal qu'on observe chez les insuffisants thyroïdiens, c'est la répétition des gardes-robes dans les vingt-quatre heures; dans ce cas le sujet a une garde-robe le matin, puis une seconde et parfois une troisième le plus souvent après les repas. Ces gardes-robes sont, dans quelques cas, impérieuses et se traduisent par des coliques et de la diarrhée, si le sujet y résiste. Les matières d'une façon générale ne sont pas dures. Le malade a l'impression qu'il ne vide pas à fond son intestin, et souvent, à la suite d'une selle, il se demande s'il ne va pas avoir encore une évacuation.

(1) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. *C. r. de la Soc. de biol.*, 13 avril 1906, t. XLII, p. 590.

Chez les enfants, la constipation s'accompagne de gros ventre, par relâchement de la paroi abdominale, et souvent de hernie ombilicale.

La fatigue. — Les sujets en état d'insuffisance thyroïdienne, se plaignent facilement de fatigue. Souvent, comme l'a remarqué Hertoghe, cette fatigue est matutinale. Les hypothyroïdiens ne sont pas « des gens du matin ». Est-ce à cause de l'inaction musculaire et du refroidissement qui se produit la nuit? Toujours est-il que souvent les hypothyroïdiens ont de la peine à quitter leur lit le matin, et ne se trouvent bien qu'après les premiers mouvements de la matinée et le petit déjeuner. D'autres fois la fatigue est moins régulière. Elle survient à la suite d'un petit effort, d'une marche un peu prolongée, du repas. Des enfants s'écrient : « Oh! je suis fatigué! »

Cette fatigue est à rapprocher de celle qui se produit dans la neurasthénie et de l'apathie du myxœdème. Nous avons du reste montré que l'hypothyroïdie se manifestait souvent sous les traits de la neurasthénie fragmentaire (1).

L'anorexie. — Les troubles de la faim sont fréquents dans l'insuffisance thyroïdienne et l'ingestion d'extrait tyroïdien entraîne, comme résultat pour ainsi dire habituel, l'augmentation de la faim. Nous empruntons à une première note (2) un certain nombre d'exemples qui montreront à la fois la façon dont se révèle l'anorexie chez nos sujets et l'influence favorable de la médication.

Un rhumatisant chronique a ressenti, dès le huitième cachet d'extrait thyroïdien, un appétit plus marqué. Il mangeait davantage aux repas, goûtait entre ses repas, contrairement à ses habitudes. Quand il ingéra des doses fortes (0,40 à 0,50 centigrammes par jour), son entourage le croyait atteint de tænia. — Un enfant migraineux ne prenait de nourriture qu'à force de supplications. A la suite d'une centaine de cachets, son besoin de manger est devenu si grand qu'il est nécessaire de le rationner. — Un autre enfant atteint de troubles de croissance, depuis qu'il prend par jour deux cachets d'extrait thyroïdien, sort de table après avoir copieusement mangé et réclamant de nouveaux aliments. — Une de nos malades ne connaissait pas l'appétit, et mangeait par raison. Un petit nombre de cachets a amélioré son état général, et elle mange actuellement avec plaisir. Elle sent la faim en dehors même des repas. — Une jeune fille, à appétit capricieux, voit venir avec satisfaction l'heure de la table, et mange indifféremment les mets servis. — Beaucoup de nos sujets ont toujours faim; il est nécessaire de régler les enfants.

La faim augmente d'habitude dès le début de la médication. Elle est souvent proportionnelle à l'ingestion de la substance active. Elle diminue ou persiste pendant les intervalles de l'opothérapie. Après

(1) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Neurasthénie thyroïdienne, Soc. de neurol., 10 janv. 1906; — *Rev. d'hyg. et de méd. infant.*, t. VI, I, 1907, p. 28.

(2) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Corps thyroïde et faim, *C. r. de la Soc. de biol.*, 2 juin 1906, t. LX, p. 971.

la suspension prolongée du traitement, l'amélioration reste durable ou l'état habituel de la faim a tendance à se reproduire, suivant les modifications de l'état général, la durée du traitement, l'état nerveux du malade.

Somme toute, le corps thyroïde employé en ingestion à doses moyennes ou fortes augmente la faim, règle un appétit capricieux, fait naître ou renaître la sensation de faim.

Deux autres exemples (1) entraîneront encore plus sûrement la conviction du lecteur.

Une jeune fille de douze ans a toujours été de petite taille. Elle mesure 1m24, pèse 23 kilos. Elle est habituellement constipée, a une tendance à l'eczéma, présente des pertes blanches, ressent de la céphalée mensuelle, de la névralgie intercostale. Les pieds sont froids, en général.

Elle n'a jamais connu la faim, sauf pendant un séjour qu'elle fit à Nice à l'âge de sept ans. Elle engraissa alors de 4 kilos en six semaines. L'appétit disparut peu de temps après le retour à Paris.

Nous la soumettons au traitement thyroïdien, qu'elle suit d'abord pendant quarante jours par séries de dix jours, et qui consiste en 64 cachets de 10 centigrammes de poudre de thyroïde. L'ensemble de la santé s'améliore ; la taille augmente de 4 centimètres et demi et le poids de 4kg400. L'appétit devient plus marqué que celui du père de l'enfant. Elle a, nous dit-on, un appétit d'ogresse. Elle est prise du reste ultérieurement d'indigestion par excès alimentaire.

Une petite fille de cinq ans et demi, qui n'a jamais eu de maladie, offre les signes de l'*hypothyroïdie minima :* pieds froids, rhumes faciles par la narine droite, urticaire, tendance à la constipation, fatigue. Elle est atteinte, pendant les vacances dernières, d'hyporexie. Il faut inventer toutes sortes d'expédients pour la faire manger. Elle commande ses menus, mais n'arrive pas à terminer les plats qu'elle a choisis. Son poids reste d'abord stationnaire, puis diminue.

Elle absorbe d'abord en trois jours 3 cachets de 10 centigrammes d'extrait thyroïde, sans modification. Le quatrième jour, elle avale 2 cachets. Le lendemain, elle demande deux tartines de beurre dans son lit, mange toute la journée, reprend 600 grammes de poids dans une semaine. On cesse le traitement au bout de 10 cachets. Au milieu de la troisième semaine, elle a gagné encore 500 grammes ; en même temps, elle grandit, son développement intellectuel s'accentue d'une façon intéressante.

La céphalée. — Nous empruntons à Hertoghe la description de ce symptôme. Elle revêt surtout deux formes. Tantôt elle semble partir des sinus frontaux, s'étend au-dessus des orbites et reste frontale. Elle ressemble à la céphalée du début du coryza aigu. Tantôt, elle part de l'occiput. Un point douloureux au niveau du nerf occipital lui donne l'allure d'une névralgie. De l'occiput, elle envahit la moitié correspondante du crâne. Elle est plus intense le matin, au lever de la malade, et se dissipe vers le soir, après un repas copieux. Les malades sont si habitués à cette céphalalgie continuelle qu'elles n'en parlent guère et il faut leur poser la question pour qu'elles s'en déclarent atteintes.

La moindre fatigue, la plus légère transpiration, le passage d'un courant d'air provoquent le retour de la céphalée occipitale.

Les douleurs musculaires et articulaires. — Les hypothyroïdiens ressentent facilement des douleurs musculaires sur un point variable du corps, au niveau des cuisses, des fesses, des muscles intercostaux, de la nuque, des reins, etc. Facilement, on a tendance à dénommer névralgie, ou encore lumbago, rhumatisme, etc., ces douleurs parfois attribuables au froid, à la fatigue et qui cèdent à l'opothérapie thyroïdienne. Il en est de même des douleurs articulaires, s'accompagnant ou non de craquements, sans parler des formes plus sévères de rhumatisme, y compris le rhumatisme chronique déformant progressif, qui peut, dans son mécanisme complexe, reconnaître un élément d'insuffisance thyroïdienne (1).

Remarquons que ces douleurs variables qui sont monnaie courante dans l'hypothyroïdie font de même partie du tableau habituel de la neurasthénie.

La somnolence. — Ainsi que l'ont montré Briquet [d'Armentières] et Lorand [de Carlsbad] (2), la fonction du sommeil est conditionnée par le corps thyroïde, qu'il y ait ou non, comme le veut Salmon, relation entre le sommeil et la glande pituitaire.

Les hypothyroïdiens ont besoin de beaucoup de sommeil. Ils ont facilement des somnolences après les repas, pouvant aller jusqu'à la narcolepsie. L'opothérapie thyroïdienne diminue souvent le besoin de dormir. Poussée un peu loin, elle peut même déterminer l'insomnie. Quoi qu'il en soit, la narcolepsie fait parfois penser au diabète, comme dans l'exemple suivant. L'examen de l'urine seul permet d'écarter la glycosurie.

Mme F..., âgée de cinquante-six ans, éprouve des sommeils invincibles depuis plus de deux ans. Dès qu'elle est assise, elle s'endort, surtout après les repas.

Son urine ne renferme pas de sucre.

Elle est d'ailleurs frileuse aux extrémités, a une constipation remontant à l'enfance, est fatiguée le matin, a les paupières lourdes, rendant parfois difficile l'ouverture des yeux, souffre de douleurs rhumatoïdes dans le bras gauche, le côté et le bras droits.

L'obésité. — L'insuffisance thyroïdienne s'accompagne fréquemment d'embonpoint, de tendance à l'obésité, ou d'obésité véritable. Comme l'a montré

(1) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Fonction orégogène du corps thyroïde, *C. r. de la Soc. de biol.*, 16 février 1907, t. LXII, p. 245.

(1) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Conception pathogénique du rhumatisme chronique progressif, *C. r. de la Soc. de biol.*, 28 juillet 1906, t. LXI, p. 206.

(2) Lorand. On sleep, sleepiness, insomnia, the « sleeping sickness » and their causation, *Monthly Cyclopædia of Practical Medicine*, vol. IX, p. 145, 1906.

M. Thibierge (1), l'obésité peut être le signe unique d'un myxœdème fruste.

Lors d'obésité thyroïdienne, la médication donnera d'excellents résultats. Mais dans ces cas surtout, elle demande à être maniée avec soin, à être surveillée de près par le médecin. C'est dans des cas d'obésité traitée par le malade lui-même que l'excès de thyroïdine a pu produire un véritable goitre exophtalmique (Notthaft, Cavazzani).

L'arriération physique et mentale. — Un petit nombre de glandes à sécrétion interne règlent le développement physique et intellectuel de l'enfant. La glande thyroïde joue, parmi elles, un rôle capital. Aussi le défaut de fonctionnement thyroïdien entraîne-t-il soit un retard du premier développement (dents, marche, langage), soit un retard dans l'évolution de la taille : enfants qui grandissent insuffisamment ou ne grandissent pas ; ou de l'intelligence. A ce point de vue particulier, bien des degrés, bien des variétés sont possibles. Nous renvoyons à quelques exemples que nous avons publiés (2).

Comme particularités, signalons que Hertoghe a insisté sur la difficulté qu'ont souvent ces hypothyroïdiens à apprendre l'orthographe et le calcul. On note des *troubles de la parole*, pouvant aller jusqu'au *bégaiement*. Le retard peut être local et se traduire par de la *cryptorchidie*, de l'*incontinence d'urine*, des troubles *de la voix*.

La sénilité précoce. — On peut opposer au retard du développement la *sénilité précoce*, se traduisant par des *varices*, des *hémorrhoïdes*, un *développement excessif des veines des mains*, les *télangiectasies cutanées*, de la tendance pour les *dents* à devenir branlantes et à tomber. Sans parler de la *canitie* et de la *calvitie* précoce.

Un exemple mettra bien en relief l'association que nous avons, à maintes reprises, constatée d'infantilisme et de sénilisme. Une malade de trente ans, mesurant 1m49, affectée d'infantilisme laryngé et génital, légèrement obèse, souffrait de migraines, d'émétolepsie, de rhumatisme articulaire et fibreux ; elle était frileuse, constipée, avait perdu autrefois des dents. Celles qui lui restent, les incisives et les canines en bas, sont branlantes comme des dents de vieillards. D'autre part, la radiographie, appliquée aux extrémités dans le but de voir si la malade était encore susceptible de grandir, a montré non seulement que les articulations étaient complètement soudées, mais que les phalanges se présentaient avec les mêmes caractères d'os raréfiés qu'on le voit chez le vieillard (docteur Brunier).

Le traitement améliore l'ensemble des symptômes, y compris l'état des dents. Après 30 cachets d'extrait total de 10 centigrammes, le docteur Frey (3) constata la solidité des canines et incisives inférieures et l'état parfaitement sain des gencives à ce niveau.

(1) Thibierge. Le myxœdème, *Œuvre médico-chirurgical*, Masson et Cie, Paris 1898, p. 8.

(2) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Contribution au traitement thyroïdien des enfants arriérés, *Soc. de neurologie de Paris*, 7 mars 1907.

(3) Frey. Pyorrhée alvéolaire et le terrain, *Revue des maladies de la nutrition*, novembre 1906.

La radiographie des phalanges n'a malheureusement pu être faite après le traitement.

Tels sont les petits signes permanents de l'insuffisance thyroïdienne.

L'existence chez un même sujet de plusieurs d'entre eux peut conduire à porter le diagnostic que vérifiera le bon effet du traitement thyroïdien, pierre de touche.

II

Petits accidents de l'insuffisance thyroïdienne. — Parfois l'attention est attirée sur le fonctionnement thyroïdien par les *petits accidents* (1) que nous allons énumérer maintenant.

Les auto-infections faciles. — L'hypothyroïdien a des muqueuses qui s'infectent facilement. Aussi note-t-on facilement chez lui les rhumes, les bronchites. Nous avons surtout étudié les angines, qui sont souvent à répétition (2).

Sur 95 observations de sujets « hypothyroïdiens » nous avons noté 26 fois des angines à répétition. Les cas se rapportent à 19 femmes et à 7 hommes. Ils ont évolué souvent à la faveur de la puberté, des époques menstruelles, des suites de couches. Habituellement, les infections pharyngées se sont produites dans l'enfance et n'ont été relevées qu'à titre anamnestique. Deux séries, en pleine évolution, ont été notées chez des enfants, tous deux du sexe masculin. La répétition d'angines herpétiques s'est retrouvée chez la mère et sa fille. Les angines se répartissent : en catarrhales aiguës (14 cas), phlegmoneuses (5 cas), herpétiques (7 cas). Parfois il ne s'est produit qu'un petit nombre d'amygdalites (jeune homme qui a présenté à douze et à seize ans un abcès de la gorge). Le plus souvent, les sujets font remonter leurs angines aux premiers souvenirs, en ont eu une dizaine, une quarantaine, toute leur jeunesse, toute leur vie, jusqu'à l'ablation des amygdales. Les inflammations amygdaliennes sont survenues d'une façon irrégulière ou périodiquement, et parfois avec une périodicité remarquable. L'influence du froid a été incriminée dans bien des cas.

A la suite des infections répétées, il se produit des épaississements des muqueuses : conjonctivale, pituitaire (éternuements faciles, en série, surtout le matin), de la trompe d'Eustache (surdité), de la trachée (toux rauque), de la muqueuse du pharynx (pharyngite chronique).

Les ganglions prennent part au processus. Les poussées d'adénites (fièvre ganglionnaire) et l'adénite chronique s'observent facilement, chez les enfants de préférence.

Les auto-intoxications périodiques. — La *migraine* doit attirer l'attention sur l'insuffisance thyroïdienne,

(1) Ces accidents ne sont souvent que des paroxysmes réactionnels d'hyperthyroïdie évoluant sur un fond d'hypothyroïdie.

(2) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Hypothyroïdie et suite infectieuse à répétition, *C. r. de la Soc. de biol.*, 12 mai 1906, t. LX, p. 797.

car elle est fréquemment d'origine thyroïdienne (1). Elle est, le plus souvent féminine, mais se rencontre également dans le sexe masculin. Elle peut être précoce : apparaître à neuf ans; tardive : apparaître à trente-cinq ans.

Il s'agit de migraine paroxystique constituée par la céphalée, l'état nauséeux, des vomissements et la nécessité du repos au lit.

En présence d'un cas de migraine, on recherchera les autres signes d'hypothyroïdie, on étudiera, chez la femme, l'influence de la vie sexuelle : puberté, menstrues qui souvent la font apparaître, grossesse qui la fait disparaître en vertu de l'autothérapie thyroïdienne de la grossesse (2), ménopause. Le traitement appliqué améliorera la migraine, en même temps qu'il agira sur les phénomènes concomitants.

Les vomissements. — Vomissements impérieux, (véritable émétolepsie) souvent matutinaux et vomissements dits périodiques qu'on rencontre surtout dans l'enfance et qui se rattachent parfois à l'hypothyroïdie, comme le prouve l'heureux résultat de la médication.

Les vertiges. — *L'urticaire.* — A propos d'un cas d'urticaire chronique guérie par la thyroïdine, nous avons montré (3) que l'urticaire figurait assez fréquemment dans l'observation des hypothyroïdiens. Elle se rattache, d'ailleurs, au prurit qu'on observe également chez les jeunes insuffisants thyroïdiens, à l'œdème thyroïdien, à certains cas de maladie de Quincke.

Les troubles menstruels. — Il s'agit alors des menstrues trop abondantes pouvant aller jusqu'aux ménorrhagies. Le corps thyroïde a, comme l'a montré Hertoghe, une action inhibitrice sur l'appareil menstruel et la thyroïdine règle les pertes menstruelles et suspend parfois des hémorragies utérines. Les douleurs qui accompagnent, chez bien des femmes, la période menstruelle, peuvent céder à la médication thyroïdienne, et nous pouvons citer, entre autres, une demoiselle de vingt-trois ans, réglée à l'âge de treize ans, et souffrant toujours lors de ses règles et qui, sous l'influence du traitement thyroïdien, passe ses périodes sans souffrance.

Le nervosisme. — Dans bien des cas, le nervosisme, qu'il soit cérébral, bulbaire, sympathique, qu'il se produise chez l'enfant, chez la femme, chez l'homme, n'est qu'un accident d'hypothyroïdie. La preuve en est dans le traitement thyroïdien qui fait disparaître pleurs, colères, tristesse, énervement, excitation nerveuse; qui agit sur les vertiges, sur la diarrhée, les battements de cœur, les spasmes, etc. Nous avons eu l'occasion de voir disparaître, par le traitement thyroïdien, le bégaiement et le somnambulisme. Quant à l'épilepsie qui évolue sur un fond de nervosisme, elle a cédé, dans quelques cas, à la thyroïdothérapie.

Entre les stigmates et les accidents de la petite insuffisance thyroïdienne, il est encore des manifestations pathologiques intermédiaires, ce sont les *hémorragies faciles*, la *tendance hémorragique, les poussées aiguës de rhumatisme articulaire chronique.*

Les stigmates et accidents de l'insuffisance thyroïdienne que nous venons de dissocier, par l'analyse, se trouvent réunis, en série variables, dans les diverses observations. Ils réalisent alors des cas d'hypothyroïdie bénigne chronique, d'hypothyroïdie paroxystique, d'hypothyroïdie minime, ou encore par leur association à des troubles d'hyperthyroïdie, des exemples d'instabilité thyroïdienne ou de dysthyroïdie.

L'insuffisance thyroïdienne légère est, assez fréquemment à la fois héréditaire et familiale. Et de même certains symptômes qui la constituent, tels que la constipation, le signe du sourcil.

Elle manifeste souvent plutôt un tempérament morbide qu'une maladie. Ainsi que nous l'avons soutenu (1), le tempérament est souvent fonction de corps thyroïde. C'est une opinion à laquelle est arrivé également M. Apert (2) dans son intéressant ouvrage sur les maladies familiales.

Connaissant actuellement stigmates et accidents de la petite insuffisance thyroïdienne, cherchons à en établir le *diagnostic*, pour appliquer une thérapie appropriée.

Dans tous les cas il convient préalablement de procéder à l'examen des urines. Car l'insuffisance thyroïdienne étant essentiellement un syndrome auto-toxique, un certain nombre des manifestations qu'elle présente se trouvent réalisées par d'autres intoxications qu'il ne faudrait pas méconnaître (urémie, diabète, hépato-toxémie).

L'urine mise hors de cause, il est bien entendu qu'on ne pourra — en présence d'un signe ou d'un accident lié à l'insuffisance thyroïdienne — établir le diagnostic que par la recherche de l'ensemble des signes permanents et accidentels. Et c'est seulement quand les symptômes relevés sont nombreux et concordants que la conviction sera établie et que le traitement pourra être presque appliqué à coup sûr.

Toutefois, dans un cas déterminé, à côté des signes convergents, on trouvera des symptômes hors série. Tel sujet, au lieu de constipation, présentera de la diarrhée, tel autre de l'insomnie au lieu de somnolence. Un troisième aura des sourcils très développés. En réalité, ces faits sont fréquents en clinique. Ils justifient la notion de la dissociation des fonctions thyroïdiennes. Ou bien ils ne sont que des paroxysmes réactionnels; l'hypothyroïdie entraînant par réaction de défense des troubles d'hyperthyroïdie. C'est ainsi qu'il faut interpréter une partie des signes d'insuffi-

(1) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Migraine thyroïdienne, *Bulletins et Mémoires de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 11 mai 1906.

(2) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Auto-thérapie thyroïdienne de la grossesse, *C. r. de la Soc. de biol.*, 16 juin 1906, t. LX, p. 1018.

(3) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Hypothyroïdie et urticaire chroniques, *C. r. de la Soc. de biol.*, séance du 7 juillet 1907, t. LXI, p. 35.

(1) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Corps thyroïde et tempérament. *C. r. de la Soc. de biol.*, 8 déc. 1906, t. LXI, p. 586.

(2) Apert. *Maladies familiales et maladies congénitales.* 1907, p. 308.

sance thyroïdienne que nous avons justement séparés sous le nom d'accidents. Dans ce cas, la médication pour utile qu'elle soit, n'en doit pas moins être appliquée avec beaucoup de ménagements, une surveillance attentive du malade de façon à ne pas accentuer les accidents qu'on cherche à combattre. Le but du traitement consiste alors à rétablir l'équilibre thyroïdien, l'orthothyroïdie. Par l'habitude, on arrivera à acquérir le doigté nécessaire pour utiliser les doses de thyroïdine à la fois utiles et suffisantes.

D'autres remarques sont de mise. La découverte de signes d'hypothyroïdie, chez un sujet, tout en mettant en évidence le malfonctionnement thyroïdien, n'entraîne pas forcément le diagnostic complet. L'hypothyroïdie peut n'être qu'un élément accessoire dans une maladie.

Enfin, il n'est pas exceptionnel qu'à côté du trouble glandulaire thyroïdien, de la dysendocrisie thyroïdienne, il existe une autre insuffisance, ovarienne par exemple ou hépatique. Dans ces cas complexes, la connaissance des petits signes d'insuffisance thyroïdienne permettra de serrer de plus près le diagnostic et de coordonner, s'il y a lieu, une thérapeutique complexe.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 26 JUIN 1907)

Plaies du poumon. — M. Quénu rappelle qu'au IXe Congrès de chirurgie, en 1895, M. Reclus a fait un rapport sur le traitement chirurgical des plaies du poumon. Il rapportait deux observations dans lesquelles on est intervenu chirurgicalement, l'une de M. Antony, l'autre de M. Delorme. Dans le premier cas, le blessé a succombé sept jours après l'opération, dans le second cas, qui d'ailleurs était très grave et pour lequel on est intervenu trop tard, le blessé est mort quelques instants après l'intervention.

Un peu plus tard, M. Michaux publia une observation de plaie du poumon, traitée par l'opération et suivie de guérison. Depuis 1895 il y a eu très peu de cas d'intervention, et cependant les plaies du poumon sont bien fréquentes; d'autre part les chirurgiens se sont montrés plus audacieux et les interventions pour les plaies du cœur se sont multipliées. Pourquoi donc ce contraste entre la fréquence des plaies du poumon et l'extrême rareté des interventions chirurgicales? Cela vient, croit M. Quénu, de la difficulté de poser des indications bien nettes. C'est ce qu'a signalé M. Delorme et il a cherché à remédier à cet état de choses en s'appliquant à bien faire connaître les signes sur lesquels on pourra s'appuyer pour décider l'opération. M. Quénu n'attache pas la même importance que M. Delorme à certains signes, tels que le trajet du projectile ou la plaie d'entrée du corps vulnérant, l'hémoptysie, signe inconstant; l'hémorragie par la plaie, souvent très peu abondante alors que la plèvre contient une grande quantité de sang. M. Quénu pense que la ponction exploratrice peut donner un renseignement utile, au point de vue de l'abondance de l'hémothorax d'une part et de sa persistance d'autre part en renouvelant la ponction. Dans certains cas même, on pourrait aller jusqu'à l'incision exploratrice.

Au point de vue de l'intervention chirurgicale, M. Quénu est de l'avis de M. Delorme, mais en insistant, comme lui, sur la rareté exceptionnelle de ces interventions. Avant l'observation de M. Ombrédanne, qui a servi de point de départ au rapport de M. Delorme, il n'y avait eu que quatre cas d'intervention, ceux de MM. Antony, Delorme, Bazy et Quénu. Sur presque tous les points de la question, M. Quénu est d'accord avec M. Delorme. Il ne s'en sépare que sur un point, sur la comparaison que M. Delorme a faite entre les plaies du poumon et celles de l'abdomen, eu égard à la conduite à tenir; les deux séreuses se comportent très différemment au point de vue physiologique et il serait dangereux de mettre sur le même pied la laparotomie exploratrice et la thoracotomie exploratrice.

M. Quénu discute ensuite les observations de MM. Ombrédanne et Duval. Le malade de M. Duval n'est pas encore guéri; il a eu, depuis la communication de M. Duval, de nouvelles complications pulmonaires graves. On ne peut donc pas dire que ce cas soit très favorable à l'intervention.

M. Quénu apporte, au débat, un nouveau fait : un homme de trente et un ans se tire un coup de revolver dans la poitrine; il est amené à l'hôpital deux heures après; l'interne de garde constate un pouls petit, un facies altéré; il n'y a pas d'hémorragies. A l'auscultation, on constate le bruit de rouet; on conclut à un épanchement de sang dans le péricarde. On intervient avec l'idée de trouver une plaie du cœur; on fait un volet thoracique, il n'y a presque pas de sang dans le péricarde; il n'y a pas de plaie du cœur. On replace le volet; le malade a le lendemain 38°7 et urine du sang. Il est pris d'une dyspnée intense; le pouls est à 160. On fait une ponction, l'état s'aggrave et le blessé meurt.

A l'autopsie, on constate que la cavité pleurale renferme une grande quantité de sang non coagulé. Il y a une plaie à la face antérieure du poumon et une petite plaie sur le rein gauche, ce qui explique l'hématurie. Il y avait aussi une hémorragie résultant de l'ouverture d'une intercostale, si bien que, dans ce cas, l'opération a été plutôt néfaste qu'utile.

En terminant, M. Quénu fait observer que quatre fois on est intervenu croyant avoir affaire à une plaie du cœur alors qu'il s'agissait d'une plaie du poumon. En déplaçant le blessé tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, on arriverait peut-être à pouvoir distinguer une plaie du poumon d'une plaie du cœur. Nous n'avons pas bien saisi les explications fournies par M. Quénu à ce sujet, et il serait cependant bien important d'avoir des signes qui permettent de faire ce diagnostic, l'intervention paraissant jusqu'ici plus heureuse dans les plaies du cœur que dans celle du poumon. M. Quénu recommande encore la ponction et il conseille de la renouveler; c'est à ses yeux, un très bon moyen de se rendre compte de l'importance et de la persistance de l'hémorragie. En cas de persistance on ne doit pas hésiter à intervenir. Il recommande aussi le tamponnement à la gaze stérilisée qui, dans certains cas, a donné de bons résultats.

M. Mauclaire apporte un cas de plaie du poumon avec hémothorax très grave. Il s'agit d'un gardien de la paix qui reçut en pleine poitrine une balle de revolver. Sa plaie était pénétrante, irrégulière, mâchonnée. Il en sortait de l'air et du sang. Une grande partie des symptômes généraux graves pouvaient être dus au schock. Aussi, on attendit, on fit des injections d'éther, de caféine, d'ergotine. Le blessé finit par se remettre.

M. Rochard, dont le grand-père a reçu une balle dans le poumon au siège de Dunkerque sous le premier empire et n'en est pas mort; dont le père, à l'âge de soixante-huit ans, a reçu une balle de revolver tirée par un fou, ayant pénétré dans le poumon et qui a guéri, qui a, lui-même, observé trois cas de plaies pénétrantes du poumon qui ont guéri sans intervention, fait remarquer avec juste raison, que tous ces faits plaident en faveur de l'abstention opératoire en présence d'une plaie pénétrante du poumon. Toutefois tout en admettant que l'expectation est le traitement de choix de ces plaies, il reconnaît, avec M. Delorme, qu'il y a des cas exceptionnelle-

ment graves dans lesquels l'intervention chirurgicale s'impose comme la seule chance de salut.

M. Bazy apporte un fait d'intervention dans un cas de plaie du poumon pris pour une plaie du cœur.

M. Reynier rappelle les expériences qu'il a faites pour rechercher l'explication d'un bruit hydro-aérique qu'il avait constaté dans certaines plaies pénétrantes du thorax. Il ajoute que, dans les cas d'hémothorax, il conseille l'emploi du sérum gélatiné dont il a lui-même obtenu les meilleurs effets dans un cas d'hémorragie provenant d'une plaie du rein. Toutefois quand on est en présence d'hémorragies très graves, il vaut mieux recourir immédiatement à l'intervention chirurgicale. L'important est de faire un diagnostic exact et précoce.

Du bruit de clapotement dans l'occlusion intestinale. — M. Beurnier, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Ricard, rapporte l'histoire d'un homme de cinquante-quatre ans qui arriva à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite. Le pouls est à 140, la température à 36°8. Le ventre est normal, plat; il y a seulement une légère matité qui se déplace. Le ventre est ouvert; on reconnaît l'existence d'un cancer sténosant du cæcum. L'intestin grêle est plein de liquide. Si on avait recherché, chez ce malade, le signe indiqué par M. Ricard, on l'eût certainement trouvé. En résumé, un ventre plat avec présence de liquide dans l'intestin grêle indique un étranglement siégeant à la partie terminale de l'intestin grêle.

Greffes uretéro-intestinales. — M. Delbet fait un rapport sur une observation de M. Auvray relative à l'établissement d'une greffe uretéro-intestinale dans un cas de fistule uretéro-vaginale. M. Auvray fit une petite incision sur l'intestin et y inséra aussi loin que possible l'uretère qu'il fixa dans la cavité intestinale par des fils comprenant l'uretère et l'intestin et par une sorte de suture en bourse complémentaire enfouissant, en quelque sorte, le greffe uretéro-intestinale. Il y eut des accidents d'infection rénale consécutive très graves, accidents que M. Delbet attribue à l'emploi des points perforants pratiqués par M. Auvray. Quant à la suture en bourse, si elle est trop serrée elle bouche la lumière de l'uretère; si elle ne l'est pas, elle ne peut empêcher l'infection ascendante.

Dans quatre cas, M. Delbet a eu l'occasion de pratiquer cette greffe uretéro-intestinale. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de vingt-neuf ans qui présentait une fistule vésico-vaginale de cause inconnue. Les troubles remontaient à deux ans. On tenta deux fois, sans succès, la fermeture de la fistule par le vagin. M. Delbet résolut d'anastomoser les deux uretères dans le rectum. Il y eut, dans ce cas aussi, une infection secondaire des reins. Malgré cela, la malade guérit.

Dans un second cas, c'était à la suite d'une hystérectomie abdominale; il y eut une fistule vésico vaginale qu'on tenta de repérer sans succès, il se fit ensuite une autre fistule recto-vaginale. M. Delbet aboucha les deux uretères dans l'intestin. Il rechercha d'abord l'uretère droit, le trouva très hypertrophié; il finit par le repérer, et l'anastomosa à la partie postérieure du cæcum à l'aide d'une suture rétro-péritonéale. Il anastomosa l'uretère gauche dans la partie terminale de l'S iliaque. Il ne mit pas de sonde. Les suites furent simples. Il voulut ensuite fermer la fistule vaginale qui persistait. Il tenta de le faire par la vessie. Le résultat fut nul et le malade rendit même un mélange d'urine et de matière fécale par la matrice. Il y eut aussi, secondairement, une infection du rein droit. Le gros intestin était devenu intolérant. En somme, résultat bien médiocre, bien peu satisfaisant. Les indications de ces greffes uretéro-intestinales sont d'ailleurs assez rares, et il faut compter, dans ces cas, avec les infections ascendantes du rein.

Greffe ostéoplastique. — M. Delagenière (du Mans) présente un malade qui était atteint d'une fracture du radius non consolidée. Il y avait une pseudarthrose. M. Delagenière fixa les deux fragments sur un clou et implanta, en outre, un fragment de périoste emprunté au tibia. La consolidation complète fut ainsi obtenue en vingt-six jours.

Ganglion sous-maxillaire. — M. Morestin présente une jeune fille à laquelle il a enlevé un gros ganglion sous-maxillaire par la cavité buccale, de sorte qu'elle ne présente aucune cicatrice cutanée.

Élongation des vaisseaux de la jambe. — M. Legueu présente un malade auquel il a dû faire l'amputation de la jambe pour une gangrène de l'extrémité inférieure de cette jambe qui s'était produite dans les conditions suivantes : cet homme travaillait dans une gare quand il tomba, le pied pris dans un rail. Voyant arriver un train sur cette voie, il fit un violent effort pour se dégager et, dans cet effort, se rompit la tibiale postérieure et les veines. A la suite de cette rupture sous-cutanée par effort, il se fit une gangrène du pied qui nécessita l'amputation de la jambe.

Deux cas de mort résultant de l'emploi de la scopolamine. — Ce n'est pas sans une certaine émotion que nous avons entendu cette communication de M. Delbet : une malade avait reçu une injection sous-cutanée d'un milligramme de scopolamine. Deux heures après, elle était complètement endormie par le chloroforme et subissait une hystérectomie abdominale.

L'opération terminée, cette malade fut prise cinq fois de suite d'arrêt de la respiration et, chaque fois, on avait pu la faire revenir par des tractions de la langue et la respiration artificielle. La sixième fois tout fut inutile. Elle succomba.

M. Delbet a perdu une autre malade dans les mêmes conditions : il lui avait fait une résection partielle du maxillaire inférieur après ligature de la carotide externe et il se félicitait de la rapidité de cette opération, quand il s'aperçut que sa malade ne respirait plus. Elle mourut.

Aussi dans un troisième cas, il y eut des accidents graves, mais la malade finit par revenir tout à fait.

M. Delbet a eu recours 56 fois à l'injection préalable de scopolamine; il a eu 3 fois des accidents dont 2 mortels.

Jamais plus il n'aura recours à la scopolamine. Il a appris de M. Delagenière qu'il a eu un cas dans lequel il fallut faire la respiration artificielle, à diverses reprises, pendant quarante-huit heures; et de M. Duval qu'il a eu deux cas de mort par la scopolamine.

M. Chaput l'emploie toujours et n'a jamais d'accidents. Il n'injecte qu'un quart de milligramme.

MM. Delbet et Arrou déclarent n'avoir jamais obtenu d'anesthésie avec cette dose.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

DU « NEURÈNE » PRINCIPE ACTIF DE LA VALÉRIANE

Le principe actif de la valériane est le bornéol soluble ou neurène, lequel a le précieux avantage de n'avoir pas l'odeur valérianique de l'aldéhyde et de l'acide valérianique qui sont sans action physiologique. Ceci est connu de quelques cliniciens, mais la plus grande partie des praticiens donne à l'acide valérianique une activité dont il est totalement dépourvu.

Une seule préparation galénique contient des traces de bornéol, c'est l'extrait alcoolique de valériane. C'est à ces traces de bornéol qu'est due l'activité de certaines préparations.

Il est beaucoup plus simple de prescrire le bornéol soluble ou neurène, tant pour éviter la puanteur que pour avoir un médicament réellement actif.

Le neurène se prescrit en solution contenant 0 gr. 10 de bornéol par cuillerée à café. On donne deux à cinq cuillerées à café par jour.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 8 AU 13 JUILLET 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 8 juillet, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Landouzy, Roger et Marcel Labbé ; — (2e série) : MM. Brissaud, Retterer et Teissier ; — M. Legueu, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Déjerine, Legry et Balthazard ; — (2e série) : MM. Gaucher, Claude et Macaigne ; — M. Mauclaire, suppléant.

Mardi 9 juillet, à une heure. — 2e, chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Cornil, Robin et Morestin ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Albarran et Desgrez ; — (3e série) : MM. Pozzi, Fernand Bezançon et Richaud ; — (4e série) : MM. Gilbert, Marion et Balthazard ; — M. Maillard, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Rénon ; — (2e série) : MM. Raymond, Vaquez et Gouget ; — M. Launois, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Joffroy, Dupré et Jeanselme ; — (2e série) : MM. Thoinot, Méry et Carnot ; — M. Langlois, suppléant.

Mercredi 10 juillet, à une heure. — 5e (2e partie), *Laënnec* : MM. Landouzy, Déjerine et Legry ; — M. Legueu, suppléant.

Vendredi 12 juillet, à une heure. — 2e, chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Pouchet, Balthazard et Pierre Duval ; — (2e série) : MM. Landouzy, Macaigne et Proust ; — (3e série) : MM. Reclus, Desgrez et Marcel Labbé ; — M. Gosset, suppléant.

Samedi 13 juillet, à une heure. — 2e, chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Cornil, Marion et Vaquez ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Troisier et Desgrez ; — (3e série) : MM. Gilbert, Carnot et Morestin ; — (4e série) : MM. Robin, Hartmann et Dupré ; — (5e série) : MM. Albarran, G. Ballet et Richaud ; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Dieulafoy, Achard et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Raymond, Méry et Gouget ; — 3e série) : MM. Chantemesse, Jeanselme et Fernand Bezançon ; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 10 juillet 1907, à une heure. — M. THÉVENIN. Syndrome cholécystique et syndrome appendiculaire. (MM. Joffroy, président ; Brissaud, Teissier et Claude.) — M. BAUDOIN. La diphtérie à l'hôpital Trousseau en 1905 (service de M. le docteur Netter.) MM. Brissaud, président ; Joffroy, Teissier et Claude. — M. ESEBHACH. Recherches sur la plagéocéphalie chez l'enfant, ses rapports avec le rachitisme. (MM. Gaucher, président ; Roger, Marcel Labbé et Macaigne.) — M. MAZILIER. Contribution à l'étude de l'embryologie du diaphragme. ((MM. Roger, président ; Gaucher, Marcel Labbé et Macaigne.) — M. MOLIMARD. L'anesthésie locale pour les opérations pratiquées sur l'appareil auditif. (MM. Reclus, président ; Segond, Pierre Duval et Proust.) — M. METENIER. Contribution à l'étude du décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du radius. (MM. Segond, président ; Reclus, Pierre Duval et Proust.

Traité d'hygiène, publié en fascicules sous la direction de MM. BROUARDEL, CHANTEMESSE et MOSNY. — Vient de paraître : **Hygiène coloniale**, par les docteurs ALLIOT, CLARAC, FONTOYNONT, KERMORGANT, MARCHOUX, NOC, SERGENT, SIMOND et WURTZ. In-8 de 559 p., avec 69 fig. et 3 pl. col. — Prix : broché, 12 francs ; cart., 13 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 24, 15 juin 1907.) SCHULTZE : Quelques expériences sur la sciatique.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 22, 30 mai 1907.) ULENLUTH, HOFFMANN et RUSCHER : Recherches sur l'action de l'atoxyl sur la syphilis. — SCHMORL : Coloration du spirochæte pallida dans les coupes d'après Giemsa. — KLOSE : Sur l'action hétérochtone du sérum et son traitement post-opératoire dans la diphtérie descendante. — SUDEK : Sur l'atrophie musculaire. — GASSIRER et BAMBERGER : Un cas de névrite bilatérale du nerf crural avec pentosurie. — VOGEL : Sur l'emploi du bouton de Murphy sur le gros intestin. — SELLHEIM : Comment doit-on apprendre la technique de la symphyséotomie ou de l'hébotomie ? — FEILCHENFELD : Guérison d'une blennorrhée du sac lacrymal par un érysipèle intercurrent. — GUTMANN : Maladies externes de l'œil ; leurs rapports avec les affections nasales. — (N° 23, 6 juin.) LEYDEN et BERGEL : Sur la pathogénie et la destruction spécifique des tumeurs malignes. — GREFF : Sur la présence de corpuscules doubles particuliers dans les cellules du trachome. — BASSENGE : Sur la nature, l'action et la conservation de la substance préservatrice de la fièvre typhoïde obtenue par la méthode d'agitation de Brieger. — PICK : Proposition d'une fixation conventionnelle du degré d'intensité du phénomène du genou. — KLEMPERER : Sur la méthode et l'importance de la mesure de la tension artérielle. — KLOSE : Sur l'action hétérochtone du sérum et son traitement post-opératoire dans la diphtérie descendante (*suite*). — HERSEHLL : Sur une nouvelle électrode à oreille.

Medizinische Blatter. — (N° 24, 15 juin 1907.) BERGELL : Etudes critiques sur la question de l'immunité. — FISCH : Traitement de l'obésité avec considérations sur le cœur et les vaisseaux.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 25, 18 juin 1907.) SELHEIM : La pratique des opérations du post-partum. — HILDEBRANDT : Sur l'application pharmacologique des oxybenzyltannins. — BAUMGARTEN : Expériences pratiques avec les oxybenzyltannins. — BACH : Rapports de la moelle allongée et de la pupille. — SCHMIDT : Sur le massage par pression rythmique et son emploi au traitement consécutif des opérations abdominales. — NEURATH : Sur la question des défauts de fonctions dans le territoire des nerfs craniens moteurs. — HOLZBACH : Contribution à l'étude du sommeil par la scopolamine en obstétrique. — SCHWERDT : Nouveau cas de sclérodermie traité par les glandes mésentériques. — SCHERER : L'hérédité du strabisme. — JÄHNE et SCHMIDT : Sur un cas d'embolie urétrale graisseuse combinée au tétanos. — SCHUMM : Sur un nouveau tube à fermentation pour la recherche du glycose dans les urines. — GROSS : Nouvelle sonde gastrique, pour l'usage radiologique. — PENKERT : L'injection intra-rachidienne de stovaïne agit-elle sur les fonctions motrices des viscères ? — STADELMANN et WOLF-EISNER : Sur la septicémie typhique et colibacillaire et sur la typhoïde maladie endotoxienne.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 22, 2 juin 1907.) JANKURA : Un cas de néoplasme du cerveau. — (N° 23, 9 juin.) JANKURA : Un cas de néoplasme du cerveau (*suite*).

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 11, 15 juin 1907.) COLLEVILLE : Médiastino-péricardite calleuse, double lésion mitrale.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 22, 30 mai 1907.) FALKNER : Contribution clinique au traitement sérothérapique de la fièvre puerpérale. — RUSS : Présence de bactéridies charbonneuses dans les poils des cheveux. — ETTINGER : Un cas de compression brusque du thorax et de l'abdomen avec hémorragies secondaires, œdème et cyanose du visage et du cou. — ZUPNIK : Sur la spécificité des précipitines bactériennes. — SCHLOFFER : Justification de l'article « Extirpation suivie de succès d'une tumeur de l'hypophyse par voie nasale ». — (N° 23, 6 juin.) ROSMANIT : L'examen du sens des couleurs dans le service des chemins de fer et de la marine. — BUCURA : Présence de tissu chromaffine et de cellules ganglionnaires dans l'ovaire. — SCHUR UND WIESEL : Sur une action du sérum des brightiques sur l'œil de la grenouille analogue à celle de l'adrénaline. — MAYER : Sur l'acclimatation et la persistance des fonctions des corpuscules épithéliaux du chien transplantés. — EICHORN : Sur l'herpès dans la méningite cérébro-spinale.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 75. — MARDI 2 JUILLET 1907. 80e ANNÉE. MARDI 2 JUILLET 1907. — N° 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Première épreuve clinique.* — Séance du 29 juin 1907. — MM. Guibé, 17, Chevrier, 16.

La prochaine séance (première de consultation) aura lieu le jeudi 4 juillet, à quatre heures un quart, à l'Hôtel-Dieu.

— Concours de l'Externat. — Un concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 15 mai 1908 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le lundi 16 septembre 1907, à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du jeudi 1er août au samedi 31 août inclusivement.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — Aides d'anatomie. — Séance du 26 juin. — MM. Poupardin, 28; Cottard et Combier, 27; Moreau, 24; Trèves, 22.

Séance du 28 juin. — MM. Cottard et Poupardin, 17; Combier, 16.

Séance du 1er juillet (épreuve opératoire). — MM. Cottard, 18; Combier, 16, et Poupardin, 15.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Poupardin et Cottard.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — M. le docteur R. Cruchet, à la suite du concours qui vient de se terminer, vient d'être nommé médecin-adjoint des hôpitaux de Bordeaux.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Clinicat.* — Sont nommés :

Clinicat thérapeutique : M. Corjon, chef de clinique titulaire; M. Vitman, chef de clinique adjoint.

Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : M. Loust, chef de clinique titulaire ; M. Fouquet, chef de clinique adjoint.

— Bordeaux. — M. le docteur Denis est nommé, après concours, chef de clinique obstétricale à la Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Le docteur Platon, chargé de cours de clinique gynécologique, vient d'être chargé par le ministre de l'Instruction publique d'une mission en Allemagne, Autriche et Italie pour l'étude de l'enseignement gynécologique.

LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE. — A propos d'une affaire en responsabilité médicale qui va se plaider le 13 juillet prochain devant la 9e chambre, et dans laquelle est inculpé un confrère de Paris, notre ami le docteur Rénon montre dans le *Journal des praticiens* la nécessité d'éclaircir les deux questions suivantes : 1° Savoir où commence et où finit la responsabilité du médecin ; 2° Savoir quelle est l'étendue des pouvoirs de l'expert, et si nous sommes livrés sans défense à son appréciation.

« Il ne faut pas se le dissimuler, ajoute-t-il, si le docteur est rendu responsable, les conséquences de sa condamnation peuvent être incalculables. Beaucoup de confrères s'abstiendront, à l'avenir, de toute médication ; ils n'oseront plus appliquer de ventouses, faire de piqûres de morphine, pratiquer la plus petite intervention. Ils ne s'y risqueront peut-être qu'après avoir fait signer au malade une pièce dégageant leur responsabilité, s'il survient quelque incident fortuit, car, qui peut jamais prévoir les conséquences d'une

thoracentèse, d'une ponction d'ascite, voire même d'une simple injection hypodermique? La médecine n'est pas une science mathématique, et il faut toujours, quelque précaution que l'on prenne, compter avec l'imprévu. D'ailleurs, une médication se juge, non d'après un accident isolé, mais d'après l'ensemble de ses succès. Sans cela, nous en serions restés encore au temps d'Hippocrate. Jamais Pasteur n'aurait osé inoculer le vaccin de la rage, et jamais Roux n'aurait eu la témérité d'injecter le sérum antidiphtérique. »

La condamnation de notre confrère consacrerait la faillite de tout progrès en médecine. Elle marquerait l'avènement d'une nouvelle thérapeutique que M. Rénon définit d'une façon fort heureuse : la thérapeutique des bras croisés.

LES HOSPICES DE LILLE CONTRE LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE. — Les hospices de Lille avaient, en 1902, assigné la Société anonyme des facultés catholiques de Lille pour faire annuler le traité par lequel, en 1875, ils mettaient à la disposition de celle-ci, dans l'hôpital Sainte-Eugénie, deux cents lits pour le service de sa clinique.

Le tribunal de Lille, et ensuite la cour de Douai avaient repoussé la prétention des hospices. Cette administration s'était enfin pourvue devant la Cour de cassation contre l'arrêt de Douai.

La Cour de cassation a rejeté le pourvoi des hospices.

LE POURVOI DE M. MONOD. — Par un décret du 10 octobre 1905, M. Mirman était nommé directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques, en remplacement de M. Monod, admis sur sa demande à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur honoraire.

M. Monod, qui s'est pourvu contre ce décret, a relaté les incidents qui ont accompagné la mesure qu'il critique.

Le 23 août 1905, il recevait du ministre de l'Intérieur l'avis qu'il était désigné pour représenter le gouvernement à un congrès international siégeant à Venise du 10 au 18 octobre.

Le 15 octobre, à Venise, M. Monod était avisé par le ministre de l'Intérieur qu'il était mis à la retraite et que le gouvernement avait fait choix de son successeur.

Comme M. Monod n'avait jamais formulé la demande visée au décret, il a allégué que la mesure prise à son égard constituait, en réalité, une mise à la retraite d'office, c'est-à-dire une peine disciplinaire, et que le président de la République avait ignoré les circonstances dans lesquelles il était appelé à signer ce décret.

A ce grief le ministre répondait que la mention « sur sa demande » constituait une formule de courtoisie.

M. Monod se plaignait en outre d'une violation du décret du 27 mai 1897, qui porte que le fonctionnaire admis à faire valoir ses droits à la retraite pour ancienneté continue à exercer ses fonctions jusqu'à la délivrance de son brevet de pension.

Le Conseil d'Etat n'a pas admis le recours. Sa décision porte que M. Monod remplissait les conditions d'âge et de services exigées pour être admis à faire valoir ses droits à la retraite et qu'ainsi la mesure incriminée n'a pas le caractère d'une mesure disciplinaire. Si c'est à tort, ajoute l'arrêt, que le décret attaqué énonce que M. Monod a été admis à faire valoir ses droits à la retraite « sur sa demande », l'inexactitude de cette mention n'est pas, dans les circonstances de l'affaire, de nature à entacher le décret d'illégalité.

Sur le second point, le Conseil d'Etat a estimé qu'en admettant que le décret du 27 mai 1897 n'avait pas été observé et que M. Monod puisse réclamer un rappel de traitement, ce fait ne saurait porter atteinte à la validité du décret qui a nommé son successeur. (*Le Temps.*)

LE MONUMENT BROUARDEL. — Le Comité constitué sous le haut patronage de M. le président de la République et de MM. les ministres de l'Intérieur et de l'Instruction publique pour élever un monument au professeur Brouardel et placé sous la présidence effective de M. Emile Loubet annonce que la souscription est ouverte dès maintenant chez MM. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Le monument sera exécuté par M. Puech, membre de l'Institut.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 216, 25 juin 1907.) BÉCLÈRE : Note sur les phénomènes dits de pré-réaction consécutifs à l'exposition de la peau aux rayons de Röntgen ou au rayonnement des sels de radium. — A. LASSUEUR : Le traitement du bubon par les rayons X. — BORDET : Le traitement de l'atrophie musculaire par les courants galvaniques ondulés. — BROCQ : Que doit-on conseiller à l'heure actuelle à une malade atteinte d'hypertrichose?

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 6, juin 1907.) Edward Bradford DENCH : Traitement des complications intra-craniennes des suppurations de l'oreille moyenne. — N. TAPTAS : Contribution à l'étude de la thrombo-phlébite du sinus latéral; de la nécessité ou non de lier la veine jugulaire. — Fernand PEREZ : Etat actuel de la question de l'ozène. L'ozène : rhino-sinusite spécifique et contagieuse.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVI, n° 23, 6 juin 1907.) Joseph D. BRYANT : Discours d'ouverture du LVIIIe Congrès annuel de l'Association médicale américaine. — Ernest Boyen YOUNG : Coïncidence de grossesse extra et intra-utérine. — James Warren SEVER : Le traitement des fistules tuberculeuses par la méthode d'aspiration de Bier (avec 16 observations). — A. C. EASTMAN : La responsabilité du médecin dans l'éducation des enfants. — Arthur T. LEGG : Le traitement du pied plat rigide. Excision du scaphoïde. — Richard H. JOHNSTON : Traitement des affections chroniques de l'aorte.

Bulletin médical. — (N° 49, 26 juin 1907.) A. CHARPENTIER : Les maladies nerveuses dans la pratique journalière. — VIGIER : Plaies produites par le rebord osseux péri-orbitaire. — (N° 50, 29 juin.) A. ROBIN : Traitement médical des adénites tuberculeuses. (Rapport à la Société d'études scientifiques sur la tuberculose.)

Tribune médicale. — (N° 21, 25 mai 1907.) MOSSY et HARVIER : Pleurésie séro-fibrineuse, tuberculeuse, post-traumatique. Impossibilité d'évacuation de l'épanchement. — — E. RIST : Les splénomégalies chez l'enfant. — VAQUEZ et AUBERTIN : Cœur de Traube et hyperplasie médullaire des surrénales. — (N° 23, 8 juin.) DUPRÉ : Revue polyclinique des psychoses alcooliques. — Paul-Ch. PETIT : Epithéliome perlé guéri par quatre séances de haute fréquence. — (N° 24, 14 juin.) CATHELIN : Sur la néphropexie. — MEILLÈRE : Action de quelques bacilles sur l'inosite. Différenciation du coli et de l'Eberth. — MARCILLE : Effet du radium et des rayons Rœntgen sur la cellule cancéreuse.

INJECTION PRÉVENTIVE

TÉTANOS. GUÉRISON

Par M. M. SÉNÉCHAL,

Interne de la Maison départementale de la Seine (Nanterre).

Dans la nuit du 22 au 23 avril, vers cinq heures du matin, le nommé Sylvestre B..., âgé de vingt-six ans est amené dans le service de chirurgie de la maison départementale de la Seine, son avant-bras droit a été pris par une courroie de transmission. Il présente une fracture compliquée des extrémités inférieures du radius et du cubitus avec écrasement du carpe.

A son arrivée, l'interne de garde lui fait immédiatement subir une désinfection rigoureuse, suivie d'un bain prolongé dans l'eau oxygénée au tiers. La plaie était souillée de cambouis et présentait dans ses anfractuosités de nombreux débris de paille et d'étoffe.

Nous voyons le blessé à neuf heures. A ce moment, nous constatons l'existence d'une plaie longitudinale, située à la face palmaire de l'avant-bras et de la main. Elle s'étend de trois travers de doigt environ au-dessus de l'articulation carpo-métacarpienne, au milieu du creux palmaire. Par cette plaie apparaît l'extrémité inférieure du radius, luxée en avant, limitant en dehors une masse tendineuse partiellement déchiquetée. Entre celle-ci et l'os flotte un lambeau musculaire dilacéré. La main pend en arrière. Le carpe n'est plus dans le prolongement de l'avant-bras.

Sous chloroforme, nous débridons largement la région traumatisée, en remontant de 6 à 8 centimètres vers l'avant-bras.

L'extrémité du radius, broyée, fait complètement saillie au dehors. Le carré pronateur, désinséré du cubitus, est déchiqueté. Le cubitus est en place. Le carpe est en bouillie, le doigt reconnaît des fragments osseux jouant les uns sur les autres, et donnant la sensation de petits cailloux enfermés dans un sac. Nombreux séquestres dans la plaie. Les tendons fléchisseurs sont dilacérés.

On régularise d'un trait de scie passant à 1 centimètre et demi environ au-dessus de l'interligne articulaire les épiphyses inférieures du radius et du cubitus. On résèque le lambeau flottant constitué par le carré pronateur. On extrait les séquestres et régularise autant que possible, aux ciseaux, les anfractuosités de la plaie.

Après nouvelle désinfection au savon, alcool, éther, on rapproche par un point supérieur et un point inférieur les lèvres de l'incision cutanée. On place trois drains : un vers l'avant-bras, un vers la main, un au milieu de la région carpienne. On comble la brèche avec de la gaze stérile imbibée d'eau oxygénée au tiers. Pansement avec attelle métallique dorsale.

Injection de sérum antitétanique (10 centimètres cubes) à onze heures du matin.

Le soir, température, 39°2.

Le lendemain matin, 24 avril, température : 38°8. Etat général assez bon, pas de délire. On refait un pansement humide à l'eau oxygénée. Le soir, température : 39°5.

Le 25, matin, température : 38°5. Pansement humide. Etat général satisfaisant; bon aspect de la plaie. Ecoulement abondant séro-sanguin par les drains.

Le soir, température : 38°3.

Le 26, au matin, température : 37°4, soir, 37°6. Amélioration locale et générale manifestes jusqu'au 30 avril. La température n'atteint pas 38 degrés. Les pansements sont modérément souillés.

Un seul signe à noter : ce sont les douleurs très vives dont se plaint le malade chaque fois que son pansement est changé.

Le 30 au soir, température : 38°4. Le 1er mai, température : 37°9 le matin ; 38°3 le soir. Rien d'appréciable localement, sinon un peu d'œdème de la région postérieure du carpe.

Le 2 mai, l'œdème s'est étendu au dos de la main, les drains fonctionnent bien; on hésite à inciser. On constate un très léger trismus, fugace, apparaissant au moment où le blessé fait un effort pour se soulever. Cet effort est accompagné d'une grimace de la face. Ces deux signes font prescrire une nouvelle injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. Température : 37°2 le matin, 38 degrés le soir.

Le 3 mai, le tétanos était confirmé. Trismus, raideur de la nuque, rire sardonique, ventre rétracté en bateau, dur. Pas de contractures des membres.

Les contractures sont permanentes, ne sont pas exacerbées par les chocs sur le lit ou les attouchements du malade. Constipation, urines peu abondantes, rouge foncé. Sueurs abondantes à la face et sur le thorax.

Respiration un peu accélérée. Pouls bon, suit la courbe thermique. Température : 37°5.

Incision de la tuméfaction postérieure de la région carpienne. Pus en assez grande abondance. Drain traversant d'avant en arrière ; désinfection au savon, alcool, éther, de tout le foyer. Lavage avec le bock à l'eau oxygénée et pansement.

Avant cette intervention, ponction lombaire. Pas d'hypertension ; liquide clair, eau de roche ; on en prélève 12 centimètres cubes. Injection intra-rachidienne de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique et injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes dans la région deltoïdienne, au-dessus du foyer infecté.

Isolement du malade en chambre noire. Le soir température : 39°6. Quinze grammes de chloral sont administrés par voie buccale dans les vingt-quatre heures.

Le 4 au matin, la température est retombée à 37°9, mais l'état général du malade s'est aggravé. Son facies contracturé est pâli. ses yeux sont moins vifs. Il est dans un très grand état d'abattement. Les contractures, permanentes, s'exacerbent, sans cause apparente, en crises durant une dizaine de minutes. Tous les muscles des gouttières vertébrales sont contracturés. Les membres sont respectés.

En présence de ces symptômes, étant donné surtout le peu d'espoir que l'on peut garder de voir le blessé conserver un membre utile (présence d'une escare en voie de formation au niveau de la masse musculaire du groupe épicondylien), notre chef de service, M. le docteur Reymond, nous conseille de pratiquer d'urgence l'amputation du bras. Celle-ci est exécutée à deux heures de l'après-midi, sans incident. Elle est précédée de l'injection sous-cutanée de 20 centimètres cubes de sérum. Le soir, la température est à 37°4.

Le 5 mai, la température est à 38 degrés et 38°1. Amélioration notable de l'état général du blessé. Les contractures sont un peu moins intenses. On continue le chloral à la même dose. On soutient le malade à l'aide d'aliments liquides. Claquement des dents au contact du récipient dit « canard » qu'il est impossible de glisser entre ses dents. Dysphagie peu marquée.

Le 6, on pratique une nouvelle injection sous-cutanée de dix centimètres cubes de sérum. Les urines sont très rares (150 gr.), foncées, non albumineuses, 500 grammes de sérum artificiel par voie hypodermique. Température : 37°5 et 37°7.

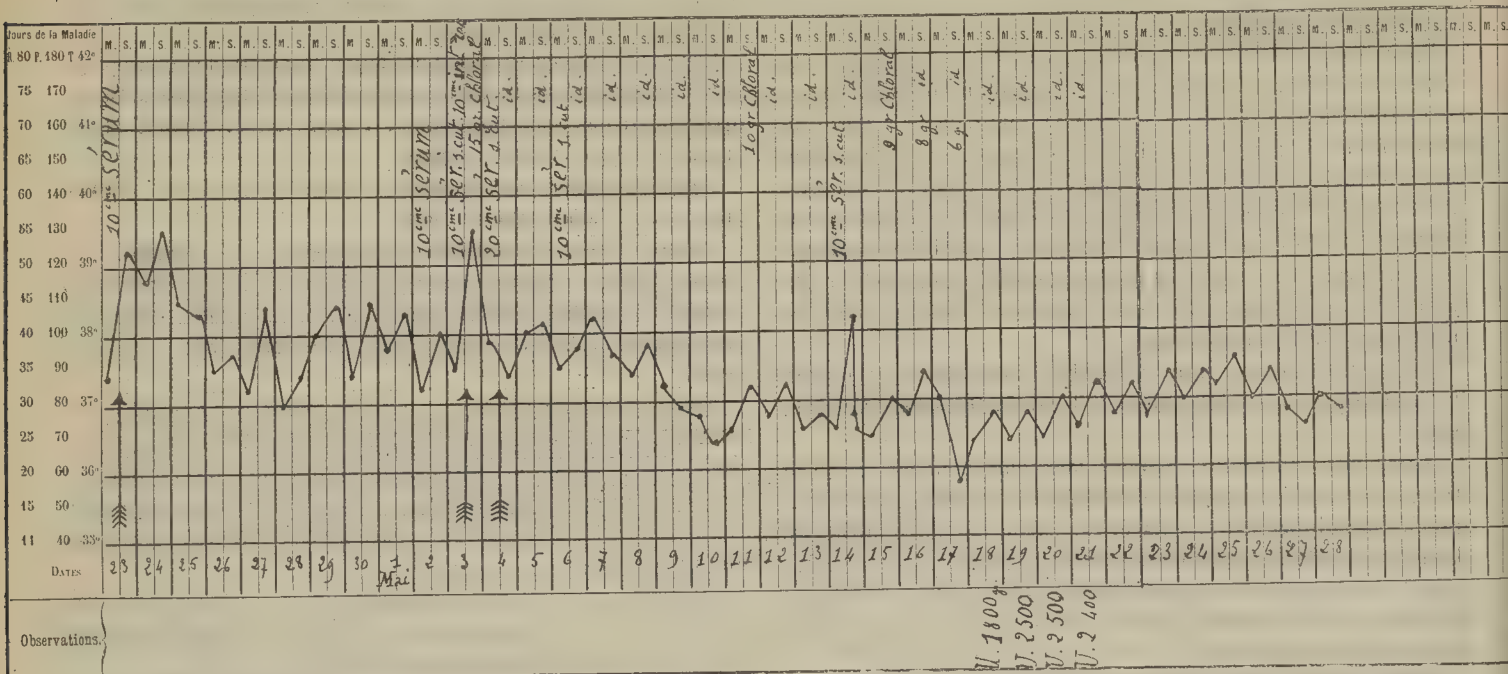
Le 7, température 38°2 et 37°7; 200 grammes de sérum artificiel. Etat stationnaire.

L'amélioration commence à se faire notablement sentir à partir du 8 mai, en même temps que la température s'abaisse.

Le 9, le crissement des dents disparaît. On diminue la dose de chloral à 10 grammes. Le malade est très agité le soir. 1 centigramme de morphine en injection hypodermique le calme et lui procure le sommeil.

L'amélioration se poursuit : la température reste au-dessous de 37 degrés. Les contractures disparaissent dans la région lombaire. Le 13 mai, l'état du malade était le suivant : trismus marqué. Raideur de la nuque et du dos. Facies sardonique. Ventre dur, rétracté. Constipation. Urines foncées, 800 grammes environ. Pas d'albumine. Sueurs encore assez abondantes sur la face et le thorax. Respiration un peu accélérée. Pouls normal.

Le 14 au matin, on défait pour la quatrième fois, le pansement du moignon, et l'on procède à l'ablation de la moitié des crins d'affrontement de la peau. Le drain avait été enlevé le 12. La température était alors de 36°6. Vers deux heures et demie de l'après-midi, le malade est subitement pris d'une violente crise d'étouffement qui paraît mettre ses jours en danger. On pratique une injection de 1 centigramme de morphine qui fait cesser les accidents, et l'on inocule à nouveau 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. Au moment de la crise, la température était montée à 38°2. A six heures du soir elle retombait à 36°6. Depuis cette dernière alerte, les phénomènes s'amendent peu à peu. La température n'excède plus 37°3. Les prises de chloral sont progressivement diminuées.



Le 16, le malade peut mouvoir sa tête : sa nuque est définitivement libérée.

Le 18, le taux des urines, qui était la veille de 800 grammes environ, monte brusquement à 1800 grammes. Le 19, il était de 2500 grammes. La même quantité est émise le 20. La crise urinaire est accompagnée d'une chute de température à 35°8.

Le malade, qui n'avait absorbé jusqu'alors que des aliments liquides, mange une côtelette.

Le 21, il émet 2400 grammes d'urine. Celle-ci est ambrée, claire, pas trace d'albumine. Le chloral, qui n'était plus administré qu'à la dose de 5 grammes par vingt-quatre heures, est supprimé le 23. Le malade se lève et fait quelques pas dans la chambre. On supprime l'obscurité.

Le 25, le malade sort dans la cour. Le 28, il quitte le service sur sa demande, un peu amaigri, mais solide, allant et venant, et ne conservant de l'infection tétanique, qu'un rictus léger, survenant lorsqu'il parle.

Nous l'avons revu le 31 mai. Son rictus lui-même a disparu, et nous sommes frappé par la rapidité de l'amélioration de son état général.

Nous croyons intéressant d'étudier cette observation en la confrontant avec les opinions émises au cours de la discussion récente, qui, par le nombre de séances (1) que lui a consacrées la Société de chirurgie, montre l'importance de la question du tétanos.

Nous n'ignorons pas qu'il serait téméraire de tirer des conclusions fermes de l'exposé d'une seule observation. Cependant, la terminaison de la discussion, concluant à un supplément d'information, doit engager à publier le plus grand nombre possible de cas.

Nous voyons tout d'abord, en ce qui concerne notre malade, que l'injection préventive de sérum n'a été pratiquée qu'un assez long temps après le traumatisme. Nous devons admettre, en effet, que celui-ci s'est produit une heure au moins avant l'admission du blessé, soit vers quatre heures du matin ; l'inoculation n'ayant été faite que vers onze heures, une durée de sept heures au moins s'est écoulée entre l'heure de l'accident et celle de la piqûre.

La désinfection de la plaie a été très soignée.

(1) Soc. de chir. Séances des 16 et 24 avril; 1er, 15 et 22 mai 1907.

Désinfection et bain prolongé à cinq heures du matin, savonnage avant une intervention dont le but était de supprimer les clapiers anfractueux. Désinfection du foyer même de la fracture après régularisation de la plaie. Pansements antiseptiques : rien n'a été négligé.

Le sérum a été de nouveau injecté d'une façon très précoce, dès le début, dès l'apparition du trismus, encore *fugace*.

Il a été renouvelé par voies *sous-cutanée et intrarachidienne à la fois*, sans qu'on puisse l'accuser d'aggravation de l'état du malade. Son état paraît, en effet, être intimement lié à la présence du foyer tétanigène. Sitôt l'amputation du membre réalisée, l'amélioration est manifeste : l'injection de sérum à la racine du membre infecté elle-même n'a pas arrêté la progression de l'infection. Dans les trois premiers jours de l'invasion tétanique, le blessé reçut 40 centimètres cubes de sérum par voie hypodermique et 10 centimètres cubes par voie intrarachidienne, et si l'on ne peut conclure à une amélioration manifeste, son action n'en paraît pas moins avoir été nettement bienfaisante. Le chloral, administré à doses moyennes (15 grammes), n'a pas semblé avoir une action très marquée. La combinaison des deux thérapeutiques a-t-elle été *curative*? Autre point à élucider. La terminaison de l'affection plaide en sa faveur.

La suppression du foyer tétanigène, par contre, semble avoir eu une influence des plus nettes sur le cours de la maladie. Le soir même de l'amputation du bras, la température baisse.

Il est évident que l'ablation d'un foyer septique joue dans ce fait un rôle important. Cependant, dès le lendemain, l'état général commençait à s'améliorer et l'amélioration se poursuivit dès lors d'une façon continue. Les 10 centimètres cubes de sérum, injectés le 6 mai, n'ont eu pour but que de maintenir le malade sous l'influence de l'antitoxine. La température, qui s'était élevée la veille, retombe après l'inoculation, pour s'élever à nouveau, légèrement, le lendemain.

Le malade s'achemine alors vers la convalescence. Une crise d'étouffements, grave, survient le 14 avec l'élévation brusque de la température; 1 centigramme de morphine calme la crise, et 10 centimètres cubes de sérum paraissent manifestement en empêcher le retour.

Le blessé entre en convalescence le 17. Le début de cette période est marqué par une chute de la température à 35°9, avec débâcle urinaire intense, 1800, puis 2500 grammes d'urine, sans qu'aucun moyen thérapeutique spécial ne soit intervenu pour la provoquer.

Dans cette observation, l'incubation du tétanos a duré neuf jours, l'invasion et la période d'état quinze jours, la convalescence, très rapide, onze jours. L'infection tétanique s'y est montrée extrêmement atténuée.

Notre observation serait à rapprocher de celle de M. Guinard (injections sous-cutanées et intrarachidiennes de sérum). Mais il est un fait qui domine toute l'histoire clinique de notre malade, c'est l'injection *préventive tardive* de sérum. Celle-ci a-t-elle, ou n'a-t-elle pas été efficace? Elle fut *tardive*. Le tétanos fut *de faible intensité*. Ce cas est unique depuis quatre années, date à laquelle M. le docteur Reymond a pris le service de chirurgie de Nanterre. Les injections préventives y sont pratiquées systématiquement à tous les blessés.

Ceci vient confirmer la méthode de Bazy et de ses adeptes, MM. Berger, Demoulin, Delbet, Lucas-Championnière, Quénu, Routier. D'autres chirurgiens, comme MM. Reynier, Ricard, Rieffel, Mauclaire, Thierry, Walther sont hostiles à l'injection préventive. D'autres enfin, quoique peu convaincus, injectent quand même. Tels sont MM. Beurnier, Potherat, Sieur, pour ne citer que les chirurgiens qui ont pris parti dans le débat de la Société de chirurgie.

Notre observation montre que la confiance de M. Reynier dans l'antisepsie est loin d'être suffisante. Pourquoi refuser au blessé, sinon la certitude d'échapper au danger, au moins une atténuation à la virulence de l'infection, puisque M. Reynier lui-même, reconnaît au sérum une action atténuante, même pendant l'évolution du tétanos? L'injection préventive ne présente aucun inconvénient ; à peine quelques cas d'érythèmes consécutifs ont-ils été signalés.

Sans vouloir conclure, nous croyons utiles les injections préventives, et cette croyance est tellement séduisante, que parmi les chirurgiens, bon nombre de ceux qui ne sont pas convaincus eux-mêmes les pratiquent régulièrement.

Au point de vue du traitement, en présence du tétanos confirmé, nous voulons insister sur l'innocuité, dans le cas présent, des injections intrarachidiennes et sous-cutanées simultanées, et sur la sédation très nette des symptômes après l'amputation du foyer tétanigène.

Si aucun des moyens employés : antisepsie, sérum, chloral, amputation, ne peut être considéré comme spécifique en lui-même, chacun d'eux semble donner une atténuation qui lui est propre. Leur groupement, en présence du tétanos, est des plus légitimes. Nul doute qu'il ne donne des résultats encourageants.

MÉDECINE PRATIQUE

HYGIÈNE DE LA BOUCHE PENDANT LA PREMIÈRE DENTITION

D'après le docteur CAILLON [de Lyon] (3)

Le plus tôt possible, dès l'âge de trois ans, on peut apprendre à l'enfant à se servir d'une petite brosse douce et du savon ou de la poudre. C'est en utilisant l'esprit d'imitation, poussé à un si haut point chez l'enfant, que l'on arrivera à ce résultat. On lui rendra ce petit travail agréable en lui donnant un dentifrice parfumé.

On apprendra à l'enfant à pratiquer cette toilette buccale au moins deux fois par jour.

(1) *Rev. des mal. de l'enf.*, t. XXV, juillet 1907.

Il n'est pas inutile d'insister sur l'importance de ces soins, pour sauver les dents de lait d'une chute précoce, toujours précédée de douleurs ou de périostites qui retarderont le développement du maxillaire. Les dents de lait sont utiles pour la croissance régulière des mâchoires et des muscles masticateurs et des dents permanentes, et en effet, quand celles-ci apparaissent, elles trouvent dans le maxillaire bien formé un espace suffisant pour prendre une position réciproque exacte, et plus l'arcade dentaire est régulière, moins les dents sont sujettes aux maladies.

N'oublions pas que les dents de lait comme les dents permanentes servent à mâcher, et que les soins de la bouche ne sont rien pour éviter la carie si le travail de la mastication ne se fait pas régulièrement partout. Et non pas un travail illussoire comme celui auquel est soumis malheureusement trop souvent la dentition de l'enfance, déjà prédisposée aux maladies par sa structure défectueuse.

En effet des parents mâchent eux-mêmes la croûte de pain qu'ils donnent à leurs enfants. Ils leur servent des bouillies, des panades, etc., aliments nourrissants, mais trop mous et auxquels on doit joindre une nourriture plus grossière, composée de pain grillé et de croûte de pain. Les aliments féculents mous, souvent servis sous une forme pâteuse, laissent des débris adhérents aux dents. Le fait est plus grave quand il s'agit de chocolat, de pâtisseries, qui fermenteront si facilement.

Si l'on compare en effet la bouche des personnes qui se nourrissent au pain noir, à croûte épaisse, et celle des personnes qui se nourrissent au pain blanc, on constatera que chez les premières la muqueuse est forte et saine, les dents bien nettes, la croûte de pain noir irrite les nerfs de la langue, des lèvres, de la joue et le frottement chasse les corps étrangers. Chez les autres, la gencive est molle, saigne facilement; elle est irritée par des détritus muqueux, les dents sont recouvertes de tartre.

Ainsi on habituera l'enfant, dès l'âge de deux ans, à manger des biscuits grillés, et on sera sûr qu'à trois ans il mangera des croûtes dures avec plaisir. Car, comme l'a dit Rose, « un enfant qui ne mange que des aliments mous et ménage ses dents, les ménage uniquement pour le davier du dentiste. »

Ces quelques considérations sur l'importance qu'il y a à conserver les dents de lait jusqu'à leur remplacement par les dents permanentes permettent de ne pas insister sur la nécessité de soigner ces dents de lait. Cette observation semble superflue pour beaucoup, étant donnée la durée éphémère des dents de lait. Il faut établir en principe qu'on doit éviter l'extraction d'une dent de lait malade jusqu'à ce que la dent de remplacement apparaisse ou que l'on soit à l'époque présumée de son apparition. Il ne sera fait exception que lorsqu'il sera tout à fait impossible de soigner les dents de lait, et que lorsqu'il n'en restera plus que quelques débris amenant des abcès. M. Caillon recommande les petits tampons de coton imbibés d'essence de girofle calmants et antiseptiques, qui pourront être utilisés dans les cas où la dent de lait n'aurait plus que quelques jours à vivre (1).

(1) Communication à la Société de médecine pratique de Lyon, 11 janvier 1907.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 JUIN 1907)

De la mesure du champ pulmonaire et de son activité. — M. Gabriel ARTHAUD. A l'état normal le rapport entre le pouls et la respiration et par conséquent le poids du sang contenu dans le poumon à chaque inspiration, est sujet à deux oscillations très grandes selon l'état de repos ou d'activité. En général la fièvre a toujours pour effet de faire accroître le rapport au-dessus de la moyenne. Par conséquent, dans les maladies aiguës le champ pulmonaire tend toujours à s'agrandir. Dans les maladies chroniques, ce rapport reste à peu près constant. A cette règle il n'y a qu'une exception relative aux maladies du poumon primitives ou secondaires. Dans le cas de lésions du poumon, la pratique montre que le rapport entre le pouls et la respiration est abaissé.

Il y a là un élément de diagnostic très important et trop négligé.

Sur l'origine des dépôts de la matière colorante des vins rouges. — M. A. TRILLAT. La formation de ces dépôts a lieu chaque fois qu'une circonstance quelconque fera naître l'aldéhyde acétique, on viendra augmenter les proportions existant déjà dans le vin. Ces circonstances sont l'aération rapide du vin, le vieillissement, les maladies du vin, notamment l'amertume et la casse.

De l'action physiologique de quelques matières colorantes et de leurs éliminations urinaires. — MM. Jean GAUTRELET et Henri GRAVELLAT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 JUIN 1907)

Adipose douloureuse. — M. Léon BERNARD, à propos de la récente communication de M. de Massary, sur l'adipose douloureuse, rapporte une observation très comparable. Il s'agit d'une femme chez laquelle la lipomatose commença à apparaître au moment où elle venait d'être atteinte de lésions tuberculeuses appréciables. On est donc en droit de faire jouer à la tuberculose un rôle étiologique important dans la survenue de la maladie de Dercum.

Etude sur une forme clinique de la syphilis du névraxe réalisant la transition entre les myélites syphilitiques, le tabes et la paralysie générale. — MM. Georges GUILLAIN et THAON rapportent huit observations de la forme clinique spéciale de la syphilis du névraxe qu'ils ont décrite en 1905 à la Société de biologie, et font une étude d'ensemble de ce syndrome. Il s'agit de malades syphilitiques avérés qui présentent : 1° des symptômes de la série tabétique (ataxie, signe de Romberg, douleurs fulgurantes, signe d'Argyll-Robertson, atrophie grise de la pupille); 2° des symptômes de la série myélitique (spasmodicité, exagération des réflexes, troubles sphinctériens et génitaux); 3° des symptômes psychopathiques (asthénie, aboulie, amnésie, difficulté de fixer l'attention). Toutefois font défaut les idées délirantes, la perte de l'autocritique, l'état démentiel des paralytiques généraux.

Cette forme clinique qui régresse en partie par le traitement mercuriel, se différencie de la paralysie générale, du tabes, de la myélite syphilitique de Erb, de la syphilis cérébro-spinale banale, des scléroses combinées, de la sclérose en plaques.

L'anatomie pathologique a montré aux auteurs, dans un cas, des lésions diffuses : lésions méningées, lésions vasculaires intra-hémisphériques avec foyers de ramollissement miliaire ayant entraîné la dégénération des voies pyramidales, sclérose combinée médullaire avec lésions tabétiques très pures. Il s'agit donc anatomiquement, de même que cliniquement, d'une forme de transition entre les encéphalo-myélites syphilitiques, le tabes et la paralysie générale, entre les affections dites syphilitiques et dites parasyphilitiques. Les auteurs estiment d'ailleurs avec Erb qu'on ne peut opposer la syphilis et la parasyphilis des centres nerveux.

La connaissance de cette forme de transition est un argument anatomo-clinique qui s'ajoute aux autres arguments signalés par les auteurs pour montrer les relations de causalité entre l'infection syphilitique et les lésions du tabes et de la paralysie générale.

Guérison de deux cas de septico-pyohémie grave après fièvre typhoïde par les solutions de collargol en injections intra-veineuses, et en traitement local (pleurésie purulente). — MM. H. Triboulet, Francoz et Silbert. Passant rapidement sur une série d'observations thérapeutiques personnelles assez nombreuses qui s'ajoutent à la liste de celles relatées par Netter, A. Robin etc., les auteurs insistent surtout, dans leur communication, sur deux observations de septico-pyohémie grave avec otites suppurées, et dans l'un des cas, avec pleurésie purulente de deux litres à staphylocoque doré.

« A défaut, disent-ils, d'une action spécifique qu'on demandera peut-être en vain au collargol, contre les maladies de haute spécificité, l'efficacité merveilleuse de l'argent colloïdal *contre l'infection secondaire de la phase critique des affections aiguës*, nous fournit, semble-t-il, un auxiliaire thérapeutique de premier ordre. Nous le voyons utilisable contre les conséquences de l'*infection secondaire*, de façon brusque, immédiate dans le premier cas, et de façon prolongée, suivie, jusqu'à guérison définitive dans le second cas, avec pleurésie purulente à staphylocoque, d'une capacité de deux litres, ouverte sans résection de côte.

Nous avons pu, sans aucun inconvénient, et avec un succès croissant, injecter dans la cavité pleurale de notre malade, en moins de vingt jours, plus de 200 centimètres cubes de solutions colloïdales, soit 2 grammes d'électrargol à doses fractionnées de 20 et de 30 centimètres cubes. Ayant cru pouvoir cesser le traitement après la sixième injection, nous eûmes une légère reprise de température avec rétention de pus. 20 centimètres cubes de solution ramenèrent la température jusqu'à la normale, et une dernière injection guérit définitivement la malade, exactement *au vingtième jour* après l'opération d'empyème. »

C'est là, leur a-t-il semblé, un mode d'intervention *médicale* relativement simple, dans des complications soumises jusqu'ici presque exclusivement aux aléas des grandes opérations chirurgicales ou de l'évolution spontanée (longue suppuration, fistules intarissables, etc.).

Le phénomène des interosseux de la main ou phénomène des doigts dans l'hémiplégie organique. — M. Souques décrit sous ce nom un phénomène nouveau qu'il a constaté dans l'hémiplégie organique. Il consiste dans l'extension involontaire des deux dernières phalanges avec écartement des doigts du même côté de la paralysie, quand on ordonne au malade de lever le bras paralysé. Ce signe se manifeste à la période de contracture ; il a été constaté 19 fois sur 27 hémiplégiques. Il peut être considéré comme un mouvement associé, existant du même côté que l'hémiplégie et dû à l'action des muscles interosseux de la main. Il peut servir au diagnostic de l'hémiplégie organique.

Syndrome radiculaire blennorragique à prédominance sciatique. — MM. Lortat-Jacob et Salomon présentent un malade atteint d'un syndrome radiculaire lombo-sacré à prédominance de phénomènes douloureux dans le domaine du nerf sciatique, dans lequel la ponction lombaire n'a dénoté qu'une légère réaction méningée et reconnaissant pour cause une blennorragie bénigne, mais de longue durée.

— La Société avait mis à l'ordre du jour la discussion sur l'**emploi de la tuberculine pour le diagnostic de la tuberculose.** De cette discussion à laquelle prennent part MM. Claisse, Souques, Bezançon, Comby, Dufour, Mosny, Labbé, Milian, il résulte que, sauf pour MM. Souques et Sicard qui ne sont pas convaincus de l'utilité ou de la fidélité de la méthode des injections sous-cutanées, pour les autres auteurs, la sous-cuti-réaction bien employée donne des résultats très probants et très démonstratifs.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 29 juin 1907)

Athérome artériel et calcification. — M. O. Josué. Dans l'athérome aortique, les lésions ne sont pas limitées aux foyers de ramollissement et aux plaques calcaires. L'examen histologique montre qu'il existe des altérations diffuses des cellules musculaires. Ces lésions siègent dans les parties de la tunique moyenne sous-jacentes aux foyers athéromateux ; mais on les trouve aussi dans des régions plus éloignées, ou même dans des aortes qui ne présentent que des foyers d'athérome peu nombreux et peu étendus. Les cellules musculaires sont gonflées, le protoplasma est irrégulièrement aréolaire, ou présente un aspect curieux, il est infiltré de graisse et de sels calcaires, il prend une coloration rouge violet par la théonine sans qu'il y ait de dégénérescence amyloïde. Ces lésions constituent, avec celles que nous avons décrites au niveau du tissu élastique, les premiers stades de l'athérome.

On constate les mêmes altérations dans l'athérome expérimental du lapin déterminé par l'adrénaline.

Dans les artères de moyen calibre atteintes d'athérome les foyers de ramollissement sont relativement moins fréquents et moins étendus. Par contre, on trouve plus souvent des plaques calcaires. Celles-ci sont, toutes proportions gardées, beaucoup plus étendues que dans l'aorte. A l'examen histologique, on ne constate pas de lésions à distance des cellules musculaires comme dans l'aorte. Toutes les régions où les tissus élastique et musculaire sont altérés, subissent rapidement la calcification, en sorte que les cellules musculaires situées en dehors des plaques calcaires, paraissent à peu près saines. On a nettement l'impression qu'en pareil cas, la calcification a été un processus de défense ; elle envahit les régions altérées et empêche la paroi vasculaire de se laisser distendre ou de se rompre sous la pression du sang.

Il résulte de ces faits : 1° que la calcification ne constitue

pas la lésion primordiale de l'athérome artériel; les cellules musculaires et le tissu élastique des artères athéromateuses présentent des altérations dégénératives multiples qui peuvent aboutir à la formation de foyers de bouillie athéromateuse;

2° Une place à part revient cependant à la calcification. Celle-ci est un processus de défense des artères. Les portions du vaisseau ayant subi des lésions dégénératives s'infiltrent de sels calcaires et se transforment en plaques rigides et résistantes qui ne se laissent ni rompre ni distendre.

Anémies consécutives aux ulcérations expérimentales du pylore; dissociation des pouvoirs globulicide et excito-hématopoiétique des substances passant dans le sérum sanguin. — M. L. Tixier montre qu'il existe dans le sérum sanguin de lapins rendus anémiques à la suite d'ulcérations du pylore deux substances, l'une toxique pour les hématies, l'autre douée d'un pouvoir stimulant vis-à-vis de la moelle osseuse. Le pouvoir excito-hématopoiétique indépendant du pouvoir globulicide est prouvé par une série de faits hématologiques, physiologiques, anatomo-pathologiques :

1° Les anémies consécutives aux ulcérations expérimentales du pylore sont presque toujours précédées d'un stade d'hyperglobulie;

2° Le sérum des animaux, prélevé en plein stade d'hyperglobulie, produit en injection intraveineuse chez des témoins normaux une augmentation importante mais transitoire du nombre des hématies.;

3° Une action spéciale, pour ainsi dire élective, est exercée par les substances en suspension dans le sérum sanguin des lapins anémiés sur les différents éléments cellulaires de la moelle osseuse; tandis que deux variétés de cellules prolifèrent d'une façon importante (myélocytes amphophiles et hématies nucléées) deux autres variétés de cellules sont pour ainsi dire frappées de mort (mégacaryocytes et myélocytes éosinophiles).

Étude histo-chimique des granulations du sérum et des exsudats lactescents. — La démonstration histo-chimique de la nature graisseuse des éléments microscopiques qui donnent au sérum lactescent, aux pleurésies et aux ascites chyliformes leur aspect si particulier, n'avait jusqu'ici jamais été donnée d'une façon rigoureuse.

En appliquant à l'examen de ces humeurs pathologiques non pas l'acide osmique dont la réduction n'est, quoi qu'on pense, nullement spéciale aux corps gras, mais la coloration spécifique par le Soudan III, préconisé par Daddi, MM. Jousset et Troisier ont constaté, par l'examen de trente sérums lactescents, de deux pleurésies et de trois ascites chyliformes que la majeure partie des corpuscules émulsionnés auxquels ces liquides devaient leur opalescence était bien constituée par des substances ternaires (graisses neutres et leurs dérivés) et non pas par des élémenis protéiques comme certains auteurs ont cru pouvoir l'affirmer.

Cultures homogènes du B. mesentericus. — M. Lafforgue, poursuivant ses recherches sur les cultures homogènes du B. mesentericus et sur leur origine, a mis en évidence, dans les filtrats aptes à produire ces cultures, trois modifications remarquables : 1° la disparition très précoce des matières albuminoïdes du bouillon initial; 2° l'élévation de l'alcalinité jusqu'à 1,76 p. 1000 au huitième jour; 3° un accroissement corrélatif du pouvoir oxydant, quotidiennement mesuré sur l'hydroquinone par la méthode colorimétrique. Cette augmentation du pouvoir oxydant, conséquence des deux premières modifications ci-dessus signalées et en relation très étroite avec l'alcalinité, expliquerait l'homogénéité des cultures : grâce à cet élément nouveau (qui n'est point le fait d'une oxydase), le bacille pourrait utiliser l'oxygène dissous, sans recourir à celui de la surface. On s'expliquerait ainsi l'absence de pullulation microbienne superficielle, l'absence de voile.

Contribution à l'étude de l'antitoxine tétanique. — M. H. Vincent. L'hyperthermie constitue, ainsi qu'il l'a montré un facteur favorisant énergique de l'infection tétanique chez le cobaye. Cette infection revêt le type splanchnique. Il a paru utile d'étudier l'action préventive de l'antitoxine tétanique à l'égard de ce mode si grave d'infection. Les expériences ont montré que l'antitoxine est inefficace si elle est injectée pendant la période d'incubation du tétanos non seulement vingt-quatre heures après la sortie de l'étuve des animaux inoculés avec les spores sans toxine, mais encore six heures et même une heure après. Si, lorsque la température de l'animal a atteint 42°8, on lui injecte simultanément les spores tétaniques sans toxine et une forte dose de sérum, ou peut constater encore l'apparition du tétanos, mais l'affection a une marche plus lente. Elle est suivie de guérison dans la moitié des cas.

Seule l'injection préventive, faite au moins une à deux heures avant l'inoculation des spores et la mise à l'étuve, est à peu près toujours immunisante. Mais cette immunité devient incomplète si on s'adresse à des cobayes déjà affaiblis par l'injection de toxines diverses (diphtérique, typhique, colibacillaire, streptococcique, pyocyanique, etc.). Dans ce cas un certain nombre de cobayes prennent le tétanos et en meurent.

Ces expériences confirment l'exceptionnelle puissance d'action de l'élévation thermique comme moyen adjuvant de l'infection tétanique; assurément ce moyen est plus actif que l'adjonction de microbes favorisants ou l'emploi d'échardes infectées introduites dans les muscles. Elles démontrent encore que dans l'analyse et l'interprétation des résultats fournis par la sérothérapie préventive, chez l'homme, il faut tenir compte des antécédents morbides du patient, de son état général, des infections et des intoxications qui peuvent contrebalancer par un mécanisme encore incertain, le pouvoir protecteur, cependant si efficace, du sérum antitoxique.

Sur la réaction cutanée provoquée par diverses tuberculines et par du sérum d'homme tuberculeux. — Dans une première série de recherches M. Fernand Arloing n'avait pu obtenir par l'application de tuberculine sur la peau scarifiée, une réaction locale comme Von Pirket et Vallée l'avaient observée en clinique humaine et chez les animaux rendus artificiellement tuberculeux.

Aussi devant ces résultats négatifs, l'auteur s'est-il demandé si la réaction cutanée ne serait pas fonction de l'emploi de telle ou telle tuberculine et si là où une première tuberculine avait échoué, une tuberculine préparée différemment ne serait pas efficace. A cet effet, il s'est servi simultanément sur animaux tuberculeux (bovidés, chèvres, chiens, lapins et cobayes) et sur 9 animaux témoins, de quatre tuberculines différentes. Les résultats ont été pour toutes aussi peu concluants, à cause de la faiblesse de l'irrégularité des phénomènes et de leur manque absolu de spécificité.

Néanmoins les tuberculines contenant le plus de produits tuberculeux extractifs, autrement dit les tuberculines les plus complètes et les plus additionnées de glycérine, substance irritante par elle-même, ont provoqué localement un peu de rougeur et d'épaississement des tissus.

Un sérum d'homme atteint de tuberculose pulmonaire, employé dans les mêmes conditions chez un cobaye tuberculeux, n'a produit aucune réaction locale.

A propos de l'indépendance des lobes du foie. — MM. Brissaud et Bauer. Si, comme on le soutient parfois encore, les lobes du foie sont indépendants, le lobe droit répondant à l'intestin, le lobe gauche à l'estomac et à la rate, après injection de petites quantités d'encre de Chine dans la rate, les particules noires doivent être entraînées exclusivement dans le lobe gauche du foie. Or les choses ne se passent pas ainsi : l'encre de Chine se dissémine dans le foie tout entier. Ce fait, qui corrobore les résultats obtenus à l'aide des injections colorées, est contraire à la théorie de l'indépendance des lobes du foie.

Le passage du chlorure de sodium à travers les sacs de collodion. Une anomalie de dialyse. — Lorsqu'on introduit dans un sac en collodion une solution saline et qu'on plonge le sac dans de l'eau distillée, on croit que le sel passe de l'intérieur vers l'extérieur jusqu'à ce que les liquides extérieur et intérieur deviennent isotoniques. Or les expériences de MM. Iscovesco et Matza ont prouvé qu'en effet, au bout de vingt-quatre heures, les deux liquides deviennent isotoniques, mais pour un moment seulement, et le sac continue à extraire pour ainsi dire les sels de l'intérieur pour les verser dans l'eau extérieure. Cela peut aller même jusqu'à ce que le liquide extérieur arrive à une concentration saline double de celle du liquide intérieur. Il est inutile d'insister sur l'importance de ce fait purement physique pour l'explication de toute une série de phénomènes physiologiques, tels que la sécrétion urinaire hypertonique, etc.

Un cas d'abcès inguinal à bacille paratyphique. — MM. Lesné et Dreyfus ont isolé d'un abcès inguinal d'allure chronique un bacille très mobile, très voisin de l'Eberth, mais différent par la culture sur pommes de terre et par l'absence de la réaction de Widal, différent du coli par l'absence d'indol, de coagulation du lait et d'action sur la lactose, paraissant se rapprocher beaucoup du groupe des bacilles paratyphiques, mais ne répondant nettement à aucun des deux types principaux dits A et B de ce groupe.

Procédé d'accélération des colorations lentes par le courant électrique. Application au spirochète, avec coloration de cinq à dix minutes par le giemsa sur frottis. — MM. Foix et Mallein ont cherché si, en faisant passer le courant électrique dans une solution colorante, on ne pouvait accélérer les colorations lentes.

Comme source électrique ils se sont servis de deux piles au bichromate ou six éléments Leclanché donnant quatre volts. Le colorant est mis dans une petite cuve en porcelaine. Des rainures contenant les lames des électrodes en fer sont plongées perpendiculairement aux lames aux extrémités de la cuve.

Par ce procédé on obtient une coloration intense du spirochète avec le giemsa à 1/5 en cinq à dix minutes.

On a de même à froid une coloration intense du bacille de Koch avec le Ziehl à froid et décoloration avec l'acide nitrique au tiers.

D'autres recherches sur d'autres matières colorantes sont encore à l'étude, mais déjà il est permis de supposer que la méthode est générale.

LIVRES NOUVEAUX

Phénomènes de réduction dans les organismes (1), par Pozzi-Escot.

Le livre *Les phénomènes de réduction dans les organismes* est consacré à l'étude des diastases réductrices qui existent dans toute cellule animale ou végétale. Ces diastases engendrées par les cellules sont le moyen grâce auquel les cellules parviennent à accomplir leurs fonctions. Toutes les actions chimiques nécessaires aux besoins de la nutrition sont dues à la mise en œuvre des agents diastasiques spéciaux et suivant la comparaison d'Armand Gautier ces actes accomplis par certaines cellules des organismes supérieurs les rapprochent des microbes anaérobies.

L'exposé du rôle des diastases de réduction dans les oxydations organiques est suivi d'une étude du mécanisme probable des médicaments spéciaux de la nutrition. Les travaux les plus modernes y sont analysés et critiqués.

A. LEMIERRE.

Mécanique chimique (2), par M. Emm. Pozzi-Escot.

Cet ouvrage est le second d'une série publiée par la maison Rousset sous la rubrique générale d' « Actualités chimiques et biologiques » et destinée à mettre à la disposition des hommes d'étude des résumés clairs et précis, tout à fait au courant des dernières acquisitions de la science.

M. Pozzi-Escot, à qui a été confiée la direction technique de cette collection, a déjà fait paraître un nombre considérable d'ouvrages consacrés à la chimie; celui que nous présentons aujourd'hui est consacré à la *mécanique chimique*, c'est-à-dire à cette partie de la science qui étudie les relations d'équilibre des molécules entre elles, et telles que nous les livrent les combinaisons sans qu'il y ait lieu de faire aucune distinction entre l'état matériel des corps. Les médecins, et ils sont nombreux, que les questions de science pure intéressent, liront avec profit ce livre et ceux qui complètent la collection.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Demi-fous et demi-responsables (3), par J. Grasset.

Les demi-fous sont généralement mal connus et mal jugés. Les uns les considèrent comme des mauvais plaisants, qu'il ne faut jamais prendre au sérieux; les autres, comme des malades, des irresponsables. Ces deux opinions sont également inexactes. Certains demi-fous sont si bien doués, leur valeur sociale est si haute qu'il serait absurde de priver la société de leurs services. D'autre part, on sait que les demi-fous sont parfois des êtres nuisibles, et qu'il importe de ne pas leur garantir l'impunité tout en se gardant de les traiter comme des malfaiteurs ordinaires. Les problèmes que soulève la question des demi-fous intéressent donc à la fois le médecin et le magistrat. Ils sont méthodiquement étudiés par M. Grasset, dont le livre se divise en cinq parties : les deux premières établissent l'existence des demi-fous, la troisième est consacrée à leur étude médicale; la quatrième relate les exemples des demi-fous qui ont eu du talent, voire même du génie, et discute les rapports de la supériorité intellectuelle avec les névroses. Dans le dernier chapitre, enfin, l'auteur étudie ceux des demi-fous qui sont nuisibles à la société, et

(1) In-8. (Les Actualités chimiques et biologiques.) — Paris, 1906, J. Rousset.
(2) In-8 de 201 p. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J. Rousset.
(3) Paris, F. Alcan.

constituent pour elle une véritable cause de danger. Ainsi, lui, M. Grasset, est tout naturellement amené à traiter la question brûlante des responsabilités atténuées, et à résumer les principes généraux dont doit s'inspirer la prophylaxie sociale des demi-fous. Tel est, en quelques lignes, le plan de cet ouvrage que liront avec intérêt nos confrères, s'il est vrai, comme l'affirme l'éminent psychologue, que la question des responsabilités atténuées est une question absolument et exclusivement *médicale*. LÉON BABONNEIX.

Eléments de philosophie biologique (1), par Félix LE DANTEC, chargé de cours à la Sorbonne.

Le nouveau livre que nous devons à cet infatigable travailleur qu'est M. Félix Le Dantec est comme le résumé et la vision d'ensemble des multiples questions qu'il a approfondies depuis dix ans. Sous une forme à peu près identique cet ouvrage vient de paraître à Londres et à New-York sous ce titre : *The nature and origin of life*.

L'auteur tient avant tout à fixer les méthodes de la biologie; il montre qu'à côté de la méthode générale des sciences physiques la biologie peut employer aussi une méthode propre qui en fait une science fermée. Ces deux méthodes arrivent d'ailleurs rigoureusement aux mêmes résultats.

La seconde partie étudie les questions qui concourent le mieux à illustrer les méthodes exposées dans la première, et notamment l'évolution individuelle et l'hérédité des caractères acquis.

Il serait superflu de faire ici l'éloge de ce livre, il suffit qu'il soit de M. Félix Le Dantec pour que le lecteur soit sûr d'y trouver une étude savante et consciencieuse des faits et des théories suggestives suivies par l'indiscutable et très personnel talent de l'auteur. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Le délit pénal de contamination intersexuelle (2), par Louis FIAUX.

Un syphilitique, qui se sachant malade recherche les femmes et les infecte, commet le délit pénal de contamination. Tel est le sujet de la première partie du livre de M. Fiaux.

La seconde partie présente l'énumération méthodique des statistiques qui expliqueraient la limitation du délai aux personnes dont la protection sanitaire paraît s'imposer plus particulièrement.

Ces deux premières parties ont été proposées à la fédération abolitionniste en 1901.

Une dernière partie contient un choix d'espèces recueillies soit dans la documentation judiciaire contemporaine, soit dans divers auteurs, et destinées à préciser ou à symboliser ce qu'il faut entendre par cas donnant lieu à réparation civile et cas donnant lieu à intervention de la loi pénale.

L. GAYARD.

Memento thérapeutique. Formulaire pharmaceutique des maladies infantiles et indications hydrominérales, 2e édition (3), par M. Henri GILLET.

Cette deuxième édition, nécessitée par le grand succès de la première, n'est pas une simple reproduction de celle-ci, c'est une véritable refonte d'après un plan nouveau, et c'est plutôt un memento qu'un formulaire. Elle sera consultée avec fruit par tous les praticiens. L. GAYARD.

(1) In-16 de IV-297 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, F. Alcan.
(2) In-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Alcan.
(3) In-8. — Prix : 4 fr. 75. — Paris, A. Maloine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 8 AU 13 JUILLET 1907

THÈSES

Jeudi 11 juillet 1907, à une heure. — M. BOUTAUD. Des ruptures traumatiques des sinus craniens et de leur traitement chirurgical. (MM. Cornil, président; Pozzi, Hartmann et Marion.) — M. GAILLARD. De la hernie du diaphragme d'origine congénitale. (MM. Pozzi, président; Cornil, Hartmann et Marion.) — M. BILHANT. Evolution du traitement chirurgical du cancer utérin. (MM Pozzi, président; Cornil, Hartmann et Marion). — M. ROULLAND. Des processus pathologiques non infectieux du bassin et des annexes chez la femme (fausses annexites). (MM. Pozzi, président; Cornil, Hartmann et Marion.) — M. HOULBRECQUE. Ankylose de la colonne vertébrale par ossification des ligaments vertébraux consécutive aux affections chroniques de la plèvre. (MM. Dieulafoy, président; Chantemesse, Méry et Rénon.) — M. BOUILLY. Contribution à l'étude de la tachycardie tuberculeuse. (MM. Dieulafoy, président; Chantemesse, Méry et Rénon.) — M. d'UZER. Rapports de la diarrhée infantile dans l'allaitement artificiel avec le mode d'alimentation des vaches. (MM. Chantemesse, président; Dieulafoy, Méry et Rénon.) — M. JARDRY. La sécrétion interne de l'ovaire. Synergie thyro-ovarienne. (MM. Le Dentu, président; Albarran, Rieffel et Morestin.) — M. FENOUIL. Contribution à l'étude du kyste hydatique du foie, sa fréquence chez l'enfant. (MM. Le Dentu, président; Albarran, Rieffel et Morestin.) — M. PASTEAU. Etude sur la pleurésie purulente du sommet. (MM. Albarran, président; Le Dentu, Rieffel et Morestin.) — M. WOJLANSKY. De la cure radicale des rétrécissements traumatiques de l'urètre périnéal par la méthode de MM. Pasteau et Iselin. (MM. Albarran, président; Le Dentu, Rieffel et Morestin.) — M. BAGUENIER-DÉSORMEAUX. Contribution à l'étude physiologique de quelques éthers. (MM. Pouchet, président; Raymond, Gilbert et Carnot.) — M. HOUPERT. Pleurésie purulente interlobaire. (MM. Raymond, président; Pouchet, Gilbert et Carnot.) — M. RUHAULT. Les pansements avec bismuth dans les maladies de l'estomac. (MM. Gilbert, président; Pouchet, Raymond et Carnot.) — M. MARÇAIS. Contribution à l'étude de l'hépatite syphilitique hypertrophique avec ictère chronique. (MM. Gilbert, président; Pouchet, Raymond et Carnot.) — M. MAZEAU. Essai sur le traitement du cancroïde de la lèvre inférieure. (MM. Berger, président; de Lapersonne, Thiéry et Launois.) — M. GAUDELET. Des greffes d'Ollier-Thiersch abandonnées à l'air libre avec pansement protecteur à distance. (MM. Berger, président; de Lapersonne, Thiéry et Launois.) — M. NEEL. Contribution à l'étude de l'arthrectomie. (MM. Berger, président; de Lapersonne, Thiéry et Launois.) — M. VERRIER. De l'anastomose entérorectale par le procédé de la pince porte-bouton de Lardennois. (MM. Berger, président; de Lapersonne, Thiéry et Launois.)

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Billets d'aller et retour individuels ou collectifs pour toutes les stations thermales du réseau P.-L.-M. notamment :* Aix-les-Bains, Châtelguyon (Riom), Evian-les-Bains, Genève, Menthon (lac d'Annecy), Uriage (Grenoble), Royat (Clermont-Ferrand), Thonon-les-Bains, Vichy, etc.

1° *Billets d'aller et retour individuels* valables 10 jours, avec faculté de prolongation, délivrés jusqu'au 31 octobre 1907,

dans toutes les gares du réseau; réduction de 25 p. 100 en 1re classe et de 20 p. 100 en 2e et 3e classes.

2° *Billets d'aller et retour de famille* valables 33 jours, avec faculté de prolongation, délivrés jusqu'au 15 octobre 1907, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., sous condition d'effectuer un parcours simple minimum de 150 kilomètres, aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble.

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de 4 billets simples ordinaires (pour les 2 premières personnes), le prix d'un billet simple pour la 3e personne, la moitié de ce prix pour la 4e et chacune des suivantes.

Arrêts facultatifs. — Faire la demande de billets (individuels ou collectifs) 4 jours au moins à l'avance à la gare où le voyage doit être commencé.

Nota. — Il peut être délivré, à un ou plusieurs des voyageurs inscrits sur un billet collectif de stations thermales et en même temps que ce billet, une carte d'identité sur la présentation de laquelle le titulaire sera admis à voyager isolément (sans arrêt), à moitié prix du tarif général, pendant la durée de la villégiature de la famille entre le point de départ et le lieu de destination mentionné sur le billet collectif.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hopitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 1er juillet 1907. — MM. Loëper, 19; Nobécourt, 18; Clerc et Hallé, 17.
La prochaine séance aura lieu le jeudi 4 juillet, à neuf heures et demie du matin, à l'hôpital Beaujon.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Les dates d'ouverture des concours pour sept places d'internes et cinquante-cinq places d'externes des hôpitaux sont fixées aux 14 et 15 octobre prochain.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — Après concours, M. Chastenay de Géry, ancien chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine, a été nommé chirurgien suppléant des hôpitaux.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Il a été attribué, pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique, les récompenses suivantes :
Médailles d'argent. — M. le docteur Pachot (de Vincennes), M. Bernard, chirurgien-dentiste à Saint-Quentin.
Médailles de bronze. — MM. les docteurs Chambellan (de Belleville), Benoist (du Morbihan) et Dupret (de Groslay).
— Le Conseil général de la Seine a décidé qu'il serait attribué, chaque année, à titre de distinctions honorifiques, des médailles d'or, d'argent et de bronze, aux médecins les plus méritants du service des Enfants assistés de la Seine.
Médailles d'argent. — MM. les docteurs Berthomier (de Moulins) et Alliot (de Céaucé).
Médailles de bronze. — MM. les docteurs Pain (de Bourbon-Lancy), Robet (de Saint-Pierre-le-Moutier), Verneuil (de Saint-Amand-Montrond), François (de Vézelay) et Blond (de Châteauneuf-Val-de-Bargis).

IXe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. — Ce Congrès se réunira à Paris les lundi 17 octobre, mardi 18 octobre et mercredi 19 octobre 1907. La première séance aura lieu le lundi 17 octobre, à neuf heures, à la Faculté de médecine de Paris.
Le bureau du Congrès est ainsi composé : président, M. Debove (Paris); vice présidents, MM. Teissier (Lyon) et Barth (Paris); secrétaire général, M. F. Bezançon (Paris); secrétaire général adjoint, M. V. Griffon (Paris); trésorier, M. J. Renault (Paris); trésorier adjoint, M. P. Masson, éditeur.
Rapports dont les sujets ont été fixés au précédent Congrès (Liège) : « Traitement de l'ulcère simple de l'estomac, » rapporteurs : MM. Linossier et Castaigne. — « Pathogénie et traitement du goitre exophtalmique, » rapporteurs : MM. Gilbert Ballet, Delherm et Sainton. — « L'hémophilie, » rapporteurs : MM. Carrière et Marcel Labbé.
Questions devant être discutées au Congrès : « Traitement chirurgical de l'ulcère simple de l'estomac. — La tuberculose pulmonaire est-elle d'origine aérienne ou d'origine intestinale? — Les bacilles acido-résistants. — Action thérapeutique du radium. — La médication ionique. — La médication par le collargol. — Valeur thérapeutique de la tuberculine. — Sérothérapie de la dysenterie. — Les sporotrichoses cutanées. »
Les souscriptions devront être envoyées à M. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.
Tout ce qui concerne la partie scientifique ou administrative du Congrès devra être adressé à MM. Fernand Bezançon, 84, rue de Monceau, Paris; V. Griffon, 16, rue de l'Université, Paris.

LES ALCOOLIQUES ALIÉNÉS. — L'enquête ouverte dans les asiles d'aliénés, pour déterminer le nombre exact des malades chez lesquels l'aliénation mentale a eu pour cause exclusive ou adjuvante l'intoxication alcoolique, vient de se terminer.
Dans le rapport qu'il adresse au président du Conseil (*Journ. off.* du 3 juillet 1907), M. Mirman, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur, constate que le nombre des aliénés chez lesquels l'alcoolisme doit être incriminé, soit comme cause exclusive, soit comme cause prédisposante, est de 9932 sur 71 547, soit 13,60 p. 100 du contingent global des asiles.
Ce chiffre montre une augmentation de 57 p. 100 depuis 1897. Il suffit à légitimer toutes les inquiétudes.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives des maladies de l'appareil digestif de la nutrition. — (N° 1, janv. 1907.) A. Mathieu et J.-Ch. Roux : Esquisse générale de l'évolution de la pathologie et de la thérapeutique gastro-intestinales depuis vingt-cinq ans. — G. Hayem : De la sialophagie. — P. Duval : De la méso-sigmoïdite rétractile. — (N° 2, fév.) H. Roger et Garnier : Recherches sur la digestion peptique : influence des variations simultanées de la pepsine et de l'acide chlorhydrique. — Dopter : Effets curatifs du sérum antidysentérique. — Gernez : Invaginations ou inversions de l'appendice iléo-cæcal. — Mollécie : Sur les renseignements fournis par le violet de méthyle dans l'étude des affections gastro-intestinales. — (N° 3, mars.) Mirallié : Les accidents nerveux de l'entérocolite muco-membraneuse infantile. — Leven et Barret : Radioscopie gastrique. Applications à l'anatomie, la physiologie et la pathologie. — Gernez : Invaginations ou inversions de l'appendice iléo-cæcal (*suite*). — (N° 4, avril.) Terrien : Les variétés de babeurre employées dans l'alimentation des enfants dyspeptiques. — Lapointe et Trémolières : Pancréatite chronique terminée par ictère grave sans lithiase biliaire. — J.-Ch. Roux et Laboulais : Le transit stomacal. — (N° 5, mai.) Hayem : Contribution à l'étude histologique du cancer de l'estomac ; classement des types. — Tuffier et Martin : Rétrécissements et oblitération de l'intestin grêle. — Leclerc : Etude sur le transit stomacal ; ses modifications sous diverses influences physiologiques et sous l'action de certains médicaments. — (N° 6, juin.) Enriquez et Binet : Inanition et lithiase biliaire. — Mathieu : Formes de l'aérophagie. — Tuffier et Martin : Rétrécissements et oblitération de l'intestin grêle (*suite*). — Launois et Mauban : Aérophagie tardive avec vomissements pituiteux œsophagiens.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 26, 27 juin 1907.) Cantineau : Péritonite tuberculeuse. Influence du régime déchloruré. — Van Lint : La pratique ophtalmologique.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 6, 25 juin 1907.) Galtié : Dyspepsie flatulente.

CLINIQUE MÉDICALE

LES RÉACTIONS DE DÉFENSE DE L'ORGANISME CONTRE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE

Par M. HIRTZ (1),

Médecin de l'hôpital Necker.

Messieurs,

J'avais tout d'abord l'intention de ne traiter aujourd'hui devant vous que la réaction de défense du poumon contre l'invasion du bacille tuberculeux. Permettez-moi d'élargir un peu le sujet et d'envisager rapidement les principaux moyens de défense dont dispose l'organisme pour lutter contre la tuberculose pulmonaire chronique.

Sur la route du bacille de Koch, contre sa marche envahissante et dévastatrice, bien des remparts se dressent, mais ouvrages avancés trop faciles à démonter, points stratégiques trop souvent impuissants. Abstraction faite de l'arrivée du bacille par envahissement primitif du tube digestif, théorie qui reste encore à démontrer malgré de récents et retentissants travaux, les microorganismes gagnent les poumons par les voies aériennes. Dès leur pénétration dans le nez où Straus montra leur présence constante à l'état de virulence chez les élèves et les infirmiers de son service, des moyens mécaniques, chimiques et biologiques concourent à repousser les germes pathogènes. Les sinuosités des fosses nasales, les vibrisses, l'épithélium à cils vibratiles de la pituitaire, du larynx, de la trachée et des bronches interviennent tout d'abord. Puis le mucus nasal empêche la multiplication des microorganismes d'après Thomson et Hewlett; il exerce même sur eux une action destructive pour Wurtz et Lermoyez, fait discutable pour Klemperer. De plus, le mucus bronchique, d'après Wurtz et Lermoyez, a un effet bactéricide contre les germes pénétrant par inhalation. Grammatchikoff, Stnel attribuent aussi un rôle important au suc pulmonaire : Straus et Dubreuilh ont montré d'ailleurs depuis longtemps que l'air expiré est totalement privé de microbes et Tyndall qu'il est optiquement pur, ce qui viendrait à l'appui de cette action bactéricide. Enfin vous n'ignorez pas avec quelle activité intense s'exerce la phagocytose au niveau des productions lymphoïdes du pharynx et notamment des amygdales.

Malheureusement, Messieurs, toutes ces barrières sont de bien peu d'efficacité contre un ennemi aussi répandu et aussi résistant que le bacille de Koch. Le nombre énorme des tuberculeux que vous voyez journellement dans nos salles est là pour vous montrer avec quelle fréquence il arrive aux poumons et y végète. C'est donc surtout au niveau du parenchyme pulmonaire et dans son voisinage que nous allons assister plus spécialement à la lutte de l'organisme contre l'envahisseur.

Or, vous le savez, le bacille tuberculeux est non seulement nocif par lui-même, mais encore et surtout par les poisons qu'il sécrète, par ses toxines, dont les unes constituent des poisons diffusibles tant dans les bouillons de culture que dans l'organisme, les autres des poisons adhérents fixés aux corps microbiens et responsables des actions locales. Vous connaissez tous, sans aucun doute, les remarquables travaux d'Auclair qui en traitant des bacilles de Koch par de l'éther ou du chloroforme a obtenu deux substances toxiques, l'éthéro-bacilline ou éthérine et la chloroformo-bacilline ou chloroformine. L'éthérine provoque un processus funeste, la caséification; la chloroformine engendre une action plus heureuse, la sclérose. Eh bien, à ces deux modes d'action du bacille de Koch, poisons diffusibles et poisons adhérents, à ces deux procédés d'attaque, l'organisme va répondre à son tour en se défendant de deux façons également, soit par des réactions générales, soit par des réactions locales.

Les *réactions générales* de défense sont de minime importance et nous arrêteront peu.

La *fièvre* est-elle véritablement un mode de réaction de l'organisme chez les tuberculeux pulmonaires? Nullement; elle nous apparaît comme le témoin d'une intoxication, mais non par action spécifique des poisons diffusibles du bacille de Koch, puisque d'autres produits toxiques bacillaires ou non peuvent la provoquer.

L'étude du *sang* nous fournit-elle davantage des preuves d'une lutte contre l'ennemi microbien? Fort peu, et il est même remarquable de voir combien le sang se défend mal apparemment contre l'invasion bacillaire. Voici, du reste, les modifications qu'il présente dans la tuberculose pulmonaire. Sa masse totale est diminuée, ainsi qu'en témoignent la pâleur des malades et, à l'autopsie, la décoloration des tissus, le petit volume du cœur et la réduction du calibre des vaisseaux. L'anémie globulaire est modérée; le nombre des globules rouges et l'hémoglobine sont peu diminués, sauf complications. La réaction leucocytaire est peu accentuée, inconstante et variable suivant les phases de la maladie. A la première période la leucocytose fait généralement défaut; à la deuxième période elle manque aussi le plus souvent; mais quand survient la caséification, la leucocytose avec polynucléose apparaît, mais même chez les porteurs de cavernes elle reste modérée et oscille entre 10 et 15000. Toutefois il faut reconnaître que cette leucocytose semble être surtout en rapport avec les infections secondaires qui se produisent alors au niveau des cavernes.

D'ailleurs, Messieurs, l'hématologie est loin d'avoir dit son dernier mot, et la notion toute récente des *opsonines* de Wright en est une preuve. M. Jousset vient de faire connaître en France ces faits dans un intéressant rapport auquel j'emprunte ces quelques détails. La phagocytose exigerait pour son parfait accomplissement l'intervention du sérum. Celui-ci jouerait, vis-à-vis de la pâture microbienne, le rôle d'une sauce sans laquelle cette pâture devient im-

(1) Leçon clinique recueillie et rédigée par M. Beaufumé, ancien interne des hôpitaux.

mangeable pour les leucocytes. Cette sauce doit ses vertus à une substance, à un condiment qui est l'opsonine. Dès lors il suffit de mesurer l'index opsonique du sérum afin de savoir l'influence exercée par ce sérum sur l'absorption des microbes par les leucocytes, de mesurer la force de cet englobement, de jauger l'activité digestive des cellules. Or, l'observation prouve que dans la tuberculose pulmonaire la courbe opsonique est variable dans le temps et suivant les sujets, et que le pouvoir phagogène ou protecteur du sang n'apparaît qu'à certains moments. Nous pouvons donc ainsi, connaissant la qualité des défenseurs sanguins, estimer par contre-coup l'état de la résistance de l'organisme et chercher à entretenir cette résistance ou à la renforcer quand elle faiblit. Et la valeur de la méthode se trouve du reste confirmée par ce fait que la réaction opsonique est très oscillante dans les tuberculoses en évolution, tandis qu'elle est stable dans celles qui se sclérosent, indiquant de la sorte dans ce dernier cas que l'organisme fait les frais d'une lutte constante et efficace contre le microbe.

Les *réactions* de défense *locales*, plus faciles à étudier que les précédentes, sont aussi beaucoup plus importantes. Nous les examinerons successivement au niveau du poumon et au niveau de son enveloppe séreuse; nous allons passer en revue tout d'abord les réactions pleurales.

La *plèvre* manifeste son effort curateur contre l'envahissement microbien soit sous forme de pleurésie sèche, soit sous forme de pleurésie avec épanchement. Sur 112 phtisiques, Louis ne trouva qu'une seule fois les poumons dépourvus d'adhérences. Ces adhérences sont ou partielles et localisées presque constamment aux sommets, ou plus ou moins étendues et même généralisées. Tantôt elles sont minces, peu résistantes, faciles à déchirer; tantôt l'accolement des deux feuillets est plus intime, car elles sont plus épaisses, scléreuses; tantôt c'est une véritable symphyse, d'aspect lardacé ou fibro-cartilagineux ou même avec tendance à subir la transformation calcaire. Rappelez-vous ces productions fibreuses qu'on trouve si souvent au cours des autopsies de phtisiques formant autour des sommets de véritables carapaces, des coques épaisses, dures, confondant le poumon avec la paroi costale et en rendant l'extraction fort difficile. Eh bien, cette pleurésie sèche est un phénomène salutaire, car elle diminue l'activité respiratoire du poumon malade en l'immobilisant en partie, mais surtout parce qu'elle empêche la perforation du poumon par fonte d'un tubercule superficiel, c'est-à-dire le pneumothorax. Nous sommes, en effet, tous aujourd'hui d'accord pour rejeter le pneumothorax providentiel admis par nombre de vieux cliniciens.

L'influence de *la pleurésie* intercurrente *avec épanchement* sur l'évolution des lésions tuberculeuses du poumon a été très diversement appréciée par les auteurs. Pour les uns, elle est une fâcheuse complication, un coup de fouet qui vient accélérer la marche des lésions pulmonaires : ainsi pensaient Bayle, Andral, Louis, Aran, Grisolle, Béhier. Pour les autres, elle est un événement favorable, car les lésions pulmonaires s'arrêtent dans leur évolution ou rétrocèdent et marchent vers la guérison : telle est l'opinion de Legroux, Hérard et Cornil, Pidoux, Colin, Leudet, Péron, Lanos, Potain, Talamon. Marfan écrit que l'influence d'un épanchement est « plutôt favorable sur la marche de la tuberculose qui fait peu de progrès pendant la pleurésie ». Galliard, assez récemment, a particulièrement insisté sur le rôle « providentiel » de certaines pleurésies séro-fibrineuses secondaires. Sabourin qualifie de « bienfaisantes » un certain nombre de pleurésies; et, dans une intéressante thèse faite sous son inspiration, le docteur de Cisternes est d'avis « qu'un épanchement pleural, au cours d'une tuberculose pulmonaire, peut dans certains cas avoir une heureuse influence en ralentissant ou en arrêtant la marche des lésions tuberculeuses préexistantes du poumon, et même assez souvent en précipitant une guérison chez des tuberculeux curables ». Messieurs, mon opinion, basée sur une expérience clinique déjà longue, est identique à celle de ces derniers auteurs; et avec Galliard, Sabourin, de Cisternes, je proclame bien haut que la pleurésie secondaire est souvent favorable. Que l'on explique cette heureuse influence par le repos nécessité pour le traitement de la pleurésie, par la théorie de la dérivation, par la compression du poumon défavorable à l'évolution des tubercules ou encore par l'influence bactéricide du liquide pleural, peu m'importe le mécanisme de la guérison : je suis de ceux qui s'inclinent avant tout devant les faits bien observés. Aussi je ne suis pas un ponctionneur, et ceux d'entre vous qui suivent mon service m'ont-ils souvent entendu dire de ne jamais évacuer un épanchement pleural que si l'on a la main forcée.

Au niveau du *poumon*, Messieurs, la réaction de défense la plus nette et qui se retrouve toujours à quelque degré dans la tuberculose pulmonaire chronique, c'est la *sclérose*. Dès l'origine du tubercule elle fait son apparition à la périphérie tandis que sa partie centrale est destinée à la caséification. Aussi Grancher a-t-il pu définir au point de vue anatomique le tubercule une « néoplasie fibro-caséeuse ». La lutte s'établit donc déjà dès les lésions commençantes entre le bacille envahisseur et l'organisme envahi. Et suivant la résistance du terrain et suivant la nature des poisons sécrétés par les bacilles, caséifiant ou sclérogène, tantôt la zone centrale l'emporte dans l'évolution, tantôt au contraire la zone périphérique est la plus forte. Malheureusement il ne vous est que trop aisé de convenir par l'observation journalière que le travail de destruction caséeuse triomphe dans l'immense majorité des cas puisque, d'après une statistique de Sabourin, 150000 poitrinaires meurent chaque année en France. Aussi je crains bien que l'affirmation de Grancher, disant que la tuberculose est la plus curable de toutes les maladies chroniques, ne reste encore pendant longtemps qu'un pur paradoxe.

Quoi qu'il en soit, au premier degré des lésions pulmonaires, la sclérose s'affirme de deux façons, soit sous la forme nodulaire : ce sont les *tubercules fibreux* ou fibro-crétacés que vous connaissez bien;

soit sous la forme diffuse : c'est la *phtisie fibreuse*, décrite par Grancher, Thaon, Charcot, Renaut, Bard. Celle-ci se caractérise tantôt par des blocs fibreux résultant de la confluence de granulations fibreuses et souvent infiltrés de sels calcaires, tantôt par une véritable sclérose broncho-pulmonaire étendue à une grande partie ou à la totalité du tissu conjonctif interlobulaire. Dans ce dernier cas, le poumon offre la consistance d'une masse de caoutchouc et la coupe révèle au milieu des travées scléreuses des tubercules caséeux ou crétacés, des tubercules enkystés, des cavernules, des dilatations bronchiques, quelques lobules emphysémateux.

Mais le processus scléreux est loin de s'accuser toujours aussi intensément dès le début de l'invasion bacillaire. Il peut ne devenir prédominant qu'à la deuxième période de la maladie, au moment de la caséification. C'est alors qu'on observe ces masses caséeuses semblables à du mastic, infiltrées de sels calcaires et entourées d'une coque fibreuse qui arrête leur extension. Or, c'est évidemment là un processus de guérison, mais j'ajoute de guérison imparfaite, car le microscope et l'inoculation prouvent que ces masses fibro-caséeuses restent virulentes. Aussi est-il préférable de dénommer avec Marfan ces productions spéciales *tubercules enkystés* plutôt que tubercules de guérison, comme l'avait proposé Cruveilhier. Cependant pour incomplète que soit cette guérison anatomique, elle n'en est pas moins heureuse, car si parfois la marche de la tuberculose recommencera à une échéance plus ou moins éloignée, vous verrez quelques sujets parvenir à un âge très avancé et qui auront eu après l'enkystement de leurs tubercules toutes les apparences de la guérison durant de nombreuses années.

Enfin, à la troisième période de la maladie, la sclérose apparaît encore à la périphérie des cavernes pour limiter la caséification sous l'aspect d'une *coque fibreuse* d'épaisseur variable, d'une zone de pneumonie chronique interstitielle plus ou moins étendue. Parfois même, mais exceptionnellement, elle pourra amener la guérison, la cicatrisation des cavernes préexistantes. Mais ces *cavernes de guérison* dont la cavité persiste ou est occupée par de la matière crétacée ou par une masse fibro-cartilagineuse ou encore dont la cavité a disparu par accolement des parois, méfiez-vous-en, car là encore, comme précédemment, ce ne sera parfois qu'une guérison incomplète.

Jusqu'ici, Messieurs, les divers processus de sclérose pulmonaire que nous venons d'envisager sont en relation évidente avec la présence du bacille de Koch, facile à constater. Ils ne représentent pas cependant toutes les réactions scléreuses du poumon vis-à-vis de ce bacille. Vous savez que les auteurs classiques reconnaissent une origine tuberculeuse seulement à la sclérose broncho-pulmonaire diffuse, à la sclérose pulmonaire consécutive à la pleurésie et à l'induration ardoisée des sommets chez les vieillards. Eh bien, je crois qu'à côté de ces formes de sclérose pulmonaire, à côté aussi de quelques autres formes qui ont une origine certaine non tuberculeuse, il est encore quelques variétés de sclérose pulmonaire qui ne sont pas nettement individualisées ni classées à l'heure actuelle et qui, pour ma part, ressortissent à la tuberculose. Ainsi de cette variété que quelques auteurs décrivent sous le nom de *pneumonie chronique interstitielle primitive* et qu'ils rejettent du cadre de la tuberculose parce qu'ils n'ont pas trouvé de bacilles dans les crachats : aujourd'hui cette raison n'est plus suffisante. De même de ces *scléroses toxiques* de Letulle sous la dépendance de l'alcoolisme, du saturnisme, de l'hydrargyrisme, de la goutte, du diabète, des néphrites chroniques, etc. Sans aucun doute pour moi ces scléroses doivent être rattachées à la tuberculose, bien que l'examen histologique ne montre pas de lésions classiques de tubercules. Ne savons-nous pas actuellement que la tuberculose ne se manifeste pas toujours et forcément par le follicule tuberculeux ? Le bacille de Koch est susceptible de provoquer au sein de tous les tissus des réactions banales, inflammatoires, sans caractère spécifique, comme Weil l'a montré au niveau de la rate, Gilbert, Bezançon au niveau du foie, Jousset au niveau du rein. Pourquoi n'en serait-il donc pas de même au niveau du poumon ? Ici, comme ailleurs, le bacille de Koch, qui a été le primum movens, a disparu et ne peut plus être retrouvé. Du reste, ces notions seront plus facilement acceptées quand nous ne serons plus imbus de cette idée classique qu'au niveau des poumons et partout la tuberculose doit toujours se présenter sous la forme de granulations ou de tubercules. Quant aux raisons qui sollicitent tantôt une réaction nodulaire, tantôt une réaction inflammatoire, tantôt un processus mixte, si elles nous échappent presque complètement, il faut convenir que les recherches d'Auclair sur les poisons tuberculeux permettent d'en soupçonner quelques-unes ; et la question du terrain neuro-arthritique notamment ne peut plus nous apparaître comme exclusive ou même capitale pour expliquer la tendance primitive à la sclérose, quand nous voyons cette évolution fibreuse se faire totalement en cinq semaines dans un cas de Rendu.

Est-ce à dire cependant que nous devions toujours souhaiter l'acheminement des lésions tuberculeuses pulmonaires vers la sclérose progressive et indéfinie ? Je me hâte de dire que, d'une part, si le processus fibro-formateur est une des réactions les plus heureuses de défense du poumon, d'autre part il devient néfaste quand il dépasse certaines limites : en effet, à la phase pulmonaire de la phtisie fibreuse et des scléroses pulmonaires succède tôt ou tard la phase cardiaque, sur la gravité de laquelle je n'ai pas besoin d'insister.

J'arrive enfin, Messieurs, à un dernier mode de réaction du poumon contre la tuberculose sur lequel j'ai le premier appelé l'attention : je veux parler de l'*emphysème pulmonaire*. Certes, la coexistence de la tuberculose et de l'emphysème avait été notée depuis longtemps par les anatomo-pathologistes et par les cliniciens, Fauvel, Gairdner, Gallard, Hérard et Cornil, Valleix, Guéneau de Mussy, Monneret, Germain Sée, Jaccoud ; mais l'interprétation de cette coexistence en avait été très variable. Tout le

monde est d'accord aujourd'hui pour admettre que, lorsqu'une région du parenchyme pulmonaire est envahie par la tuberculose et imperméable à l'air, les parties voisines suppléent la région malade et dilatent leurs alvéoles : il en résulte un emphysème complémentaire ou vicariant. Mais cet emphysème *partiel* situé autour des masses caséeuses ou à la périphérie des cavernes n'arrête pas les progrès de la lésion destructive ; il est même parfois fâcheux en amenant une rupture alvéolaire et occasionnant un pneumothorax ou quelquefois un emphysème sous-cutané généralisé : j'ai rapporté de tels faits dans mon mémoire de médaille d'or ; ils sont consignés dans la thèse de Héron.

Il en va tout autrement de l'emphysème *généralisé*, dit souvent constitutionnel, et qui est en réalité presque toujours secondaire à la tuberculose. Pour moi, en effet, il est par excellence une réaction de défense antituberculeuse : c'est un emphysème providentiel, car son action d'arrêt est évidente sur l'évolution des lésions tuberculeuses. Je professe cette opinion depuis douze ans dans mes leçons cliniques et je l'ai déjà défendue dans plusieurs publications (1). Je suis heureux de voir que Bernheim (de Nancy), dans un article du *Bulletin médical* de 1903, et Rueff, son élève, dans une excellente thèse, ont également développé cette même opinion.

Car, Messieurs, il faut que vous soyez bien persuadés de cette notion capitale, à savoir que l'emphysème pulmonaire est dans l'immense majorité des cas fonction de tuberculose. Quand on a la chance de suivre longtemps certains malades et qu'on assiste à la succession des lésions, on est facilement convaincu. C'est ainsi que j'ai vu et soigné un assez grand nombre de sujets qui ont d'abord été atteints manifestement dans leurs sommets, puis ceux-là je les ai vus devenir peu à peu de petits ou de grands emphysémateux, et parallèlement j'ai eu la satisfaction d'assister à l'amélioration de leurs lésions tuberculeuses et même à leur guérison définitive. Mais, évidemment, si les malades ne se présentent à l'examen médical que lorsque l'emphysème pulmonaire est définitivement constitué, alors les difficultés de diagnostic rétrospectif sont bien plus grandes. Et pourtant les antécédents personnels, les hémoptysies, l'amaigrissement, la fièvre continue, le défaut d'élasticité des sommets à la percussion, la minime différence entre les deux périmètres thoraciques à la fin d'une inspiration ou d'une expiration forcée, la constatation d'une adénopathie trachéo-bronchique, les résultats fournis par la spirométrie et la pneumographie, l'examen bactériologique des crachats et leur inoculation, voilà autant de faits qui devront toujours vous faire suspecter ou affirmer la tuberculose chez tout emphysémateux. Béclère a signalé aussi chez les emphysémateux l'extrême fréquence des foyers latents de tuberculose révélés par la radioscopie. L'anatomie pathologique plaide également dans le même sens, et très souvent à l'autopsie de vieillards à poumons emphysémateux, on trouve des tubercules anciens fibro-crétacés.

La clinique, la radioscopie, l'anatomie pathologique concourent donc à prouver que l'emphysème pulmonaire a une action d'arrêt évidente sur l'évolution de la tuberculose ; la difficulté est d'en apprécier la durée. Je possède un assez grand nombre d'observations de tuberculeux devenus emphysémateux et n'évoluant plus depuis plus de vingt ans. Cependant l'action d'arrêt de l'emphysème sur la tuberculose n'est pas toujours indéfinie. L'emphysème n'est pas une barrière infranchissable. La bacillose peut rester stationnaire pendant vingt, trente, quarante ans et davantage, et, sous l'influence de refroidissements, de fatigues, de déchéance de l'organisme, évoluer à nouveau, soit lentement, soit rapidement (Rueff). D'ailleurs, l'emphysème, comme la sclérose pulmonaire, tous deux réactions de défense, peut devenir à son tour au bout d'un nombre variable d'années une source de complications dont les plus redoutables sont celles qui résultent de la fatigue du cœur et de la dégénérescence du myocarde. Si la maladie est au poumon, le danger est maintenant au cœur, et cela généralement à partir de soixante ans. C'est qu'en effet, c'est alors l'âge de l'artério-sclérose, l'âge du rein scléreux, c'est que le cœur faiblit sous l'influence d'une mauvaise irrigation et fléchit sous la double lutte qu'il doit mener contre l'emphysème et contre l'artério-sclérose.

Messieurs, puisque le développement de l'emphysème pulmonaire est un moyen curateur spontané — et quelques observateurs en avaient déjà eu l'intuition — l'idée qui devait naturellement venir à l'esprit, c'était d'imiter la nature et d'essayer de provoquer cet emphysème lorsqu'il ne se produisait pas de lui-même. Ramadge, cité par Bernheim, proposa ainsi en 1836 une méthode aérothérapique consistant en inspirations et en expirations rendues difficiles par la respiration à travers un tube étroit, pour provoquer artificiellement un emphysème curateur. Cette thérapeutique emphysématogène fut perfectionnée en Alsace par le docteur Steinbrenner. Constantin Paul nous apprend qu'en 1866, à Paris, existait « une école de musique (de cacophonie eût été plus exact), de fanfare, consacrée aux tuberculeux. On y voit, ou plutôt on y entend toute la journée des hommes et surtout des femmes, qui ont des tubercules ou qui craignent d'en avoir, s'exercer à souffler dans les plus gros instruments de Sax, espérant se procurer par là un emphysème qui les guérisse ou les mette à l'abri des tubercules ». Mais ces méthodes simplistes n'ont rien donné, sauf peut-être quelques hernies, et elles ont été vite abandonnées.

Pour mon propre compte, sans espérer produire l'emphysème pulmonaire, en présence de lésions tuberculeuses au début, en plus du traitement classique par le repos, l'aération et la suralimentation, je m'efforce de faire l'éducation des sommets pulmonaires par le port d'une ceinture abdominale, par le massage des muscles thoraciques et surtout par une gymnastique respiratoire méthodique. J'ai la

(1) Hirtz. Rapport sur l'emphysème pulmonaire, IIIe Congr. internat. des méd. de Compagnies d'assur., 25 mai 1903. — *Journ. des pratic.*, 9 mai 1903 ; — *Arch. gén. de méd.*, 13 oct. 1903 ; — *Gaz. des hôpit.*, 19 avril 1906.

ferme conviction d'être de la sorte utile à mes malades. J'espère et j'attends cependant de l'avenir une thérapeutique plus efficace.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT MÉDICAL DES ADÉNITES TUBERCULEUSES,

Par M. le professeur Albert Robin.

Dans un très intéressant rapport présenté à la *Société d'études scientifiques sur la tuberculose*, dans sa dernière séance, M. le professeur Robin a posé les règles générales d'un traitement d'ensemble, dont les termes seront adaptés aux individualités que l'on a à soigner.

Le *schéma* thérapeutique qu'il a fait de la question comprend un *traitement général* et un *traitement local* qui seront complétés par un *traitement hydrominéral.*

I

« Le *traitement général*, dit M. Robin, sera hygiénique et médicamenteux. Le malade devra éviter toute fatigue, tout surmenage, réduire au minimum les dépenses organiques, musculaires ou intellectuelles, vivre le plus possible au grand air, établir pendant la nuit l'accès de l'air extérieur dans la chambre à coucher, en laisant la fenêtre entr'ouverte, munie de ses rideaux.

Le matin, il prendra une assiettée de soupe au lait ou à l'eau, avec des farines de céréales, des pâtes, du tapioca, sagou ou vermicelle et du pain.

A midi, le repas sera composé avec quelques-uns des aliments ci-après : nouilles, macaroni « au gratin » ; pommes de terre en robe de chambre avec du beurre frais et du sel ; œufs à la coque peu cuits ; purées de farineux, tels que pois cassés, fèves, haricots, lentilles, flageolets, maïs, etc., cuits à l'eau et au sel, auxquelles on ajoutera, en les servant, un bon morceau de beurre frais. Légumes verts préparés de la même façon, sans être réduits en purée, bien entendu. Viande grillée ou rôtie bien cuite. Cervelles, ris de veau, poisson léger (sole, merlan, barbue, turbot), tout cela simplement bouilli au court bouillon, servi sans sauce, avec du beurre frais. Jambon à la gelée. Comme entremets : crèmes cuites, crèmes renversées, œufs à la neige, pudding au riz ou à la semoule, soufflés. Comme dessert : fromage blanc, gruyère, crème Chantilly, fromage à la crème fraîche (petit suisse, cœur à la crème). Fruits cuits, gelées de fruits, confitures.

Le soir, même repas qu'à midi, mais on peut commencer par du bouillon frais, du pot-au-feu avec les légumes, ou un potage à la crème, ou une soupe au lait avec des pâtes alimentaires, des farineux.

On se trouvera bien d'introduire pour une forte part dans l'alimentation, les aliments gélatineux : tête de veau, pieds de porc, oreilles de cochon, gelée de viande, gelées de fruits, bavaroises, entremets à la gelée.

Le malade sera, en outre, soumis à l'*huile de foie de morue* — en hiver seulement — si toutefois il la tolère. Dans ce cas, deux, trois ou quatre cuillerées à soupe par jour suffiront, la continuité du médicament devant être recherchée, plutôt que l'intensité de la dose. On pourra essayer aussi d'ajouter à chaque cuillerée d'huile une goutte de *teinture d'iode*. Pendant l'été, on abandonnera cette médication pour le *sirop iodotannique*.

Prescrivez, ensuite, les *arsenicaux*, ils seront pris par la bouche si l'estomac digère bien. Dans le cas contraire, mieux vaut recourir aux injections sous-cutanées profondes de *cacodylate de soude*, qui seront aseptiquement pratiquées, pendant huit jours, à la dose quotidienne de 5 centigrammes. Après les avoir cessées pendant huit jours, les reprendre pendant huit jours et ainsi de suite.

Quand le malade supporte bien l'administration de l'arsenic par la bouche, on lui ordonnera les pilules ci-dessous :

Acide arsénieux............	1 milligramme.
Bichlorhydrate de quinine..	0gr05
Poudre de noix vomique....	0gr01
Extrait mou de quinquina...	0gr05

Pour une pilule. Faites 30.

dont il prendra jusqu'à quatre et cinq par jour, dose maxima, pendant quinze jours. Il cessera pendant dix jours, pour reprendre pendant quinze, et ainsi de suite.

C'est parce qu'ici la durée d'élimination varie de dix à douze jours, que l'interruption a été fixée à dix, tandis qu'elle est de huit pour le cacodylate de soude qui s'élimine complètement en ce laps de temps.

Si l'acide arsénieux n'est pas toléré, recourir à la liqueur de Fowler, associée à la teinture de mars tartarisé, comme suit :

Liqueur de Fowler............	*ââ* 5 grammes.
Teinture de mars tartarisé.....	

Mêlez.

Donner de ce mélange v gouttes deux fois par jour. Arriver progressivement à x et xv gouttes au plus.

Mais certains malades ne supportent les arsénicaux qu'associés aux amers. Dans ce cas prescrire :

Liqueur de Fowler.......	5 grammes.
Teinture de rhubarbe....	2 —

Mêlez.

En prendre III à IV gouttes, trois fois par jour. XV gouttes au maximum en vingt-quatre heures.

II

Le traitement local comporte, d'une part, des onctions, des emplâtres, des pommades et, d'autre part, des injections sous-cutanées de liqueur de Fowler ou des applications radiothérapiques.

Les premiers moyens sont sans efficacité. L'emplâtre de Vigot lui-même, si prôné par certains, est ici absolument inutile. Mais il est souvent difficile de ne pas donner satisfaction à la famille qui réclame une pommade fondante. Dans ce cas, on pourra utiliser celle-ci :

Iodure de baryum.......	0gr20
— de potassium.....	2 grammes.
Axonge.................	20 —

Mêlez. Usage externe.

Faire une onction par jour sur la partie tuméfiée et recouvrir d'une lamelle d'ouate.

Les deux traitements locaux réellement efficaces sont les injections arsénicales, mais surtout la radiothérapie. D'où il suit qu'il ne faudra recourir aux injections de liqueur de Fowler que lorsqu'il ne sera pas possible d'utiliser les rayons X, soit que le malade habite la campagne, soit que l'on se trouve dépourvu de toute installation radiothérapique.

Le liquide à injecter sera le suivant :

Liqueur de Fowler....	*ââ* 10 grammes.
Eau distillée..........	

Mêlez.

Se servir d'une seringue de Pravaz avec laquelle on portera d'abord deux gouttes du mélange dans l'épaisseur de la masse ganglionnaire. Attendre deux ou trois jours pour laisser passer la réaction locale. Si celle-ci ne se produit pas, recommencer au bout d'une semaine, mais en employant cette fois deux gouttes de plus, soit quatre gouttes.

Ce traitement, extrêmement long, ne réussit que dans les

cas où il n'y a pas de tendance à la caséification et au ramollissement. Il présente un certain nombre d'accidents, tels que :

1° Douleurs et réactions locales intenses ;
2° Maux de tête, céphalées et céphalalgie ;
3° Poussées fébriles ;
4° Congestion de la face, rougeurs persistantes ;
5° Bourdonnements d'oreilles ;
6° Coryza ;
7° Certains exanthèmes ;
8° Nausées et troubles digestifs,

qui en contre-indiquent l'emploi ou du moins exigent un plus long espacement des injections.

III

Le traitement à préférer est incontestablement la radiothérapie. Il doit être fait par un spécialiste, sauf le cas où l'on dispose soi-même d'une installation pour production de rayons X. La technique à suivre est bien simple et ne nécessite qu'un court apprentissage.

Le but à atteindre est de faire absorber le plus de rayons possible, en maintenant l'intégrité de la peau. Le tout sera de donner des séances à intervalles suffisants pour maintenir cette intégrité.

Certains auteurs diront que, pour réussir, il faut produire une légère irritation de la peau, une radiodermite. Non seulement celle-ci est inutile, mais il faut éviter de la provoquer. Dans ce but, on mettra huit jours entre la première et la deuxième séance, douze jours entre la deuxième et la troisième, et quinze jours entre les autres. Qnant à la longueur de l'exposition, elle varie avec la dureté de l'ampoule et la distance à laquelle on la place.

Comme premier effet de la radiothérapie, on constate une espèce de fonte de la péri-adénite. Les ganglions s'isolent au bout d'un certain temps et diminuent de volume par formation de tissu cicatriciel fibreux. La régression de la tumeur s'accentue au point qu'elle a pu arriver jusqu'à complète disparition. Mais ce cas est exceptionel. Le plus fréquent est de voir la production morbide diminuer de volume pendant que disparaissent les signes de compression, les névralgies et les phénomènes dyspnéiques.

Combien de temps doit durer le traitement par les rayons X? Il faut bien compter sept à huit semaines avant d'observer un effet sensible. Si, au bout d'un temps double, rien n'a été obtenu, mieux vaut ne pas continuer et revenir plutôt aux injections arsenicales.

Outre son action locale, la radiothérapie produit une amélioration de l'état général; le sommeil devient meilleur, le poids augmente, l'appétit s'accroît, les forces reviennent. Le sang se modifie et tout fait présumer que son examen fournirait de curieux enseignements. Dans deux cas qui me sont personnels, j'ai pu constater une diminution des globules blancs et des grands mononucléaires. Aussi, sans chercher à décider entre les théories émises sur l'action des rayons X, ai-je tendance à penser que cette action est liée, en partie du moins, à leurs effets sur les globules blancs.

La radiothérapie exige beaucoup de prudence de la part de celui qui l'applique, en raison des accidents qu'elle est susceptible de produire.

Il peut survenir : 1° des érythèmes, que l'on évitera en variant la dureté de l'ampoule, la distance à laquelle elle a été tenue et la longueur de l'exposition ; 2° de la pigmentation de la peau, surtout chez les femmes, et que l'on évitera en espaçant les séances, en attendant, pour les reprendre, la disparition de toute teinte rosée qui se serait manifestée; 3° une chute de la barbe et des cheveux, qu'on devra prévenir en protégeant les parties pileuses par les moyens appropriés; 4° des céphalées indiquant la nécessité de cesser la radiothérapie, d'espacer davantage les séances.

IV

Le traitement de ces adénites comporte encore une précaution indispensable et trop souvent négligée, c'est de rechercher toutes les cavités avec lesquelles les ganglions tuméfiés peuvent se trouver en rapport pour en pratiquer l'antisepsie.

Celle de la bouche sera réalisée en faisant gargariser le malade deux à trois fois dans la journée avec la préparation :

Naphtol β	0g20
Perborate de soude	15 grammes.
Eau de menthe	200 —
Eau bouillie pour un litre	Q. s.

Mêlez.

qu'on réchauffera au bain-marie avant de s'en servir.

Celle de l'oreille et du nez, par les lavages avec la même solution.

Le liquide suivant :

Iodure d'allyle	1 gramme.
Acide hydrofluosilicique	2 —
Goménol	10 —
Décoction de lichen Carraghaen.	Q. s. pour 1 litre.

Emulsionnez.

pulvérisé pendant dix minutes, deux à trois fois par jour à une courte distance de la bouche et du nez, assurera l'antisepsie des voies respiratoires. »

V

Le traitement hydro-minéral et climatologique, dont l'importance ne saurait être mise en doute, n'est malheureusement pas accessible à tous les malades. Il faut, en effet, pouvoir disposer du temps et des moyens nécessaires pour le suivre. A ceux-là seulement on devra conseiller Biarritz de mars en mai, la Bourboule en juin, les bords de la Manche jusqu'en septembre, puis la Riviera jusqu'en mars.

Les sanatoria de Berck, Hendaye et Port-Bou ne reçoivent que les enfants.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 JUILLET 1907)

Après plusieurs rapports de prix (prix Buisson, prix Civrieux, prix Alvarenga), lus par MM. VINCENT et HALLOPEAU, l'Académie a entendu une série de communications.

Mortalité des enfants protégés par la loi Roussel dans le département du Var. — Sous ce titre, M. VIDAL (d'Hyères), membre correspondant national, lit une note sur ce sujet.

Il résulte des rapports annuels des médecins-inspecteurs, que, dans ce département, les maladies du cerveau tiennent la première place parmi les causes de décès des nourrissons protégés par ce service, tandis que les statistiques de la mortalité générale des enfants, du jour de leur naissance à un an, publiées par MM. Balestre et Giletta de Saint-Joseph, pour les Alpes-Maritimes, prouvent que dans ce département limitrophe, les maladies intestinales sont au premier rang des causes de la mortalité.

Ces différences proviennent-elles de la bonne organisation du service, ou bien sont-elles le résultat d'une statistique se rapprochant plus de la vérité, puisqu'elle est basée sur les déclarations des médecins-inspecteurs? Il serait facile de vérifier ces deux hypothèses en installant dans tous les dépar-

tements un service analogue à celui qui fonctionne depuis plus de dix ans dans le Var ; mais en attendant, le docteur Vidal propose de faire profiter un plus grand nombre de nourrissons des bienfaits de la protection officielle, en obligeant toutes les nourrices mercenaires à demander préalablement un certificat d'aptitude, au médecin-inspecteur le plus rapproché de leur domicile, et à se présenter tous les mois chez ce médecin, qui inscrirait ses observations sur un livret spécial.

Ce livret serait présenté au père de famille et visé par lui, ou à son défaut par le maire de la commune habitée par les parents du nourrisson.

Il faudrait aussi placer sous la protection de la loi Roussel les enfants naturels, dont les mères reçoivent des secours de l'Assistance publique.

Contribution apportée par les recherches chimiques à l'étude du saturnisme. — M. G. Meillère montre le rôle prépondérant joué par les sciences expérimentales — et plus particulièrement par la chimie — dans l'étude des intoxications.

Pour ce qui concerne le saturnisme, ce sont précisément des constatations chimiques qui ont levé à maintes reprises les hésitations et éclairé définitivement l'étiologie d'entités morbides attribuées d'abord aux causes les plus diverses. Rien n'est plus instructif à cet égard que l'historique concernant les diverses variétés de coliques sèches (colique métallique, colique de Poitou, colique sèche des marins, épidémies causées par les eaux plombifères, etc.).

Dans une série de recherches qui ont nécessité le dépouillement d'une foule de documents historiques ainsi que l'exécution de plus d'un millier d'analyses toxicologiques, l'auteur a essayé de résoudre quelques-uns des problèmes étiologiques, pathogéniques et thérapeutiques que soulève l'étude clinique du saturnisme.

Les constatations faites au cours de ce travail permettent de tirer des conclusions très voisines de celles que paraissent imposer les études purement cliniques. Elles conduisent en particulier à considérer le plomb comme un poison frappant plus particulièrement le système nerveux dans son élément noble (la substance grise des centres nerveux) et attaquant le système sanguin dans les organes hématopoiétiques (foie, rate, moelle osseuse) ainsi que dans ses éléments figurés.

Par la persistance de ses localisations électives et la lenteur de son élimination, le plomb vicie la nutrition, modifie lentement la minéralisation biologique du sujet et prépare ainsi une sorte de sénilité précoce. Cette déchéance irrémédiable de l'organisme frappe de préférence les dégénérés de tous ordres que leur constitution prédispose à jouer vis-à-vis du plomb, le rôle de véritables réactifs physiologiques.

L'auteur insiste également sur quelques faits intéressants concernant l'élimination du plomb par les phanères et la notion du plomb normal. Il envisage les théories qui peuvent être émises sur le mécanisme d'action immédiate et médiate du plomb et sur les processus d'élimination. Il expose ensuite les méthodes qu'il convient d'adopter pour l'étude rationnelle de la toxicologie du plomb.

De l'adaptation à la vie aérienne (aérobisation) des microbes anaérobies stricts. — M. Rosenthal lit une note sur ce sujet.

Association de la cocaïne et de la stovaïne. — M. Couteaud fait connaître une série d'observations dans lesquelles il a obtenu de très bons résultats, au point de vue de l'anesthésie locale, de l'association de ces deux médicaments en injections sous-cutanées.

Traitement de l'onycophagie. — M. Didsbury présente un moyen très simple de corriger les enfants et les adultes qui ont la manie de ronger leurs ongles. Ce moyen consiste à introduire entre les deux arcades dentaires un petit appareil semblable à ceux qu'on applique pour redresser les dents des enfants. Les mâchoires ne peuvent plus se rapprocher, il n'y a plus moyen de ronger ses ongles. Après un ou deux mois, la manie serait vaincue.

Election. — M. Bar a été élu membre titulaire dans la section d'accouchements par 68 suffrages sur 74 votants.

Nous adressons nos félicitations à M. Bar.

ANALYSES

MEDECINE

Faux cancers du gros intestin. (A. Moynihan. *Edinburgh med. Journ.*, mars 1906, p. 228.) — On sait que la tuberculose du gros intestin, et en particulier la tuberculose du cæcum et du côlon ascendant, peut simuler le cancer. On sait moins que des lésions inflammatoires simples peuvent prêter à la même confusion. Voici, très succinctement résumées, six observations concernant des malades opérés depuis trois ans par l'auteur. Dans ces six cas on avait porté le diagnostic de cancer.

Observation I. — *Rectite ulcéreuse.* — Femme de vingt-huit ans. Sang dans les matières et fonctionnement très irrégulier de l'intestin. Occlusion intestinale progressive. Abdomen très distendu, vomissements fréquents, syndrome de toxémie. On sent au niveau de la paroi rectale une tumeur irrégulière, molle, donnant la sensation de la « mousse épaisse ». Le rectum, rétréci, admet à peine l'index. On pratique une colotomie. Six semaines après, on extirpe le rectum par la méthode mixte abdominale et périnéale. Guérison complète en six semaines. Il s'agissait d'un épaississement considérable de la muqueuse avec ulcération.

Obs. II. — *Sigmoïdite perforante.* — Femme de cinquante-huit ans ayant eu, quatre ans avant l'examen actuel, de vives douleurs dans la fosse iliaque droite. Après plusieurs poussées analogues elle est prise un jour de douleurs dans tout le ventre, avec constipation et distension de l'abdomen. L'occlusion devient complète et on opère. On trouve des intestins distendus avec péritonite et épanchement séreux. L'anse sigmoïde épaissie, gonflée, dur, présentait une perforation. On croit à un cancer, on se contente de drainer, et on est surpris de constater une guérison progressive avec fonctionnement régulier de l'intestin.

Obs. III. — *Péricolite transverse.* — Femme de cinquante ans souffrant depuis des mois d' « indigestions ». Constipation opiniâtre avec alternatives de diarrhée. Amaigrissement. On sentait, à gauche de l'ombilic, une tumeur dure paraissant adhérer à la paroi. Diagnostic : carcinome du côlon transverse. Le chirurgien trouve un péritoine épais et dur. Une masse irrégulière, de consistance ferme, englobe le transverse et le péritoine voisin. On l'extirpe et on fait une anastomose bout à bout. La tumeur était purement inflammatoire et non ulcéreuse.

Obs. IV. — *Tumeur intra-rectale.* — Femme de quarante et un ans. Diarrhée depuis cinq mois, un peu de mucus, mêlé parfois à du sang, est évacué jusqu'à vingt fois par jour. Le rectum est occupé par une tumeur molle, friable, ulcéreuse, mobile. On fait une colotomie inguinale préliminaire et, au bout d'un mois, on extirpe la tumeur. Malgré l'apparence maligne, il s'agissait de papillomes multiples, minés par des ulcérations, d'épaississement considérable des tuniques du rectum avec sténose modérée.

Obs. V. — *Sigmoïdite.* — Homme de cinquante-deux ans

souffrant depuis longtemps de troubles dyspeptiques. La maladie actuelle remonte à dix-huit mois et consiste en attaques douloureuses abdominales survenant plus ou moins près des repas. Il a une sensation de pesanteur avec distension au niveau de l'estomac ; il a eu un vomissement de sang. Constipation habituelle avec crises d'obstruction intestinale s'accompagnant de distension de l'abdomen, d'arrêt des matières et de vomissements fécaloïdes. La dernière crise nécessite une intervention. On trouve dans le côlon iléo-pelvien une masse dure qu'on suppose être un cancer et qu'on excise. Le malade guérit. La tumeur, purement inflammatoire, n'était qu'un faux diverticule de l'anse sigmoïde.

Obs. VI. — *Tumeur du côlon transverse et de l'angle splénique.* — Une femme de soixante-deux ans souffrait depuis sept mois de flatulences, coliques, constipation et amaigrissement. Dans cet intervalle elle avait eu deux attaques subaiguës d'occlusion intestinale. L'auteur la vit lors de la seconde : distension de l'abdomen, contracture intestinale, état nauséeux. Un lavement évacue l'intestin et permet de sentir une tumeur sise au-devant du rein gauche. On pense à un cancer de l'angle splénique. L'abdomen ouvert on tombe sur une volumineuse tumeur adhérente de l'angle gauche du côlon et dont l'extirpation est impossible. On fait une iléo-sigmoïdostomie et la guérison dépasse toute espérance. La malade engraisse et la tumeur, manifestement inflammatoire, disparaît.

Les tumeurs inflammatoires non tuberculeuses du gros intestin semblent donc plus fréquentes qu'on ne le supposait jusqu'ici. Elles peuvent présenter des aspects très variés. L'aspect macroscopique de la tumeur, même au cours de l'opération, peut simuler complètement le cancer, et le diagnostic différentiel n'est souvent rendu possible que par un examen microscopique très attentif. A. HOUSQUAINS.

CHIRURGIE

L'ostéo-arthropathie concomitante aux maladies du poumon. (*Rivista Veneta di scienze mediche*, 1906, fasc. IV.) — Le professeur Cagnetto a minutieusement étudié la question de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique de Marie à propos d'un cas observé par lui et qui était concomitant à un néoplasme malin du poumon. Les altérations constatées sur de nombreux os ont les caractères d'une inflammation lente à type raréfiant ou destructif, laquelle s'associe à une néoformation conjonctive partant soit du périoste, soit de la moelle, soit du tissu conjonctif des canalicules de Havers. C'est là ce qui sépare cette ostéite des inflammations chroniques banales des os.

Quoique l'examen clinique ait relevé une augmentation de volume de certains segments des os et des articulations, l'examen anatomique et histologique ne permet pas de parler dans tous les cas d'une véritable ostéite hypertrophiante. D'abord, en effet, les os malades peuvent conserver à peu près leur volume normal ou même tendre à le voir diminuer ; en second lieu parce qu'en réalité l'os disparaît par un phénomène étendu et progressif de réabsorption lacunaire et qu'il est remplacé par un tissu conjonctif fibreux présentant une tendance accusée vers la sclérose. Dans ces cas l'augmentation de volume des régions atteintes par le processus est exclusivement en rapport avec une hypertrophie des parties molles.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Nouvelle classification des tumeurs bénignes de la mamelle. Une observation personnelle. (J. Collins Warren. *Boston med. and surg. Journ.*, 15 nov. 1906., vol. CLV, n° 20, p. 566.) — Pour établir cette classification, Warren s'appuie sur l'étude de 758 cas de tumeurs de la mamelle réunis par Greenough et Simmons. Il faut tenir un grand compte dans cette classification des modifications de structure subies par la glande aux diverses époques de la vie : puberté, lactation, ménopause ; les modifications portent sur les proportions réciproques du tissu cellulaire et du tissu épithélial qui compose la glande.

Un premier groupe : tumeurs bénignes fibro-épithéliales, se divise en deux catégories selon que l'un ou l'autre tissu prédomine. Les tumeurs du type fibreux se montrent surtout avant trente-cinq ans, chez les jeunes femmes. Elles comprennent trois variétés : les fibromes péricanaliculaires qui se montrent surtout au moment de la puberté, les myxomes péricanaliculaires beaucoup plus rares, et les sarcomes péricanaliculaires qui se comportent comme des tumeurs bénignes ; à un âge plus avancé, on voit surtout les tumeurs bénignes à type épithélial, appelées souvent adénomes cystiques.

On en reconnait deux variétés : l'adénome fibro-cystique à siège péricanaliculaire, et l'adénome papillomateux kystique qui siège immédiatement sous le mamelon, et s'accompagne d'écoulement sanguin intermittent. Le second grand groupe des tumeurs bénignes du sein comprend les tumeurs hyperplasiques qui sont de deux sortes :

L'hypertrophie diffuse du sein qui se montre au moment de la puberté et n'est qu'une énorme hypertrophie de la mamelle entière ;

Les tumeurs de la ménopause ou par involution anormale. A ce moment le tissu fibreux de la mamelle s'accroît pour remplacer l'atrophie glandulaire. Il peut s'accroître anormalement, comprimer les canaux, d'où la formation de kystes, c'est la forme kystique appelée souvent mastite chronique ou adénocèle. L'élément épithélial des kystes et des canaux peut proliférer à son tour donnant lieu à la forme proliférante d'abord bénigne, mais dégénérant facilement en tumeur maligne.

Warren donne ensuite une observation d'adénome papillaire cystique.

Il termine en décrivant son procéde de résection plastique de la glande mammaire applicable à toutes les tumeurs bénignes de l'organe.

L'incision est une incision curviligne sous-mammaire, permettant de décoller la glande des pectoraux, de la retourner, de l'aborder par sa face profonde. Le pansement se fait au moyen d'un « empire bandage », dont il décrit l'application un peu analogue à celle de l'écharpe de Mayor. M. LANCE.

RENSEIGNEMENTS

DE DION, 8 ch., nouv. type Z, embray. au pied, train ball., d. phaét. Occ. rare 4500 fr. — Frize, 2, rue Bonnet, Clichy.

DE DION 8 ch., état absol. neuf, type V, tonneau très joli, démontable, 3900 fr. — Andral, 2, rue Drouot.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DU MAL DE POTT

DORSO-LOMBAIRE

Les symptômes du mal vertébral de Pott, ou tuberculose des corps vertébraux, peuvent être groupés sous trois chefs : l'affaissement des corps vertébraux détermine une déformation, la *gibbosité*; la moelle, les racines rachidiennes, diversement altérées, traduisent leurs altérations par des troubles nerveux sensitifs et moteurs, dont le type le plus complet est la *paraplégie*; le foyer tuberculeux fournit du pus qui forme l'*abcès par congestion*. Cette triade symptomatique n'existe pas toujours; de plus la forme de la gibbosité, la marche des abcès, la fréquence de la paraplégie varient selon la région vertébrale atteinte. En étudiant le mal de Pott dorso-lombaire, on ne peut se limiter absolument à la tuberculose atteignant les dernières dorsales et les vertèbres lombaires; le mal de Pott dorsal inférieur et le mal de Pott lombaire seront décrits en même temps.

SYMPTOMES — L'apparition des symptômes est postérieure au début de la lésion; il faut une période assez longue avant que la caverne tuberculeuse n'ait débordé les corps vertébraux en avant ou en arrière; pendant trois à six mois, ou même plus, c'est une *période latente*. Par exception un foyer de mal de Pott peut rester latent pendant tout le cours de son évolution et être une trouvaille d'autopsie.

PÉRIODE DE DÉBUT. — Le malade, c'est le plus souvent un enfant, se plaint de vagues *douleurs* dans le dos ou les membres inférieurs; il se fatigue vite, se repose souvent: il a tendance à chercher un appui dans la station debout sur les chaises, le bord des tables, il s'avance avec *raideur* tout d'une pièce; quelquefois la *claudication* est un des premiers symptômes, un début d'abcès déterminant la contracture d'un psoas.

Chez l'adulte, le début se fait souvent par des *douleurs* intercostales, en ceinture, des douleurs dans les membres inférieurs; ces douleurs ont les caractères des pseudo-névralgies; plus rarement début par de la paraplégie.

A l'*examen* du malade, on trouve de la *douleur rachidienne* par la pression sur les apophyses épineuses ou transverses; on a conseillé de rechercher la douleur provoquée au rachis par la pression sur la tête ou les épaules; c'est une manœuvre dangereuse (Gibney). La recherche de la douleur par l'éponge chaude et l'électrode est peu employée.

La contracture musculaire et la raideur rachidienne limitent les mouvements; faire marcher l'enfant, le faire se pencher en avant, s'incliner en différents sens, ramasser un objet à terre pour apprécier cette *limitation des mouvements*.

Explorer les mouvements du rachis et rechercher la *contracture*, l'enfant étant couché sur le ventre (Ménard). Pour le dos, soulever d'une main la tête de l'enfant, de l'autre main déprimer le milieu du dos et porter le thorax à droite et à gauche; chercher ainsi l'étendue de l'extension et du mouvement latéral. Pour la région lombaire, saisir les deux jambes sur l'un des bras, porter la région dorso-lombaire dans l'extension forcée. Examiner la flexion des lombes et du dos, l'enfant étant couché sur le ventre, en le soulevant avec la main placée sous la région épigastrique.

PÉRIODE D'ÉTAT. — Il est rare qu'on observe la *gibbosité* à sa période initiale; c'est alors à la région dorsale inférieure une saillie légère, acuminée, formée par une apophyse épineuse qui fait relief en arrière de la série; ou un écartement anormal de deux épines voisines coïncidant avec un léger degré d'inflexion. Aux lombes, une ou deux apophyses épineuses font une saillie anormale. La gibbosité se fait peu à peu; on a cité quelques cas d'apparition brusque (Nélaton, Tillaux). La gibbosité prend des proportions plus ou moins considérables selon que le malade est soigné ou non, reste couché ou marche. Les maux de Pott de la région dorsale inférieure et dorso-lombaire ont des gibbosités très apparentes; le mal de Pott lombaire déforme peu et le malade est à peine bossu.

La gibbosité du mal de Pott est une cyphose *angulaire* et *médiane*, mais ces deux caractères ne sont pas constants. La saillie angulaire a deux aspects selon qu'une seule apophyse épineuse se détache brusquement en arrière, ou que la ligne de plusieurs apophyses épineuses décrit une courbe avec saillie angulaire entre deux segments.

La gibbosité peut être *arrondie*, ce qui correspond aux formes de tuberculose diffuse superficielle; c'est une courbe régulière ou une anse.

Au lieu d'être médiane, la déviation peut être *latérale*, plus ou moins analogue aux courbures scoliotiques (Kirmisson).

L'incurvation latérale peut être surajoutée à une gibbosité médiane, l'affaissement des corps vertébraux s'étant fait à la fois dans le sens latéral et antéro-postérieur.

L'incurvation latérale peut exister seule; elle est due à une contracture musculaire ayant immobilisé le rachis dans cette position ou à la présence de volumineux abcès par congestion.

Par l'examen de la gibbosité, on peut, au moins approximativement, se rendre compte du *nombre de vertèbres* détruites; la limite supérieure de la gibbosité est marquée par la première apophyse épineuse qui dévie nettement de la direction normale; cette apophyse correspond sûrement à un corps vertébral profondément altéré. La limite inférieure se détermine en parcourant avec le doigt la série épineuse de bas en haut au-dessous de la bosse; en arrivant à la limite inférieure, le doigt bute sur un relief évident, une sorte de marche d'escalier (Ménard). On fait le compte des apophyses épineuses comprises entre ces deux limites; les vertèbres dans l'étendue de la bosse ont leur corps détruit; leur nombre varie de deux à trois jusqu'à cinq, six et même jusqu'à huit et dix.

Deux déformations à la partie inférieure de la colonne lombaire ont une importance spéciale, surtout chez la femme au point de vue de l'accouchement. Le *spondylolisthésis* est un glissement en avant des vertèbres lombaires avec rétrécissement du détroit supérieur; le *spondylizème*, par destruction des vertèbres lombaires, forme un angle rentrant à la place de la saillie du promontoire et une inclinaison en avant de tout le rachis. Ces deux déformations relèvent parfois du mal de Pott, mais ont souvent une autre origine.

L'examen clinique de la gibbosité doit être complété par la recherche des courbures de compensation de la colonne vertébrale et par l'étude des déformations du thorax et du bassin.

Les *courbures de compensation* sont en général au nombre de deux, l'une supérieure, l'autre inférieure à la gibbosité. Elles se produisent toutes les deux dans la même direction, et cette direction est opposée à celle de la gibbosité; elles sont concaves en arrière (Lannelongue). Dans le mal de Pott dorsal inférieur, le dos s'étend au-dessus de la gibbosité; au-dessous les lombes se creusent jusqu'à former une ensellure très profonde. La grosse bosse en pain de sucre s'accompagne d'une forte lordose cervicale et lombaire. Dans le mal de Pott dorso-lombaire et lombaire, la région dorsale inférieure se creuse au-dessus de la gibbosité; au-dessous, une ensellure se forme, le sacrum bascule, le bassin se fléchit avec extension des cuisses.

Les *déformations du thorax* surviennent chez les sujets jeunes avec une gibbosité prononcée. Le mal de Pott dorsal supérieur aplatit le thorax d'avant en arrière (thorax de polichinelle); dans le mal de Pott dorsal inférieur, le thorax est globuleux, agrandi dans tous ses diamètres, sauf le diamètre vertical qui est diminué.

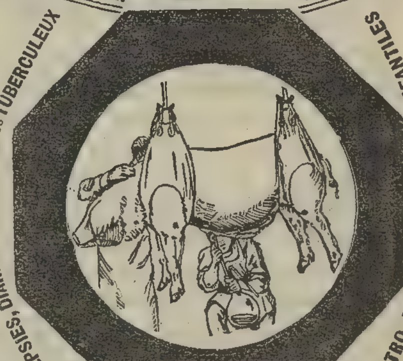
Les *déformations du bassin* sont produites par le mal de Pott dorso-lombaire. La partie supérieure du sacrum se porte en haut et en arrière, tandis que la pointe se porte en avant; les fosses iliaques sont renversées en dehors tandis que les ischions sont rapprochés. L'agrandissement du détroit supérieur et le rétrécissement du détroit inférieur donnent à la cavité pelvienne la forme d'un entonnoir (Chantreuil, Pinard).

(*A suivre.*)

Les enfants anormaux, guide pour l'admission des enfants anormaux dans les classes de perfectionnement, par Alfred BINET, directeur du laboratoire de psychologie à la Sorbonne, et le docteur Th. SIMON, médecin assistant au bureau d'admission de l'Asile clinique (Sainte-Anne). In-18 jésus. — Prix br. : 2 francs. — Paris, Armand Colin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



N° 77. — SAMEDI 6 JUILLET 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 6 JUILLET 1907. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*
S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HOPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 4 juillet 1907. — MM. Pissavy, 20; Balthazard et Decloux, 19; Coyon, 18.

La prochaine séance aura lieu le samedi 6 juillet, à quatre heures, à l'hôpital Necker.

— DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — La séance qui devait avoir lieu le 4 juillet a été remise au samedi 6 juillet, à l'Hôtel-Dieu, à quatre heures un quart.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le Conseil de la Faculté, dans son assemblée d'hier, a procédé à l'élection de trois professeurs : M. Quénu a été présenté pour la chaire de médecine opératoire et appareils; M. Bar pour la chaire d'accouchements; M. Prenant (de Nancy) pour la chaire d'histologie.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Sont promus :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Castueil, Lamy, Lefèvre, Séguin, Audibert et Gaide.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Grilliat, Léger, Combier, Grosfillez, Braud, Chagnolleau, Lamoureux, Bougenault et Verdier.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX. — Le *prix Jean Dubreuilh*, d'une valeur de 400 francs, devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet de pratique obstétricale, la Société de médecine et de chirurgie met au concours la question suivante : « L'avenir obstétrical des femmes dont l'utérus a subi, à l'occasion d'un accouchement, un traumatisme chirurgical ou accidentel. »

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, francs de port, à M. Frèche, secrétaire général de la Société, 42, cours de Tourny. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Les mémoires devront être adressés jusqu'au 30 juin 1908.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-sixième semaine, 868 décès, au lieu de 888 pendant la semaine précédente et au lieu de 840, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est normal.

La rougeole et la scarlatine continuent à être répandues.

La fièvre typhoïde a causé 2 décès (moyenne 3), comme pendant la semaine précédente. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 30 (au lieu de 31 la semaine précédente et au lieu de la moyenne 29).

La variole n'a causé aucun décès au lieu de 1 la semaine précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 12 au lieu de 9 pendant la semaine précédente (moyenne 13).

La rougeole a causé 19 décès, au lieu de 15 pendant la semaine précédente (moyenne 16). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 378 (au lieu de 418 précédemment et au lieu de 287, moyenne des quatre dernières années).

La scarlatine a causé 12 décès, au lieu de 9 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 528; il s'élevait à 472 pendant la semaine précédente (moyenne 94).

La coqueluche a causé 10 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente (moyenne 7).

La diphtérie a causé 4 décès (moyenne 7); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 65, au lieu de 74 pendant la semaine précédente (moyenne 79).

La diarrhée infantile a causé 20 décès de 0 à 1 an, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 22 la semaine précédente.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel des maladies du tube digestif, sous la direction de MM. G.-M. Debove, doyen de la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine ; Ch. Achard, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux ; J. Castaigne, professeur agrégé à la Faculté de médecine. — T. I : Bouche, pharynx, œsophage, estomac, par MM. G. Paisseau, F. Rathery et J.-Ch. Roux. — Le tome II : Intestin, péritoine, paraîtra en octobre 1907. Gr. in-8 de 725 p., avec fig. dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Masson et Cie.

Psychologie morbide. Croyances fixes, erreurs, hallucinations, suggestions, vésanies collectives, par le docteur E. Dupouy. In-16. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Librairie des sciences psychiques, 42, rue Saint-Jacques.

REVUE GÉNÉRALE

LES ALBUMINURIES INTERMITTENTES

Par J.-J. SÉRANE,
Médecin consultant à Saint-Nectaire.

I

Historique. — L'histoire des albuminuries intermittentes est loin d'être récente ; et bien avant que les travaux de M. H. Gillet aient montré toute l'importance des examens fractionnés d'urine systématiquement répétés, qui ont seuls permis d'établir leur fréquence relative, les éliminations intermittentes d'albumine avaient fait l'objet de nombreuses recherches. Signalées dès 1890 par Ultzmann, nous les voyons étudiées par William Gull (1873), Dukes qui mentionne pour la première fois l'influence de la station debout sur l'albuminurie (1878), Merley Rookes, Moxon, Fergusson, Saundby en Angleterre. En Allemagne, notons la longue contribution apportée à leur étude par Furbringer (1879), Edlefsen. M. Lépine réunit en 1882 dans la *Revue de médecine* tous les faits observés et admet à leur base l'hypothèse d'une lésion glomérulaire. La même année Rendall étudie les albuminuries d'origine digestive. En 1885, presque simultanément Pavy et le professeur Teissier décrivent l'albuminurie cyclique des adolescents ; dès lors les descriptions de nouvelles variétés se succèdent : albuminurie liée à la station debout (Merklen), désignée par M. Teissier albuminurie orthostatique ; albuminurie prétuberculeuse (Teissier et Pavy, 1894) ; albuminurie phosphaturique (Robin, 1893) ; albuminurie dyspeptique (Robin). Les travaux sur l'étiologie se multiplient en même temps : le caractère familial est signalé par Heubner, Londe, Lacour ; l'influence de l'hérédité sous toutes ses formes par Talamon, Arnozan, Teissier ; MM. Gilbert et Lereboullet insistent surtout sur l'hérédité biliaire. Mentionnons l'étude très complète et très documentée de M. H. Gillet (1902), la thèse de Courcoux (*Albuminurie orthostatique*, Paris 1904) et celle récente de Chiray (Paris 1906) dont les expériences très scientifiquement conduites permettent de concevoir le mécanisme des albuminuries digestives. A l'heure actuelle la nature fonctionnelle des albuminuries intermittentes est défendue par certains auteurs au nombre desquels MM. Teissier, Le Noir, Méry. Une conception différente est celle de MM. Talamon, Arnozan, Achard, Widal, Aubertin, Pelnar, Castaigne, pour lesquels toute albuminurie est l'expression d'une altération rénale.

Avant toute discussion pathogénique nous croyons utile de maintenir la description de trois modalités cliniques assez différenciées au point de vue symptomatique : l'albuminurie orthostatique, l'albuminurie cyclique, l'albuminurie prétuberculeuse.

II

Albuminurie orthostatique. — L'albuminurie orthostatique n'est pas l'albuminurie *influencée* par la station debout ; c'est une albuminurie pour la production de laquelle « la condition unique et indispensable est le passage de l'horizontalité à la verticalité, à tel point qu'il suffit que le malade se remette au lit, même en plein exercice, en plein travail digestif, pour qu'en l'espace de quarante à cinquante minutes au maximum l'albuminurie ait disparu absolument, pour reparaître d'ailleurs au premier changement d'attitude » (J. Teissier).

L'expérience de Renée Marie démontre que la fatigue liée à la station debout ne saurait être ici invoquée et que le terme d'albuminurie de posture (postural albuminuria) donné par Stirling à cette modalité clinique répond bien à la réalité des faits. Voici les caractères essentiels de cette forme d'albuminurie : le taux de l'albumine, qui apparaît dans l'urine le plus souvent dès la première miction, atteint son maximum deux ou trois heures après le lever et diminue notablement pour disparaître quelquefois à la fin du jour. L'albuminurie orthostatique n'est jamais soumise à l'influence du moment, mais est essentiellement sous la dépendance des changements d'attitude. Il suffit en effet de modifier les heures du lever et du coucher du malade pour modifier en même temps et parallèlement l'albuminurie. La fatigue pendant la station debout influe différemment selon les sujets présentant de l'albuminurie orthostatique (Th. de Vire, Guiblain) ; cette influence est toujours nulle dans la position horizontale, fait essentiel signalé par M. Marie et sur lequel M. Aubertin a justement insisté.

L'alimentation, le régime lacté, l'ingestion de chlorure de sodium (exception faite pour un cas cité par Guiblain) sont sans influence sur l'albuminurie orthostatique. Il en est de même, dans la très grande majorité des cas, des excitations périphériques de tout ordre, des bains froids, de l'électrisation des muscles, des émotions, du travail cérébral.

Le taux de l'albumine (sérine pure le plus souvent) varie entre 50 centigrammes et 1 gramme par litre. Notons un cas de Méry et Touchard où il atteignit 8 grammes. Les urines légèrement louches, de densité plus élevée que normalement (Teissier), offrent une proportion normale d'urée, d'acide urique ; elles sont riches en oxalates (van Noorden), en phosphates terreux et ammoniaco-magnésien (Teissier). Les chlorures sont quelquefois éliminés en excès ; l'indican, l'urobiline font défaut. Le dépôt centrifugé ne renfermait en aucun cas, d'après M. Teissier, ni cellules rénales, ni cylindres, ni leucocytes. Un fait fréquemment observé consiste dans une inversion de la sécrétion urinaire soumise aux variations de position (Porge).

Les résultats de l'exploration de la perméabilité rénale dans les cas d'albuminurie orthostatique varient selon les observations. L'élimination du bleu de méthylène a pu être normale (cas de Hirtz et Salomon, de Bourcy), prolongée (cas de Jouffroy, Le Noir et Courcoux, Achard et Lœper), polycyclique (cas de H. Gillet, de Hirtz et Salomon) ; celle de l'iodure de potassium a été dans un cas polycyclique, dans un autre très prolongée (Guiblain). Castaigne, Paula Philipson ont noté, en pratiquant la chlorurie expérimentale alimentaire, des résultats analogues à ceux qu'on observe dans les néphrites. La cryoscopie pratiquée par MM. Achard et Lœper, Méry et Touchard, a donné une inversion du rapport $\frac{\Delta}{NaCl}$ qui atteignait dans un cas 1,20 la nuit, 1,46 le jour.

En dehors du syndrome urologique notons l'existence, chez les orthostatiques, de symptômes associés sur l'interprétation desquels l'accord est loin d'être fait : céphalées, douleurs lombaires quelquefois paroxystiques, épistaxis fréquentes ; œdèmes fugaces et irréguliers, très localisés, mentionnés dans de

nombreuses observations. Un fait constant est l'absence d'hypertrophie du cœur gauche et de bruit de galop; les battements sont réguliers, l'impulsion énergique le plus souvent. L'hypotension serait de règle, selon M. Teissier, chez les orthostatiques. Le tube digestif de ces malades offre des signes habituels d'atonie. Des symptômes neurasthéniques sont mentionnés dans quelques observations. Plus fréquemment observés sont les troubles vaso-moteurs : vertiges considérés par Merklen comme un symptôme pathognomonique, sensibilité toute particulière au froid avec tendance aux engelures, cyanose des extrémités. La coexistence du rein mobile et de l'albuminurie orthostatique, considérée comme très fréquente par Sutherland, n'a été rencontrée que 8 fois sur 158 malades par M. Le Noir.

Il est classique d'attribuer à l'albuminurie orthostatique une bénignité absolue. Apparaissant souvent à l'âge de la puberté, elle disparaît spontanément dans un grand nombre de cas après l'âge de vingt ou vingt-deux ans. Les maladies infectieuses n'exercent souvent aucune influence sur elle; il est habituel même de constater la disparition de l'albuminurie pendant toute la durée du repos au lit nécessité par la maladie intercurrente. De même la grossesse évolue le plus souvent sans complication chez les orthostatiques. L'albuminurie orthostatique est loin de présenter toujours une marche aussi favorable; les observations sont loin d'être rares qui mentionnent la transformation en albuminurie nettement brightique s'accompagnant des symptômes de la néphrite chronique d'une albuminurie orthostatique primitivement pure,

III

Albuminurie cyclique (syndrome de Pavy-Teissier). — Le cycle urologique qui caractérise essentiellement cette modalité clinique n'est en rien influencé par la plupart des facteurs de l'albuminurie : fatigue, travail digestif, orthostatisme. Le nombre des faits d'albuminurie cyclique répondant à la symptomatologie décrite presque simultanément par MM. Pavy et Teissier est particulièrement restreint. Les quatre observations d'albuminurie cyclique publiées par M. Dauchez (v. *Arch. de méd. des enf.*, fév. 1906) ne présentent d'ailleurs qu'un cycle urologique très rudimentaire. Voici, d'après l'école lyonnaise, la symptomatologie classique de cette forme d'albuminurie intermittente : les urines du matin sont normales; vers le milieu du jour elles offrent une quantité quelquefois considérable de matières colorantes et un léger disque d'albumine décelable à l'aide de l'acide nitrique; vers trois heures apparaît un second disque composé d'urates au-dessus du disque albumineux; celui-ci diminue pour disparaître vers cinq heures. Le disque d'urates s'efface à son tour vers la fin de la journée. Ce cycle a une durée moyenne de douze heures. Quelques auteurs ont pu observer un second cycle se produisant de sept à onze heures du soir (Werley, Klemperer).

L'albumine, composée de sérine et de globuline, varie en quantité entre 5 et 20 centigrammes. Au moment de son apparition les urines sont louches, foncées, très peu acides, présentant « si on les laisse reposer une croûte huileuse à reflets irisés » (Teissier). M. Gillet a noté la fréquence de l'urobiline; M. de Grandmaison insiste sur l'existence de la peptonurie dans tous les cas d'albuminurie cyclique. Le dépôt urinaire présente des oxalates en grande abondance, fait signalé par tous les observateurs. Des cylindres hyalins, quelquefois des cylindres épithéliaux, ont été constatés par Oswald. Pour M. Teissier les cylindres feraient défaut dans la forme pure.

Les symptômes d'ordre neurasthénique, les troubles vaso-moteurs sont fréquemment mentionnés. MM. Dauchez, Le Noir constatent chez les malades présentant de l'albuminurie cyclique un état habituel de congestion hépatique, coïncidant avec de l'hypotension artérielle. Les symptômes cardiaques de la néphrite interstitielle font défaut.

Selon l'école lyonnaise, l'albuminurie cyclique, essentiellement bénigne, se terminerait le plus souvent par la guérison après une durée variant entre deux et cinq ans. M. Dauchez a signalé la transformation de l'albuminurie cyclique en néphrite atrophique.

IV

Albuminurie intermittente prétuberculeuse. — Bien avant les localisations apparentes du bacille de Koch, certains sujets à hérédité tuberculeuse peuvent présenter une forme d'albuminurie intermittente matinale, irrégulière et procédant par poussées dans la généralité des cas. La quantité d'albumine éliminée dans de tels cas varie entre 40 et 80 centigrammes dans les vingt-quatre heures. Les urines indifféremment pâles ou foncées, mais d'aspect différent la nuit et le jour (Teissier), sont de densité élevée, neutres ou très peu acides. Elles présentent une grande quantité d'urates, d'oxalates, de phosphates terreux. Les cylindres sont rares dans le dépôt qui renferme quelques leucocytes. Les urines sont hypertoxiques (Teissier), contrairement à celles de l'évolution tuberculeuse qui répondraient à une faible toxicité (Le Noir). Des symptômes associés sont fréquemment notés chez les albuminuriques prétuberculeux : polyurie, épistaxis, céphalée, œdèmes, sensibilité toute spéciale au froid. La rate est fréquemment augmentée de volume. Les artères sont résistantes, la tension artérielle le plus souvent normale. Des poussées de bronchite et de congestion pulmonaire alternent fréquemment avec l'albuminurie. Sa disparition sans amélioration de l'état général est, dans la majorité des cas, le signe précurseur de déterminations bacillaires au niveau du poumon (Teissier).

V

Conditions étiologiques. — Les albuminuries intermittentes à modalités symptomatiques définies (albuminuries orthostatiques, cycliques, prétuberculeuses) se montrent presque exclusivement pendant l'enfance ou l'adolescence, les albuminuries orthostatiques et cycliques apparaissant entre douze et quinze ans, de préférence chez les garçons d'après Teissier, plus fréquemment selon Schaps chez les jeunes filles.

La notion d'*hérédité* est capitale dans l'étiologie de ces albuminuries : hérédité arthritique et neuro-arthritique, selon Teissier, hérédité nerveuse d'après P. Marie chez les orthostatiques; hérédité goutteuse dans la forme cyclique (Teissier); hérédité biliaire prépondérante pour MM. Gilbert et Lereboullet dont les travaux sur la diathèse biliaire ont permis d'établir une relation de causalité entre certaines albuminuries intermittentes et les antécédents infectieux des voies biliaires; hérédité tuberculeuse, évidente chez les albuminuriques prétuberculeux; enfin hérédité rénale signalée dans un grand nombre d'obser-

vations. MM. Castaigne et Rathery ont montré toute l'importance étiologique de la *débilité rénale héréditaire*, désignant non pas la simple « prédisposition morbide rénale » depuis longtemps signalée par nombre d'auteurs (Lecorché et Talamon, Heubner, Dickson), mais une véritable altération anatomique à l'état d'ébauche, permettant d'expliquer le caractère familial que présentent fréquemment les albuminuries intermittentes (observations de MM. Londe, Heubner, Le Noir pour les albuminuries osthostatiques; observations de MM. Lœper, Teissier pour les albuminuries cycliques).

En dehors de l'influence de l'hérédité, et particulièrement de l'hérédité rénale, directe ou collatérale, la notion du terrain individuel de la diathèse mérite de conserver quelque importance dans cette revue étiologique. Mais ici les divergences s'accusent : les auteurs allemands, remarquant la coïncidence fréquente des végétations adénoïdes et des albuminuries orthostatiques, insistent sur l'importance du terrain lymphatique; pour M. Teissier le tempérament neuro-arthritique serait à la base de toutes les variétés d'albuminurie intermittente; l'albuminurie cyclique proviendrait d'un trouble fonctionnel du foie et serait manifestement liée à la goutte « dont elle précède fréquemment les manifestations articulaires ou viscérales ». La néphrite uricémique une fois établie peut d'ailleurs donner lieu à des intermittences dans l'apparition de l'albumine.

La très grande majorité des observations mentionnent dans les antécédents personnels l'existence d'une *maladie infectieuse*, et plus spécialement d'une infection néphrogène. Les infections aiguës, la *scarlatine* principalement, que Pelnar note dans 7 p. 100 des cas d'albuminurie intermittente, soit que l'albuminurie scarlatineuse soit primitivement intermittente, soit que le passage de l'albuminurie continue de la néphrite scarlatineuse à l'albuminurie orthostatique, soit « véritablement pris sur le fait » (Aubertin), soit que l'albuminurie intermittente ne se déclare que pendant la convalescence, accompagnée de symptômes quelquefois très fugaces, à allure insidieuse (Roger), la *fièvre typhoïde* (Courcoux, Guiblain, Merklen), la *diphtérie* (Méry, Achard), la *rougeole* (Gillet), la *varicelle* (Dauchez, Méry), la *chorée*, les *oreillons* (Gillet, Siredey, Méry), le *rhumatisme articulaire aigu* (Guiblain), la *grippe* (Gillet, Teissier) sont cités à l'origine de nombreuses observations d'albuminurie intermittente. Les infections chroniques peuvent être également incriminées : la *tuberculose* sur le rôle étiologique de laquelle M. Poncet a récemment attiré l'attention et qui est à la base de nombreux faits d'albuminurie orthostatique (Vire, Hirtz et Salomon), la *syphilis* qui à la période secondaire peut donner lieu à des éliminations intermittentes d'albumine (Debove et Sallard) et qui semble avoir déterminé l'albuminurie à forme orthostatique dans un cas observé par Merklen et chez le malade de M. Marie cité par Bertrand (Th. de Paris, 1890).

M. Bruas a signalé un cas d'albuminurie orthostatique dû au paludisme, M. Gillet en cite d'origine blennorragique. Enfin les infections des voies biliaires retentissent fréquemment sur l'état des reins (Gouget); pour MM. Gilbert et Lereboullet les albuminuries intermittentes seraient fréquemment sous la dépendance d'une *angiocolite* chronique légère.

Les *auto-intoxications* occupent une large place dans l'étiologie des albuminuries intermittentes. Les albuminuries intermittentes d'*origine digestive* relèvent souvent de l'auto-intoxication. Elles se rencontrent de préférence chez les malades présentant de la dilatation d'estomac coïncidant avec une hypertrophie du foie (Bouchard), le plus souvent chez les hyperchlorhydriques, par exception chez les hypochlorhydriques (observation de M. Gillet). Voici les caractères urologiques les plus constants de ces albuminuries : urines pâles, albumine (séro-globuline) en faible quantité (40 à 60 centigrammes) n'apparaissant qu'au moment des périodes digestives, le plus souvent influencée par le repos; peptonurie constante; uraturie et phosphaturie abondante en cas de fermentations gastriques; présence d'indican et de scatol en cas de fermentations intestinales abondantes. Les troubles fonctionnels associés sont liés à la dyspepsie gastrique ou gastro-intestinale primitive; l'anémie, l'hypotension artérielle persistante sont habituels. L'évolution de ces albuminuries est relativement fréquente vers le diabète, la tuberculose, surtout la néphrite chronique.

Certaines albuminuries intermittentes sont consécutives au *surmenage* physique et intellectuel : telle l'albuminurie que présentent à la fin du jour certains choréiques à mouvements exagérés et qui, pour M. Charrin, proviendrait de la résorption des substances toxiques dues à l'activité musculaire (leucine, créatine, tyrosine, etc.) capables de produire des néphrites expérimentales (Marfan et Gaucher). Il existe enfin des albuminuries d'origine manifestement toxique, se présentant sous la forme intermittente avant d'aboutir au brightisme, ou après une longue période d'albuminurie continue (albuminurie de la néphrite saturnine).

Les albuminuries intermittentes sont soumises aux mêmes *influences provocatrices* capables d'augmenter la quantité d'albumine dans les albuminuries continues. L'*orthostatisme* semble être, d'après les expériences de MM. Lemoine et Linossier, le réactif le plus sensible des altérations rénales; dans de rares observations l'albuminurie peut même apparaître dans la position assise ou à genoux (observation de Dauchez, Congr. de méd., 1900; Aubertin, *Presse méd.*, 1901).

La grande majorité des albuminuries intermittentes sont soumises à l'influence du *froid*, dont le mode d'action a donné lieu à diverses interprétations; la plus vraisemblable nous paraît être celle de M. Castaigne faisant intervenir pour l'expliquer les auto-intoxications et auto-infections d'origine intestinale que le froid a pour effet d'exagérer, et la diminution sous son influence de la fonction antitoxique du foie.

Mentionnons comme causes provocatrices de l'albuminurie chez certains sujets à prédisposition rénale la menstruation, les émotions et les diverses influences psychiques, la fatigue cérébrale (Prépin, Abelmann), même chez quelques rares malades à tempérament névropathique, l'électricité atmosphérique et l'approche des orages (observation de P. Marie et Bertrand : Bertrand, Th. de Paris, 1890).

VI

Théories pathogéniques. — A la pathogénie des albuminuries intermittentes se rattachent quatre théories : mécanique, discrasique, nerveuse, rénale ou anatomique.

1° Théorie mécanique. — Selon Merklen, le principal promoteur de cette théorie, une albuminurie

intermittente peut n'être liée qu'à un simple trouble de l'irrigation sanguine au niveau du rein. Les causes de diminution de la tension sanguine intra rénale et de la vitesse d'irrigation, facteur prépondérant des variations de la sécrétion urinaire (Heidenhain), provoquent l'apparition de l'albumine dans l'urine. Exemple : la ligature passagère de l'artère rénale (expérience d'Hermann et d'Overbeck, de Courcoux). Chez les cardiaques les phénomènes d'hyposystolie et d'asystolie donnent lieu à une albuminurie passagère relevant d'un mécanisme analogue : ralentissement du courant sanguin sous l'influence de la diminution de la pression artérielle. Selon Merklen et Courcoux les albuminuries orthostatiques relèveraient uniquement de troubles de l'irrigation sanguine. A l'appui de la théorie mécanique les auteurs citent des arguments tirés de l'étiologie et de la symptomatologie de ces albuminuries; elles surviennent chez des convalescents ou de jeunes sujets à croissance rapide, tous sujets présentant de l'hypotension vasculaire, de l'atonie cardiaque, une circulation défectueuse expliquant le brusque changement de pression qui se produit au lever du malade, moment où la quantité d'albumine éliminée est maxima. Les variations de l'albuminurie sont directement soumises aux variations des troubles circulatoires; l'exercice modéré la diminue parce qu'il est essentiellement tonique, tonique de la circulation générale comme de l'innervation cardiaque (Merklen); les exercices violents l'augmentent parce qu'ils dépriment la tension artérielle.

Quelque étroit que soit le rapport entre l'albuminurie et toutes les circonstances modifiant la pression sanguine et la vitesse de l'irrigation intra-rénale il ne semble pas que l'élément vasculaire soit suffisant à expliquer la pathogénie de l'albuminurie orthostatique; l'hypotension, les troubles cardio-vasculaires, les troubles nerveux concommitants manquent dans de nombreuses observations, ou ne sont pas le plus souvent assez marqués pour créer l'élimination de l'albumine.

2° Théories dyscrasiques. — L'influence des écarts de régime sur l'albuminurie, l'existence fréquente de symptômes dyspeptiques et hépatiques concomitants ont donné lieu à diverses hypothèses pathogéniques tendant à expliquer l'albuminurie par une modification de la constitution sanguine. Les albuminuries d'origine digestive seraient pour nombre d'auteurs une preuve à l'appui de la théorie dyscrasique. M. Chiray a apporté récemment une contribution très intéressante à l'étude de ces albuminuries; pour cet auteur, il n'y aurait pas lieu d'invoquer ici les troubles généraux de la nutrition, une bradytrophie qui pourrait produire sans lésion rénale le passage à travers le rein d'albumine alimentaire non combinée, mais la seule cause des albuminuries intermittentes digestives serait l'insuffisance ou la mauvaise qualité des ferments digestifs chez les dyspeptiques, les dilatés, certains neurasthéniques « laissant échapper, même en présence d'une ration normale, une partie des substances soumises à leur action » l'élimination de ces albumines devenues étrangères s'accompagnant d'ailleurs d'une légère irritation du rein, d'où production de sémiurie.

Il est également rationnel de penser que les auto-intoxications dues à la stase gastrique, à l'exagération des fermentations intestinales, à l'insuffisance antitoxique du foie doivent contribuer à entretenir une irritation rénale capable d'expliquer l'albuminurie, les auto-intoxications ayant au même titre que les intoxications exogènes une influence manifeste sur le développement des lésions rénales (Charrin). Le rôle du foie, évident dans de nombreux cas d'albuminurie digestive, serait prépondérant d'après l'école lyonnaise, dans la majorité des albuminuries intermittentes. Pour M. Teissier les albuminuries cycliques relèveraient d'un trouble de la cellule hépatique; sous l'influence de l'hérédité goutteuse il se produirait une hyperactivité fonctionnelle du foie : d'où destruction de globules rouges en excès, mise en liberté de matières colorantes et consécutivement albuminurie, élimination excessive d'acide urique, d'urée, de graisse, la production de ces éléments étant fonction de la cellule hépatique. Constatons cependant que chez les goutteux, MM. Charrin et Desgrez ont constaté des altérations de l'épithélium des tubuli contorti produites par l'élimination en excès des acides organiques.

3° Théories nerveuses. — De nombreuses expériences ont démontré l'influence du système nerveux sur la production de l'albuminurie : section du lymphatique chez le chien (Vulpian), section et excitation de la moelle dorsale (Schiff, Capitan) expérience classique de Claude Bernard produisant par la piqûre du bulbe la dilatation paralytique des vaisseaux rénaux, de Capitan, Corrienti, Wolkenstein, Femberg produisant une excitation réflexe du système nerveux central. Mentionnons enfin les remarquables expériences de M. Kemadjhan-Mirhan montrant que de simples irritations cutanées peuvent produire l'albuminurie par voie réflexe.

Au point de vue clinique le rôle du système nerveux est évident dans quelques observations d'albuminurie intermittente. Mais l'origine exclusivement sympathique de l'albuminurie ne paraît être démontrée, même chez le malade dont MM. Bertrand (Thèse de Paris, 1890) et P. Marie (*Semaine médicale*, 1896) ont rapporté l'observation et qui présentait une albuminurie orthostatique coïncidant avec des troubles nerveux très nets, plus spécialement des troubles du système sympathique; il semble rationnel d'admettre chez ce malade une simple coïncidence entre l'hystérie et l'albuminurie, celle ci relevant d'une néphrite parcellaire dont les antécédents syphilitiques et les manifestations tuberculeuses mentionnées dans l'observation peuvent suffire à expliquer l'existence. La théorie sympathique, que M. Londe a généralisée à tous les cas d'albuminurie intermittente est certainement insuffisante à expliquer la pathogénie de faits aussi dissemblables; s'il est hors de doute qu'une excitation nerveuse sympathique suffise à produire une albuminurie transitoire, cette cause ne peut expliquer toutes les modalités des albuminuries intermittentes.

La conception de M. Teissier mérite d'être rattachée à la théorie nerveuse; les albuminuries orthostatiques pures relevaient en partie d'un développement incomplet de l'appareil glomérulaire; d'autre part, l'appareil circulatoire présentant chez les orthostatiques une étroitesse congénitale et leur hérédité nerveuse les prédisposant à une réflectivité anormale, le mécanisme de l'albuminurie orthostatique s'expliquerait par un spasme réflexe à point de départ plantaire se produisant au moment où les pieds touchent le sol, à ce spasme vasculaire succéderait une brusque phase de congestion; d'où filtration excessive des

substances dissoutes dans le sang et albuminurie facilitée par le développement incomplet du glomérule. D'autre part, selon M. Teissier, un élément catarrhal s'ajouterait à l'élément congestif et à l'élément nerveux.

Cependant la suspension en position verticale, sans que les pieds du malade touchent le sol, n'empêche pas la crise d'albuminurie orthostatique de se produire; dès lors le réflexe planto-rénal ne peut être invoqué (Daversin).

4° Théorie rénale. — Divers arguments sont invoqués contre la théorie qui rattache les albuminuries intermittentes à l'existence d'une altération anatomique du rein. Résumons ces divers arguments :

Une lésion établie ne peut se traduire par des troubles essentiellement discontinus. L'absence de cylindres, l'étude de la perméabilité rénale témoignent d'une élimination normale dans la plupart des albuminuries intermittentes. L'origine, l'évolution de ces albuminuries sont la preuve de leur nature fonctionnelle.

Constatons tout d'abord qu'au sujet d'une autopsie faite par Heubner dans un cas d'albuminurie orthostatique et qui donna lieu à une longue discussion (Société de médecine berlinoise, 12 décembre 1906, 9 janvier 1907), l'altération anatomique fut affirmée par Heubner, Baginsky, Fürbringer, von Haussmann, Orth, Senator. Mais, en l'absence d'autopsie concluante, l'examen des arguments opposés à la théorie anatomique va nous montrer qu'ils n'ont rien d'absolu et qu'ils ne peuvent infirmer en rien l'hypothèse d'une lésion rénale à la base de toute albuminurie.

L'intermittence n'est pas un caractère spécial aux albuminuries dites fonctionnelles. Des néphrites incontestables peuvent revêtir le caractère cyclique ou orthostatique (néphrite goutteuse, néphrite saturnine); la dégénérescence amyloïde du rein peut donner lieu à une albuminurie intermittente (Oswald).

Les observations d'albuminuries intermittentes sans symptômes d'insuffisance rénale sont fort rares; les orthostatiques présentent fréquemment des œdèmes fugaces, localisés, des douleurs lombaires, des céphalées liées manifestement à leur albuminurie, exagérées par la station debout.

L'exploration de la fonction rénale indique, le plus souvent, des troubles de la perméabilité (observations de MM. Achard et Læper, Le Noir et Courcoux, H. Gillet); ces signes d'imperméabilité rénale sont assurément peu marqués mais, fait remarquer M. Aubertin, « certaines néphrites épithéliales ne donnent-elles pas lieu à des signes encore moins nets d'insuffisance? »

Enfin certains caractères des albuminuries orthostatiques dites idiopathiques sont trop inconstants pour qu'on puisse leur attribuer une valeur dans une discussion pathogénique (éliminatation excessive des chlorures, cylindrurie négative, hypotension artérielle, troubles vaso moteurs).

La longue durée d'une affection sans aggravation, la guérison même ne prouvent en rien l'absence d'une altération anatomique. MM. Mathieu, Teissier, Sevestre ont cité des cas d'albuminurie brightique persistant très longtemps sans troubles apparents de la santé. La bénignité n'est ni une propriété spéciale ni une propriété constante des albuminuries intermittentes.

L'amélioration habituelle des albuminuries orthostatiques sous l'influence des infections ne constitue pas une preuve de l'intégrité du rein; on peut tout au plus supposer que les lésions sont peu avancées puisque des albuminuries intermittentes manifestement liées à une néphrite ont été améliorées pendant le cours d'une maladie fébrile (observations de Prépin, Le Gendre, Gillet, Siredey). L'influence des maladies infectieuses sur les albuminuries intermittentes n'est pas, d'autre part, constamment favorable et l'albuminurie à forme cyclique est souvent augmentée au cours des infections (Dauchez).

Rien dans l'évolution ni dans la symptomatologie des albuminuries dont la nature semble prêter le plus à discussion : albuminuries cycliques et albuminuries orthostatiques, n'est en contradiction avec l'hypothèse d'une lésion rénale. Les conditions étiologiques de ces albuminuries peuvent servir d'arguments en faveur de la théorie anatomique : l'infection domine leur étiologie, la maladie infectieuse causale peut, le plus souvent, être retrouvée dans les antécédents du sujet; une simple amygdalite, une périostite alvéolo-dentaire, un embarras gastrique fébrile peuvent, d'ailleurs, s'accompagner d'albuminurie intermittente, malgré l'apparence insignifiante de leur symptomatologie (Lecorché et Talamon).

Si nous considérons isolément, au point de vue étiologique, les diverses formes d'albuminurie intermittente, nous trouvons de nouvelles preuves à l'appui de la théorie rénale; et il nous est, dès lors, possible d'expliquer, en grande partie, leur pathogénie.

L'albuminurie intermittente du début de la goutte doit être rattachée à une glomérulo-néphrite véritable, due aux irritations successives produites par les éliminations d'acides organiques en excès. Les albuminuries d'origine digestive sont également liées dans la très grande majorité des cas à une lésion rénale due à l'action nocive sur l'épithélium glomérulaire d'albumines incomplètement élaborées, traversant, en nature, la muqueuse intestinale (Chiray), due, dans d'autres cas, à une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale ou par insuffisance antitoxique du foie. C'est également une toxi-infection qui, selon MM. Gilbert et Lereboullet, intervient dans la production de l'albuminurie intermittente liée à la cholémie familiale, due vraisemblablement à une inflammation légère du parenchyme rénal, sous la dépendance d'une infection chronique des voies biliaires (Duchesne). La pathogénie de l'albuminurie intermittente prétuberculeuse a donné lieu à diverses interprétations : pour M. Teissier elle serait due à l'imprégnation de l'organisme par les toxines vaso-dilatatrices provenant d'un foyer tuberculeux ou de l'imprégnation fœtale; pour M. Chauffard, les toxines tuberculeuses ne produisent pas seulement de la congestion, mais une véritable néphrite paratuberculeuse. Pour certains auteurs, l'albuminurie intermittente prétuberculeuse serait due à l'action directe du bacille de Koch sur le rein; de toutes façons, la lésion rénale existe, expliquant l'albuminurie. Il est vraisemblable d'admettre également une lésion rénale à la base des albuminuries orthostatiques. Le mécanisme de ces albuminuries semble presque complètement élucidé par les expériences de MM. Lemoine et Linossier; ces auteurs sont arrivés aux conclusions suivantes : 1° la station debout abaisse notablement, chez tous les sujets, la

sécrétion de l'eau par les reins; 2° cette oligurie orthostatique est plus accentuée chez les sujets dont le rein est altéré que chez les sujets sains; 3° si les reins sont encore plus altérés, l'influence de l'orthostatisme se traduit par l'apparition de l'albumine ou l'exagération d'une albuminurie déjà existante.

L'altération anatomique remonte, le plus souvent, à une infection aiguë ou chronique; il existe néanmoins des faits d'albuminuries orthostatique et cyclique « essentielles » dont on ne peut trouver la cause dans une maladie infectieuse; mais il en est ainsi de nombreuses néphrites évoluant chez les enfants, pour l'explication desquelles il est nécessaire de faire intervenir l'hérédité. L'hérédité et particulièrement l'hérédité rénale signalée par tous les observateurs, aussi bien dans l'albuminurie intermittente légère, dite physiologique et vraisemblablement liée à la fatigue, que dans les formes cycliques et orthostatiques, doit nous donner la raison d'être des albuminuries dites essentielles, hérédité expliquant la prédisposition morbide rénale, la débilité rénale liée à une véritable altération anatomique à l'état d'ébauche dont les travaux de MM. Castaigne et Rathery sont parvenus à démontrer l'existence.

VII

Diagnostic et pronostic. — En présence d'une albuminurie intermittente, que seul l'examen fractionné des urines permet de diagnostiquer, il est essentiel de rechercher l'existence possible des signes ne néphrite chronique : œdèmes légers et fugaces, hypertension artérielle, bruit de galop, polyurie, pollakiurie. Il est toujours utile de compléter, si possible, l'examen clinique par l'étude expérimentale de la fonction rénale par un des divers procédés préconisés dans ce but : élimination du bleu de méthylène (Achard et Castaigne), de l'iodure de potassium, de la rosaniline (Lépine), épreuve de la chlorurie alimentaire provoquée (Claude et Mauté), épreuve de la chlorurie spontanée (Teissier, Raynaud), épreuve de la glycosurie phlorydzique (Achard et Delamarre), épreuve de l'albuminurie provoquée par injection recto-intestinale de blanc d'œuf (Castaigne et Chiray), recherche de la valeur urotoxique de l'urine mesurée par sa tension superficielle (Billard, Perrin).

Il est nécessaire de s'enquérir des poussées qu'une albuminurie intermittente peut subir sous l'influence de conditions nocives pour le rein : fatigue physique ou intellectuelle, refroidissement, écart de régime, infections même légères.

La recherche de la cause de l'albuminurie offre la plus grande importance au point de vue du diagnostic de la forme clinique et du pronostic.

Les signes de dilatation gastrique, l'existence de fermentations intestinales exagérées, l'apparition de l'albuminurie deux ou trois heures après le repas, ses variations en rapport avec l'intensité des troubles dyspeptiques sont les éléments qui permettent de diagnostiquer une albuminurie d'origine digestive. Le rôle du foie dans la pathogénie d'une telle albuminurie sera reconnu à l'existence de signes d'hypertrophie hépatique et à la présence de pigments anormaux dans l'urine : urobiline indican; on notera quelquefois de la peptonurie.

Les albuminuries cycliques sont fort rarement observées à l'état de pureté; les maladies infectieuses néphrogènes sont, le plus souvent, à leur origine; l'existence du cycle urologique de Teissier — émission de matières colorantes, albuminurie, décharge d'urée et d'urates — permettra de le diagnostiquer.

L'albuminurie orthostatique pure se distingue de toutes les autres espèces symptomatiques par ce fait qu'elle est nécessairement et uniquement produite par la station debout, l'albuminurie orthostatique associée de Teissier nécessitant, pour sa production, l'adjonction de nouvelles causes : froid, infection, troubles digestifs, fatigue physique ou cérébrale. L'albuminurie prostatique (Ballenger, Young) peut prêter à confusion avec l'albuminurie orthostatique ; l'exploration rectale permettra de diagnostiquer la prostatite chronique, cause possible d'élimination intermittente d'albumine sous l'influence de la fatigue, de la station debout prolongée, à la suite des massages de la prostate.

L'hypertoxicité urinaire, la phosphaturie abondante, l'alternance de l'albuminurie avec les phénomènes de congestion au niveau des bronches ou du poumon, l'existence d'antécédents héréditaires tuberculeux indiqueront la nature tuberculeuse d'une albuminurie intermittente.

L'hérédité biliaire, les antécédents infectieux des voies biliaires (dyspepsie, urticaire, hémorragie) seront soigneusement recherchés, l'ictère acholurique étant à l'origine de nombreuses albuminuries intermittentes.

L'hérédité goutteuse ou les signes de la diathèse goutteuse, poussées eczémateuses, migraines fréquentes, manifestations catarrhales de tout ordre, éliminations quelquefois considérable d'acide urique, permettront de reconnaître leur origine goutteuse.

L'hérédité rénale dont le rôle est démontré essentiel dans la production des albuminuries liées à la fatigue ou de celles qui semblent indépendantes d'une infection, d'une intoxication ou d'un trouble des fonctions digestives, sera soigneusement recherchée en raison de son importance étiologique.

VIII

Le pronostic d'une albuminurie intermittente dépend de conditions diverses liées à l'état général du malade, aux symptômes fonctionnels, à la nature étiologique de l'albuminurie, à ses caractères urologiques et cliniques.

1° *État général. Symptômes fonctionnels.* — Les éléments du pronostic sont tirés de l'*âge* — les albuminuries intermittentes étant très facilement curables dans le jeune âge (Teissier), étant souvent chez l'adulte l'annonce d'une lésion rénale fatalement progressive — de l'état général du sujet (modifications du poids, de l'habitus, troubles subjectifs divers), de la quantité d'urine émise, de l'état de la *tension* artérielle et de ses modifications. L'apparition des signes de brightisme, même les plus légers, modifiera rapidement le pronostic.

2° *Conditions étiologiques.* — Les albuminuries intermittentes dues à la scarlatine sont des plus persistantes; la grippe, le paludisme, la syphilis, certaines angines graves donnent également lieu à des albuminuries rebelles; la fièvre typhoïde, la rougeole, les oreillons et surtout les rhumatismes, l'érysipèle;

la diphtérie produisent, le plus souvent, des albuminuries passagères, facilement curables. Le pronostic d'une albuminurie prétuberculeuse est grave au point de vue de l'évolution vers la granulie. L'albuminurie prégoutteuse serait, d'après M. Teissier, le plus souvent bénigne. Selon M. Talamon, cette forme d'albuminurie évolue fréquemment vers la sclérose rénale.

Le pronostic des albuminuries d'origine digestive est, le plus souvent, bénin, au moins immédiatement.

D'une manière générale, les antécédents rénaux permettent de prévoir l'évolution vers la néphrite chronique.

3° *Indications urologiques.* — Selon Castaigne, la rétractilité de l'albumine indiquerait une lésion grave et durable, la non-rétractilité, une néphrite passagère, facilement curable. La réaction de Heller pourrait, d'après Linossier, fournir quelques indications pronostiques : le retard dans l'apparition du disque albumineux, sa formation dans la partie élevée du verre à expérience, son opacité moindre, tels seraient les éléments d'un pronostic favorable. Pour Talamon, la coïncidence d'un anneau d'albumine et d'un anneau d'acide urique serait un caractère de bénignité.

4° *Forme clinique.* — La guérison habituelle dans l'albuminurie orthostatique pure survient, en général, vers l'âge de vingt ans. Le pronostic de l'albuminurie cyclique serait, d'après Teissier, essentiellement favorable. Les albuminuries résiduales, succédant à une néphrite infectieuse en apparence guérie, peuvent se présenter sous la forme orthostatique ou cyclique ou se traduire par des intermittences irrégulières. D'après M. Talamon, les albuminuries résiduales, régulièrement intermittentes, évolueraient rarement vers le mal de Bright; cette évolution serait plus à craindre dans les formes permanentes, surtout celles à grandes oscillations. Les albuminuries à intermittences très irrégulières comportent également un pronostic réservé.

Conditions d'admission aux écoles. — L'admission devrait être refusée en cas d'insuffisance rénale ou d'intermittences très irrégulières. Selon M. Teissier la tolérance devrait être encore moindre au point de vue du service militaire, les albuminuriques orthostatiques spécialement devraient être réformés, les fatigues et les conditions hygiéniques défectueuses ne pouvant que leur être préjudiciables.

Assurances sur la vie. — Pour Wybauw (Congrès de Bruxelles, 1899) L'admission à l'assurance doit être refusée à toute albuminurie résiduale persistant six mois après la maladie causale; pour l'albuminurie cyclique l'admission peut être autorisée si le sujet a moins de trente ans, s'il ne présente pas de tare héréditaire ni de maladie infectieuse et s'il élimine moins de 0,5 p. 100 d'albumine, mais avec surprime et obligation de se soumettre à des examens médicaux ultérieurs; si l'albuminurie cyclique se prolonge après cinq ans, la Compagnie doit refuser de continuer l'assurance. Pour M. Teissier l'assurance sur la vie doit être autorisée aux tarifs ordinaires dans tous les cas d'albuminurie cyclique et dans les albuminuries intermittentes non accompagnées de troubles circulatoires ou de signes d'imperméabilité rénale.

IX

Traitement. — Deux ordres d'indications sont à remplir en présence d'une albuminurie intermittente : indications tirées du syndrome urinaire, indications déduites des symptômes associés et des conditions étiologiques. C'est ainsi que le terrain diathésique, les perturbations nutritives liées à la période de croissance, les manifestations gastro-hépatiques ou gastriques, les symptômes d'ordre circulatoire ou nerveux, tous facteurs qui ont pu créer la lésion rénale ou le trouble fonctionnel du rein et qui entretiennent l'albuminurie et expliquent ses modalités, devront être soigneusement pris en considération et modifiés si possible dans un sens favorable.

1° Traitement du syndrome urinaire. — Est-il nécessaire d'ordonner le repos au lit absolu chez les orthostatiques? L'expérience a prouvé que le repos ne faisait que masquer le symptôme essentiel pendant toute sa durée et ne pouvait guérir l'albuminurie; il sera toujours avantageux de recommander au malade l'abstention de la marche au delà de très peu de temps, la position allongée dans l'intervalle, tout au moins la position assise.

La partie essentielle du traitement du syndrome albuminurie réside dans le régime alimentaire. Le régime doit être basé sur la nécessité d'introduire dans l'organisme le minimum de substances toxiques, sur la susceptibilité spéciale du malade, la tolérance du rein à l'égard de tel aliment, ceci en dehors de toute indication venant de l'état défectueux du tube digestif. L'expérience montre que le régime lacté est dans les albuminuries intermittentes le plus souvent inutile et quelquefois nuisible. Il ne peut être longtemps prolongé sans provoquer des troubles digestifs et sans amener un certain degré d'anémie, quelquefois rapidement à la période de croissance. Le régime lacté absolu doit rester indiqué pendant les poussées albuminuriques intenses et à chaque menace d'urémie. Les meilleurs résultats sont obtenus par le *régime lacto-végétarien*. Les fruits cuits seront tolérés. Les jaunes d'œufs cuits sont un aliment de choix pour un grand nombre d'albuminuriques (Teissier). Si le rein tolère parfaitement le régime lacto végétarien et les œufs, l'usage du pain, du porc frais, des viandes blanches pourra être permis. Les viandes rouges en quantité modérée sont très bien supportés par quelques albuminuriques. Mais il faut proscrire l'ingestion des viandes conservées, du gibier surtout faisandé, des poissons surtout ceux à chair grasse, des crustacés, coquillages, fromages, des épices, sauf le jus de citron. De même les choux, le cresson, l'oseille, les tomates, l'aubergine, les asperges seront prohibés, les choux-fleurs tolérés dans quelques cas (Robin). Au point de vue de la teneur en sel, le régime sera hypochloruré, le sel pouvant augmenter l'albuminurie et provoquer des œdèmes, mais il n'y aura pas lieu, principalement dans les albuminuries d'origine digestive, de soumettre les malades au régime achloruré applicable aux néphritiques à œdèmes. L'usage des boissons alcooliques sera interdit, l'eau pure, le thé très léger, les eaux minérales de table sont également recommandables. L'opothérapie rénale souvent essayée n'a guère donné de résultats appréciables dans le traitement de l'albuminurie intermittente. Mais les diurétiques méritent d'être prescrits puisqu'il y a intérêt à réduire le plus possible les causes d'irritation

rénale, parmi lesquelles le passage d'une urine concentrée, quelquefsis hypertoxique. Mentionnons à ce titre les heureux effets de la cure hydro-minérale de Saint-Nectaire, source Sachapt. Nous ne retiendrons parmi les médicaments prescrits comme anti albuminuriques que le lactate de chaux qui a récemment donné quelques succès (Ewald, Krauss).

2° Traitement de l'état général et des troubles organiques associés. — M. H. Gillet a montré toute l'importance que cette partie du traitement méritait de prendre dans la thérapeutique des albuminuries intermittentes, et qu'on ne saurait détacher du traitement de l'albuminurie celui des troubles diathésiques ou organiques influant en partie sur elle. C'est ainsi qu'en présence d'une albuminurie prégoutteuse, il sera indiqué de traiter la diathèse, la modification favorable du terrain dystrophique pouvant amener la disparition graduelle de l'albuminurie. La dyspepsie dont le rôle étiologique peut être considérable réclamera un traitement approprié : limonade chlorhydrique en cas de fermentations gastriques, antiseptiques intestinaux, purgatifs et de préférence entéroclyse en cas de fermentations intestinales; à ce titre les pâtes alimentaires pourront être heureusement introduites dans un régime alimentaire.

M. Chiray a insisté justement sur les heureux effets que l'adjonction au régime lacto-végétarien de ferments digestifs (ferment lab, suc gastrique naturel, pancréatine ou trypsine) pouvait avoir dans la cure des albuminuries d'origine digestive. La thérapeutique de l'albuminurie intermittente tuberculeuse devra être essentiellement étiologique, et il faudra, sans négliger le symptôme d'ordre rénal, chercher à modifier favorablement l'évolution ultérieure de la tuberculose par un traitement général approprié. Le traitement tonique, glycérophosphates, arséniate de soude, extrait de quiquina sera opposé aux albuminuries occasionnées par les troubles de la croissance, le surmenage physique ou intellectuel chez les sujets atteints de « débilité rénale » héréditaire ou acquise. L'exercice physique modéré sera chez les orthostatiques un excellent moyen de lutter contre l'hypotonie vasculaire; la marche, le moins inoffensif de tous les exercices chez ces malades, sera réglementée par la cure de terrain. On prescrira chez les orthostatiques le massage, qui relève la nutrition organique et a des propriétés diurétiques (Piatot) et tous les moyens activant la circulation et assurant le bon fonctionnement de la peau : frictions sèches au gant de crin, frictions alcooliques, hydrothérapie employé très prudemment et très méthodiquement. Le séjour à la campagne, l'aération, la cure d'altitude à condition que cette altitude ne dépusse pas 1200 mètres (Edel) contribueront à favoriser l'oxygénation. Le séjour au bord de la mer, recommandé par Merklen, sera contre indiqué chez quelques neuro-arthritiques hyperexcitables. Toutes les causes de refroidissement devront être évitées avec soin, les albuminuriques étant tous sujets à quelque degré aux poussées congestives des voies respiratoires.

Traitement hydro-minéral. — Les eaux de Saint-Nectaire remplissent les deux ordres d'indications qui sont à la base de la thérapeutique des albuminuries, c'est ainsi que M. le professeur Robin constate que « Saint Nectaire occupe un des premiers rangs dans le traitement des albuminuries qui dépendent d'une viciation nutritive ou d'un surmenage du système nerveux; que cette cure est également indiquée dans les albuminuries de croissance et dans celles qui suivent la scarlatine, la fièvre typhoïde, la diphtérie ». L'effet tonique des eaux de Saint-Nectaire, qu'explique leur teneur en fer et en arsenic, l'amélioration constante qu'elles exercent sur les fonctions digestives et hépatiques, leur action diurétique « très sensible, même à doses modérées » (Geneix), les modifications favorables qu'elles font subir à la nutrition permettent de concevoir qu'elles soient considérées depuis longtemps comme le traitement de choix applicable au plus grand nombre des albuminuries.

LIVRES NOUVEAUX

Hygiène coloniale (1). Fasc. XI du *Traité d'hygiène* de MM. Brouardel et Mosny.

Un nouveau fascicule des plus importants vient de paraître dans le *Traité d'hygiène* : c'est l'*Hygiène coloniale*. C'est la première fois qu'un semblable travail voit le jour. Il arrive à point pour présenter l'ensemble des données hygiéniques dictées par les acquisitions récentes concernant l'étiologie et l'épidémiologie des infections exotiques. Toutes les questions sont traitées par des auteurs dont la compétence est indiscutée. C'est déjà, *à priori*, un critérium qui doit faire recommander la lecture de l'œuvre considérable qui vient de naître.

Ce livre est divisé en deux parties :

La première traite de l'hygiène coloniale générale, elle établit par conséquent les règles qui doivent être suivies dans toutes les colonies envisagées dans leur ensemble. M. Wurtz y traite de la climatologie tropicale, des conditions que doit remplir l'habitation dans les pays chauds. Il insiste à juste titre sur l'hygiène individuelle du colon, sur les mesures à prendre lors des expéditions coloniales. Enfin, il consacre un chapitre des plus importants à la prophylaxie des maladies exotiques, paludisme, fièvre jaune, peste, filariose, trypanosomiases, etc., où l'on voit appliquées les mesures qui découlent directement des dernières découvertes.

La deuxième partie a trait à l'hygiène coloniale spéciale. Ici l'hygiène de chaque colonie est envisagée séparément. Les divers chapitres sont traités par les auteurs que leurs fonctions ou leurs voyages d'étude ont plus particulièrement appelés à connaître telle ou telle région. MM. Ed. et Et. Sergent ont été chargés de l'hygiène de l'Afrique septentrionale, M. Fontoynont de l'hygiène de l'Afrique orientale, M. Marchoux de l'hygiène de l'Afrique occidentale, etc. Chaque caractère spécial à chaque colonie se trouve ainsi envisagé en même temps que les mesures qui s'appliquent à chaque cas particulier.

On ne pouvait faire œuvre plus utile, plus complète à tous les titres. Notons que de nombreuses illustrations agrémentent la lecture, la rendent plus facile; autant de conditions qui, ajoutées à toute la science contenue dans ce livre, l'imposent à l'attention de tous. Les médecins, les explorateurs, les économistes, et tous ceux qui suivent l'évolution de nos possessions coloniales, où tant d'intérêts français sont engagés, trouveront dans ce nouveau fascicule tous les renseignements nécessaires pour les éclairer sur les grands problèmes dont la solution doit assurer l'avenir d'une colonie. C. Dopter.

(1) In-8 de 559 p., avec 69 fig. et 3 pl. color. — Prix : broché, 12 francs; cartonné, 13 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière.

Urologie pratique et thérapeutique nouvelle [2e édit.] (1), par H. JOULIE.

On connaît l'histoire de la *méthode de Joulie* : M. Joulie, ancien pharmacien en chef des hôpitaux, souffrait depuis de longues années d'accidents d'ordre rhumatismal, lorsqu'il eut l'idée d'examiner ses urines ; il constata que leur acidité était de beaucoup inférieure à la normale. Il en conclut qu'à l'hypoacidité des urines devait correspondre une alcalinité exagérée du sang, et que, par suite, au lieu de se traiter par les alcalins, comme cela lui avait été conseillé de tout temps, il était plus logique de se mettre aux acides. L'acidité urinaire lui paraissant due surtout au phosphate acide de soude, il pensa que, pour diminuer l'alcalinité excessive du sang, aucun acide ne valait l'acide phosphorique. Il essaya cette substance d'abord à doses faibles, puis à doses de plus en plus élevées jusqu'à ce que l'analyse des urines ait indiqué une acidité se rapprochant de la normale. Cette technique lui donna d'excellents résultats, et l'engagea à généraliser la méthode. Aujourd'hui un nombre considérable de malades ont été traités avec le plus grand succès par la méthode de Joulie. Ils apprendront avec plaisir que son auteur vient de rééditer son livre sur l'*Urologie pratique* et d'y expliquer les principes sur lesquels repose la conception, et la technique à suivre pour en obtenir de bons effets. Le livre de M. Joulie envisage successivement l'*urologie*, l'*acidité urinaire* et sa *détermination* (E étant la différence entre la densité de l'urine et la densité de l'eau pure à la même température, et A, étant l'acidité, le rapport $\frac{A}{E}$ oscille, à l'état normal, entre 4 et 5), l'*hyper* et l'*hypoacidité urinaires*, la *thérapeutique de l'hypoacidité* et de l'*hyperacidité*. Une étude de la *médication phosphorique dans les maladies* termine ce livre intéressant, et qui est rédigé en termes assez simples pour que la lecture en soit facile et agréable.

LÉON BABONNEIX.

Le rein. Les notions nouvelles sur sa physiologie, sa pathologie générale et sa thérapeutique (2), par MM. F.-J. COLLET et J. NICOLAS.

Depuis quelques années, de nombreux travaux ont été publiés, à l'étranger et surtout en France, sur la physiologie, la pathologie, et la thérapeutique générales du rein. Les auteurs se sont efforcés de condenser, en un court opuscule, toutes ces questions nouvelles ; les notions anciennes ont été exposées aussi brièvement que possible, de façon à encadrer seulement les données plus neuves. Ce livre, d'une lecture facile, est parfaitement au courant de la science moderne. Nous signalerons en particulier les chapitres très complets consacrés à la perméabilité rénale, à l'insuffisance rénale, à la déchloruration, à l'opothérapie rénale.

H. GRENET.

(1) Paris, O. Doin.
(2) Paris, O. Doin.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Écho médical du Nord. — (N° 25, 23 juin 1907.) MOTY et HUBLÉ : Tuberculose de l'S iliaque. — JACOMET : Grossesse ectopique intra-péritonéale. Faux travail à sept mois: Laparotomie. — CALMETTE : Sur un nouveau procédé de diagnostic de la tuberculose chez l'homme par l'ophtalmo-réaction à la tuberculine.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 25, 33 juin 1907.) Ant. LAUBIE : Rupture du mésentère par chute d'un lieu élevé. — Ch. GINESTE : Méthodes et conceptions biologiques.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (25 juin 1907.) J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Rein mobile; tiraillement des capsules surrénales ; accidents nerveux et folie.

Journal des praticiens. — (N° 26, 29 juin 1907.) BOISSARD : Première leçon de thérapeutique obstétricale de l'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 25, 22 juin 1907.) EUSTACHE : La maternité de la Faculté libre de médecine de Lille. — POITAU : Pleurésie purulente chronique traitée par la décortication.

Lyon médical. — (N° 25, 23 juin 1907.) COLLET : Nouvelle observation de zona radiculaire du membre supérieur. — L. JOUBERT : Tuberculose et menstruation ; influence de la cure climatique.

Presse médicale. — (N° 51, 26 juin 1907.) LŒPER et BOVERI : La chaux et les artères. — HALLION : La nature des tumeurs malignes d'après von Dungern et Werner. — JOURDANET : Diagnostic des lésions cutanées par le grattage méthodique. — (N° 52, 29 juin.) Marcel FERRAND : Diagnostic des leucokératoses buccales. — L. BOUCHACOURT : Conclusions pratiques sur la question de séjour au lit des accouchées.

Province médicale. — (N° 25, 22 juin 1907.) Georges GROSS (de Nancy) : Tuberculose iléo-cæcale. — Paul COURMONT (de Lyon) : De l'anaphyllaxie avec les liquides de pleurésies tuberculeuses (essai d'explication de l'anaphyllaxie). — G. TISSERAND (de Besançon) : Du drainage des suppurations de la fosse iliaque externe dans la position assise. — L. MAYET : Traitement des aortites; aortites du segment sous-diaphragmatique.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Juillet 1907.) Roger VOISIN : La démence épileptique chez les enfants et les adolescents. — Ch. COHEN : Contribution à l'étude de l'anémie pseudo-leucémique infantile ou splénomégalie chronique avec anémie. — ANDRIEU : Tuberculose primitive de la rotule.

Revue scientifique. — (N° 26, 29 juin 1907.) Marcel CHEVALIER : Les glaciers pleistocènes dans les vallées d'Andorre. — TROUESSART : Les problèmes de la biogéographie et de la paléographie.

Semaine gynécologique. — (N° 26, 25 juin 1907.) PICHEVIN : Annexites bilatérales incurables. Hystérectomie sus-vaginale et ablation des annexes des deux côtés.

Semaine médicale. — (N° 26, 26 juin 1907.) Ch. AUDRY Essai sur la mortalité de la syphilis acquise.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'IMPOT SUR LE REVENU ET LES MÉDECINS. — Au moment où la Chambre des députés vient de commencer la discussion générale sur l'impôt sur le revenu, un fait extrêmement important vient de se produire.

Dans sa séance de samedi dernier, le Conseil général de la Seine a voté à l'*unanimité* une proposition de M. Joseph Ménard invitant l'administration à *fournir un rapport sur les charges nouvelles qu'entraînera pour les contribuables de Paris et du département le projet d'impôt sur le revenu, tel qu'il est présenté par la commission de la Chambre*. M. J. Ménard et ses collègues estiment, en effet, que le projet de la commission est plus onéreux encore que celui du ministre.

Le surcroît d'impôts infligé aux Parisiens par le projet Caillaux atteignait 41 millions d'après le Conseil municipal; le surcroît résultant du système nouveau de la commission dépassera 50 millions, car le produit total évalué d'abord à 63 millions dans le rapport Chassaigne-Goyon au Conseil municipal dépassera 73 millions!

Si l'on tient compte de ce fait que la charge nouvelle portera surtout sur les classes moyennes, de l'aveu de M. Caillaux, les médecins parisiens savent ce qui les attend.

Les syndicats médicaux qui ont déjà protesté contre le projet feront bien de veiller.

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HOPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 6 juillet 1907. — MM. Castaigne et Gallois, 20; Boix et Léri, 17.

La prochaine séance aura lieu le mardi 9 juillet, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

— DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Consultation.* — Séance du 6 juillet. — MM. Kendirdjy, 19; Mouchet, 18; Chevrier, 16; Grégoire, 15.

La prochaine séance aura lieu le mardi 9 juillet, à quatre heures un quart, à la Charité.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — M. le docteur Cruchet, médecin-adjoint des hôpitaux, est attaché à l'hospice général (section des vieillards et des convalescents.

M. le docteur Micheleau, médecin-adjoint, est attaché au service des incurables et au pavillon d'isolement des maladies contagieuses (hospice général).

M. le docteur Bousquet, médecin-adjoint, est attaché à l'hôpital Saint-André.

PRIX DE LA VILLE DE BORDEAUX. — CHIRURGIE. — Ce concours vient de se terminer de la façon suivante :

Prix : M. Puyhaubert. Mentions honorables : MM. Desqueyroux, Ployé et Botreau-Roussel.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de M. le docteur Latarjet.

GUERRE. — CONCOURS POUR UN EMPLOI DE PROFESSEUR AGRÉGÉ A L'ECOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un concours s'ouvrira le 11 novembre 1907, à l'Ecole d'application du service de santé militaire, pour l'emploi de professeur agrégé de la chaire « Chimie appliquée aux expertises de l'armée et toxicologie ».

— CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — MM. Grenier, médecin aide-major de première classe au 50e d'infanterie, et Mangenot, médecin-major de deuxième classe au 79e d'infanterie, sont autorisés à permuter entre eux, pour convenances personnelles.

LE SYNDICAT DES MÉDECINS DU RHONE ET LE REPOS HEBDOMADAIRE. — Le syndicat des médecins du Rhône, s'inspirant des principes de la loi sur le repos hebdomadaire et se conformant aux décisions du Congrès des médecins praticiens de France, a décidé qu'à partir du 1er juillet 1907, le

prix de toute visite demandée à ses membres pour être effectuée les dimanches et fêtes fériés sera le double de celui de la visite ordinaire.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Peloux, médecin-major de première classe.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête nationale du 14 juillet.* — A l'occasion de la Fête nationale du 14 juillet, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 4 juillet, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 18 juillet 1907.

La même mesure s'étend, bien entendu, aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

— *Billets d'aller et retour.* — Jusqu'à ce jour, sur le réseau P.-L.-M., la délivrance des billets d'aller et retour était limitée aux relations des gares les plus importantes avec les gares situées dans un rayon déterminé.

Le public apprendra avec satisfaction que la Compagnie P.-L.-M. fait émettre des billets d'aller et retour de toute gare pour toute gare de son réseau.

— *Excursions à Fontainebleau et à Moret.* — Des trains d'excursion, à prix réduits, auront lieu les dimanches 14, 21 et 28 juillet, de Paris à Fontainebleau et Moret.

Prix des places, aller et retour : Fontainebleau, 2e classe 4 fr. 50, 3e classe 3 fr.; Moret, 2e classe, 5 fr. 50, 3e classe 3 fr. 50.

Départ de Paris à 7 h. 26 matin. — Arrivée : à Fontainebleau, 8 h. 40 matin ; à Moret, 8 h. 55.

Retour par tous les trains du même jour dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires. — Nombre de places limité. — Franchise de 30 kilogs de bagages.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Annuaire des eaux minérales. Stations climatiques et sanatoriums de la France et de l'étranger. Edition 1907, publiée par le docteur G. MORICE, directeur de la *Gazette des Eaux*. In-8. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Maloine ; à la Société fermière des annuaires, librairie Puel de Lobel, 53, rue Lafayette ; aux bureaux de la *Gazette des Eaux*, 60, rue Mazarine.

ARTHRITE TUBERCULEUSE DE L'ÉPAULE

A FORME GRAVE

RÉSECTION DE LA TÊTE HUMÉRALE

Par M. JABOULAY,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Messieurs,

Nous avons reçu il y a quelques jours, dans notre salle d'hommes, un jeune tailleur de pierre de dix-neuf ans qui venait demander un soulagement pour l'affaiblissement progressif et la douleur survenus dans l'épaule gauche.

Héréditairement ou personnellement, nous n'avons relevé chez lui ni tuberculose ni syphilis. Ce jeune homme n'est pas alcoolique; il n'a pas eu la blennorragie.

La maladie actuelle a commencé il y a trois ou quatre ans, par un affaiblissement du membre supérieur gauche dont le malade s'aperçut en travaillant. C'était pendant les moissons. Notre homme coupait des tiges de blé à la faucille et pour cela faisait au préalable la gerbe par un mouvement de rotation du bras gauche. Ce mouvement particulier était très difficile à effectuer. Mais cependant le travail ordinaire put être continué pendant longtemps. La douleur resta toujours localisée à l'épaule et même en un point assez précis, au-dessous et en avant de l'apophyse coracoïde. Le malade n'en souffrait pas la nuit; il dormait même, de préférence, couché sur l'épaule gauche. Le matin, en se levant, son bras était totalement engourdi et ce n'est qu'après quelques essais, pendant lesquels la douleur était assez vive, que les mouvements pouvaient s'effectuer normalement. Pendant le cours du travail quand il était « échauffé », les choses allaient beaucoup mieux.

Il y a un an et demi, le malade s'aperçut de la difficulté qu'il éprouvait à porter sa main sur le sommet de la tête ou sur l'épaule droite. A ce moment les mouvements d'extension, d'abduction et d'adduction se faisaient encore facilement. Même l'élévation du membre supérieur était aisément obtenue. Peu à peu ces divers mouvements devinrent eux aussi moins aisés, sauf le mouvement d'extension, qui restait possible. En même temps, diminution de la force musculaire et amaigrissement notable de tout le membre supérieur.

Il y a trois semaines, cessation de tout travail; le malade consulta un médecin, et celui-ci fit de la révulsion, conseilla le repos et une alimentation reconstituante. Cependant l'amélioration n'allant pas assez vite, au gré de ses désirs, le malade entra à l'Hôtel-Dieu.

Vous voyez que sa santé générale est bonne; son corps n'est pas amaigri; son teint, son facies sont satisfaisants. Si vous comparez l'un à l'autre ses deux membres supérieurs, vous êtes frappés de la différence de leur aspect. Tandis qu'à droite les saillies musculaires indiquent un homme robuste, à gauche les muscles du bras et surtout de l'épaule sont considérablement atrophiés.

Si vous palpez la région malade, vous trouvez les saillies osseuses plus nettes que normalement. L'apophyse coracoïde, l'acromion, la tête humérale se détachent à merveille au milieu des muscles atrophiés.

Si vous passez en revue ces derniers, vous constatez leur déchéance, mais le deltoïde est encore plus frappé que les autres. La mensuration pratiquée sur des points de repère similaires de l'un et de l'autre côté dénote une différence d'épaisseur de 5 centimètres du côté de la région malade.

En appuyant avec le doigt sur toute la portion antérieure de la tête humérale, on provoque une légère douleur. En percutant sur l'olécrâne, l'avant-bras en flexion, on détermine aussi un peu de sensibilité dans l'articulation de l'épaule.

Le bord inférieur de la cavité glénoïde n'est pas douloureux; dans les deux aisselles, mais surtout à gauche il y a deux ou trois ganglions de la grosseur d'un petit haricot qui roulent sous les doigts et sont indolores.

Si l'on essaye de provoquer des mouvements, on voit qu'ils sont limités surtout dans l'abduction. Les mouvements actifs peuvent péniblement s'effectuer dans la propulsion en avant et en arrière. L'abduction est impossible : d'ailleurs en mettant la main sur l'omoplate, on s'aperçoit que cet os est entraîné dès que les mouvements des bras ont une certaine amplitude. C'est l'entraînement dit « en sonnette ».

Nous n'avons rien trouvé du côté des viscères de ce malade. Nous l'avons notamment ausculté avec soin; le cœur et les poumons sont apparemment sains. Mais les urines contiennent un disque épais d'albumine. D'ailleurs leur quantité est normale.

Quel est l'état anatomique des différents organes constituant la région de l'épaule? Les muscles sont atrophiés; nous l'avons déjà dit. Entre eux et l'articulation existe une bourse séreuse, la bourse séreuse sous-deltoïdienne; je la crois normale.

Les plus grosses lésions siègent dans la tête humérale, qui doit être profondément atteinte par un processus d'ostéite. La synoviale doit être altérée: mais elle n'est pas distendue. Quant à la cavité glénoïde, elle paraît intacte.

Nous avons fait des mensurations pour établir la longueur respective des deux humérus. Il n'y a pas de différence, par conséquent nous pouvons éliminer toute lésion du cartilage de conjugaison.

En résumé, voici une lésion de l'épaule, chronique, légèrement douloureuse, ayant atrophié les muscles et partant déterminé une impotence notable; il n'y a pas de fièvre, pas de lésions viscérales, sauf un peu d'albuminurie. A quoi pouvons-nous penser?

L'atrophie musculaire pourrait être causée par une paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial. Mais cette affection reconnaît plus souvent pour cause un traumatisme et la sensibilité est toujours atteinte en pareil cas.

La péri-arthrite scapulo-humérale fait atrophier les muscles; mais c'est également une affection traumatique. Il y a des craquements et un point douloureux précis au-dessous de la voûte acromio-claviculaire.

Nous avons affaire à une arthrite. C'est là la cause de la fonte des muscles. Quelle en est la nature ?

Il nous faut éliminer de suite la syphilis, la blennorragie, le rhumatisme, qui ne peuvent être incriminés.

Le doute ne pourrait subsister qu'entre une tuberculose scapulo-humérale et une tumeur à myéloplaxes. Si nous avions affaire à cette dernière maladie, les lésions, au lieu d'être articulaires, seraient para-articulaires, les mouvements de l'articulation seraient beaucoup moins limités et nous trouverions à la palpation des bourgeons fongueux qui battraient et donneraient la sensation de la fausse fluctuation.

Nous concluons donc à la tuberculose qui est venue se localiser là très probablement par voie sanguine.

Nous allons opérer ce malade. Que trouverons-nous une fois l'articulation ouverte ? Il y aura peu ou pas de fongosités, pas de pus, mais surtout des lésions osseuses de carie sèche, localisée à la tête humérale et rien au scapulum. Nous avons affaire à cette forme de tuberculose sèche, fréquente à l'épaule, qu'a bien décrite Volkmann.

La marche de cette affection est lente, elle dure depuis quatre ou cinq ans. Si on la laissait évoluer, vous pourriez voir surgir quelques complications.

La fracture pathologique de la tête humérale pourrait se présenter, mais elle est exceptionnelle.

La suppuration est rare en pareil cas. Si elle se produisait, on pourrait observer deux sortes de fusées extra-articulaires : l'une, la plus fréquemment observée, le long du tendon de la longue portion du biceps. Il n'y a pas longtemps que par une coïncidence curieuse, dans le lit occupé par ce malade, se trouvait une arthrite tuberculeuse de l'épaule également sèche qui présenta pareille complication. Pour vous le dire en passant, je lui fis une résection de la tête humérale avec un succès complet, car la cicatrisation totale fut obtenue en un mois. La seconde fusée purulente que l'on peut observer a lieu sous le grand rond.

Ce qui est plus habituel, c'est l'observation de complications viscérales, du côté des poumons, c'est l'installation banale de la phtisie ; du côté des reins et du foie, c'est la dégénérescence graisseuse ou plus rarement amyloïde.

Il faut donc traiter cette arthrite. Je vous signale en passant le traitement général dont l'importance doit vous être répétée dans toutes les manifestations de la tuberculose.

Localement, qu'avons-nous à notre disposition?

L'immobilisation dans un appareil plâtré ou silicaté, si efficace pour d'autres arthrites tuberculeuses, donne peu de résultats dans la forme sèche scapulo-humérale.

Le curetage agirait sur les lésions et pourrait peut-être enrayer le processus bacillaire. Mais un pareil traitement ne ferait rien au point de vue des mouvements. La bonne opération en pareil cas est la décapitation de la tête humérale. Par une incision antérieure, ménageant les filets du circonflexe, on arrive sans trop de peine à isoler l'extrémité de l'humérus et à la scier.

Il est inutile de faire quoi que ce soit sur la cavité glénoïde quand elle est indemne. L'opération est terminée quand on a extirpé ou râclé des fongosités de la synoviale. Je fais un drainage antérieur par l'incision opératoire, et si l'on fait une contre-ouverture postérieure d'Ollier, il faut se méfier de léser le nerf circonflexe.

Mais cette opération ne sera faite que dans quelques jours, quand l'albuminurie de notre malade aura été améliorée par le régime lacté. Il est en effet dangereux d'opérer les albuminuriques ; on détermine chez eux avec la plus grande facilité des infections opératoires très graves qui déconcertent quand on ne sait pas remonter à la cause générale qui les a facilitées (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er JUILLET 1907)

Des empreintes digitales comme procédé d'identification. — M. Dastre. Le 6 novembre 1906, M. le ministre de la Justice avait demandé à l'Académie de lui faire connaître son sentiment sur la valeur du procédé d'identification par empreinte digitale. M. Dastre est venu lire le rapport présenté au nom de la commission nommée par l'Académie.

Il résulte de ce rapport que les empreintes digitales sont immuables chez un même individu pendant toute son existence.

Ces empreintes diffèrent d'un doigt à l'autre et d'un individu à l'autre. La chance d'erreur serait au-dessous de 1 sur 64 milliards.

Le système dactyloscopique peut être appliqué à tout âge, il tend à se substituer à la mensuration anthropométrique.

Facile et peu coûteux, il peut être recommandé pour l'établissement d'une fiche internationale dont feraient usage tous les Etats civilisés pour la recherche commune des criminels.

Sur le rôle de la rate dans les trypanosomiases. — MM. Laveran et Thiroux. Quand on se place dans de bonnes conditions d'observation, on constate que les trypanosomes pris dans la rate pendant la vie ou aussitôt après la mort ont le même aspect que ceux qui ont été recueillis dans le sang de la grande circulation.

L'extrait de rate n'a pas de propriétés trypanolytiques *in vitro*.

Chez les animaux dératés, l'évolution des trypanosomiases n'est pas sensiblement modifiée.

Dans les trypanosomiases, comme dans le paludisme, la rate contribue sans doute à débarrasser la circulation des débris des hématozoaires, à la suite des crises tripanolytiques

(1) *N. B.* — La résection de l'épaule a été faite une quinzaine de jours après la leçon, alors que l'albuminurie avait notablement diminué. Les lésions annoncées ont été reconnues ; la tête humérale, spongieuse, grasse, était dépolie, superficiellement ; il n'y avait pas de tubercules vrais à la coupe.

Les suites ont été simples, et la cicatrisation totale a été obtenue en cinq semaines. A la sortie du malade, l'albuminurie n'avait pas reparu.

comme à la suite des accès palustres, mais à cela paraît se borner son rôle.

Les sérums artificiels à minéralisation complexe, milieux vitaux. Leurs effets après les hémorragies. — M. Fleig, dans une série de travaux expérimentaux et cliniques, a entrepris l'étude comparative des effets des injections de sérum artificiel constitué par la solution simple de chlorure de sodium à 8 ou 9 p. 100 et de certains sérums de composition minérale plus complexe se rapprochant autant que possible de celle du sang.

Ces sérums, différents de ceux de Hayem, Chéron, Luton, etc., contiennent tous les éléments minéraux qui se trouvent en quantité appréciable dans le plasma.

En voici une formule :

Chlorure de sodium	6g5
Chlorure de potassium	0g3
Chlorure de calcium	0g2
Sulfate de magnésie	0g3
Bicarbonate de soude	1 gramme
Glycérophosphate de soude	1 —
Glucose (facultatif)	1 —

Eau distillée q. s. pour 1 000 centimètres cubes.
Oxygène (facultatif) à saturation.

Ce sérum constitue un excellent milieu pour l'entretien et le maintien de l'irritabilité de certains organes contractiles isolés (intestin, cœur, etc.), qui peut s'y manifester plusieurs jours et même une semaine après la mort de l'individu.

De même pour les spermatozoïdes et les globules rouges.

Introduits dans l'organisme en petites injections répétées, en injections massives ou injections prolongées à vitesse lente, ces sérums produisent des effets très supérieurs à ceux des injections d'eau salée. Chez le chien, les mêmes saignées ne sont plus mortelles si elles sont suivies d'injections de ces sérums au lieu d'injection d'eau salée.

Ils troublent moins la constitution humorale de l'organisme, ils aident au maintien de celle-ci, à la minéralisation des éléments cellulaires en évolution, et réalisent bien d'excellents milieux nutritifs, de *vrais milieux vitaux, facilement modifiables d'ailleurs suivant les besoins de l'organisme et l'individualité réactionnelle propre de chaque être vivant.*

Calcification et décalcification chez l'homme. — M. P. Ferrier. Il existe une époque variable de la vie où certains organismes ont besoin de perdre de la chaux. Si l'on sait reconnaître l'athérome de l'artério-sclérose et les combattre par les iodures, il faut reconnaître que le remède est tardivement indiqué.

On luttera au contraire en temps utile contre cette tendance en se basant sur les trois signes suivants :

1° Déchaussement des dents;

2° Presbytie;

3° Cataracte calcaire.

Il faut ajouter à ces indications d'un traitement décalcifiant la goutte chronique (tophus, douleurs) et le rhumatisme noueux.

La décalcification thérapeutique s'obtient : 1° par les limonades à acides inorganiques (pas plus de 2/1 000) ou organiques; 2° par les sulfates de soude ou de magnésie (2 grammes et 1 gramme par jour), les divers phosphates de soude, les sulfures alcalins, le soufre en poudre (goutte).

L'acide lactique des laits fermentés, l'acide citrique des citrons jouent un rôle important dans cette médication ainsi que le cidre devenu acétique.

On voit que les iodures trouvent dans le traitement ainsi compris une large et efficace suppléance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 5 juillet 1907)

Avaleurs de corps étrangers. — M. Marie (de Villejuif) présente trois cas d'aliénés avaleurs de corps étrangers. Dans deux, il s'agissait de métallophagies consistant en l'ingestion d'objets divers en fer, cuivre, étain, acier, argent, etc. Une mangeuse d'aiguilles avait ainsi avalé plus de cent pointes d'acier de ce genre (radiographie, mort par phlegmon iliaque, pièces séchées montrant les aiguilles incrustées dans l'os). Un aliéné homme avait avalé trente petits cailloux, quatre pièces de 5 francs en argent et une grosse montre qui fut rendue par l'anus après plus de quinze jours. Un troisième malade, lithophage, avalait des objets en métal et des cailloux, fragments de verre et poterie. Il mourut de péritonite avec plus de cinquante corps étrangers dans l'intestin grêle à l'autopsie.

Contribution au nervosisme hyperthyroïdien. Hyperthyroïdie cardio-bulbaire. — MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild communiquent deux observations :

1° Femme de cinquante-cinq ans, devenue nerveuse depuis quatorze ans, affectée de battements de cœur depuis dix ans, présente depuis deux ans et demi des crises nocturnes d'*affolement bulbaire*. L'ensemble des symptômes s'améliore à la suite de l'ingestion de petites doses de thyroïdine.

L'origine hyperthyroïdienne des crises s'appuie sur la reproduction de ses éléments constitutifs et de la crise elle-même (Bandler), par le thyroïdisme alimentaire; les battements de cœur représentent le terme le plus atténué du *cœur thyroïdien* (Kropfherz).

Les causes d'hyperthyroïdie ont été ici le surmenage, des émotions multiples et profondes, dont la dernière (mort d'un fils) est survenue au moment de la ménopause.

2° Homme de trente-quatre ans, réformé du service militaire pour un rétrécissement mitral, avec crises d'angor pectoris-névropathique sans anxiété, survenant presque quotidiennement depuis treize ans, guéries à la suite d'ingestion de thyroïdine à petites doses.

La thyroïdine augmente au début les battements de cœur; ultérieurement, le malade est amélioré dans l'ensemble par des doses de 5 centigrammes d'extrait total de thyroïde, mais ne supporte pas 75 milligrammes.

Ces cas de nervosisme hyperthyroïdien semblent bénéficier de la thyroïdine, comme certains cas de maladie de Basedow. L'action efficace de petites doses ne peut surprendre si on se rappelle que sur un système nerveux prédisposé une pastille de chocolat peut déclancher une migraine, une fraise faire apparaître l'urticaire.

Deux cas de chorée chronique de l'enfance. — MM. Jules Voisin, Roger Voisin, Macé de Lépinay. La chorée chronique est rare dans l'enfance; les auteurs ont pu en observer deux cas qu'ils présentent.

Une des malades, âgée actuellement de dix-huit ans, est atteinte de troubles choréiques depuis son jeune âge; comme elle est de plus sourde-muette, qu'elle présente de la débilité mentale, il semble bien qu'il s'agisse dans ce cas de sclérose cérébrale infantile. Les mouvements sont actuellement très

diminués, le développement intellectuel a fait de grands progrès.

L'autre enfant, âgée de quatorze ans, est choréique depuis sept ans. Les mouvements présentent des périodes d'exacerbation et des périodes de calme, mais n'ont jamais disparu. Il y eut de la chorée molle. Des troubles mentaux existent en plus depuis six mois. Il ne peut s'agir de chorée chronique d'Huntington, étant donné le jeune âge du sujet et surtout l'absence de tout caractère héréditaire ou familial de l'affection. Mais d'autre part la chorée de Sydenham ne présente pas une durée aussi longue. Comme cette enfant est une hystérique, le diagnostic proposé est chorée de Sydenham à récidives successives, ayant provoqué chez une hystérique des mouvements choréiques d'origine

Le crachat pneumonique. — MM. F. Bezançon et S. I. De Jong apportent une partie des résultats de leurs recherches concernant l'étude histo-chimique et cytologique des crachats. Ils ont dû recourir pour cette étude à une technique différente de la technique bactériologique d'examen des crachats. En fixant par l'acide chromique les lames, sur lesquelles le crachat avait été soigneusement étalé au fil de platine, et en se basant sur les réactions colorantes métachromatiques que donne, vis-à-vis du mucus notamment, le bleu polychrome d'Unna, ils ont pu se convaincre que le crachat pneumonique n'était pas le crachat fibrino-leucocytique classiquement décrit.

Au début, il renferme non pas des polynucléaires mais des globules rouges, des cellules mononucléées qui représentent les cellules de l'endothélium pulmonaire desquamé, et deux substances fondamentales que l'Unna permet de différencier, du mucus hyalin violet rougeâtre à la lumière artificielle, et des gouttes d'un exsudat que leurs recherches leur ont montré être un exsudat séro-albumineux, ayant la même réaction colorante violet bleu vis-à-vis de l'Unna que le liquide pleural ou ascitique.

Les jours suivants les gouttelettes de cet exsudat albumineux deviennent de moins en moins nombreuses, ce pendant que les polynucléaires font leur apparition, que le nombre des cellules endothéliales, intactes, macrophagiques, ou en dégénérescence réticulée muqueuse augmente les polynucléaires et les cellules étant souvent englobées dans des réseaux dont les fibrilles ont les réactions colorantes du mucus.

Ce sont ces réseaux que l'on a pris pour de la fibrine, absolument à tort. Ils n'en ont aucune des réactions histochimiques. La fibrine est absente du crachat pneumonique. Elle existe à l'état de débris assez rares dans les formations spiralées que l'on rencontre exceptionnellement dans ce crachat.

Si cette description renverse les notions classiques, elle tire son intérêt de l'importance qu'il faut attacher à la réaction endothéliale et à la présence en abondance d'un exsudat analogue à l'exsudat pleurétique baignant au début les alvéoles enflammées.

M. Queyrat présente une malade atteinte d'une **arthrite syphilitique du coude gauche** ayant résisté à toute une série de traitements hydrargyriques, qui a cédé à l'administration de l'iodure de potassium.

M. Galliard rapporte une observation **d'emphysème à staphylocoques guéri sans pleurotomie.**

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 3 juillet 1907)

Plaies du poumon. — A mesure que la discussion sur les plaies du poumon se poursuit, les partisans de l'abstention dans le traitement de ces plaies semblent se multiplier; déjà M. Lucas-Championnière avait émis cette opinion que, pour lui, il n'avait jamais cru devoir intervenir et qu'il avait vu guérir tous les blessés qui s'étaient présentés à son observation. Il a développé cette opinion.

Tout en reconnaissant qu'il peut y avoir des cas exceptionnels où l'intervention immédiate peut se trouver indiquée et où l'opération proposée par M. Delorme peut avoir sa raison d'être, il estime, s'il s'en tient aux faits qu'il lui a été donné d'observer, que la grande majorité des plaies du poumon guérissent toutes seules. Par contre, dans d'autres services que le sien, il a vu mourir tous ceux chez lesquels on est intervenu. On conçoit dès lors les préférences de M. Lucas-Championnière pour l'abstention.

M. Ricard, d'accord avec M. Delorme et la plupart de ses collègues, estime que l'abstention, l'immobilisation avec l'occlusion de la plaie doivent être la règle dans le traitement des plaies du poumon. Il peut toutefois y avoir des cas exceptionnels dans lesquels l'intervention est indiquée. M. Ricard a vu un grand nombre de plaies du poumon à l'hôpital Saint-Louis; il n'a jamais eu à intervenir et il n'en a pas vu mourir un seul. Chez la plupart, il a fallu pratiquer l'empyème après une quinzaine de jours. Toutefois, dans trois cas, M. Ricard a dû se poser la question de l'intervention : dans l'un de ces cas il s'agissait d'un apache de dix-huit ans qui avait reçu un coup de couteau en pleine poitrine. Il était pâle, avait un pouls incomptable et présentait tous les signes d'une hémorragie interne grave. M. Ricard, après quelques hésitations, se décida à ne pas intervenir et le blessé guérit. Il offrait cependant un des signes présentés par M. Delorme comme indiquant l'intervention, une matité totale de tout un côté. Quinze jours après on fit un empyème et on retira deux litres et demi de liquide hématique. Dans les deux autres cas, les choses se passèrent à peu près de même.

Mais à côté de ces faits, M. Ricard en apporte un dans lequel l'intervention a été suivie de succès; il s'agissait d'un jeune homme de vingt-huit ans qui avait reçu un coup de couteau dans la poitrine. L'interne, M. Petit, en raison de sa traumatopnée, du sang rouge sortant par la plaie, de l'absence complète des battements du cœur, que le blessé fût assis ou couché, crut devoir intervenir. Aidé de ses collègues, il fit un volet à charnière externe, fit sauter les quatrième, cinquième, sixième et septième cartilages costaux, donna issue à un litre et demi de sang, rouge, liquide, fit une petite incision au péricarde qui était indemne et referma cette petite incision et vit enfin que l'hémorragie provenait de la face médiastine du poumon, chercha à fermer la plaie pulmonaire, n'y parvint pas et fit un tamponnement. Il rabattit son volet; l'hémorragie s'arrêta, et le blessé guérit; qninze jours après il fallut faire l'empyème. Après six semaines, le blessé sortit guéri de l'hôpital. Comme dans presque tous les cas publiés jusqu'ici, on est intervenu ici parce qu'on croyait à une plaie du cœur. M. Ricard a pensé qu'il était intéressant d'apporter ce fait au débat.

M. Routier apportait ces jours derniers un cas de coup de couteau dans le sommet du poumon droit, ayant donné lieu à une très grave hémorragie. L'état du blessé était tel qu'il n'osa

pas intervenir. Il se remit cependant, mais la fièvre s'alluma ; il fallut faire deux ponctions à un court intervalle pour donner issue à du sang noir, cailleboté. Le malade avait de l'expectoration sanglante; il faisait des embolies pulmonaires. Puis il eut un foyer de pneumonie dans le poumon du côté opposé, de la phlébite des deux membres inférieurs; malgré tout cela, il finit par guérir.

M. Routier n'a jamais eu à intervenir dans les plaies du poumon.

M. Quénu fait observer que, M. Delorme étant en congé, la fin de la discussion sera remise à une date ultérieure.

Il la résume lui-même d'un mot en disant que l'avis unanime est que l'intervention est licite, qu'elle peut avoir des indications, mais seulement dans des cas exceptionnels, bien difficiles à déterminer.

Cholécystites calculeuses. — M. Terrier communique cinq observations de cholécystites calculeuses traitées avec succès par l'opération de Kehr.

Nous résumons brièvement ces observations. Premier cas : cholécystite calculeuse, cholécystectomie, grosse vésicule contenant quatre gros calculs, drainage de l'hépatique, suites simples, guérison.

Deuxième cas : Lithiase de la vésicule et du cholédoque, cholécystectomie et drainage de l'hépatique, trois gros calculs dans l'hépatique et le cholédoque, suites simples, guérison.

Troisième cas : vésicule non adhérente et vide de calculs, dans le cholédoque très dilaté, extraction, cholécystectomie, drainage de l'hépatique, guérison.

Dans le quatrième cas, il s'agissait d'une cholécystite et d'une angiocolite consécutives à une fièvre typhoïde : cette malade entra à la Pitié avec des douleurs très vives au niveau de la vésicule, des vomissements bilieux, des frissons, 40 degrés de température, pas d'ictère, état général satisfaisant. La rate n'a pas augmenté de volume, il y a 1150 grammes d'urine, 6 grammes d'urée, ni sucre, ni albumine. On pratique l'opération ; la vésicule est grosse ; on incise le cholédoque, on cathétérise l'hépatique; il n'y a aucun calcul. Suites simples, guérison.

Il s'agissait ici d'angiocolite et de cholécystite. La vésicule était adhérente au foie. Il reste à savoir si on a trouvé le bacille d'Eberth, cette inflammation des voies biliaires ayant été consécutive à la fièvre typhoïde.

M. Terrier fait suivre ces observations d'un rapport sur deux autres observations de cholocystites calculeuses, traitées par l'incision de Kehr et présentées par M. Dujarrier.

Dans un autre cas d'angiocolite et de cholécystite sans calculs, M. Terrier a été obligé de pratiquer une anastomose de l'hépatique avec l'intestin.

De ces faits, on peut conclure que l'opération de Kehr donne de merveilleux résultats dans la cholécystite calculeuse. Il n'en est plus de même dans les cas d'angiocolite ou de cholécystite sans calculs. L'intervention peut même être dangereuse dans ces cas.

Estomac biloculaire. — M. Hartmann analyse une observation de M. Tesson (d'Angers), relative à un estomac biloculaire traité par la gastro-gastrostomie : femme de quarante-trois ans, souffrant de l'estomac depuis l'âge de vingt ans, ayant présenté deux périodes bien distinctes, l'une d'ulcère, l'autre de sténose pylorique.

Celle-ci s'étant accentuée, M. Tesson opère; il trouve le pylore souple et libre, sans aucune induration; il constate que l'estomac est composé de deux loges distinctes avec une sténose au point de séparation des deux loges; il tente de faire une gastro-entérostomie, n'y parvient pas, et pratique alors une anastomose entre ces deux portions de l'estomac (gastro-gastrostomie). Les suites furent simples et la guérison parfaite.

M. Hartmann fait suivre cette observation de considérations très détaillées sur les estomacs bilobés et la conduite qu'il faut tenir dans ces cas.

Plaies de l'intestin et de l'utérus gravides par balle de revolver. — M. Picqué fait un rapport sur l'observation d'une femme qui a reçu une balle de revolver dans le ventre ; elle avait quatre perforations de l'intestin grêle et une plaie de l'utérus; ces plaies sont suturées. Il n'y eut pas d'avortement et la malade guérit rapidement.

Fracture des deux maxillaires supérieurs. — M. Thiéry présente un garçon de douze ans qui a été renversé par une automobile. Il eut de la commotion cérébrale, plusieurs fractures, mais, entre autres, une fracture de ses maxillaires qui faisait que les deux maxillaires pendaient dans la bouche, comme un lustre à un plafond. Grâce à un très vigoureux appareil orthopédique construit par un chirurgien dentiste dont nous regrettons de n'avoir pas entendu le nom, cette horrible mutilation est très heureusement réparée.

Tuberculose cæcale. — M. Hartmann présente un malade à laquelle il a pratiqué une résection du cæcum, pour tuberculose, et fait ensuite une iléo-colostomie transverse latérale.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 4 JUILLET 1907)

Hémiataxie et hémiathétose traumatiques. — MM. Dupré et Lemoine. Les accidents sont dus à la pénétration par l'orbite droit d'une balle de revolver. Le malade avait alors treize ans. Aujourd'hui, il en a vingt. L'ataxie et l'athétose du côté gauche, la flexion combinée de la cuisse sur le bassin et l'ébauche du signe du peaucier représentent les seuls signes de lésion organique. Le malade est un déséquilibré.

Hémichorée post-hémiplégique alterne. — MM. Dupré et Léger. Il y a vingt-deux jours, un vieil artério-scléreux de 88 ans fut pris brusquement, sans perte de connaissance, de mouvements analogues à ceux de la chorée de Sydenham dans tout le côté gauche, surtout au membre supérieur, sans troubles sensitifs. Réflexes tendineux diminués. Pas de signe de Babinski.

Paralysie alterne associée à un syndrome spasmodique dû probablement à une lésion irritative. — MM. Claude et Lejonne. Le malade présente : 1° une hémiplégie gauche légère avec paralysie totale de la troisième paire droite, et 2° des phénomènes spasmodiques facio-pharyngo-laryngés, survenant seulement lors des mouvements volontaires. Les auteurs supposent une lésion du pédoncule cérébral droit avec irritation du faisceau géniculé gauche soit dans le pédoncule, soit dans la région juxta-thalamique.

Deux cas de spasme facial. — M. Thomas présente deux femmes : l'une, âgée de trente-six ans, présente des secousses qui ont débuté par l'orbiculaire des paupières et se produisent à l'occasion des mouvements volontaires, des émotions, des courants électriques : l'excitabilité faradique est diminuée; — l'autre, âgée de soixante-deux ans, a eu une otite gauche il y a vingt ans : depuis dix ans le spasme existe, avec un certain

degré d'association paradoxale des mouvements. Ce dernier signe existe également chez la première malade; son interprétation est peut-être celle proposée par Lamy; le nerf facial est dans les deux cas malade (parésie, modifications des réactions électriques); les mouvements associés indiquent peut-être une régénération anormale (anomalies de distribution des fibres régénérées) du nerf facial.

M. Meige fait remarquer que le spasme peut exister sans paralysie faciale, et s'accompagne souvent de troubles vaso-moteurs, qui peuvent jouer un rôle dans sa production.

Syndrome de Benedikt. — MM. Lévi et Péchin. A l'hémiparésie gauche avec hémitremblement droit s'ajoutent une paralysie totale de la troisième paire droite, et paralysie associée à gauche et un certain degré d'asynergie cérébelleuse. Ces signes semblent indiquer une lésion du pédoncule cérébral droit, débordant à gauche et intéressant le pédoncule cérébelleux supérieur.

Syringomyélie avec phénomènes bulbaires et troubles trophiques intenses. — MM. Raymond et Lejonne. Comme troubles bulbaires, le malade présente : une hémiatrophie linguale, parésie du voile du palais et de la corde vocale du côté droit. Les troubles trophiques sont représentés par une scoliose considérable, une arthropathie scapulo-humérale et surtout une cheiromégalie droite.

Amnésie musicale chez un syphilitique. — M. Lamy. L'auteur présente un musicien octogénaire dont il a pu faire une étude complète au point de vue musical. (Ce malade avait déjà été présenté à la Société l'an dernier par MM. Dupré et Nathan.) Le malade peut lire la musique, jouer correctement du piano et du violon, s'apercevant de toutes les fautes qu'il commet ou qu'on commet devant lui; les facultés de réception et de compréhension des sons ne sont donc pas altérées; mais il a perdu la mémoire auditive. On lui fait déchiffrer, devant la Société, l'hymne russe, qu'il joue sur son violon, en ajoutant des doubles notes, suivant correctement les lois de l'harmonique; le morceau fini, il déclare ne pas savoir ce que c'est et ne se rappelle plus de ce qu'il vient de jouer. Un morceau écrit par le malade est joué au violon par le docteur Rose, on peut se rendre compte que ce morceau est bien écrit et possède un certain charme. Mais l'amnésie musicale altère les qualités de composition; le morceau manque d'unité, change de caractère, etc. Le malade applaudit l'exécutant, mais ne reconnaît pas son œuvre dont il ne se souvient plus. Enfin, il improvise au violon quelques phrases musicales bien construites, sans suite, sans unité, mais abondamment pourvues de fioritures, sans fautes de composition ni d'exécution.

Une discussion s'élève entre les membres de la Société dont les uns considèrent ce malade comme un « sourd musical », d'autres admettant, avec M. Lamy, qu'il s'agit « d'amnésie musicale ». Ces divergences d'interprétation montrent bien, dit M. Marie, que les termes de cécité et surdité verbales sont à rejeter.

Hystérie et troubles trophiques par simulation. — MM. Brissaud et Sicard rapportent deux faits qui méritent de retenir tout particulièrement l'attention. Une hystérique présentait au bras gauche des bulles et ulcérations que reproduit un beau moulage, actuellement déposé au musée de l'hôpital Saint-Louis. Or, l'enquête a pu prouver que la malade se faisait elle-même des brûlures en cachette, la nuit, à la cuisine, avec un tisonnier porté au rouge.

La seconde malade, après avoir reçu quelques débris de plâtre tombés du plafond pendant son travail, fut considérée comme victime d'un accident du travail et présenta de l'œdème et de l'impotence d'un bras. Or, l'œdème était artificiel, produit par la malade, grâce à un pansement serré de l'épaule, dont l'ablation fit disparaître l'œdème.

Phénomène de la chair de poule et émotions. — M. Babinski montre une jeune fille chez laquelle on produit à volonté la chair de poule à la cuisse, soit en excitant la plante du pied, soit par une émotion (exclamation brusque, menace de piqûre). Il ne s'agit cependant pas là d'un phénomène reproduit par suggestion, puisqu'on ne peut en modifier à volonté ni la durée ni la forme. Émotion et suggestion sont deux choses absolument différentes : la crainte d'un naufrage a guéri presque tous les passagers du bateau qui étaient atteints du mal de mer; il ne s'agit pas là d'un phénomène de suggestion, mais bien d'ordre émotif.

D'après M. Hallion chez les hystériques, les troubles vaso-moteurs ne relèvent pas non plus de la suggestion, mais bien de l'émotivité. L'auteur en suggérant à des hystériques l'idée de chaud ou l'idée de froid, n'a jamais pu déterminer que la vaso-constriction, mais non reproduire le gonflement de la main par exemple, tel que le produit la chaleur véritable.

M. Ballet objecte que, si on élimine l'émotion de la genèse des accidents hystériques, on élimine l'attaque. — Mais, répond M. Babinski, il ne faut pas confondre avec l'attaque les phénomènes émotionnels : constriction de la gorge, rougeur de la face, etc., qui peuvent exister chez tous les émotifs. L'attaque, elle, est un phénomène d'ordre suggestionnel, developpé sous l'influence de la suggestion exercée par l'entourage ou par le médecin. Cependant, l'émotion peut engendrer la suggestion : une jeune fille marche sur un plot et est prise immédiatement d'une paralysie qui fut démontrée hystérique. Dans ce cas, l'émotion avait, instanément, produit la suggestion, la jeune fille s'étant tout à coup représenté les accidents causés par l'électricité, dont elle avait entendu parler longuement, quelques jours auparavant.

Moyens de dépister la fausse extension de l'orteil par simulation. — M. Babinski. L'excitation de la plante du pied ne donne pas les mêmes résultats, suivant les points qu'elle est pratiquée. Sur la partie interne de la plante, on obtient, en même temps que l'extension du gros orteil, l'adduction des orteils : sur la partie externe, on obtient l'abduction du cinquième; ces nuances permettent de dépister la simulation de l'extension.

Sur la réaction hémiopique de Wernicke. — M. Dupuy-Dutemps montre une acromégalique atteinte de cécité complète d'un œil, avec hémianopsie temporale de l'autre côté, chez laquelle il est très facile de produire, sans aucun appareil, la réaction hémiopique de Wernicke; il indique le moyen d'obtenir cette réaction dont la constatation indique une lésion siégeant au-devant des tubercules quadrijumeau sur les voies optiques antérieures.

Radiculite lombaire (névrite crurale radiculaire). — MM. Jeanselme et Sézary. Le malade paraît atteint d'une névrite crurale caractérisée par la parésie du quadriceps et du jambier antérieur. Constatation de troubles objectifs de la sensibilité de la cinquième lombaire : le traitement mercuriel, institué depuis un mois, a amélioré les symptômes.

Etude du névraxe de deux hystériques. — M. Claude. L'une de ces malades est la célèbre Etcheverry qui servit à Charcot pour décrire l'ischurie, la contracture, etc., hystériques.

Elle est morte à soixante-dix-sept ans et présente un épaississement des leptoméninges au niveau de la région frontale gauche et pariétale ascendante droite avec hématrophie de la de la moelle du côté droit. L'autre est un exemple d'association d'hystérie et de lésions organiques, celles-ci sont représentées par une polioymélite chronique antérieure droite, et des lésions de sclérose méningo-médullaire. A la contracture hystérique s'ajoutait une atrophie localisée à l'éminence thénar, qui avait été mise à tort sur le compte de l'hystérie.

M. Brissaud dit que l'hystérie est incapable de produire une atrophie aussi localisée : elle ne saurait, d'ailleurs, engendrer des troubles trophiques. Ses manifestations résultent d'un état mental spécial aboutissant à une simulation inconsciente, qui peut amener le malade à contracturer ses muscles pendant des années.

Urologie de l'hystérie et de l'épilepsie. — MM. Claude et Blanchetière. De nombreuses analyses d'urine de malades soumises à un régime connu n'ont abouti qu'à une seule constatation : les variations, remarquables par leur intensité, du coefficient azoturique, chez les malades sujettes à des crises convulsives.

Lésions médullo-radiculaires dans le zona. — MM. Dejerine et Thomas. Il s'agit de dégénérations des racines postérieures et d'hémorragies et congestions de la moelle, probablement en rapport avec les phénomènes sympathiques.

La méthode psycho-analytique et les psycho-névroses. — MM. Schmiergeld et Provotelle. L'analyse permet de reconnaître l'origine fréquemment, mais non toujours sexuelle des psycho-névroses : elle permet d'exercer, en même temps, une influence thérapeutique.

Deux cas d'entérite réflexe d'origine nasale. — M. F. Bonnier rapporte deux observations d'entérite datant de quatorze et quinze ans, guéries, la première, par le traitement d'un coryza chronique, l'autre, par la cautérisation du cornet inférieur.

Deux cas de sclérose latérale amyotrophique sénile. — MM. Rossi et Roussi signalent le début de l'affection à soixante et onze et soixante-quinze ans chez deux vieillards du service de M. P. Marie, à Bicêtre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 6 juillet 1907)

Recherches sur les mammites expérimentales déterminées par les bacilles acido-résistants. — Pour MM. L. Nattan-Larrier (de Paris) et P. Boveri (de Paire), tandis que le bacille de la tuberculose humaine, inoculé dans la mamelle du cobaye provoque une mammite qui s'ébauche du cinquième au sixième jour et devient manifeste du huitième au dixième jour, les bacilles acido-résistants étudiés déterminent toujours une mammite précoce, intense et passagère qui ne persiste guère au delà du neuvième jour.

Tandis que le bacille de la tuberculose provoque une mammite suppurative et ulcérative, accompagnée d'adénopathie, les bacilles acido-résistants occasionnent une mammite bénigne à laquelle n'appartiennent ni les ulcérations tégumentaires, ni les adénopathies.

Le bacille de la tuberculose humaine se retrouve toujours dans le lait du dixième au quinzième jour; les mammites dues aux bacilles acido-résistants ne donnent plus de laits bacillifères à partir du huitième jour.

Les mammites que provoquent les bacilles acido-résistants ne sauraient donc être confondues avec celles qui résultent de l'action du bacille de la tuberculose humaine.

Plasticité des neurones sensitifs et amiboïsme. — M. G. Marinesco. Les dernières recherches de Cajal et Fello, de l'auteur et celles de M. Nageotte et de M. G. Lévi sont venues démontrer que le cytoplasma et les prolongements des cellules des ganglions spinaux arrivés à la dernière phase de son développement présente des modifications morphologiques intéressantes soit à l'état normal, soit dans certaines conditions pathologiques. La morphologie de la cellule nerveuse ganglionnaire est conditionnée par une sorte d'équilibre entre son protoplasma et le liquide dans lequel elle baigne. Si l'on vient à changer la composition chimique et les conditions physiques de ce milieu, l'équilibre est rompu, et la cellule réagit par des changements morphologiques dont la nature et l'intensité varient avec la nature et l'intensité de l'agent irritant. Que l'on injecte de l'eau distillée ou des solutions salines hypertoniques, qu'on trouble la circulation du ganglion spinal, ou bien qu'on enlève ce même ganglion pour le transplanter dans l'organisme d'un autre animal de la même espèce, on trouvera toujours dans certaines cellules des modifications plus ou moins profondes de leur morphologie. Tous ces troubles de nutrition mettent le cytoplasma dans un état d'irritabilité spéciale permettant à la cellule de réagir par des formations plastiques variables; ici, ce sont des expansions fines se détachant de la cellule et finissant vite dans l'intérieur de la capsule, ou bien s'enroulant autour du corps cellulaire; là ce sont des anneaux ou des anses, ailleurs des expansions épaisses difformes se continuant avec le cytoplasma. Le mécanisme intime des changements morphologiques réside dans les modifications de la tension superficielle dues à l'affinité de certaines parties du protoplasma cellulaire soit pour l'oxygène, soit pour d'autres substances qui abaissent cette tension et conduisent ainsi à la formation de prolongements.

Sur un cas de néphrite à microbes anaérobies. — MM. A. Gilbert et A. Lippmann rapportent un cas de néphrite causé par les anaérobies et consécutive à un kyste hydatique du foie, compliquée d'angiocholite et de cirrhose biliaire. Déjà pendant la vie, et alors que le malade présentait tous les symptômes classiques de la néphrite aiguë (urines rares et fortement albumineuses, œdèmes considérables), l'étude bactériologique de l'urine avait décelé une bactériurie des plus intenses et composée presque uniquement d'anaérobies : coli-bacille, entérocoque, b. perfringens. Simultanément, il était possible aux auteurs, grâce à l'existence d'une fistule cutanée, de puiser directement dans la poche kystique et d'examiner le liquide intra-kystique. Ce dernier fortement bilieux par le fait, révélé à l'autopsie, de nombreuses communications avec les canaux biliaires se montra également fertile en cultures anaérobies, lesquelles révélèrent un microbisme identique à celui de l'urine : coli-bacille, entérocoque, b. perfringens. Enfin, des prélèvements opérés aussitôt après la mort dans l'intimité du parenchyme rénal permettaient d'y retrouver les mêmes microorganismes.

Ces constatations démontrent le rôle chaque jour plus étendu joué par les germes anaérobies dans les différents domaines de la pathologie. Les recherches antérieures avaient déjà mis en lumière leur intervention dans les infections urinaires chirurgicales. La communication de MM. Gilbert et Lippmann établit la possibilité d'infection médicale descendante du rein à microbes anaérobies.

Sur la tuberculose cutanée expérimentale par passage des bacilles tuberculeux à travers la peau. — MM. Jules Courmont et André ont fait l'étude histologique des lésions qui existent dans les deux tiers des cas, où le simple dépôt de bacilles tuberculeux sur la peau a entraîné une généralisation tuberculeuse. Ces lésions sont minimes et en apparence banales : peau indurée, croutelle, petite ulcération superficielle. Elles sont de nature tuberculeuse; on trouve des tubercules typiques profondément dans le derme. Chez le lapin, ces lésions sont en voie de cicatrisation. Il faut rapprocher ces lésions de la tuberculose verruqueuse de la peau humaine étudiée par Riehl et Paltauf.

Gastrites alcooliques expérimentales. — MM. Aubertin et Hébert. On n'observe généralement chez l'homme que les stades terminaux de la gastrite alcoolique (gastrite muqueuse ou gastrite atrophique), lésions non caractéristiques, de sorte qu'il est difficile d'étudier le processus histologique de cette gastrite, dans ses premiers stades tout au moins. Les auteurs ont intoxiqué très lentement par l'absinthe, des cobayes et des lapins, en employant des doses très diluées et en évitant l'emploi de la sonde, et ils ont obtenu tous les stades histologiques de la gastrite alcoolique, jusqu'à la gastrite muqueuse et la gastrite atrophique : la lésion la plus souvent rencontrée chez les animaux sacrifiés, après trois et cinq mois, était une hyperphasie énorme des cellules bordantes, qui arrivent à comprimer et à atrophier les cellules principales et à remplir tout le cul-de-sac glandulaire. Ce n'est que plus tard que les cellules perdent leurs caractères différentiels et deviennent cubiques. En même temps l'épithéliome muqueux prolifère avec activité, de façon à tripler de hauteur (gastrite muqueuse), ou à produire de véritables *adénomes muqueux* nodulaires. Cette prolifération doit être considérée comme une réaction de défense contre l'action irritante de l'absinthe : MM. Aubertin et Hébert l'ont reproduite par l'ingestion d'autres substances toxiques. Ces aspects histologiques peuvent se retrouver chez l'homme.

(*A suivre.*)

FORMULAIRE

CONTRE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Nitrite de soude................ 2 grammes.
Nitrate de potasse.............. 10 —
Bicarbonate de soude........... 20 —
Eau bouillie, q. s. pour 300 centimètres cubes.

Deux cuillerées à soupe par jour, aux repas. Dix jours sur vingt. (Huchard.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 15 juillet 1907, à une heure. — M. Cugno. Contribution à l'étude du procédé de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds dans le traitement des rétrodéviations de l'utérus (un nouveau procédé de ligamentopexie rétro-utérine sous tubo-ovarienne). (MM. Pinard, président; Terrier, Lepage et Gosset.) — M. Hernette. Sur les résultats immédiats et éloignés de la cholécystostomie et de la cholécystectomie. (MM. Terrier, président; Pinard, Lepage et Gosset.) — M. Boursier. Des tumeurs fibreuses du vagin. (MM. Terrier, président; Pinard, Lepage et Gosset.) — M. Jamain. Fibromes utérins et puerpéralité. (MM. Terrier, président; Pinard, Lepage et Gosset.) — M. Royer. De l'absolue nécessité de l'assistance des enfants anormaux et ses résultats au point de vue social. (MM. Brissaud, président; Déjerine, Claude et Balthazard.) — M. Lesueur. Du diagnostic du siège de la lésion dans la paralysie faciale. (MM. Brissaud, président; Déjerine, Claude et Balthazard.) — M. Chauveau. Péritonite typhique. (MM. Brissaud, président; Déjerine, Claude et Balthazard.) — M. Roussellier. Les troubles de la sensibilité dans la radiculite sciatique syphilitique. (MM. Déjerine, président; Brissaud, Claude et Balthazard.) — M. Chauderris. Contribution à l'étude du genu valgum tibial de l'adolescent. (MM. Kirmisson, président; Reclus, Mauclaire et Pierre Duval.) — M. Poirrier. Contribution à l'étude de l'ostéopsathyrose idiopathique (maladie de Lobstein). (MM. Reclus, président; Kirmisson, Mauclaire et Pierre Duval.) — M. Bosselut. Pathogénie, évolution et traitement des anus contre nature consécutifs à l'appendicite. (MM. Reclus, président; Kirmisson, Mauclaire et Pierre Duval.) — M. Subra de Salafa. Contribution à l'étude des lésions vasculaires et nerveuses (veines et artères sous-clavières et plexus brachial) dans les fractures fermées de la clavicule. (MM. Reclus, président; Kirmisson, Mauclaire et Pierre Duval.) — M. Roblin. Etude clinique des pigmentations du cou dans la syphilis. (MM. Gaucher, président; Roger, Legry et Macaigne.) — M. Meyer. De la leucoplasie balano-préputiale. (MM. Gaucher, président; Roger, Legry et Macaigne.) — M. Morillon. De la syphilis linguale scléro-gommeuse héréditaire. (MM. Gaucher, président; Roger, Legry et Macaigne.) — M. Caugain. Recherches sur les infections d'origine intestinale au cours de la puerpéralité. (MM. Roger, président; Gaucher, Legry et Macaigne.) — M. Maury. De l'engouement herniaire. (MM. Segond, président; Tuffier, Auguste Broca et Legueu.) — M. Ducournau. Contribution à l'étude de la nécrose de l'os incisif. (MM. Segond, président; Tuffier, Auguste Broca et Legueu.) — M. Delouvrier. Contribution à l'étude des fractures spontanées dans la syphilis héréditaire. (MM. Segond, président; Tuffier, Auguste Broca et Legueu.) — M. Johanno. Du traitement de la gangrène herniaire par la résection intestinale suivie d'entéro-anastomose. (MM. Segond, président; Tuffier, Auguste Broca et Legueu.)

Mardi 16 juillet, à une heure. — M. Charrière. Contribution à l'étude de l'absence congénitale du corps thyroïde et de ses conséquences dans l'arrêt du développement physique et intellectuel. (MM. Cornil, président; Gilbert, Vaquez et Méry.) — M. Seive. De l'influence des professions insalubres sur les maladies héréditaires chroniques du système nerveux. (MM. Cornil, président; Gilbert, Vaquez et Méry.) — M. Eliçagaray. Des injections de sérums frais dans les états hémorragiques (méthode de P. Emile-Weil). (MM. Gilbert, président; Cornil, Vaquez et Méry) — M. Auzols. Diarrhée, traitement par la gélatine. (MM. Gilbert, président; Cornil, Vaquez et Méry.) — M. Barthélemy. Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chronique chez l'adulte par les signes d'auscultation et la méthode d'examen clinique de M. le professeur Grancher. (MM. Joffroy, président; Raymond, Dupré et Gouget.) — M. Massonié. Contribution à l'étude des troubles phonétiques dans la démence précoce. (MM. Joffroy, président; Raymond, Dupré et Gouget.) — Mlle Sionitzky. Valeur séméiologique de l'épilepsie. (MM. Raymond, président; Joffroy, Dupré et Gouget.) — M. Sevaux. Traitement chirurgical de la paralysie faciale. (MM. Raymond, pré-

sident; Joffroy, Dupré et Gouget.) — M. BURTY. Contribution à l'étude des fibromes compliqués de grossesse. (MM. Pozzi, président; de Lapersonne, Langlois et Marion.) — M. CANQUE. Recherches sur le traumatisme et en particulier les états de commotion de l'œil. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Langlois et Marion.) — M. NEPVEU. La photo-irritabilité de l'iris (étude de physiologie comparée). (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Langlois et Marion.) — M. SANSON. Traitement de la dacryocystite chronique par l'extirpation du sac lacrymal. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Langlois et Marion.)

Mercredi 17 juillet 1907, à une heure. — M. HYBORD. Contribution à l'étude du coryza du nouveau-né. (MM. Gautier, président; Gariel, Pouchet et André Broca.) — M. BRILLOUET. Etude physique et thérapeutique de l'ion et particulièrement de l'ion iode. (MM. Gariel, président; Gautier, Pouchet et André Broca.) — M. VAYANOS. Contribution à l'étude physiologique des quelques acides monoanimés. (MM. Pouchet, président; Gautier, Gariel et André Broca.) — M. RIBIÈRE. Contribution à l'étude des accidents provoqués par la scopolamine. (MM. Pouchet, président; Gautier, Gariel et André Broca.) — M. EUDES. Essai sur les rapports qui existent entre le kyste de l'ovaire et la menstruation. (MM. Pinard, président; Segond, Lepage et Pierre Duval.) — M. BONAMY. Du sarcome primitif du grand épiploon. (MM. Segond, président; Pinard, Lepage et Pierre Duval.) — M. LOMON. La pyométrie dans le cancer utérin. (MM. Segond, président; Pinard, Lepage et Pierre Duval.) — Mlle RAITSISS. L'arrêt des vomissements incoercibles par dilatation du col de l'utérus par les tiges laminaires. (MM. Segond, président; Pinard, Lepage et Pierre Duval.) — M. CAPETTE. Contribution à l'étude du traitement chirurgical du cancer de la langue. (MM. Terrier, président; Reclus, Gosset et Potocki.) — M. DELON. De l'hyperémie passive par stase veineuse employée comme agent thérapeutique technique et principales indications spéciales. (MM. Terrier, président; Reclus, Gosset et Potocki.) — M. FILHOULAUD. De la grossesse extra-utérine récidivée. (MM. Terrier, président; Reclus, Gosset et Potocki.) — M. CHABASSUT. Les consultations du soir à Cochin-Ricord. (MM. Reclus, président; Terrier, Gosset et Potocki.) — M. DE JONG. Etude histo-chimique et cytologique des crachats. (MM. Landouzy, président; Roger, Marcel Labbé et Macaigne.) — M. THÉVENIN. Histoire de l'institution des crèches. (MM. Landouzy, président; Roger, Marcel Labbé et Macaigne.) — M. LAZARD. Contribution à l'étude du diabète sucré chez les enfants. (MM. Landouzy, président; Roger, Marcel Labbé et Macaigne.) — M. CLOITRE. Etat actuel et revue critique de l'électrolyse médicamenteuse. (MM. Roger, président; Landouzy, Marcel Labbé et Macaigne.)

Jeudi 18 juillet, à une heure. — M. LEPORTIER. De la question de quantité dans les injections de sérum après les hémorragies. (MM. Debove, président; Dieulafoy, Rénon et Jeanselme.) — M. CONSTANT. Contribution à l'étude de l'hystéro-traumatisme dans le travail des caissons. (MM. Debove, président; Dieulafoy, Rénon et Jeanselme.) — M. MOREAU. Contribution à l'étude des anévrismes disséquants de la crosse de l'aorte. (MM. Debove, président; Dieulafoy, Rénon et Jeanselme.) — Mlle GRUNSPAN. Contribution à l'étude du village. (MM. Dieulafoy, président; Debove, Rénon et Jeanselme.) — M. CHARTIER. L'encéphalite aiguë non suppurée. (MM. Raymond, président; Thoinot, Dupré et Méry.) — M. DARDEL. La question du traitement des aliénés envisagée au point de vue législatif en France. (MM. Raymond, présisident; Thoinot, Dupré et Méry.) — M. FROISSARD. La paralysie générale post-traumatique. (MM. Thoinot, président; Renon, Dupré et Méry.) — M. DREYFUS. Tumeurs malignes primitives de l'ovaire. (MM. Berger, président; Pozzi, Marion et Morestin.) — M. TZIKLICE. Insuffisance ovarienne et greffes ovariennes (essai de thérapeutique expérimentale). (MM. Berger, président; Pozzi, Marion et Morestin.) — M. DREVET. Effets thérapeutiques du corps jaune de l'ovaire. (MM. Pozzi, président; Berger, Marion et Morestin.) — M. COUPEL. Des ostéomes du brachial antérieur. (MM. Pozzi, président; Berger, Marion et Morestin.) — M. BEUZART. De la dégénérescence sarcomateuse des fibromes de l'ovaire. (MM. Pozzi, président; Berger, Marion et Morestin.)

Vendredi 19 juillet, à une heure. — M. BEDRUNE. Grippe et suites de couches. (MM. Pinard, président; Reclus, Mauclaire et Wallich.) — M. COUASNON. Contribution à l'étude du traitement des rétrécissements infranchissables de l'œsophage par le cathétérisme rétrograde. (MM. Reclus, président; Pinard, Mauclaire et Wallich.) — M. RISACHER. Contribution à l'étude du thymol camphré comme agent de fonte des fongosités tuberculeuses. (MM. Reclus, président; Pinard, Mauclaire et Wallich.) — M. DESCLOZEAUX. De la rupture précoce des membranes. (MM. Pinard, président; Reclus, Mauclaire et Wallich.) — M. MOLVEAUX. L'appendicite comme complication de la fièvre typhoïde, symptômes, diagnostic, traitement. (MM. Terrier, président; Auguste Broca, Rieffel et Legueu.) — M. DESPORTES. De la suture osseuse dans le traitement des fractures de l'olécrâne. Indications et résultats. (MM. Terrier, président; Auguste Broca, Rieffel et Legueu.) — M. COURCIÈRES. Résultats éloignés du traitement des hémorroïdes par le procédé de Witehead. (MM. Terrier, président; Auguste Broca, Rieffel et Legueu.) — M. BOUVERET. Des kystes entéroïdes juxta-intestinaux. (MM. Terrier, président; Auguste Broca, Rieffel et Legueu.) — M. CHAUVOIS. L'alimentation hydrocarbonée chez les diabétiques. (MM. Landouzy, président; Thoinot, Balthazard et Marcel Labbé.) — M. FOURNIER. Le traitement du bubon vénérien, notamment par l'hyperémie au moyen de la ventouse de Bier. (MM. Landouzy, président; Thoinot, Balthazard et Marcel Labbé.) — M. SEVERIE. La pression artérielle chez les diabétiques. (MM. Landouzy, président; Thoinot, Balthazard et Marcel Labbé.) — M. DUBS. Recherches histologiques sur le pancréas diabétique et non diabétique. Contribution à l'étude du diabète considéré comme un syndrome d'insuffisance langerhausienne. (MM. Thoinot, président; Landouzy, Balthazard et Marcel Labbé.) — M. SARCIRON. Des abcès de la fosse temporale à la suite de l'inflammation de l'oreille moyenne. (MM. Segond, président; Ricard, Pierre Duval et Proust.) — M. DECORDE. Du traitement des fractures pénétrantes de la voûte du crâne. (MM. Segond, président; Ricard, Pierre Duval et Proust.) — M. RICHE. Contribution à l'étude des perforations utérines instrumentales. (MM. Segond, président; Ricard, Pierre Duval et Proust.) — M. LUTAUD. Traitement des fistules urétéro-vaginales et urétéro-cervicales par un procédé nouveau et rapide d'urétéro-cystonéostomie (ses autres applications). (MM. Segond, président; Ricard, Pierre Duval et Proust.)

Samedi 20 juillet, à une heure. — M. JOURDAN. Du signe de Kernig en dehors des méningites. (MM. Debove, président; Cornil, Robin et Marion.) — M. PARRICAL DE CHAMMARD. Néphroptose et scoliose réflexe. (MM. Cornil, président; Debove, Robin et Marion.) — M. VERNY. Résection cunéiforme médio-tarsienne dans le traitement du pied-bot varus équin. (MM. Cornil, président; Debove, Robin et Marion.) — M. DURAND. De la sérothérapie dans la variole. (MM. Robin, président; Debove, Cornil et Marion.)

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hopitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 9 juillet. — MM. Laignel-Lavastine, 20; Camus et Michel, 19; Rathery, 18.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 11 juillet, à neuf heures, à Beaujon.

— Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation.* — Séance du 9 juillet. — MM. Chevassu, 19; Baumgartner et Gruber, 18; Alglave, 17.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 11 juillet, à quatre heures un quart, à l'Hôtel-Dieu.

FACULTÉ LIBRE DE LILLE. — Concours d'adjuvat. — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Fiévet et Phalempin.

— Concours de clinicat médical. — Le concours pour une place de chef de clinique médicale s'ouvrira le lundi 4 novembre 1907.

— Concours d'internat et d'externat. — Ces concours s'ouvriront le lundi 28 octobre, à l'hôpital de la Charité.

XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE (*Berlin, 23-29 septembre 1907*). — Règlement du Congrès. — Le XIVe Congrès international d'hygiène et de démographie se tiendra à Berlin du 23 au 29 septembre 1907.

Indépendamment du Congrès seront arrangées des expositions d'objets relatifs à l'hygiène et au sauvetage.

Peuvent faire partie du Congrès en qualité de membres toutes personnes qui s'occupent de l'hygiène ou de la démographie d'une manière scientifique ou pratique. Le Comité d'organisation se réserve toutefois le droit de refuser toute demande d'adhésion qui ne paraîtrait pas suffisamment justifiée.

La cotisation est fixée à 25 francs (20 marcks) pour chaque membre.

Peuvent y participer à titre d'associées les personnes de la famille d'un membre du Congrès qui ne pourraient elles-mêmes faire partie du Congrès comme membres, ainsi que les élèves de toutes les facultés.

La cotisation pour les personnes associées est fixée à 12 fr. 50 (10 marcks).

Les personnes associées sont invitées aux fêtes et aux réceptions officielles et peuvent, en outre, assister aux séances. Elles ne reçoivent pas les publications désignées sous l'article 5 et ne prennent non plus part aux discussions.

Tout membre du Congrès recevra un exemplaire des rapports imprimés et un exemplaire des comptes rendus qui seront publiés après le Congrès et qui ne dépasseront pas deux volumes.

Le Congrès est divisé en huit sections :

Section I. Microbiologie et parasitologie appliquées à l'hygiène. — II. Hygiène alimentaire et physiologie appliquées à l'hygiène. — III. Hygiène de l'enfance et des écoles. — IV. Hygiène professionnelle et assistance aux classes ouvrières. — V. Lutte contre les maladies infectieuses et assistance aux malades. — VI. A. Hygiène des habitations, des localités et des eaux ; B. Hygiène du service des transports en commun. Sauvetage. — VII. Hygiène militaire, coloniale et navale. — VIII. Démographie.

Le Congrès tient ses séances de travail soit en assemblée générale, soit en réunions de sections. Il y aura deux séances générales dont l'une sera tenue le jour de l'ouverture, et l'autre le jour de la clôture. En outre plusieurs sections peuvent se réunir en séances communes.

Les langues officielles du Congrès sont l'allemand, le français et l'anglais.

Vingt minutes tout au plus sont accordées pour chacun des rapporteurs. Le président de la section, après la présentation des rapports, ouvre la discussion. La parole est donnée aux orateurs d'après l'ordre de leur inscription annoncée préalablement par écrit au bureau.

Cinq minutes sont accordées à chacun des orateurs pour la discussion.

Au cas où un membre désirerait parler plus longtemps, c'est à la section d'en décider.

Personne ne doit prendre la parole plus de deux fois pour la même question. Si pourtant quelqu'un désirait parler une troisième fois, c'est la section qui en décidera.

La discussion close, les rapporteurs ont droit à une courte réplique finale.

Tout membre du Congrès qui désire s'annoncer pour un discours ou une démonstration dans l'une des sections doit en adresser la demande accompagnée d'un résumé du sujet au président de la section intéressée. Le président aura soin que ces discours et démonstrations soient faits d'après l'ordre de leur inscription en tant que les débats des questions officielles y laissent encore du temps.

Tout orateur après fin de la discussion est tenu de donner par écrit une courte communication de son discours au secrétaire de la section, au cas où il désirerait qu'il soit publié dans les comptes rendus de la section.

Le secrétaire de la section doit faire un procès-verbal de chaque séance et suivant les notes lui ayant été remises par les orateurs composer un rapport que le président de la section est tenu de remettre au secrétaire général.

Il n'est pas pris dans les sections de résolutions sur questions scientifiques, toutefois les sections ont le droit de formuler des propositions qui, dans la séance de clôture, seront soumises au Congrès par le secrétaire général pourvu que la Commission permanente internationale des Congrès d'hygiène et de démographie n'y ait pas d'objections.

Un journal paraîtra pendant la durée du Congrès dans lequel l'ordre du jour fixé par les présidents des diverses sections sera publié ainsi que les communications concernant les excursions, les visites locales et autres dispositions.

Le Congrès, dans sa séance de clôture, fixera, sur la proposition de la Commission [permanente internationale, le siège et la date de sa prochaine session et décidera de l'acceptation ou du rejet des propositions présentées par les sections.

Les adhésions et les demandes de renseignements doivent être adressées à M. le docteur Nietner, secrétaire général, Berlin, 9, W., Eichhornstrasse, 9.

Un comité de dames a été formé dernièrement sous la présidence d'honneur de la princesse de Bülow, S. Exc. Mme de Posadowsky-Wehner, S. Exc. Mme de Studt, ainsi que Mme Kirschner. Ce comité de dames recevra les dames et leur fera visiter les établissements de bienfaisance, les musées et autres curiosités, pendant les travaux scientifiques du Congrès. Les fonctions de directeur ont été acceptées par M. le docteur Eilsberger, conseiller intime, président du Comité local du Congrès.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE. — FACILITÉS DE VOYAGE EXCEPTIONNELLES. — A l'occasion de ce Congrès qui sera tenu à Rome du 13 au 16 octobre 1907, le ministre italien des Travaux publics a bien voulu accorder aux membres du Congrès des facilités exceptionnelles de voyage sur tous les réseaux de chemins de fer de l'État, aussi bien dans la Péninsule que dans les Iles.

Le Comité organisateur du Congrès est autorisé à délivrer à chaque membre titulaire ou associé, régulièrement inscrit au Congrès, un *Carnet de voyage à coupons*. Chaque coupon donne droit à effectuer un voyage à tarif réduit de 40 p. 100 à 60 p. 100. Le *Carnet* se compose de vingt coupons; ce seront donc vingt voyages à tarif réduit que les membres du Congrès pourront effectuer d'un bout à l'autre de l'Italie et dans les Iles.

Ces facilités exceptionnelles de voyage ont été accordées en vue de l'importance de ce Congrès, qui réunira à Rome des savants, tels que MM. von Leyden, Curschmann, Evald, Hoffa, Krauss, Penzoldt, Senator, Strümpel, Immelmann, etc., pour l'Allemagne; MM. Bishop, Morton, Snow, pour l'Amérique; MM. von Noorden, Jaksch, Bum, Lorenz, Holzknecht, Kienböck, Rokitansky, etc., pour l'Autriche; MM. Lewis-Jones, Turner, Lauder-Brunton, Butcher, etc., pour l'Angleterre; MM. Winiwarter, Jacques, Gunzburg, Ioteyko pour la Belgique; MM. Rosenthal, Slomann, Jacobaeus, Reyn, etc., pour le Danemark; MM. Sañudo, Taboada, Decref, Perez, etc., pour l'Espagne; MM. Bouchard, Béclère, Bergonié, Gilbert, d'Arsonval, Lagrange, Landouzy, Kirmisson, Robin, Raymond, Faure, Albert-Weil, etc., pour la France; MM. Savas, Vassilidès, etc., pour la Grèce; M. Kitasato, pour le Japon; MM. Wenckebach, Wertheim, Salomonson, Breemen, pour la Hollande; MM. Ketly, Dollinger, Koranyi, Herezel, Donath, etc., pour l'Hongrie, MM. Bombarda, Machado, Neves, etc., pour le Portugal; MM. Holst, Mellbye, etc., pour la Norvège; MM. Marinesco, Gerota, Sarafidi, etc., pour la Roumanie; MM. Bechterew, Turner, Korolko, Schmiguelsky, etc., pour la Suède; MM. Berdez, Eichorst, Roux, Schulthess, Scholder, etc., pour la Suisse; MM. Altamirano, Cicero, etc., pour le Mexico; MM. Baccelli, Bianchi, Bozzolo, De Giovanni, De Renzi, Durante, Grocco, Maragliano, Murri, Morselli, Tamburini, etc., pour l'Italie.

Mais ce qui a déterminé le Gouvernement italien à délivrer le *Carnet de voyage à coupons* a été l'intention d'offrir aux membres du Congrès, surtout aux étrangers, le moyen de visiter à peu de frais, les villes et autres lieux de l'Italie qui présentent un intérêt spécial, au point de vue de leurs richesses naturelles, c'est-à-dire les stations climatériques, au bord de la mer et sur la montagne, les principales villes d'eaux et stations thermales.

La durée de validité de ce carnet de voyage est fixée à quarante-cinq jours, à partir du 1er octobre jusqu'au 15 novembre 1907. Les dames régulièrement inscrites au Congrès comme membres associés, et les exposants seront admis à voyager avec le carnet susdit.

Les marchandises destinées à l'exposition auront droit au transport à demi-tarif, aussi bien à l'aller qu'au retour.

Des démarches ont été faites auprès des différents gouvernements de l'Europe et de l'Amérique, afin d'obtenir des facilités de voyage sur les parcours de leur territoire aussi bien par chemin de fer que sur les lignes de navigation.

Adresser les adhésions, avec un mandat de poste de 20 francs pour les membres titulaires, et de 15 francs pour les membres associés, à M. Albert-Weil, secrétaire du Comité français, 21, rue d'Édimbourg, Paris, ou bien à M. Ch. Colombo, secrétaire général du Comité organisateur, via Plinio, 1, Rome.

SURDITÉS D'ORIGINE SYPHILITIQUE
ET LEUR TRAITEMENT

Par le docteur Paul VIOLLET.

Ayant eu l'occasion d'observer plusieurs cas de surdité d'origine syphilitique, il m'a paru intéressant d'en publier les observations résumées. Ces observations montrent la symptomatologie variable que peuvent présenter, en pareil cas, les accidents auriculaires; elles témoignent de la nécessité d'une thérapeutique spécifique particulièrement active, et de l'efficacité de cette thérapeutique instituée promptement.

La rapidité d'action des injections de bichlorure de mercure en solution diluée (formule Chéron) nous a paru ressortir avec évidence de ces observations. La formule de ces injections est la suivante :

Bichlorure de mercure.......		0,50	centigramm.
NaCl..................	*àà*	2	grammes.
Acide phénique neigeux.			
Eau distillée stérilisée.......		200	—

La dose à injecter est de 20 centimètres cubes, soit 0,05 centigrammes, de bichlorure pour un homme adulte, de 10 centimètres cubes soit 0,025 milligrammes de bichlorure pour une femme.

L'injection se pratique dans les muscles de la région fessière à quatre travers de doigt en arrière d'une ligne unissant l'épine iliaque antérieure et supérieure au bord supérieur du grand trochanter, à quatre travers de doigt également au-dessous de la crête iliaque.

L'emploi de ces injections, généralement mieux supportées que celles d'huile grise ou de calomel, nous a donné les meilleurs résultats; l'observation de M. Georges B..., montre que d'autres sels de mercure peuvent également être utilisés avec succès.

Observation I. — R..., âgée de vingt-huit ans en juillet 1905, est atteinte de syphilis depuis sept ans; elle a été traitée pendant deux ans par des pilules de protoiodure dont elle prenait deux fois par jour, pendant quinze jours ou un mois; depuis elle prenait encore deux fois par an 20 grammes d'iodure de potassium et 30 pilules de protoiodure, son mari aurait été traité plus énergiquement.

Depuis trois ans, elle était soignée pour des vertiges attribués à l'estomac et pour des bourdonnements d'oreille, elle n'avait plus depuis cette époque d'accidents cutanés ou muqueux; depuis deux mois son audition avait baissé, les bourdonnements sont plus accentués et constants du côté gauche et le vertige est perpétuel; la malade tend à tomber à gauche, depuis deux ans elle vomit, et les vomissements semblent liés à une exagération des bourdonnements et des vertiges, il lui est arrivé d'être obligée de rester couchée trois ou quatre jours, et cela à deux reprises différentes. L'audition chez cette malade est très diminuée depuis deux mois, l'épreuve de Rinne est positive des deux côtés; la voix chuchotée n'est entendue qu'à 0,10 centimètres de l'oreille droite et 0,40 centimètres de la gauche; la montre à 0,10 centimètres à droite, 0,40 centimètres à gauche. L'épreuve de Weber répond à l'oreille droite. Elle a parfois le sentiment de notes fausses perçues par elle, quand elle chante, ou entend chanter, sensibilité douloureuse de l'ouïe lors du claquement d'une porte, par exemple, ou de l'audition de certaines notes (0,24 vibr.). Le lendemain de l'injection la malade avait son dernier vertige et ne devait plus en avoir depuis; huit jours après, l'audition de la voix chuchotée était de 1 mètre à droite, 0,30 centimètres à gauche, celle de la montre de 0,30 centimètres à droite, 0,15 centimètres à gauche.

Après trois injections, l'audition de la voix chuchotée s'élevait à 5 mètres à droite, celle de la montre à 2 mètres au moins, et pour l'oreille gauche à 0,50 centimètres, voix chuchotée, à 1 mètre pour la montre.

Enfin, le 4 octobre, l'audition de la malade est presque normale du côté droit, elle entend même les sons moyens (512 vibr.) et aigus, mieux qu'une oreille considérée comme normale et servant de point de comparaison.

La malade a reçu au total 8 injections de 0,025 milligrammes de bichlorure de mercure en deux séries, à deux mois d'intervalle.

Obs. II. — Mme D..., vingt-sept ans. Cette malade est vue par nous en novembre 1901, en pleine éruption d'accidents secondaires, adénite cervicale, chute des cheveux; depuis huit jours, elle se plaint de surdité.

La malade dit ne plus entendre le bruit des voitures dans la rue, la pendule ou même la voix haute.

A l'examen des tympans on constate qu'ils sont un peu enfoncés et rosés.

L'accident primitif remonterait à deux ou trois mois.

Fausse couche récente.

Le mari est encore en pleine éruption papulo-squameuse.

La malade présente des plaques muqueuses buccales et une adénite cervicale et mastoïdienne double.

Après la quatrième injection de bichlorure la malade qui n'entendait la montre qu'à 0,05 centimètres et la voix chuchotée à 0,20 centimètres à gauche, et 0,10 centimètres à droite, l'entend aujourd'hui à 1m50 à droite et 1 mètre à gauche.

Nouvelle fausse couche en octobre 1902; l'amélioration de l'audition s'est cependant maintenue.

Obs. III. — M. Georges B..., vingt ans, ouvrier tapissier, est atteint de chancre en juin 1905. En septembre il se plaint de bruits subjectifs, la voix chuchotée n'est entendue qu'à 0,05 centimètres à gauche, 0,02 centimètres à droite, et encore pas d'une façon constante, le cathétérisme améliore l'audition; la voix chuchotée est alors entendu à 0,80 centimètres à gauche, à 0,50 centimètres à droite; la montre à 0,35 centimètres des deux côtés.

L'épreuve de Rinne est négative des deux côtés, la montre est entendue à 0,05 centimètres à droite, à 0,10 centimètres à gauche.

L'absorption buccale de bi-iodure de Hg ne modifie pas sensiblement les plaques muqueuses buccales que présente le malade, on lui fait alors des piqûres d'huile grise et de benzoate de Hg (deux centigrammes par semaine); il prend en outre 4 centigrammes de biiodure en potion par jour.

L'audition s'étend alors à 10 mètres à gauche pour la voix chuchotée et 8 mètres à droite; en mars 1906, après trois mois et demi d'un traitement intensif par piqûres et ingestion de mercure, l'audition du malade est de 10 mètres au moins de chaque côté pour la voix chuchotée

Il faut noter que, d'un côté, l'audition tarde à se

rétablir, par suite d'obstruction et de rétrécissement tubaire, qui nécessite des insufflations d'air et de la dilatation à l'aide de bougies.

Obs. IV. — M. A..., trente ans, est atteint de surdité bilatérale (février 1904).

Revenu du Soudan depuis cinq ans, il présente un myosis double avec signe d'Argyll-Robertson.

Le malade ne présente pas d'antécédents familiaux; le père, examiné avec soin par le docteur J. Chaillous, a été reconnu indemne de syphilis; la mère est morte asthmatique à soixante et-un ans. Sur 7 frères et sœurs, 5 sont vivants et bien portants, 2 sont morts en nourrice. Il est vraisemblable que le myosis et le signe d'Argyll constatés chez ce malade ainsi que sa surdité sont le résultat d'une imprégnation syphilitique acquise au Sénégal. L'amélioration constatée à plusieurs reprises de l'audition par le traitement spécifique semble le confirmer.

La voix ordinaire n'est entendue qu'à 0,15 centimètres.

L'épreuve de Rinne est légèrement positive pour les deux oreilles. L'épreuve de Weber se localise dans l'oreille droite. La conduction aérienne est nulle pour les sons bas; les diapasons de 51 vibrations et au-dessus ne sont entendus qu'un peu plus longtemps par l'air que par l'os.

Cette surdité aurait débuté il y a cinq ans environ. A la suite d'une série de 25 piqûres de biiodure de Hg, le malade perçoit une voix ordinaire à 0,50 centimètres à droite, à plus de 3 mètres à gauche. L'audition biauriculaire est de 5 mètres; trois mois plus tard, elle redescendait à 1 m 60; l'emploi du dentaphone ou d'une feuille de carton la doublait. Nouvelle série de piqûres au bichlorure de Hg, l'audition double d'étendue.

Il semble cependant que la syphilis frappe l'oreille avec une rigueur particulière chez certains malades. J'en juge par le cas d'une jeune fille de vingt-cinq ans dont l'observation est due à M. le professeur Fournier : la surdité absolue en six jours ne s'améliora en aucune façon par un traitement spécifique, même intensif. Cependant l'appareil transmetteur du son était absolument indemne, il s'était évidemment agi là de légions labyrinthiques.

L'observation est citée par Rozier au cours d'une communication faite au congrès international d'otologie (Bordeaux, août 1904).

Une autre observation est due au docteur Rousseaux cité par Hennebert (*Rev. internat. de rhinol., otol. et laryngol.*, 1897, p. 496).

Il s'agit d'une femme syphilitique (trente-deux ans), qui devint sourde un an après avoir été infectée. Traitée irrégulièrement d'abord, puis plus activement sans résultat, sa surdité était à cette époque presque absolue.

Le docteur Chauffard m'a dit également avoir eu l'occasion d'observer une surdité chez une jeune fille reconnue syphilitique par M. le professeur Gaucher, le traitement n'aurait pas amélioré l'audition.

Il faudrait en pareil cas tenir compte des doses et du mode d'administration du traitement spécifique. La syphilis semble du reste frapper avec une particulière rigueur l'oreille interne, car indépendamment des sujets, celle-ci est exclusivement frappée.

Il résulte des observations résumées, dont je viens de parler, que la syphilis frappe l'oreille de deux manières bien différentes, tantôt comme dans le cas du jeune B... (Obs. III), les lésions des muqueuses bucco-pharyngées donnent lieu à des symptômes de catarrhe tubaire concomitant; dans d'autres cas, celui de Mme R... (Obs. I) par exemple, il s'agit de lésions beaucoup plus graves; l'oreille interne est plus ou moins profondément touchée; il en résulte alors une surdité que le cathétérisme n'améliore pas et parfois des vertiges qui peuvent donner lieu à des erreurs d'interprétation ; soignées à temps, dans les deux cas, les lésions s'améliorent rapidement; sous l'influence d'un traitement spécifique suffisamment énergique. On voit, dans le premier cas, l'audition s'améliorer en même temps que disparaissent les plaques muqueuses; quelques cathétérismes sont également utiles au retour de l'audition.

Dans l'hypothèse d'une lésion de l'oreille interne, les vertiges s'amendent et la surdité s'améliore souvent très rapidement.

Il faut, il est vrai, tenir compte dans ce second cas, de l'ancienneté de l'imprégnation syphilitique et du mode d'administration du mercure.

C'est ainsi que si l'on compare les effets du traitement sur des surdités remontant comme celle de M. A... à cinq ans (obs. IV) avec ceux que l'on obtient sur une surdité datant de deux mois seulement (Mme R...), on est frappé de l'importance de l'amélioration dans le dernier cas.

Il faut aussi tenir compte de l'absence ou de la mise en œuvre d'un traitement spécifique dans les premiers stades de l'imprégnation syphilitique. Chez Mme R... le traitement avait été institué dès le début des manifestations syphilitiques, tandis que chez M. A... aucun symptôme n'ayant tout d'abord attiré l'attention sur l'existence possible d'une contamination syphilitique, aucun traitement n'avait été institué à l'origine, ce ne fut que lors de la découverte du signe d'Argyll que, suspectant la syphilis, ce malade fut soumis au traitement spécifique.

Ainsi donc, chez le premier malade, traitement immédiat des manifestations générales de la syphilis et traitement ultérieur très rapproché du début de la surdité, amélioration rapide et complète au moins pour une oreille. Chez l'autre, absence de traitement initial, et traitement ultérieur de la surdité tardif, amélioration transitoire et incomplète.

On peut même se demander si dans le cas du jeune B..., par exemple, au catarrhe tubaire local constaté ne s'adjoindrait pas un certain signe d'imprégnation syphilitique de l'oreille interne, l'audition n'étant améliorée que dans des proportions relativement faibles par le cathétérisme. Le fait que l'épreuve de Rinne était négative chez ce malade, contrairement aux épreuves des malades qui font l'objet des observations I et IV, semble cependant prouver le contraire.

Il est toutefois un point qui me paraît bien mis en évidence par mes observations, c'est la nécessité d'un traitement mercuriel intensif et énergique, quand il s'agit d'agir sur des lésions auriculaires de la syphilis. A ce point de vue, on pourrait rapprocher la syphilis auriculaire de la syphilis cérébrale.

L'exemple de M. D... celui de Mme R... montrent que les injections de sels mercuriels sont les seules véritablement efficaces pour rendre à pareils malades l'audition.

Chez l'un l'audition redevint ainsi normale pour les deux oreilles, chez l'autre, elle le redevint pour l'une, sinon totalement pour l'autre.

Des améliorations notables se manifestèrent également chez nos deux autres malades.

FORMULAIRE

CONTRE L'ATONIE INTESTINALE

Le type des laxatifs nervins reste la belladone.

Poudre de belladone..... }
Extrait de belladone..... } *ââ* 1 centigramme.

pour une pilule n° 10.

Une tous les soirs au coucher. (J. Grasset.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 JUILLET 1907)

Pleurésies purulentes aseptiques. — M. WIDAL, en son nom et au nom de M. Gougerot, a fait une très intéressante communication sur ce sujet. Il rappelle d'abord avoir montré, avec MM. Lemierre, Boidin et Philibert, qu'au cours de diverses affections aiguës ou chroniques, le liquide céphalo-rachidien, tout en restant aseptique, pouvait prendre un aspect puriforme dû à l'accumulation de polynucléaires normaux. De même dans la plèvre on peut constater certains épanchements puriformes aseptiques avec polynucléaires intacts, à la suite d'une forte congestion pulmonaire. Dans ces cas, un examen histologique, d'ailleurs très facile, permet d'être fixé et de porter un pronostic bénin. Ces épanchements aseptiques sont évidemment beaucoup plus rares que les épanchements d'origine microbienne. Cependant on les observe encore quelquefois et ils méritent d'être connus. M. Widal vient encore d'en observer deux nouveaux cas.

Dans le premier de ces cas, il s'agit d'un homme qui, au cours d'une pneumonie extrêmement grave, présenta des signes d'épanchement pleural; on fit une ponction; on retira un liquide d'apparence purulente, on l'examina au microscope. On y constata la parfaite intégrité des polynucléaires et on porta un pronostic bénin. En effet, la résorption se fit en quelques jours spontanément.

Dans un second cas, il s'agissait également d'un pneumonique chez lequel les choses se passèrent de la même façon.

Chez un même malade, un homme atteint de pyopneumothorax post-appendiculaire, M. Widal a pu constater l'ouverture de deux épanchements, l'un septique, l'autre aseptique. Cette même variété d'épanchement pleural aseptique a été observée chez des cardiaques, dans des cas d'infarctus pulmonaire.

Quels sont les caractères de l'intégrité d'un polynucléaire? la délicatesse du noyau, l'homogénéité du protoplasma, la netteté de son contour, tous les caractères, en un mot, du polynucléaire normal du sang. La coloration à l'hématéine éosine après fixation à l'alcool-éther suffit à révéler ces caractères.

L'injection expérimentale de bouillons aseptiques dans le péritoine des cobayes provoque la congestion de la séreuse et la production d'exsudats blancs aseptiques semblables à ceux qui se développent dans la plèvre de l'homme.

Ces épanchements pleuraux aseptiques développés au voisinage d'un bloc pneumonique ne sont que les témoins d'un état congestif et n'ont rien de spécifique. Ils doivent être distingués des épanchements purulents septiques produits par l'invasion dans la plèvre de pneumocoques qui avarient les polynucléaires.

L'intégrité des polynucléaires comporte un pronostic bénin et la constatation de cette intégrité des polynucléaires est des plus faciles à l'examen microscopique.

Mortalité des enfants protégés par la loi Roussel dans le canton d'Hyères. — M. VIDAL (d'Hyères) revient sur ce sujet. Il démontre à l'aide de statistiques que malgré le nombre peu élevé des nourrissons décédés dans le canton d'Hyères (6,04 p. 100), les causes de leurs décès sont les mêmes que celles qui ont été relevées pour le Var tout entier. Ce sont les maladies de l'encéphale qui enlèvent plus d'enfants que celles du tube digestif.

En terminant cette seconde communication, M. Vidal émet le vœu qu'il soit ouvert, dans le plus de localités possibles, des consultations gratuites où seront admis les enfants pauvres accompagnés de leur mère ou de leur nourrice. Ces consultations seraient placées sous la surveillance des bureaux de bienfaisance.

M. PINARD a écouté avec un vif intérêt les deux communications de M. Vidal. Il l'a félicité de sa statistique de la mortalité des enfants du premier âge; il serait à désirer que tous les départements pussent fournir d'aussi bonnes statistiques. Malheureusement, en France, nous demandons des lois nouvelles ou des modifications de lois anciennes et nous ne les appliquons pas. La loi Roussel a été promulguée en 1874. Le règlement définitif a été donné en 1877; d'après un article 7, le préfet de chaque département devait envoyer un rapport annuel au ministère de l'Intérieur. Combien M. Monod, alors qu'il était directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur, a-t-il reçu de rapports?

M. MONOD. Bien peu.

M. PINARD le déplore et n'en félicite que davantage M. Vidal d'avoir apporté des statistiques décennales très instructives. Combien il serait nécessaire que tous les départements en fissent autant!

Dans sa statistique, M. Vidal insiste sur ce fait que parmi les causes de la mortalité des nourrissons, la plus fréquente est la maladie de l'encéphale. M. Monod s'en étonne beaucoup et se demande si les cerveaux du Midi ne sont pas plus aptes que les autres à s'enflammer. Nous savons tous en effet, que ce sont les maladies du tube digestif qui emportent, partout ailleurs que dans le Var, le plus d'enfants du premier âge.

Nous savons, d'autre part, depuis que nous l'a appris Parrot, que bien des maladies intestinales se terminent par des accidents cérébraux. Ne serait-ce pas là l'explication de M. Vidal? N'aurait-on pas pris la terminaison de la maladie aux lieu et place de la maladie elle-même?

M. Pinard signale une lacune dans l'intéressante statistique de M. Vidal : le mode d'alimentation n'y est pas indiqué. C'est là un point de grande importance.

Enfin parmi les vœux proposés par M. Vidal, il en est plu-

sieurs que critique M. Pinard : par exemple M. Pinard propose que des médecins-inspecteurs soient chargés de s'assurer de l'aptitude d'une nourrice sur lieux. M. Pinard n'est pas d'avis d'imposer un médecin étranger aux familles. La constatation de cette aptitude revient de droit au médecin ordinaire de la famille.

C'est avec raison que M. Pinard accorde peu d'importance à l'efficacité des vœux de l'Académie. Quand on songe que le vœu qu'elle a formulé, presque à l'unanimité, que la coqueluche soit inscrite sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire a été repoussé par le Conseil d'hygiène !

M. Pinard félicite M. Vidal du vœu qu'il a formulé relativement à la protection des enfants naturels. Mais il est loin de partager la prédilection de M. Vidal pour les consultations gratuites de nourrissons ; il a toujours été et est toujours opposé à ces consultations gratuites qu'il considère comme inutiles et dangereuses, car elles constituent de véritables foyers de contamination. La mère qui amène son nourrisson à ces consultations abandonnera ses autres enfants. La mère ne doit jamais quitter le foyer. Et puis, encore une fois, ces réunions d'enfants sont dangereuses.

M. Pinard, d'accord en cela avec M. Vidal, voudrait qu'on apprît aux jeunes filles, dans les écoles, la puériculture. Revenant au département du Var, il estime que ce département s'est montré digne de la loi Roussel. Il peut supporter la comparaison avec le département de la Seine où l'application de la loi Roussel, grâce à la Préfecture de police, se fait dans les meilleures conditions. M. Pinard ne saurait assez louer le service de l'inspection médicale des nourrissons dans le département de la Seine. Alors que dans le Var la mortalité des enfants du premier âge est tombée à 5,58 p. 100, ce qui est déjà un résultat très beau, dans le département de la Seine, le taux de la mortalité en 1906 n'a été que de 4,87 p. 100 et dans les départements qui entourent celui du Var, cette mortalité s'est élevée à 12,13 et 14 p. 100.

Ces chiffres sont plus éloquents que toutes les réflexions qu'on y pourrait ajouter.

Comme il serait à désirer que tous les départements de la France suivissent l'exemple des départements de la Seine et du Var !

M. Vidal s'associe au vœu exprimé par M. Pinard. Pour répondre à une question posée par M. Pinard, il déclare que presque tous les enfants protégés, dans le Var, sont nourris au sein. Il est impossible de savoir ce que deviennent les enfants des nourrices, presque toutes Italiennes ; la plupart sont disséminées en Italie, mais une femme quelconque n'est acceptée comme nourrice qu'à la condition que son enfant soit âgé de huit mois.

Danger de l'atoxyl. — M. H. Hallopeau appelle l'attention sur un danger de la médication par l'atoxyl et l'obligation qu'il impose. Il s'agit de troubles visuels : une femme atteinte de névrite alcoolique, ayant subi, pendant vingt-six jours, une cure intensive par l'atoxyl allemand, a été atteinte d'une amaurose : de son côté M. Hallopeau a observé chez deux malades traités par l'atoxyl allemand des troubles d'ailleurs peu prononcés et passagers de la vision alors qu'il ne s'est rien produit de semblable chez les cent syphilitiques qu'il a traités à Saint-Louis par l'anilarsinate de soude pur ; enfin l'on a signalé à la conférence de Londres pour la prophylaxie de la maladie du sommeil 6 cas de troubles de la vue, chez 14 sujets traités par l'atoxyl à des doses accumulées qui ont varié de 5gr50 à 55 grammes ; ces faits doivent être pris en considération et pour obéir à l'axiome *primum non nocere*, l'auteur conseille de s'en tenir à une cure instituée ainsi qu'il suit : une première injection de 0,75 centigrammes d'anilarsinate de soude pur ; deux jours après injection de 0,60 centigrammes, du même produit ; trois jours après, troisième injection réduite à 0,50 centigrammes. N'ayant jamais observé de phénomènes d'intolérance qu'après la quatrième injection, on a la certitude presque absolue de les éviter en procédant ainsi ; une seconde série ne sera pratiquée qu'après plusieurs mois.

Cette médication restreinte donnera encore des résultats efficaces ; la cure syphilitique de quatre années consécutives pourra désormais être instituée dans les conditions suivantes : en premier lieu, une série de trois injections aux doses indiquées ci-dessus chez un sujet de stature moyenne ; après dix jours de repos, traitement mercuriel de deux mois ; ultérieurement, après nouvelle série d'atoxyl et nouveau repos de dix jours, nouveau traitement mercuriel de deux mois et ainsi de suite ; on pourra y joindre dans les dernières années, l'iodure de potassium. En procédant ainsi, on agira avec le maximum d'intensité possible sur le tréponéma et le troisième spécifique de la vérole prendra dès lors la place qui lui revient sans danger d'accidents.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 4 JUILLET 1907)

Discussion :

Prophylaxie de la syphilis dans l'armée. — M. Dodiau (d'Abbeville) montre la fréquence extrême de la syphilis dans les milieux indigènes en Algérie et l'impossibilité avec les mœurs des Arabes de tenter toute prophylaxie en dehors du traitement.

Législation militaire concernant les blessures et infirmités contractées en service commandé. — M. Demmler cite des exemples d'affections contractées au service dont les porteurs n'ont pu obtenir une réparation suffisante par suite des conditions de la législation actuelle. MM. Billet, de Schuttelaere exposent les modifications à apporter à cette législation. MM. Piot et Salle préconisent une meilleure organisation des hôpitaux thermaux militaires et l'emploi méthodique de leurs ressources thérapeutiques pour le traitement pathologique des suites de traumatismes, ce qui aurait pour résultat de diminuer dans une large mesure les incapacités de travail qui en sont la conséquence.

Pansement des formations sanitaires. — MM. Mignon et Rouvillois (de Paris) sont partisans du pansement aseptique et demandent que ce pansement soit aseptisé sur place et immédiatement avant son emploi à l'aide d'un autoclave de campagne.

Communications diverses :

M. Tissié (de Pau) expose les **excellents résultats qu'il a obtenus par la gymnastique sur les fonctions respiratoires de sujets débiles et sur le développement des adénoïdiens.** Il établit les règles de la gymnastique respiratoire physiologique.

M. Bassères (de Perpignan) communique une observation **de plaie du poumon par balle de revolver de petit calibre, suivie d'un hémothorax. Guérison sans intervention chirurgicale.**

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 6 JUILLET 1907 [*fin*])

Influence de la voie d'administration sur la dose minima mortelle de bichlorure de mercure pour certains vertébrés. — MM. MAUREL et LEMOSY D'OREL ont recherché quelle était la dose minima mortelle de bichlorure de mercure pour la *grenouille*, le *pigeon*, le *lapin*, en l'administrant par la voie *gastrique* et la voie *hypodermique* pour ces trois animaux et, en plus, par la *voie veineuse* pour le lapin. Leurs expériences ont conduit à ces conclusions : 1° La voie gastrique n'est guère inférieure que d'un tiers à la voie musculaire pour la grenouille et le pigeon, à la voie hypodermique pour le lapin ; 2° Elle est inférieure de la moitié pour le pigeon ; 3° Pour le lapin, la voie veineuse a été six fois plus active que l'hypodermique, mais ces expérimentateurs pensent qu'il est possible que cette grande différence soit due, en partie, au titre auquel le bichlorure de mercure a été injecté.

Influence vaso-dilatatrice des produits ovariens sur le corps thyroïde. — M. HALLION, par injection d'extrait opothérapique d'ovaire chez des chiens dont il explorait le corps thyroïde à l'aide d'un procédé pléthysmographique spécial, a constaté dans ce dernier organe une vaso-dilatation intense, une véritable poussée congestive. Il s'agit là d'une congestion active, car elle coïncide avec une diminution de la pression artérielle générale.

Ainsi se trouve confirmée, par une méthode expérimentale précise, la relation fonctionnelle que la pathologie et la thérapeutique ont conduit à admettre entre l'ovaire et le corps thyroïde. Il se vérifie en outre que cette relation s'établit par le procédé des sécrétions internes.

L'anesthésie totale au moyen de la rachistovaïnisation. — M. CHAPUT relate les succès que lui a récemment donnés la rachistovaïnisation dans les cas suivants : tumeur abcédée du sein, adénome du sein, cancer très étendu du sein, résection du coude, extirpation de synovite fongueuse de l'avant-bras, amputation de l'avant-bras, ostéomyélite du radius, tuberculose ganglionnaire du cou, tumeur de la parotide, tuberculose des ganglions parotidiens, soit dix opérations avec succès complet.

Il a employé l'injection préalable de scopolamine de Leclerc, à la dose de 1/4 de milligramme, une heure d'avance. La solution utilisée est une solution de stova-cocaïne (3/4 de stovaïne, 1/4 de cocaïne) à 2 p. 100, isotonique, préparée par Billon. Les malades ont reçu, au maximum, 8 centigrammes de stova-cocaïne.

Dans tous les cas, l'anesthésie s'est étendue à tout le corps. Deux malades ont présenté de la gêne de la parole, pendant l'opération seulement. Un autre a présenté une paralysie momentanée du goût ; le même sujet, qui n'avait reçu que 6 centigrammes de stovaïne et qui était d'ailleurs syphilitique, avec inégalité pupillaire, a présenté, au bout de douze jours, après s'être levé, une paralysie de la sixième paire qui est à peu près guérie aujourd'hui, le cas est d'ailleurs récent. La plupart des cas semblables ont guéri spontanément.

Les résultats obtenus sont si constants, l'anesthésie si régulière et si bénigne, qu'on peut espérer que la rachistovaïne pourra prochainement se poser en rivale de l'anesthésie générale.

Les accidents mortels et les paralysies, signalés en Allemagne, paraissent dus, soit à une stérilisation insuffisante du matériel d'injection, soit à l'adjonction d'adrénaline, soit à la méconnaissance de contre-indications de la stovaïne.

La bénignité de la pratique de M. Chaput paraît s'expliquer par l'emploi de solutions très bien dosées et parfaitement stérilisées, et l'emploi de la stova-cocaïne qui est beaucoup plus active et plus bénigne que la stovaïne pure.

Autres communications :

Thermométrie des bains de lumière. — M. PARISOT.

Mise en liberté, par la papaïne, de la toxine tétanique fixée par la substance nerveuse. — MM. A. MARIE et TIFFENEAU.

Causes des variations observées dans l'action des nerfs vagues sur le cœur des batraciens. — M. GUYÉNOT.

La dysenterie amœbienne chez le chat. — M. LESAGE.

Cultures homogènes du bacillus mesentericus. — M. LAFFORGUE.

Recherches sur un séro-diagnostic du kyste hydatique par la méthode des précipitines. — MM. FLEIG et LISBONNE.

Rôle général et fonction péri-vasculaire des cellules connectives rhagiocrines clasmatocytiformes. — M. J. RENAUT.

Coloration élective des plateaux en brosse par le vert lumière dans la triple coloration de Prenant. — M. GUYESSE.

Sur les systoles pseudo-tétaniques du cœur. — M. BASSIN.

Sur le tétanos du cœur. (A propos d'une note de M. Bassin.) — M. PECHON.

Sur le labferment accompagnant la pepsine. — M. BRIOT.

Sur un cas de dysenterie « nostras » à amibes. — M. BILLET.

Sur le rôle de l'hypophyse. — M. LIVON.

LIVRES NOUVEAUX

Chirurgie de l'estomac (1), par Th. TUFFIER. (In Bibliol. de chir. contemp. de RICARD et ROCHARD.)

L'auteur a voulu que son livre fût l'expression des études modernes et il n'a pas hesité à y faire une large place aux notions anatomo-pathologiques indispensables pour prendre au cours d'une intervention un parti opératoire, car « ce temps est passé, comme le dit très justement M. Tuffier dans sa préface, où les chirurgiens n'étaient que des opérateurs ».

Le livre est divisé en douze chapitres :

Le premier est consacré à une étude minutieuse et en même temps très claire de l'anatomie chirurgicale et de la physiologie de l'estomac.

La question du chimisme stomacal et celle du suc gastrique forment un deuxième chapitre.

Dans le troisième, M. Tuffier nous montre de quelle manière on doit actuellement examiner un estomac et nous expose la valeur des différents modes d'exploration dont nous disposons.

Puis sont étudiés successivement, les vices de position de l'estomac, ses traumatismes, la tuberculose, la syphilis de cet organe.

Un chapitre très complet est consacré à la si importante question de l'ulcère de l'estomac, à son traitement chirurgical, à ses si graves complications et à la transformation possible de l'ulcère en cancer.

Les tumeurs cancéreuses et non cancéreuses sont ensuite

(1) In-8°. — Paris, O. Doin.

examinées avec tous les développements désirables, particulièrement au point de vue de leur diagnostic précoce. Le chapitre XII est réservé aux différentes opérations qui se pratiquent sur l'estomac, leur technique est très clairement exposée avec l'indication des accidents qui peuvent survenir à leur suite.

Nous devons enfin signaler que l'ouvrage de M. Tuffier renferme de très nombreuses figures (128) toutes très démonstratives, et facilitant la compréhension des maladies qu'il décrit, les uns provenant de la collection personnelle de l'auteur, les autres très heureuses reproductions de pièces du musée Dupuytren.

Le livre de M. Tuffier est assurément un des plus importants qui ait paru jusqu'à présent sur la chirurgie gastrique, et sera aussi utilement consulté par des débutants en chirurgie stomacale que par ceux qui la pratiquent depuis longtemps.

ÉTIENNE LE SOURD

Memento thérapeutique et formulaire pharmaceutique des maladies infantiles [deuxième édition] (1), par le docteur Henri GILLET, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Ce n'est pas qu'une seconde édition. C'est presque un livre nouveau. Matières et plans sont en grande partie nouveaux.

Les chapitres se déroulent suivant la classification pathologique habituelle : maladies générales d'abord, affections des divers appareils et affections spéciales ensuite; mais les matières, dans chaque chapitre, se rangent par ordre alphabétique.

La table des matières, très détaillée, aussi par lettres alphabétiques, permet de trouver tout de suite le renseignement désiré.

Le praticien y trouvera un guide utile à consulter.

Lectures sur la tuberculose (2), par le docteur ARLEDETTI.

Cet ouvrage est destiné non à vulgariser l'étude de la tuberculose, mais à y intéresser le public intelligent à qui l'on peut parler de science et d'humanité.

M. Ardeletti a pensé avec raison que ce public-là est capable d'apporter une aide efficace dans la lutte contre le terrible fléau. Espérons qu'il sera entendu.

L. GAYARD.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

LE JUS DE RAISINS COMME BOISSON D'ÉTÉ

En été le régime doit être moins abondant et moins carné. Le fruitarisme des indigènes des pays chauds en est une preuve.

Collière (3) affirme qu'un homme peut vivre et travailler en ne mangeant que des fruits : il y trouve la graisse, l'albumine et l'hydrate de carbone nécessaires aux 2600 calories d'entretien de l'organisme. Les fruits sont même supérieurs aux végétaux parce qu'ils sont plus riches en sels acides organiques : malates, tartrates, citrates. Or d'après la théorie de Pawlow ces sels acides, quand ils passent dans l'intestin, provoquent une sécrétion abondante du suc prancréatique. Les essences des fruits excitent en outre la sécrétion psychique du suc gastrique. Cette double sécrétion fera du jus de fruit pris avant le repas un véritable apéritif (Collière).

Collière se demande même si l'eau que les fruits renferment en abondance ne possède pas des propriétés particulières. Pascault ne dit-il pas que l'eau des fruits frais paraît jouir d'une vitalité spéciale, d'un potentiel électrique ou autre analogue à celui qui fait la force des eaux minérales ? Enfin leurs principes salins sont particulièrement assimilables en raison de leur association avec des composés organiques.

Romme (1) rapprochant ces faits de l'article récent de Mayet (2) sur le jus de raisins stérilisé indique qu'il s'appliquent surtout au jus de raisins qui a été le seul étudié scientifiquement jusqu'ici. De ces articles et de ceux parus ici même (3) on peut conclure que le « Stem » pur jus de raisins frais pourra, surtout pendant ces périodes de chaleur, remplacer ou aider le lait facilement altéré et qu'il sera un excellent excitant des appétits troublés par les hautes températures.

Mieux que le vin qui a de l'alcool et pas assez de sucre, mieux que le lait dont les chaleurs exaspèrent la flore bactérienne le « Stem » (4) pourra constituer la base de l'alimentation des fébricitants, surtout des typhiques et des scarlatineux, candidats aux néphrites. Dans les affections entéritiques atténuées il remplacera la diète hydrique ; et dans les cas graves il lui succédera.

Enfin le jus de raisins ne développant pas trop de calories et étant de digestion rapide conviendra aux personnes sédentaires, d'autant que pour les intellectuels le sucre est un excitant cérébral.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DU MAL DE POTT DORSO-LOMBAIRE (5)

ABCÈS PAR CONGESTION. — La région dorso-lombaire et lombaire est celle où le mal de Pott donne le plus souvent un abcès : 40 abcès sur 43 cas dans une statistique de Bouvier. L'abcès se produit habituellement après plusieurs mois, un an et même plus, plus tôt chez les malades non traités. Quelquefois l'abcès est tardif et n'apparaît qu'alors que le malade est considéré comme guéri et recommence à marcher (Paget).

Annoncé par des troubles généraux, perte d'appétit, pâleur, amaigrissement, quelquefois par une claudication du côté correspondant, l'abcès doit être cherché d'abord dans la *fosse iliaque*, où il suit la gaine fibreuse du psoas. Le malade couché, les jambes fléchies, on sent au palper une tuméfaction indolente, *fluctuante* dans le sens longitudinal. Un bon procédé pour diagnostiquer le début de l'abcès est d'examiner le malade couché sur le ventre; d'une main on applique fermement le bassin sur le lit, de l'autre on saisit la jambe et on porte la cuisse en extension d'un côté, puis de l'autre; si, d'un côté, l'extension reste incomplète, on doit craindre la présence d'un abcès (Ménard).

(1) In-18 de 300 p., année 1907. S'adresser à l'éditeur, 11, rue Madame, Paris, qui expédiera franco cet ouvrage, ou à la librairie Maloine, Paris.

(2) In-8. — Paris, Maloine.

(3) COLLIÈRE. *Le végétarisme et la physiologie alimentaire*, Paris 1907.

(1) ROMME. *Presse méd.*, 8 mai 1907.

(2) MAYET. La cure de raisins et le jus de raisins frais stérilisé, *Province méd.*, 9 mars 1907.

(3) *Gaz. des hôpit.*, 9 et 11 mai, et 6 juin 1907.

(4) Le « Stem », pur jus de raisins frais stérilisé et conservé sans addition d'aucun produit chimique, 19, rue Confort, à Lyon.

(5) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, nº 76, p. 911.

Bientôt la collection devient volumineuse, soulève la paroi abdominale en formant une tumeur cylindrique ou élargie. Le tuberculome arrive en suivant le psoas à la partie supérieure et interne de la cuisse, il présente alors deux poches séparées l'une de l'autre par un resserrement qui répond à l'arcade crurale; forme en bissac. Cette tumeur fluctuante, sans chaleur, sans rougeur, sans adhérence à la peau est *réductible*; des pressions d'une main placée dans la fosse iliaque vers la main placée sur la tumeur fémorale font refluer le liquide d'une poche dans l'autre. L'abcès de la gaine du psoas s'ouvre parfois dans l'articulation coxo-fémorale (abcès *ilio-fémoraux* de Bouvier).

L'abcès ne suit pas toujours le psoas; il peut se collecter dans le tissu cellulaire prévertébral, suivre les branches de l'aorte et les vaisseaux fémoraux dans le canal crural, ou gagner le canal inguinal, suivre le nerf sciatique, passer par la grande échancrure sciatique, apparaître sous le grand fessier, parfois plus bas jusque dans le creux poplité (abcès *ischio-fémoraux*). Enfin quelques-uns, passant à travers l'aponévrose périnéale supérieure, viennent faire saillie dans la fosse *ischio-rectale*.

L'évolution de ces abcès est variable; le pus peut se résorber et la guérison survenir spontanément (Bouvier). Plus souvent l'abcès s'ouvre à la peau par simple ulcération des téguments ou après accidents phlegmoneux. Un trajet fistuleux s'établit; fièvre, accidents septicémiques. La fistule peut se fermer, mais, en général, l'ouverture d'un abcès par congestion est grave. Exceptionnellement, les abcès s'ouvrent dans un viscère : vessie, côlon, rectum.

Tous ces abcès appartiennent au mal de Pott dorso-lombaire, ou à un mal de Pott dorsal inférieur dont le foyer touche à la onzième ou douzième vertèbre dorsale (région des insertions du psoas). Le mal de Pott dorsal plus haut situé donne un abcès sessile, logé dans la gouttière costo-vertébrale pouvant devenir sous-pleural, s'ouvrir à la paroi thoracique, exceptionnellement dans les bronches (Chénieux).

Troubles nerveux. Paraplégie. — La moelle et les racines rachidiennes peuvent être, dans certains cas, comprimées par la déformation osseuse ou plutôt par le pus d'un abcès, l'inflammation peut aussi se propager aux méninges et à la moelle (Charcot, Michaud), en déterminant d'abord une pachyméningite externe caséeuse, puis des lésions de la dure-mère qui gagnent la cavité arachnoïdienne, enfin myélite transverse avec diverses dégénérations secondaires au-dessus et au-dessous. Quoi qu'il en soit de la pathogénie des symptômes radiculo-médullaires, ceux-ci consistent en symptômes sensitifs, moteurs et trophiques.

Les troubles de la *sensibilité* ne sont jamais très intenses, sauf parfois chez l'adulte; ce sont des douleurs, des pseudonévralgies dans le domaine du plexus lombaire, du nerf crural et du sciatique. On peut à l'examen objectif constater de l'anesthésie à topographie radiculaire, médullaire ou mixte (Chipault).

Les troubles de la *motilité* constituent la *paraplégie*. Des trois grands symptômes du mal de Pott, la paraplégie est celui dont l'apparition est la plus éventuelle. La gibbosité est presque constante, l'abcès très fréquent, la paraplégie pour ainsi dire une complication. De plus, elle est rare dans le mal de Pott dorsal inférieur ou dorso-lombaire; c'est plutôt un accident des gibbosités dorsales supérieures.

Il est exceptionnel que la paraplégie soit un phénomène du début du mal de Pott; le fait s'observe cependant surtout chez les adultes. Habituellement la gibbosité date de quelques mois quand la paraplégie survient; elle peut se montrer tardivement alors qu'on croyait le foyer tuberculeux cicatrisé.

Elle se constitue progressivement, marche plus pénible, faiblesse dans les jambes; par exception, apparition subite. Un des symptômes importants du début de la paraplégie est l'exagération des réflexes rotuliens. Delbet a montré l'importance de cette exagération des réflexes, parfois d'ailleurs difficile à mettre en évidence chez l'enfant; mais on constate aussi de la trépidation épileptoïde et parfois un retrait du membre inférieur provoqué par la pression transversale des orteils (Delbet).

Bouvier avait distingué trois degrés dans la paraplégie; au premier degré, le malade marche encore mais avec peine, les genoux fléchissent; dans un second degré, le malade ne peut plus se tenir debout et marcher, mais étant couché, il peut encore faire mouvoir les membres inférieurs; au troisième degré tout mouvement volontaire est aboli.

Charcot a décrit à la paraplégie pottique deux périodes : *paraplégie flasque* avec diminution des réflexes pendant la période de myélite transverse; puis *paraplégie avec contracture*, et exagération des réflexes quand s'est produite la dégénération secondaire. Mais on a montré depuis que la paraplégie du mal de Pott pouvait être d'emblée spasmodique et d'autre part que la paraplégie pouvait rester flasque alors même que le faisceau pyramidal a subi la dégénération secondaire.

Plus récemment van Gehuchten a signalé quatre formes de paraplégie. Ce sont par ordre de gravité croissante : la paralysie spasmodique avec réflexes exagérés sans troubles de la sensibilité; la paralysie flasque avec réflexes abolis sans troubles sensitifs; la paralysie flasque, réflexes abolis, avec dissociation syringomyélique de la sensibilité; la paralysie flasque, réflexes abolis, avec anesthésie.

Dans les formes graves, les *troubles sphinctériens* surviennent; incontinence par paralysie des sphincters; rétention par paralysie des réservoirs dans le mal de Pott dorsal supérieur.

Les contractures en flexion peuvent se compliquer de rétractions tendineuses.

Les *troubles trophiques* atteignent la peau qui devient sèche, squameuse, ou mince, lisse et luisante; le tissu cellulaire sous-cutané épaissi. Des éruptions diverses peuvent apparaître. L'atrophie musculaire est fréquente; les arthropathies du cou-de-pied, du genou, rares. Enfin escares à la région sacrée, aux trochanters et aux talons.

La forme de la paraplégie est donc très variable, de même pour la marche et l'évolution; on ne peut tirer de cette étude des données très précises pour le pronostic. On voit des paraplégies spasmodiques incurables et des paraplégies flasques qui guérissent (Broca).

La paraplégie peut devenir immédiatement grave par le développement d'escares au sacrum, escares profondes et étendues avec dénudation du squelette, mise à nu du canal sacré, infection générale; par les troubles sphinctériens avec infection de la vessie et cystite purulente rapidement mortelle. En dehors de ces complications, la paraplégie du mal de Pott guérit dans environ les deux tiers des cas (Broca).

Etat général. — Le mal de Pott peut ne s'accompagner d'aucune altération grave de l'état général. Le plus souvent, c'est lorsque se produit un abcès par congestion, qu'on voit le malade perdre l'appétit, pâlir et maigrir; l'état général devient inquiétant en cas d'abcès ouvert avec fistules ou de paraplégie avec escares et troubles sphinctériens.

Il faut aussi examiner les os et les articulations avec soin, car il n'est pas rare de voir coïncider avec le mal de Pott des spina-ventosa, des tuberculoses du poignet, du cou-de-pied, quelquefois la coxalgie; il arrive aussi qu'un mal de Pott dorso-lombaire est accompagné d'une gibbosité dorsale, mal de Pott double.

Chercher s'il existe quelque tuberculose thoracique ou viscérale, en particultier une adénopathie trachéo-bronchique.

Radiographie. — La radiographie montre plusieurs corps vertébraux paraissant confondus par disparition des espaces clairs correspondant aux disques; des taches noires plus ou moins irrégulières marquent les corps vertébraux déformés. Mais, dans ces cas, le diagnostic clinique était possible, et il ne semble pas que la radiographie puisse permettre le diagnostic à la période initiale (Broca et Delanglade).

(A suivre.)

COURS PRATIQUE DE BRONCHOSCOPIE ET D'ŒSOPHAGOSCOPIE. — M. le docteur Guisez commencera le mardi 23 juillet, à deux heures, un cours pratique de bronchoscopie et œsophagoscopie avec examen des malades.

Le cours sera complet en 4 leçons et aura lieu à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Chomel).

S'inscrire avant le 20 juillet par envoi de carte et droits d'inscription (100 francs), à M. le docteur Guisez, 72, boulevard Malesherbes.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 7, juillet 1907.) RŒSER et DETTLING : Modifications de l'excrétion urinaire sous l'influence des marches militaires. — MALJEAN : Traitement de la péritonite généralisée d'origine appendiculaire. — DEBRIE : Fracture en V de l'olécrâne; suture osseuse. — BONNETTE : Mort subite au cours d'une orchite ourlienne. — GAUTHIER et PLAYOUST : Hydrocèle du cordon et son traitement.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVI, n° 24, 13 juin 1907.) James B. HERRICK : Les relations du laboratoire clinique avec le médecin praticien. — James B. AYER et H. F. AITKEN : Note sur les artères du corps strié (avec trois planches). — Albert E. TAUSSIG : La pneumaturie, avec la relation d'une observation. — Edward REYNOLDS : La restauration du cystocèle (avec 4 fig.). — Shepherds Ivory FRAUZ : L'estimation de la pression des pulsations sanguines (1 fig.)

Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie. — (1er juillet 1907.) SIEUR : Epithélioma tubulé du maxillaire supérieur. — TAPIA : La paralysie associée. Syndrome nouveau. — CASTEX et RABÉ : Contribution à l'étude histologique des tumeurs malignes du sinus maxillaire. — MIGNON : Infection du pharynx, des fosses nasales, des sinus de la face, des oreilles et des mastoïdes avec phénomènes septicémiques. — BONAIN : L'anesthésique local employé en oto-rhino-laryngologie sous la dénomination « liquide de Bonain ». — CAUZARD : L'esthétique dans la trépanation et l'évidement pétro-mastoïdien. — MOURET : De la résection du cornet inférieur dans la cure radicale de la sinusite maxillaire. — RANJARD : Luxation laryngo-trachéale. — DECREQUY : Emploi de la photothérapie dans les otites suppurées; — Injection intra-pulmonaire d'huiles médicamenteuses par voie nasale. — PASQUIER : Un cas de myopathie facio-scapulo-humérale, à prédominance nasale. — CASTEX : Le malmenage vocal chez les chanteurs.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 25, 20 juin 1907.) Max JOSEPH : Thérapeutique générale des maladies vénériennes. — CRONER et SELIGMANN : Le sort de l'atoxyl dans l'organisme. — SICK : Les applications de la stase de Bier. — PROSKAUER : Modifications anatomo-pathologiques spécifiques de l'estomac et des parties voisines de l'intestin dans la fièvre typhoïde. — GOSSNER : Procédé simple et commode d'examen de l'agglutination par le médecin praticien à l'aide de préparations colorées. — KAMP : Contribution à l'étude de la maladie de Thomsen. — LEMMER : Un nouvel aspirateur pour oreille. — BOESSER : Traitement de l'asthme des foins par les injections d'atropine-quinine. — SCHÄFFER : Nouveaux principes dans la construction des tubes Röntgen.

Medical Record. — (Vol. LXXI, n° 16, 20 avril 1907.) George M. GOULD : Les troubles de la réfraction dépendant de la glycosurie. — B. BARINGER : Quelques manifestations inusitées de la compression intra-thoracique. — Omar WILSON : Transitions dermatologiques. — Travis GIBB : Les maladies vénériennes chez les enfants au point de vue criminel, d'après l'examen personnel de plus de 900 enfants, victimes présumées de rapt, sodomie, attentats à la pudeur, etc. — Isaac W. BREWER : Observations sur le traitement de la tuberculose. — Nellis Barnes FORSTER : Le tube stomacal comme moyen de diagnostic. — Howard CRUTCHER : Opération pour obstruction intestinale chez un enfant de cinquante-cinq heures. Mort en dix-sept heures. — (N° 17, 27 avril.) Newton HEINEMAN : Observations sur l'artério-sclérose. — Ch. F. KIEFFER : Tumeurs malignes et malaria. Observations sur leur prétendu antagonisme. — Charles D. CLEGHORN : Notes sur six mille cas de neurasthénie. — H. C. COE : Pathologie de la gonorrhée chez la femme. — W. STONE : La gonorrhée chez la femme. Infections de l'urètre, du vagin et des glandes de Bartholin. — Clifton EDGAR : La gonorrhée pendant la grossesse. — — Ch. GRAEF : Complications oculaires et auriculaires de la grippe.

Medizinische Blatter. — (N° 25, 22 juin 1907.) SCHREIBER : La continence des selles. — FISCH : La cure d'amaigrissement avec considérations sur le cœur et l'appareil vasculaire.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 26, 25 juin 1907.) EHRHARDT : Sur les phlegmons diphtériques diffus de la peau. — SCHUBERT : Observations cliniques sur l'action de la secacornine en obstétrique. — KAUSCH : Les résultats positifs de la méthode de la différence de pression. — OPPENHEIM : La phosphaturie dans la blennorragie. — ROSENBERG : Recherches sur l'emploi thérapeutique du suc gastrique humain. — HEILE : Sur les voies nouvelles qui permettent d'augmenter les moyens de guérison naturels du corps dans les processus morbides. — KRETSCHMANN : Traitement consécutif du sinus maxillaire trépané dans la sinusite chronique. — MERKEL : Un cas d'angine à la fin de la grossesse avec septicémie streptococcique mortelle dans l'accouchement consécutif. — SEUFFERHELD : Un cas de pleurésie interlobaire séreuse. — CRIPPA et FEICHLINGER : Un cas d'intoxication mercurielle mortelle. — MARKUS : Un cathéter aseptique. — ENGEL : Un procédé de dosage du sucre dans l'urine facile en pratique. — MIRTL : Traitement de la gelure par l'hyperémie artificielle.

Pédiâtrie pratique. — (N° 13, 1er juillet 1907.) JOÜON : De l'obturation des cavités osseuses dans l'ostéomyélite prolongée. — JULIEN : Tuberculose du cubitus chez une fillette de huit ans. Résection sous-périostée. Restauration ostéogénique rapide avec conservation d'un état fonctionnel parfait. — AUSSET : Origine centrale de certaines paralysies diphtériques par la sérothérapie.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 25, 23 juin 1907.) FRIEDRICH : Importance de la prédisposition dans la phtisie pulmonaire.

Presse médicale. — (N° 53, 26 juillet 1907.) LABBÉ (M.) : Hyperglycémie et hyperglycistie chez les diabétiques. — LETULLE : L'ophtalmo-réaction à la tuberculine. Sa valeur séméiologique dans la tuberculose pulmonaire. — LECÈNE : Le pronostic de l'intervention chirurgicale dans le spina bifida. — (N° 54, 6 juillet.) Albert FROUIN : Rapports fonctionnels de l'estomac avec les autres organes digestifs. — MONIER-VINARD : Formes cliniques et diagnostic de la sporotrichose.

Province médicale. — (N° 26, 29 juin 1907.) TAPIE : Observation de chirurgie pulmonaire. — AUCHÉ : Ictère infectieux streptococcique des nouveau-nés. — (N° 27, 6 juillet.) GRIMOND et BAUDET (de Toulouse) : Rachistovaïniosation. Notes anatomiques et cliniques. — SARGNON et BARLATIER (de Toulon) : Technique et résultat de l'examen d'un canulard et d'un tubard-canulard. — GUIBAUD (de Toulon) : Traitement de l'hémorragie dentaire.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 25, 20 juin 1907.) KRAUS et STENITZER : Sur les poisons paratyphiques et leur neutralisation par l'antitoxine typhique. — TORDAY : Importance de l'hyposécrétion acide dans le diagnostic des

affections gastriques. — V. SCHRÖTTER : La bronchoscopie dans les corps étrangers. — FUCHS : Combinaison de clavicules rudimentaires et d'anomalies du crâne. — THEODOROW : Recherche des bacilles charbonneux dans les poils des chevaux. — EISLER : Réponse aux remarques de Zuphik sur la spécificité des précipitines bactériennes. — STRUNZ : Paracelse en Autriche.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — A l'occasion des vacances de 1907, la Compagnie P.-L.-M., en vue de faciliter la visite du Morvan, mettra en marche, au départ de Paris, un train spécial sur Avallon.

Aller : départ de Paris, le 13 juillet, à 5 h. 50 soir; arrivée à Avallon à 10 h. 15 soir.

Retour : départ d'Avallon le 15 juillet, à 7 h. 5 soir; arrivée à Paris à 11 h. 48 soir.

Pour plus amples renseignements, consulter les affiches publiées par la Compagnie.

— *Paris à Chamonix.* — La Compagnie P.-L.-M. vient de mettre en service un nouveau train qui permet de se rendre de Paris à Chamonix en 13 h. 24 seulement.

Cet express *de nuit* qui comprend des lits-salons, des voitures de 1re et de 2e classe, part de Paris à 10 h. 30 du soir pour arriver à 10 h. 42 du matin au Fayet Saint-Gervais, tête de ligne du chemin de fer électrique qui dessert Chamonix, centre d'excursions bien connues et où de nouveaux hôtels ont été construits.

En raison de l'affluence toujours plus grande des voyageurs, la Compagnie P.-L.-M. mettra en marche, du 1er juillet au 20 septembre, un express *de jour* à wagons de 1re et de 2e classe : départ de Paris à 9 h. 15 du matin; arrivée à Chamonix à 11 h. 17 du soir.

— A l'occasion des vacances de 1907, la Compagnie P.-L.-M. mettra en marche quatre trains spéciaux à prix réduits sur l'Auvergne (en 3e classe seulement).

Départs de Paris : 15 et 25 juillet, 4 et 8 août, à 5 h. 53 soir.

Prix, aller et retour, de Paris à : Clermont-Ferrand, 25 fr.; Brioude, 28 fr. 50; Neussargues, 33 fr.; Saint-Flour, 35 fr.; Ruines, 36 fr.; Saint-Chély, 38 fr. 50; Aumont-Aubrac, 40 fr.

Franchise de 30 kilogs de bagages.

Nombre de places limité.

Les billets sont nominatifs; ils seront délivrés au bureau de ville P.-L.-M., 64, rue Tiquetonne; la vente commencera le 1er juillet et sera close la veille du départ de chaque train.

Les bagages seront reçus à l'enregistrement, à la gare de Paris, la veille du départ de chaque train et le jour du départ jusqu'à midi au plus tard.

Le retour s'effectuera, au gré des voyageurs, jusqu'au 1er novembre 1907 inclusivement par tous les trains ordinaires, y compris les express, à l'exclusion des trains rapides, dans les mêmes conditions que pour les voyageurs en général.

Pour tous autres renseignements, voir les affiches publiées par la Compagnie ou s'adresser au bureau P.-L.-M. de la rue Tiquetonne.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de technique opératoire, par Ch. MONOD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, et J. VANVERTS, ancien chef de clinique à la Faculté de Lille, membre correspondant de la Société de chirurgie. Deuxième édition entièrement refondue. — T. I, gr. in-8 de XII-1016 p., avec 1189 fig. dans le texte : 20 francs. — Le t. II, actuellement sous presse, sera vendu 18 francs. A dater de l'apparition du tome II, le tome I ne sera plus vendu séparément et le prix de l'ouvrage complet sera porté à 40 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le sweating system et la loi sur la protection de la santé publique. Communication faite au Congrès de l'Association des ingénieurs, architectes et hygiénistes municipaux, Lyon, 1907, par le docteur LUCIEN-GRAUX, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Paris* et de la *Gazette des Eaux*, membre de la Société de médecine de Paris, de la Société d'hydrologie médicale, de la Société de médecine publique et de génie sanitaire, membre de la Commission des stations hydrominérales et climatiques du ministère de l'Intérieur, membre de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Barcelone. — Paris, librairie de la *Gazette médicale de Paris*, 33, rue Jean-Jacques Rousseau.

N° 80. — SAMEDI 13 JUILLET 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 13 JUILLET 1907. — N° 80.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas mardi.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hopitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 11 juillet. — MM. Laignel-Lavastine et Pissavy, 20; Gallois, 18.

La prochaine séance aura lieu le mardi 16 juillet, à cinq heures, à Necker.

— Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation.* — Séance du 11 juillet. — MM. Hallopeau, 18; Chifoliau, 15; Schwartz, 14.

La prochaine séance (épreuve opératoire) aura lieu le samedi 13 juillet, à quatre heures un quart, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de la Marine. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin en chef Ambiel.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe Aurégan, Lecœur, Mottin, Meslet, Pernet et Porre.

Ministère de la Guerre. — *Au grade de commandeur.* — MM. le médecin-inspecteur Czernicki, directeur du service de santé du 18e corps; Grall, médecin-inspecteur des troupes coloniales.

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de première classe Radouin, médecin-chef de l'hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé; M. le médecin principal de première classe Testevin, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Tours; M. le médecin principal de deuxième classe Comte, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Angoulême; M. le médecin principal de deuxième classe Massonnaud; M. le médecin principal de deuxième classe Renault, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Douai; M. le médecin-major de première classe Cardot, 4e d'art.; M. le médecin-major de première classe Perrin.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Armynot du Châtelet, Benoît dit Becker, Creton, Esprit, Lejeune, Moingeard, Sébillon et Vitoux.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Cousin, Destrez, Donnadieu, Escande de Messières, Fromont, Gilliard, Julia, Laine, Loustalot, Malafosse, Pous, Roux, Sire, Teissier et Visbecq.

Ministère des Colonies (services exceptionnels). — M. le médecin-major de deuxième classe Gravot.

M. le médecin aide-major de première classe Ducasse.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — *Année 1908.* — Prix Esquirol. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera decerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Aubanel (1 200 francs). — Question : « Des amnésies dans les lésions organiques et traumatiques du cerveau. »

Année 1909. — Prix Esquirol. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours) (200 francs). — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurables soutenues en 1905 et en 1906, dans les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

Prix Semelaigne (500 francs). — Question : « Histoire de l'origine et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale. »

Année 1910. — Prix Esquirol. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Belhaume (900 francs). — Question : « Du rôle comparatif de la syphilis et de l'alcoolisme dans la genèse de l'idiotie. »

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1907 pour les prix à décerner en 1908, le 31 décembre 1908 pour les pris à décerner en 1909, et le 31 décembre 1909 pour les prix à décerner en 1910, chez M. le docteur Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés ; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

UN HOSPICE DÉPARTEMENTAL A VILLEJUIF. — Le Conseil général, sur la proposition de M. Roussel a ratifié l'acquisition des terrains pour la construction d'un hospice départemental de vieillards à Villejuif. Les travaux de construction vont être mis en adjudication. Ils s'élèveront à 4 285 000 francs ; la fourniture du mobilier sera confiée autant que possible à des associations ouvrières. On demandera une subvention à l'État.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. — L'ouverture de ce Congrès aura lieu à la Faculté de Paris, le lundi 14 octobre et non le lundi 17 octobre, ainsi que l'annonçait par erreur la circulaire du comité d'organisation.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort M. le docteur Villard, sénateur de la Creuse.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-septème semaine, 814 décès, au lieu de 868 pendant la semaine précédente et au lieu de 855, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant.

La rougeole a causé 14 décès, au lieu de 19 pendant la semaine précédente (moyenne 13). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 433 (au lieu de 184, moyenne des quatre dernières années).

La scarlatine a causé 6 décès, au lieu de 12 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 445 ; il s'élevait à 528 pendant la semaine précédente (moyenne 89).

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales médico-psychologiques. — (N° 4, juillet-août 1907.) Roger Mignot : Les troubles phonétiques dans la démence précoce. — Soutzo fils : Encore la question de la démence précoce (*suite et fin*).

Archives générales de médecine. — (N° 6, juin 1907.) Pétronne : Les anémies dans l'enfance (deuxième mémoire). — Henry : Syndrome chólériforme d'origine.

Archives de médecine des enfants. — (N° 7, juillet 1907.) Weill et Thévenot : Radioscopie dans la pneumonie. — Mayet : Appareils de marche dans les tumeurs blanches. — Fabre et Thévenot : Goitre parenchymateux du nouveau-né.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 juin 1907.) Baudrau : Préparation chimique des antidotes, des alcaloïdes et des toxines.

Bulletin médical. — (N° 51, 3 juillet 1907.) Texier : Signes et diagnostic des anévrismes de la carotide interne cervicale. — (N° 52, 6 juillet.) F. Bezançon et S. Israëls de Jong : Etude histo-chimique et cytologique du crachat pneumonique. — Sir Dyce Duckworth : Le côté hygiénique des boissons alcooliques.

Écho médical du Nord. — (N° 26, 30 juin 1907.) Jacques et Gaudier : Diagnostic et traitement des tumeurs malignes primitives du sinus maxillaire. — (N° 27, 7 juillet.) Dubar et Leroy : Fibrome calcifié de l'ovaire. — L. Julien : Restauration ostéogénique après résection sous-périostée. — Raviart et Gayet : Rétrécissement mitral. Ictus successifs, confusion mentale, syndrome pseudo-bulbaire.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux — (N° 27, 7 juillet 1907.) Collet et Horand : De la présence de pseudo tréponèmes pâles dans une angine de Vincent à côté des fuso-spirilles et des spirochètes classiques. — E. Cassaet : Adénopathie trachéo-bronchique avec médiastinite supérieure unilatérale droite. — Brunetière : L'emploi de la tuberculine en ophtalmologie. — Anglade et Jacquin : Deux cas de phobie. — Gineste : Méthode et conceptions biologiques (*suite*).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 25, 23 juin 1907.) Fromaget ; La conjonctivite végétante printanière dans le sud-ouest. — (N° 26, 30 juin.) Mongour : Essais de thérapeutique générale par le sérum antidiphtérique. — Crouzel : De l'emploi de l'acide citrique dans le traitement des brûlures par la chaux et en général par les alcalins. — Codet-Boisse : Tumeur blanche du genou traitée par le plombage iodoformé de Mosetig Moorhof. Guérison. — (N° 27, 7 juillet.) Lancereaux : Sur les désordres pathologiques causés par l'abus prolongé du vin.

Journal des praticiens. — (N° 25, 22 juin 1907.) Schwartz : Luxation ancienne du pouce en arrière. Impossibilité de la réduction. Résection de la tête du premier métacarpien. — Huchard : Cardiopathies chroniques, endocardiques et cardiopathies artérielles. — (N° 26, 29 juin.) Boissard : Première leçon de thérapeutique obstétricale de l'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — (N° 27, 6 juillet.) Calot : Le traitement pratique du torticolis.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 26, 29 juin 1907.) Eustache : La maternité de la Faculté libre de médecine de Lille 1881-1907 (*suite*). — Devailly : Angiome caverneux d'origine cutanée.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 27, 4 juillet 1907.) Eugène Boddaert : Démonstration macro et microscopique d'un cancer prostatique opéré par le procédé de Freyer. Quelques considérations sur la fréquence et le traitement des tumeurs cancéreuses de la prostate.

Lyon médical. — (N° 26, 30 juin 1907.) Collet : Diazo-réaction d'Ehrlich dans les fièvres éruptives. — Porcher et Hervieux : Sur les chromogènes urinaires du groupe de l'indol. — (N° 27, 7 juillet.) Gallavardin : Cancer primitif des voies biliaires. — L.-M. Bonnet : Desquamation linguale en aires chez les adultes.

Semaine gynécologique. — (N° 27, 2 juillet 1907.) Pichevin : Du chancre syphilitique du col utérin. — (N° 28, 9 juillet.) Pichevin : Paramétrite.

REVUE GÉNÉRALE

BRONCHITES FÉTIDES

Par M. RABÉ,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Assistant d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine.

L'étude de bronchites fétides comprend, dans le langage médical courant, deux ordres de faits, essentiellement distincts par leur allure clinique, leur pronostic et leurs lésions. Dans un premier groupe, se rangent les bronchites, dans lesquelles la fétidité de l'expectoration et de l'haleine apparaît à titre de symptôme passager et intermittent, sans retentir sensiblement sur l'état général. Cette variété de bronchite récidive volontiers, à intervalles plus ou moins éloignés; elle peut, à l'occasion d'une reprise offensive, plus grave que les autres, entraîner la mort du malade. L'autopsie ne révèle aucune altération broncho-pulmonaire, capable d'expliquer l'odeur particulière des crachats. Les bronches présentent les lésions ulcératives ordinaires de la bronchite chronique ou de la dilatation des bronches, mais on ne relève ni sphacèle de la muqueuse, ni gangrène parenchymateuse. Bien plus, la fétidité disparaît souvent, si l'on a soin de déterger la paroi des mucosités purulentes ou sanieuses qui la recouvrent. Laënnec a signalé le premier ces faits, dans lesquels l'odeur et l'aspect des crachats ne prouvent pas toujours l'existence d'une excavation gangréneuse. « Deux ou trois fois, dit-il, je n'ai absolument rien trouvé, à l'ouverture des corps, qui justifiât l'odeur gangréneuse, si ce n'est la promptitude de la putréfaction, particulièrement dans la muqueuse bronchique (1). » Andral (2), Graves (3), Trousseau (4) ont rapporté des observations analogues et Lasègue a vulgarisé la notion de ces bronchites fétides, sans substratum anatomique, en les décrivant sous le nom de « gangrènes curables des poumons (5) ».

A la seconde catégorie de faits, appartiennent les bronchites fétides, caractérisées par des lésions décelables à l'autopsie, sphacèle bronchique, gangrène pulmonaire d'origine bronchique. Ce sont de véritables bronchites putrides, observées souvent au cours de la dilatation des petites bronches. L'odeur de l'haleine et de l'expectoration affecte un caractère de putridité, plus marqué que dans la forme précédente; il y a des symptômes généraux qui indiquent une toxi-infection profonde de l'organisme. Le malade peut guérir, plus souvent il succombe aux progrès de la cachexie. A l'autopsie, on découvre des lésions nettes de gangrène des bronches et des

(1) LAËNNEC. *Traité de l'auscultation*, édit. d'Andral, 1837, t. III, p. 556.

(2) ANDRAL. *Clinique médicale*, 1840, t. III, p. 219.

(3) GRAVES. *Leçons de clinique médicale*, édit. franç., 1862, t. II, p. 82.

(4) TROUSSEAU. *Clinique médicale*, 1868, t. I, p. 725.

(5) LASÈGUE. *Gangrènes curables des poumons. Études médicales*, 1884, t. I.

poumons. Ce type anatomo-clinique de bronchite fétide a été décrit, pour la première fois, par Briquet, en 1841, sous le terme de « gangrène des extrémités dilatées des bronches (1) ». Dittrich (2) en 1850, Traube (3) en 1861, l'ont étudié à nouveau. Cornil et Ranvier ont donné de ces lésions une excellente description, sous le nom de gangrène superficielle dans la dilatation des bronches (4).

Tels sont les deux groupements de faits, si disparates par leurs caractères évolutifs et pronostiques, que le langage médical englobe sous la même appellation. Il y aurait avantage, croyons-nous, à distinguer l'un de l'autre ces deux types anatomo-cliniques, et à consacrer à chacun d'eux une désignation qui leur serait propre. A la variété clinique, décrite par Lasègue, à la gangrène curable des bronches, caractérisée par l'intermittence du symptôme fétidité et la guérison presque constante de l'affection, serait réservé le terme de bronchite fétide simple. Quant à la variété clinique, engendrée par le sphacèle de la muqueuse bronchique et dont nous connaissons le pronostic sévère, on pourrait lui attribuer la désignation de bronchite putride, de bronchite gangréneuse, de bronchite avec gangrène superficielle des parois, de gangrène des bronches (5).

On nous objectera avec raison, que cette dissociation morbide aisée sur le terrain didactique, facile sur la table d'autopsie, comporte en clinique des difficultés souvent insurmontables, et qu'il est parfois impossible, au lit du malade, d'affirmer si une bronchite fétide est symptomatique d'une gangrène des bronches ou d'une simple perversion de la sécrétion. Certains cas, nous le reconnaissons, défient la distinction que nous proposons d'établir, et le diagnostic ne pourra être tranché qu'à l'instant de l'autopsie. Il nous semble cependant que, le plus souvent, l'absence ou la constatation d'une atteinte sérieuse de l'état général, le caractère de fétidité

(1) BRIQUET. Mémoire sur un mode de gangrène du poumon, dépendant de la mortification des extrémités dilatées des bronches, *Arch. gén. de méd.*, mai 1841.

(2) DITTRICH. *Gangrène du poumon, consécutive à la dilatation des bronches*, 1850.

(3) TRAUBE. *Ueber putride Bronchitis*, 1861.

(4) CORNIL et RANVIER. *Histologie pathologique*, vol. II, p. 75.

(5) Consulter sur cette question des bronchites fétides, avec ou sans gangrène des bronches, les travaux qui suivent :

EMPIS. *Cliniques de la Pitié*, 1863. — ROSENSTEIN. Zur putriden Bronchitis, *Berl. klin. Wochens.*, 1867. — RENDU. *Clinique médicale*, 1890. — LANCEREAUX. La bronchite fétide, *Clinique médicale de la Pitié*, 1890, 3e série, et *Journ. des prat.*, oct. 1904. — STRAUSS. Art. GANGRÈNE PULMONAIRE du *Dict. Jaccoud*. — BARIÉ. Id. du *Dict. Dechambre*. — EICHHORST. *Pathologie interne*, trad. franç., t. I, p. 319. — STRÜMPELL. *Pathologie interne*, trad. franç., t. II, p. 232.

Et les thèses de Paris : LIANDIER. *Essai sur la gangrène pulmonaire dans le cours de quelques affections chroniques du poumon et des bronches*, 1883. — PAUGON. 1879. — MOITIER. *Étude sur la bronchite putride, sa terminaison possible par la gangrène pulmonaire*, 1891. — DIEUDONNÉ. 1888. — NOÏCA. *Contribution à l'étude de la fétidité dans les maladies de l'appareil respiratoire*, 1899, et Etude clinique et anatomique. Gangrène curable des poumons de Lasègue, in *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept. 1899. — TAUBÉ. *Ozène des bronches*, 1906.

plus ou moins accentué de l'expectoration, rendent accessible le diagnostic différentiel des deux types cliniques, et que la classification, indiquée plus haut, se trouve légitimée.

Nous nous efforcerons, au cours de l'exposé qui va suivre, d'opposer constamment l'une à l'autre ces deux variétés de bronchites fétides, et de montrer, d'une façon aussi précise que possible, les contrastes qui les séparent.

I

Étiologie. — La fétidité de l'expectoration a été signalée, dans de très rares cas, au cours d'une bronchite aiguë, simple, ou d'origine grippale, datant de quelques jours. Il s'agirait d'une véritable bronchite fétide primitive (Strümpell, Eichhorst). Presque toujours, la bronchite fétide apparaît, au cours d'une inflammation antécédente des bronches, subaiguë ou chronique, banale ou spécifique, dont elle constitue un accident d'évolution.

Les observations de bronchite chronique avec fétidité intermittente sont très nombreuses. L'odeur spéciale des crachats peut se développer sans raison étiologique appréciable; plus souvent, c'est à l'occasion d'un surmenage physique, d'une fatigue intellectuelle prolongée, ou bien, à la suite d'un refroidissement, d'une attaque de grippe, que la bronchorrhée simple jusqu'alors, s'aggrave et se complique de putridité. L'alcoolisme et le paludisme chroniques, l'artério-sclérose généralisée, l'état de misère physiologique créent une prédisposition fâcheuse à la transformation gangréneuse d'une bronchite chronique banale. Certaines broncho-pneumonies subaiguës, ainsi la broncho-pneumonie typhique, exercent une influence favorisante sur l'apparition de cette même complication. Noïca, dans sa thèse inaugurale, a rapporté une observation très nette de broncho-pneumonie fétide, apparue à la phase de décrudescence d'une fièvre typhoïde, et qui dura trente-cinq jours. Nous-même avons pu suivre un malade qui présenta, durant la convalescence d'une infection éberthienne compliquée d'accidents laryngés et bronchiques graves, de la fétidité de l'haleine et de l'expectoration. Le patient succomba et l'autopsie montra, dans le lobe inférieur de l'un des poumons, des lésions de broncho-pneumonie subaiguë, avec dilatation des bronches en voie d'organisation.

La gangrène curable de Lasègue et la maladie de Briquet doivent surtout être inscrites dans le cadre des complications de la dilatation des bronches, dont les lésions favorisent singulièrement la stagnation des mucosités purulentes et l'infection gangréneuse de la muqueuse. Les altérations chroniques, concomitantes, des poumons et des plèvres (pneumonie chronique, pachypleurite localisée ou diffuse avec symphyse) facilitent encore l'éclosion de ces mêmes accidents. Tous les auteurs qui se sont occupés de la bronchectasie ont attiré l'attention sur les accès de fétidité de l'haleine, dont les malades souffrent par intermittences, et certains prétendent même, que si le caractère de putridité apparaît au cours d'une bronchite chronique commune, c'est surtout à la faveur de lésions préexistantes de bronchectasie, assez discrètes pour échapper à l'investigation clinique. Tous signalent aussi des observations dans lesquelles le malade, après avoir présenté par périodes, durant des années, les symptômes de la gangrène curable des poumons, voit son état brusquement aggravé. La fétidité respiratoire devient plus forte, l'état général périclite et le patient finit par succomber. On trouve, à l'autopsie, de vrais foyers de gangrène pulmonaire dont le point de départ est la destruction gangréneuse des parois bronchiques ectasiées. La bronchite fétide simple s'est compliquée de gangrène mortelle des bronches et des poumons. Les mêmes facteurs de prédisposition que tout à l'heure se retrouvent ici, capables d'expliquer la transformation putride des lésions : misère physiologique, intoxication chronique endo ou exogène (diabète, albuminurie, éthylisme, saturnisme), cachexie artérielle ou cancéreuse. Trousseau invoque, dans un cas qu'il a observé, les grossesses multiples et l'allaitement prolongé, comme éléments de prédisposition et de déchéance organique. Briquet, du reste, avait bien mis en relief, dans son mémoire, l'influence de ces conditions favorisantes : « Cette gangrène des bronches, dit-il, dépend plutôt de la nature de l'inflammation et de l'état de détérioration de l'individu, que de l'intensité de la phlogose. » Enfin, Rindfleisch paraît attacher une grande importance étiologique, dans le développement du sphacèle, à la pneumonie aiguë, qui frappe un poumon, déjà porteur de lésions de bronchectasie.

Il n'est pas rare, au cours de la tuberculose pulmonaire, de constater l'apparition d'une fétidité plus ou moins marquée de l'haleine et des crachats. De nombreuses conditions étiologiques se trouvent, en effet, réunies pour favoriser la fermentation putride des sécrétions bronchiques et leur transformation gangréneuse (ectasies des bronchioles, ulcérations bronchiques et pulmonaires, infection aérobie et anaérobie des parois des cavernes). La fétidité respiratoire est due, le plus habituellement, à la bronchite putride simple. Liandier, dans sa thèse inaugurale, en a rapporté deux observations très nettes; Noïca a consigné trois autres faits de tuberculose pulmonaire, compliquée de gangrène curable, dont l'un avec autopsie. L'odeur gangréneuse est, peut-être plus souvent, symptomatique du sphacèle des parois d'une caverne; Laënnec estimait cette complication comme une rareté; Fournet (1), Boudet (2), Liandier en ont, cependant, relaté de nombreux exemples. Le parenchyme pulmonaire peut aussi être frappé de gangrène vraie, surtout s'il existe des ulcérations cavitaires. Ramdhor (3), Bansk (4), Liandier en ont cité des faits, qui ne laissent aucun doute. Mais cette dernière complication, toujours mortelle à brève échéance, paraît, chez les tuberculeux, beaucoup plus rare que la bronchite fétide simple ou le sphacèle superficiel des bronches.

(1) Fournet. *Journal l'Expérience*, 1837.
(2) Boudet. *Arch. de méd.*, 1843.
(3) Ramdhor. *Deuts. med. Wochens.*, 1878.
(4) Bansk. *Dublin quart. Journ.*, 1867.

Stokes (1), Ramdhor, Boufflers (2) ont rapporté des observations d'haleine fétide, au cours des tumeurs malignes des poumons. Il s'agit de faits complexes qui sortent du cadre de notre étude. Car l'autopsie a décelé, à côté de lésions de bronchite fétide ou gangréneuse, des foyers de sphacèle vrai du parenchyme.

De cet aperçu étiologique, il résulte que la gangrène curable de Lasègue et le sphacèle des bronches n'apparaissent jamais, chez un sujet dont la muqueuse broncho-pulmonaire a conservé son intégrité de structure. Ces diverses altérations ne se développent qu'à la surface d'une paroi enflammée chroniquement, dilatée, ulcérée, sans défense contre certaines agressions microbiennes. Cette conclusion nous permet d'éliminer de notre description les cas dans lesquels l'odeur infecte de l'haleine et des crachats est due à l'enclavement, dans les bronches, d'un corps étranger septique, et à l'infection directe de ces conduits.

Taubé, dans une thèse récente, a voulu isoler, parmi les différentes variétés de bronchites fétides simples, un type clinique auquel il donne le nom d'ozène des bronches, et qui, par sa longue durée, l'absence habituelle de fièvre, la conservation d'un bon état général, présente plutôt les caractères d'une infirmité que ceux d'une maladie. L'unique symptôme est constitué par une expectoration purulente, d'une fétidité spéciale, et semble engendré par des lésions de la muqueuse bronchique. Nous ne saurions trop nous élever contre cette opinion, dont l'un des moindres inconvénients est de créer une confusion fâcheuse avec l'ozène vrai, essentiel, de la trachée et des bronches. Cette dernière affection, bien décrite par Luc (3), par Simionescu (4), et à laquelle Labayle (5) vient de consacrer sa thèse inaugurale, se caractérise, par la formation, à la surface de la trachée et des bronches, de croûtes épaisses, verdâtres, analogues comme aspect et odeur à celles de l'ozène nasal primitif, et elle ne présente aucun trait de commun avec l'entité morbide, dont Taubé veut consacrer l'existence. De plus ce faux ozène des bronches semble répondre simplement à une forme très bénigne de la gangrène curable des poumons de Lasègue.

II

Anatomie pathologique. — A l'autopsie, l'examen de l'appareil broncho-pulmonaire révèle des lésions d'aspect sensiblement variable, suivant que le malade succombe aux progrès d'une bronchite fétide, simple ou compliquée de gangrène des bronches.

Les plèvres sont presque toujours altérées, atteintes d'inflammation chronique adhésive, localisée ou diffuse; souvent, un épanchement louche ou franchement purulent occupe l'une des cavités. A l'ouverture des poumons une odeur fétide, toujours plus forte, plus pénétrante que celle de la décomposition cadavérique simple, quelquefois putrilagineuse et repoussante, se dégage, et l'on distingue immédiatement, au moins si elles sont diffuses, les lésions habituelles de la bronchectasie, cause première des accidents, avec, à leur périphérie, des zones de pneumonie chronique ou des travées fibreuses nacrées qui irradient plus ou moins loin. Si l'ectasie n'intéresse qu'une ou deux branches du réseau, un examen attentif et méthodique des différents lobes de chaque poumon permettra seul de déceler ce foyer partiel. S'agit-il de bronchite fétide simple, les lésions de bronchectasie ne présentent rien de particulier. La muqueuse qui tapisse les cavités est plus ou moins modifiée, simplement épaissie et congestionnée, de teinte lie de vin, souvent ulcérée et bourgeonnante, parfois recouverte d'un liquide sanieux ou mucopurulent exhalant une odeur infecte, ou bien d'une fausse membrane grisâtre offrant le même caractère de fétidité. Mais l'examen soigneux de ces parois ectasiées ne permet, même après détersion et lavage des mucosités, de découvrir aucune ulcération gangréneuse, aucune parcelle de tissu bronchique noirâtre et putrilagineux. Graves a noté le premier ce fait, vérifié bien souvent, que la muqueuse bronchique perd toute mauvaise odeur dès qu'on enlève les sécrétions qui la recouvrent; la fétidité est donc bien engendrée par les seules modifications des mucosités stagnantes. Dans bien des cas toutefois, l'examen microscopique sera nécessaire pour affirmer l'absence réelle de gangrène pariétale.

Noïca insiste beaucoup dans l'un de ses mémoires (1) sur l'existence relativement fréquente, à la base des poumons, de foyers de caséification du volume d'une lentille ou d'une petite noisette qui dégagent une odeur très fétide et que l'on prendrait, à simple examen à l'œil nu, pour des nodules de broncho-pneumonie gangréneuse. Or l'examen microscopique permet de démentir cette interprétation et d'envisager ces lésions comme des foyers d'ectasie bronchique simple, dont la cavité est remplie d'un exsudat granuleux de nature strictement inflammatoire; il ne s'agit pas de tuberculose caséeuse, car l'examen histo-bactériologique n'a pu déceler aucun bacille de Koch.

Les lésions caractéristiques de la maladie de Briquet siègent en général à la périphérie de l'organe, dans les régions postéro-inférieures et intéressent les petites bronches. Elles se présentent sous l'aspect de petites cavités du volume d'une grosse aveline et remplies par un amas putrilagineux, noirâtre, sanieux, dégageant une odeur de matière organique en décomposition. On peut par le râclage déterger la surface de la bronche, qui apparaît très amincie, quelquefois piquetée de fines taches noirâtres, véritables petites escares au niveau desquelles la paroi

(1) Stokes. *Dublin med. Journ.*, 1842.

(2) Boufflers. *De la gangrène du poumon dans les néoplasmes primitifs ou secondaires de cet organe*, Th. de Paris, 1893.

(3) Luc. De l'ozène trachéal, *Arch. intern. de laryngol.*, 1888, p. 101.

(4) Simionescu. Contribution à l'étude de l'ozène trachéal, *Arch. intern. de laryngol.*, 1905, n° 6.

(5) Labayle. *Contribution à l'étude de l'ozène trachéal*, Th. de Paris, 1907.

(1) Noïca. Gangrène curable des poumons de Lasègue, *Arch. de méd. expériment. et d'anat. pathol.*, sept. 1899.

est amollie et friable. A l'examen sous l'eau, la surface se montre hérissée de filaments déliés. Il est aisé, à l'aide de sections faites tranversalement à l'axe des bronches, de mettre en évidence par la pression la communication à pleine lumière, de la bronche sus-jacente avec la cavité gangréneuse.

Ces foyers de sphacèle bronchique sont entourés, pour la plupart, d'une zone de parenchyme normal. Souvent, en d'autres points, la lésion a progressé; la paroi elle-même est sphacélée en totalité; la gangrène creuse en plein parenchyme et la cavité est limitée par une membrane putrilagineuse, verdâtre, constituée par des lambeaux de tissu pulmonaire en état de déliquescence. C'est la gangrène pulmonaire d'origine bronchique nettement signalée par Briquet. Ces mêmes lésions sont consignées dans une observation de la thèse de Noïca. A la région postéro-inférieure de l'un des poumons, on découvre une caverne gangréneuse du volume d'un œuf de poule, aux parois anfractueuses, noirâtres, putrilagineuses, exhalant une odeur infecte. De nombreux foyers de gangrène sont disséminés autour de cette caverne, les uns gros comme un grain de maïs, les autres comme un pois, d'autres plus petits encore n'ont été révélés que par l'examen microscopique. Ces derniers ont une paroi à contours nettement délimités, et dans laquelle on retrouve tous les éléments du tissu bronchique; il s'agit de branchioles simplement dilatées. Les foyers gangréneux les plus larges présentent, au contraire, des bords frangés, déchiquetés, et répondent à des zones de gangrène pulmonaire qui ont leur origine dans une bronche ectasiée. En d'autres points de ce même poumon, on distingue des bronches en état de dilatation, les unes complètement vides, les autres remplies d'une substance blanche, granuleuse, d'apparence caséeuse.

Briquet a constaté un autre aspect des lésions : à l'autopsie de l'un de ses malades il trouva dans les poumons un grand nombre de cavités kystiques, dont les unes présentaient une paroi, tapissée par une muqueuse lisse et polie, blanche, et contenaient un pus d'un jaune sale, très visqueux. D'autres cavités étaient tapissées par une membrane molle, flasque, s'enlevant par le grattage et se montraient remplies par une pulpe gangréneuse, très fétide. Enfin en d'autres régions du parenchyme, la paroi du kyste était formée par le tissu pulmonaire rouge, induré, recouvert d'une exsudation pseudomembraneuse, molle et jaunâtre, d'odeur putride; la paroi bronchique avait complètement disparu.

Malgré l'existence de ces multiples foyers de gangrène, ni l'haleine ni l'expectoration n'avaient présenté à aucun moment de fétidité. Briquet put déceler la raison de cette discordance entre les lésions et les symptômes : ces différentes cavités ne communiquaient pas avec les bronches qui étaient oblitérées en avant du kyste gangréneux.

Indépendamment des lésions que nous venons de décrire, on trouve toujours dans les poumons des foyers récents de broncho-pneumonie suppurée ou gangréneuse. Dans l'observation de Rendu, un foyer superficiel de gangrène, situé près du hile du poumon, avait infecté le médiastin antérieur, et des traînées purulentes occupaient tout l'espace compris entre la fourchette sternale et le diaphragme. Chez un malade que nous avons pu observer et qui était atteint de bronchiolite fétide, la mort survint à l'occasion d'un pyo-pneumothorax de même nature.

Parfois des embolies gangréneuses détachées du poumon ont donné naissance, dans les viscères, à des infarctus putrides.

III

Bactériologie. — La bactériologie des bronchites fétides a déjà fait l'objet d'un certain nombre de recherches, mais aucune n'a pu aboutir à des conclusions définitives. Le contenu des cavités bronchectasiées, en effet, fourmille de bactéries parmi lesquelles il est très difficile de distinguer le germe responsable. Nous ne pouvons qu'énumérer les résultats publiés jusqu'à ce jour.

Leyden et Jaffé (1) ont constaté dans les bouchons de Dittrich des bâtonnets et des filaments articulés, à mouvements très vifs, qui présentent une grande ressemblance avec les filaments du leptothrix buccalis, raison pour laquelle ces auteurs ont décrit ces éléments sous le nom de leptothrix pulmonalis.

Bonome a trouvé des staphylocoques pyogènes du type albus et aureus. Canali a décrit une bronchite fétide causée par le champignon de l'actinomycose, tandis que Rosenstein (2) rapporte l'observation d'une jeune fille, qui après avoir respiré auprès d'une malade, atteinte de muguet, contracta une bronchite putride avec oïdium albicans. Fischer attribue la bronchorrée fétide à la culture de sarcines dans les ectasies bronchiques. Lancereaux a vu de nombreux diplocoques dans les crachats; Marfan, par contre, y a trouvé en abondance le bacterium termo.

Le travail de bactériologie le plus important qui ait été publié sur cette question est dû à Luminger (3) et concerne douze cas observés et étudiés par lui. Cet auteur a isolé six espèces de microorganismes dans l'expectoration de la bronchite fétide : quatre variétés de staphylocoques, un diplocoque et un bacille auquel il attribue le rôle primordial. C'est un bacille long de 2 μ, arrondi et légèrement épaissi aux extrémités; il ne pousse pas sur gélatine ni sur la pomme de terre, mais se cultive bien sur la gélose et sur le sérum de sang. Les cultures au bout de six à sept jours présentent une odeur fétide, analogue à celle des crachats; bien plus, après inoculation dans la trachée ou le parenchyme pulmonaire, ce bacille détermine une pneumonie interstitielle chronique, et parfois des lésions gangréneuses. Luminger envisage cette bactérie comme l'agen pathogène essentiel de la bronchite fétide, et il base son opinion sur la présence constante de ce germe, dans l'expectoration, tant que celle-ci conserve de l'odeur; dès que les crachats perdent ce caractère,

(1) Leyden et Jaffé. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1186, t. II, p. 488.

(2) Rosenstein. Zur putriden Bronchitis, *Berl. klin. Wochens.* 1867.

(3) Luminger. *Wien. med. Presse*, p. 666.

le bacille disparaît des crachats. Bernabei a décrit, comme microbe causal de la bronchorrhée fétide, le bacillus putridus splendens, et soutient que le bacille isolé par Luminger est identique au sien. Cependant le bacille de Bernabei, à forme ovalaire, prend le Gram, et pousse sur la gélatine, qu'il liquéfie, à l'inverse du microbe de Luminger. Ses cultures dégagent au bout d'un certain temps une odeur de putréfaction, et sa présence provoque dans le parenchyme pulmonaire des foyers de pneumonie.

Noïca est arrivé, avec le coli-bacille, aux mêmes constatations. Cet auteur a été guidé, dans ses recherches, par le résultat des observations de Sevestre et de son élève, Renard; ces derniers ont mis en évidence la fréquence relative, chez le nourrisson, des infections pulmonaires à coli-bacilles, au cours de certaines gastro-entérites et surtout des diarrhées fétides. Noïca s'est efforcé de déceler le coli-bacille, dans une série d'affections pulmonaires, qui s'accompagnaient d'une expectoration fétide (dilatation des bronches avec gangrène pulmonaire, pleurésie purulente enkystée fétide, bronchite chronique simple). Or, il s'appuie sur les résultats constamment positifs de ses investigations, sur ceux, aussi concordants, fournis par l'expérimentation et les ensemencements, pour conclure que le bactérium coli est presque toujours la cause de la fétidité de l'expectoration, dans les maladies de l'appareil respiratoire.

Les travaux de ces divers bactériologistes aboutissent à des données trop différentes, trop variées, les conclusions de leurs recherches soulèvent trop d'objections, pour que l'on puisse les admettre sans réserve. Ainsi, le staphylocoque pyogène, signalé par certains, doit être considéré comme un germe d'infection secondaire, sans rapport avec l'apparition du symptôme fétidité. Quant aux conclusions de Noïca, elles semblent prématurées; on sait, en effet, avec quelle rapidité le bacterium coli envahit les viscères après la mort, et même durant la période agonique. Ce germe a été mis en évidence, il est vrai, dans certaines observations, durant la vie du malade; le rôle spécifique, que lui attribue Noïca, demande, même dans ces conditions, à être vérifié. Le résultat des recherches de Luminger mérite d'être pris en sérieuse considération; de nouveaux travaux sont toutefois nécessaires, pour confirmer les affirmations de ce bactériologiste. (*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

A PROPOS DU TRAITEMENT DES ADÉNITES CERVICALES TUBERCULEUSES

La communication de M. le professeur Robin sur le traitement des adénites tuberculeuses à la Société d'études scientifiques sur la tuberculose (voir *Gaz. des hôpit.*, n° 76, 4 juillet 1907, p. 907) a été le point de départ d'une intéressante discussion sur laquelle il y a lieu d'insister.

Pour M. H. Barbier, dans le traitement des adénites tuberculeuses, il y a non seulement des indications à remplir, il y a aussi des contre-indications dont il faut tenir compte. Dans les adénites cervicales récentes, douloureuses, on doit se garder de tout traitement intensif, s'abstenir de toute médication locale offensive.

On obtient, dans certains cas, de bons effets résolutifs par l'application de compresses imbibées de solutions salines fortes, analogues aux eaux mères de Kreutznach. M. Barbier utilise la formule suivante, où domine le chlorure de calcium.

Chlorure de calcium.......	300 grammes.
Chlorure de sodium........	ââ 15 —
Chlorure de potassium.....	
Chlorure de magnésium...	
Eau.....................	1 litre.

Avec cette solution sirupeuse, on imbibe des compresses que l'on maintient en place toute la nuit.

Comme cette solution est irritante pour la peau, il faut ne faire les applications que d'un côté du cou, et surveiller l'apparition des réactions inflammatoires qui pourraient se produire; mais, somme toute, ce moyen est facile à employer et permet d'obtenir la régression des péri-adénites dans les cas subaigus.

Les médecins ont une tendance marquée à envoyer au bord de la mer toutes les adénites tuberculeuses, quelle que soit leur période d'évolution. Or, il peut être dangereux de soumettre certains malades d'emblée au traitement marin, lorsque les adénites sont récentes et douloureuses, ou lorsqu'elles sont très volumineuses. Dans ces cas, on s'expose, même dans des climats très doux, peu excitants comme celui de Hendaye, à des poussées nouvelles ou à la suppuration des adénites volumineuses; on s'expose aussi à des réveils du processus tuberculeux et à l'éclosion de généralisations tuberculeuses : ce fait est d'autant plus important à connaître que les adénites cervicales s'accompagnent souvent d'adénopathies trachéo-bronchiques, dont les réactions inflammatoires peuvent causer des accidents de réchauffement. Aussi, avant d'envoyer dans un climat marin des adénites récentes susceptibles de subir à l'excès son influence, il est prudent de tâter auparavant leur susceptibilité par une cure saline (hydrominérale). Si le traitement hydrominéral ne donne pas de réaction trop forte, on pourra essayer l'effet du traitement marin, sans oublier que celui-ci, s'il est intensif, est une arme à double tranchant, favorable dans beaucoup de cas, nocive chez les sujets trop sensibles.

Il y a, enfin, un symptôme que M. Barbier considère comme une contre-indication absolue au traitement marin : c'est l'existence de douleurs diffuses, mal caractérisées dans les membres inférieurs, se rapprochent du symptôme décrit autrefois par Beau sous le nom de mélalgie; ce signe précède quelquefois la méningite tuberculeuse : peut-être est-il dû à la formation de granulations tuberculeuses pie-mériennes au niveau des racines médullaires. Quoi qu'il en soit, si on constate son existence en même temps que des adénites bacillaires chez des sujets anémiés, perdant leurs forces, il faut interdire provisoirement à ces malades le bord de la mer.

M. le professeur Robin est d'accord avec M. Barbier sur le danger des poussées locales ou des réactions générales que le climat marin peut produire chez les malades à grosses adénopathies récentes ou à irritabilité nerveuse. Chez ces malades il prescrit d'abord le traitement hydrominéral.

Les applications de compresses salines, imbibées d'eaux mères de Salins du Jura, lui ont donné les meilleurs résultats.

M. J. Darier est d'accord avec M. Robin au point de vue du traitement général. Au point de vue local il a renoncé aux injections intra-ganglionnaires pour les adénites dures; la

radiothérapie amène une diminution de la masse totale due surtout à la réduction de la péri-adénite, les ganglions deviennent plus petits, plus mous, plus mobiles, mais ne disparaissent jamais complètement.

Quant à la *tuberculine*, dans un cas typique, elle lui a donné un cas qui paraît favorable.

M. Guinard a une grande expérience des injections de tuberculine. Dans tous les cas qu'il a observés, les injections ont été suivies du gonflement de la glande avec ramollissement consécutif et fonte purulente.

Cette médication lui paraît donc avantageuse, mais il croit néanmoins qu'elle comporte certaines réserves et beaucoup de prudence, en raison des accidents qui pourraient se produire à la suite de la suppuration des ganglions profondément situés.

ANALYSES

CHIRURGIE

Les adénomes de la vulve. [Herbert Williamson. *Trans. of the obstetric. Soc. of London*, 6 juin 1906, vol. XLVIII, part. III, p. 235 (avec 2 planches)]. — Williamson rapporte une observation personnelle d'adénome de la grande lèvre, opéré trois ans auparavant et non récidivé. Il s'agissait d'une dame de soixante-deux ans, qui avait été prise d'hémorragies violentes; on trouva sur le bord libre de la grande lèvre droite, à sa partie antérieure, une petite tumeur ulcérée de la grosseur d'un pois cassé. Pas d'adénopathie, on enlève la tumeur. L'examen histologique montre qu'elle est composée d'une masse de formations glandulaires irrégulières. Les acini sont formés d'une seule couche de cellules cylindriques. Extérieurement la tumeur est recouverte d'un revêtement de cellules pavimenteuses qui manque au niveau de l'ulcération, profondément elle est limitée par une capsule fibreuse plus ou moins nette. L'irrégularité des glandes qui s'anastomosent, la présence par place dans les acini de plusieurs couches de cellules superposées, et à distance de rangées de cellules, fait penser à la possibilité d'une tumeur maligne. Il s'agirait d'un noyau de généralisation d'un épithélioma viscéral.

La suite de l'affection datant de trois ans montre qu'on a affaire à une tumeur essentiellement bénigne.

L'auteur rapporte trois autres observations presque identiques dues à Pick (deux obs.) et à Schickele (une obs.)

La pathogénie de ces tumeurs est très obscure. Schickele pense qu'elles dérivent d'un vestige anormal des conduits de Wolff. Leur structure est en effet analogue à certaines tumeurs rénales et testiculaires. Mais leur siège sur la glande ou la petite lèvre est très variable, de plus dans le cas de persistance du canal de Wolff, il débouche toujours dans le vagin et non dans les grandes lèvres.

Pick les regarde comme ayant pour origine les glandes sudoripares. Williamson montre que la pésence de glandes sudoripares dans les petites lèvres est exceptionnelle.

Herbet Spencer cite deux observations analogues aux cas de Williamson et pense que ces tumeurs proviennent des glandes sébacées.

Williamson réplique que les observations de Spencer ne sont pas superposables aux siennes, dans lesquelles l'origine sébacée ne peut être admise. M. LANCE.

Etude de cent cas d'utérus double avec trois observations inédites. (G. Scott Mac Gregor. *The Glascow med. Journ.*, mai 1906, vol. LXV, n° 5, p. 338.) — L'auteur rapporte d'abord 3 cas qu'il lui a été donné d'observer et se traduisant : le premier par une grossesse dans une corne utérine, le second par l'absence de menstruation avec rétention du sang dans l'une des cornes utérines, le troisième facile à diagnostiquer par le cloisonnement de la partie supérieure du vagin.

Il donne ensuite un tableau des 100 observations qu'il a pu réunir et en tire les conclusions suivantes :

Il ne semble pas que le cloisonnement plus ou moins complet de l'utérus apporte un obstacle à la fécondation. Sur les 100 malades, 30 n'étaient pas mariées, dont 2 eurent des fausses couches, 70 mariées se divisent en : 14 n'eurent pas d'enfants et 56 en eurent.

Il ne semble pas que cette malformation entrave considérablement le cours de la grossesse et de la délivrance, excepté dans le cas où le fœtus se développe dans la corne rudimentaire d'un utérus double. Sur les 56 femmes qui eurent des grossesses, 14 avortèrent et 44 allèrent à terme à plusieurs reprises donnant un total de 96 enfants à terme. Sur ces 96 grossesses à terme on ne fut obligé d'intervenir que 8 fois; 4 applications de forceps, 2 hystérectomies, 2 césariennes.

Ces cas s'appliquaient à un fœtus développé dans une corne utérine et visaient soit le danger de rupture de la paroi utérine, soit l'arrêt du travail par insuffisance de la paroi utérine, soit enfin l'imperfection du développement du canal cervical utérin.

Cette malformation agit peu sur les règles. Sur 71 cas, 58 ont des règles régulières, 8 irrégulières, 13 de la dysménorrhée et 5 seulement de l'aménorrhée.

Enfin l'auteur avance l'importance qu'il attribue à cette disposition pour expliquer les cas de super-fœtation, et aussi ceux dans lesquels quelques heures après un curetage fait avec soin, on voit un avortement se produire. M. LANCE.

Etiologie de la prostatite chronique et de l'hypertrophie prostatique. (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 6 janv. 1907, n° 3.) — Le docteur G. Li Virghi consacre à cette question une longue étude dont voici les conclusions :

La prostatite chronique est toujours due à une légère toxi-infection de la prostate par le colibacille. L'hypertrophie de la prostate est provoquée par la prostatite chronique et en représente un stade très avancé ou la période finale. Les malades atteints de prostatite chronique doivent donc être considérés comme prédestinés à l'hypertrophie.

L'hypertrophie prostatique est d'origine microbienne, il n'existe pas de prostatites aseptiques.

Le résultat de la toxi-infection sur le tissu musculaire lisse du stroma est un lent processus de sclérose qui se propage aux fibres circulaires du col vésical.

Les troubles fonctionnels de la miction et la rétention sous ses diverses formes sont déterminés par ce processus de sclérose et leur marche lente et progressive est sous la dépendance de la lenteur et de la progressivité de la sclérose.

Le massage de la prostate, de l'urètre prostatique et du col de la vessie est le seul moyen actif et efficace de traitement, du moins quand la sclérose n'est pas définitivement constituée.

La prostatite chronique est plus fréquente qu'on ne le suppose; il est donc indispensable chez tout malade urinaire d'examiner l'état de la prostate. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Guérison d'une hématurie rénale unilatérale par l'injection d'adrénaline par un cathéter urétéral. (Hugh H. Young. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. XLVIII, n° 20, 18 mai

1907, p. 1654-1656.) — Un homme de trente-six ans reçoit un coup violent dans la région rénale droite. Pas d'hématurie immédiate, elle commence dix jours après et continue ininterrompue jusqu'à son admission à l'hôpital. Douleur lombaire droite peu marquée. Anémie assez intense. Rien dans l'urine que des globules rouges. La cystoscopie montre que le sang vient du rein gauche, le *non contusionné*. Aucun signe de néphrite, même localisée; 2 centimètres cubes d'adrénaline mélangés à 8 centimètres cubes d'eau distillée furent injectés en trois fois par un cathéter urétéral. Ils déterminèrent un accès douloureux du côté du rein. Le sang diminua et disparut au bout de douze jours et n'a pas reparu depuis. Young discute un peu le sujet de ces hématuries rénales sans cause appréciable, généralement aujourd'hui attribuées à une néphrite unilatérale ou même parcellaire. Il s'en faut que le sujet soit élucidé complètement tant au point de vue pathologique qu'anatomique. L'emploi d'adrénaline pour arrêter l'hémorragie peut devenir un moyen diagnostique et thérapeutique précieux. L'étude de l'urine et de l'appareil urinaire sera beaucoup facilitée par la cessation de l'hémorragie, si cette cessation n'est que temporaire. Si elle est permanente, une opération sanglante pourra être évitée.

F. GARDNER.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de pathologie interne (1), par MM. BALTHAZARD, CESTAN, CLAUDE, MACAIGNE, NICOLAS et VERGER.

« Six agrégés de nos Facultés de médecine, tous issus du même concours, liés par la communauté de sentiments, de pensées, d'idéal scientifique, de doctrine et de discipline qui résultent du travail en commun, après avoir étudié ensemble, triomphé ensemble, ont eu l'idée de mettre une fois encore leurs efforts en commun. » C'est en ces termes que M. le professeur Bouchard annonce au grand public médical l'apparition de ce *Précis*, qui tient une place intermédiaire entre les manuels et les gros traités, mais qui se différencie des seconds par la rigoureuse unité de l'ouvrage, et qui l'emporte sur les premiers par le souci de l'exactitude et de la mise au point. Voici comment les divers collaborateurs du livre se sont partagé la besogne.

M. Nicolas (de Lyon) a étudié, dans la première partie, les MALADIES PARASITAIRES qu'il divise en *maladies infectieuses bactériennes*, *maladies infectieuses à agent indéterminé*, *maladies à champignons*, *maladies à protozoaires*, *maladies à gros parasites animaux*, *vers*, *arthropodes*. Les études antérieures de M. Nicolas lui ont facilité sa tâche et lui ont permis d'écrire, sur ce sujet si complexe et parfois si obscur, un excellent chapitre, où le souci de la concision se joint au désir d'être complet et clair. Signalons, parmi les articles les plus intéressants, ceux qui concernent la fièvre typhoïde, la rage et la tuberculose.

Un des élèves préférés de M. le professeur Bouchard, M. Balthazard, a traité les HÉTÉRO et AUTO-INTOXICATIONS, les MALADIES DE LA NUTRITION et CELLES DU SANG. Le premier de ces chapitres débute par quelques *généralités sur le rôle de l'intoxication en pathologie*, et passe successivement en revue les *intoxications par les substances inorganiques* etc., les *intoxications par les substances organiques* et la *maladie amyloïde*. Le second comprend le myxœdème, la tétanie, le goitre exophtalmique, la sclérodermie, l'acromégalie et aussi les insuffisances testiculaires et ovariennes dont la description trouve pour la première fois place dans un ouvrage didactique. Dans la pathologie de la nutrition, l'auteur avait affaire à des maladies qui lui sont depuis longtemps familières : aussi en a-t-il donné une étude aussi solide qu'intéressante, fondée presque exclusivement sur les classiques recherches de M. Bouchard. Le chapitre des maladies du sang passe en revue, non seulement les affections anciennement connues, mais aussi, et surtout, celles qui n'ont été révélées que depuis peu au grand public médical. Quelques pages d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques du sang précèdent cet exposé, qui donne au lecteur des notions tout à fait précises sur l'état actuel de l'hématologie.

A M. Macaigne est dévolue la tâche de décrire les MALADIES DES APPAREILS CIRCULATOIRE ET RESPIRATOIRE. Le sujet n'est pas neuf et il était difficile de lui consacrer un article de tous points original. L'auteur s'est donc contenté de le rendre aussi méthodique que complet. Il semble qu'il y ait parfaitement réussi. Tous ceux qui ont eu la bonne fortune de suivre les cours de M. Macaigne retrouveront dans ce livre ses qualités de sobriété voulue et d'élégante clarté. Ils liront surtout avec plaisir les chapitres relatifs aux affections valvulaires, aux artérites et aux pleurésies.

Le troisième tome commence par les MALADIES DU TUBE DIGESTIF, DU PÉRITOINE ET DU PANCRÉAS. M. Balthazard, qui a rédigé cette partie de l'ouvrage, a justement insisté sur les affections digestives les plus importantes à connaître, comme les angines, la dysenterie, la tuberculose intestinale, les péritonites aiguës ou chroniques. Peut-être pourrait-on lui reprocher d'être un peu bref sur l'entérite muco-membraneuse, à laquelle il ne consacre pas de chapitre distinct, et sur les gastro-entérites du nourrisson. Mais il est bien certain qu'on ne peut pas tout dire dans un Précis, d'autant que l'étude des MALADIES DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES, DU REIN ET DES CAPSULES SURRÉNALES qui occupe la fin du tome ne pouvait être négligée. Elle a été confiée à celui des collaborateurs qui s'est le plus occupé de ces questions, et a apporté à leur étude une importante contribution, M. Claude. Conformément à l'exemple de M. Mongour, M. Claude débute par quelques pages relatives à l'exploration du foie, et par la description des grands syndromes de la pathologie hépatique. Cette introduction lui permet de passer en revue chacune des affections hépatiques et de leur consacrer de complètes, quoique brèves, monographies. Signalons les deux chapitres finaux, relatifs l'un au foie dans les maladies générales, l'autre, au régime et à la thérapeutique générale dans les affections du foie. La place des maladies du rein est sensiblement analogue, et l'étude des syndromes y tient une place capitale. Les maladies des capsules surrénales sont à l'ordre du jour; leur étude est faite d'une façon complète par M. Claude qui a surtout insisté, comme de juste, sur la maladie d'Addison.

Le tome II est réservé, tout entier, aux MALADIES NERVEUSES. MM. Verger et Cestan, connus l'un et l'autre par leurs travaux antérieurs d'ordre neurologique, ont divisé leur œuvre en trois parties : la première traite des *maladies de l'axe cérébro-spinal*, la seconde, des *maladies des nerfs périphériques*, la troisième, des *maladies des muscles*. En ce qui concerne les maladies de l'axe cérébro-spinal, les auteurs se sont rappelé à propos que cet axe constitue un seul organe obéissant aux lois de la pathologie générale, et que, par suite, il était possible d'écrire en un mot la pathologie de l'axe

(1) In-8. — Paris, Steinheil.

cérébro-spinal comme on écrit la pathologie des reins, du foie, du poumon. Après avoir décrit les syndromes localisateurs régionaux, ils ont donc divisé cette pathologie en huit grands chapitres :

1° Lésions en foyer d'ordre circulatoire; 2° maladies inflammatoires aiguës des méninges, du cerveau et de la moelle; 3° maladies inflammatoires chroniques des mêmes organes; 4° tuberculose; 5° syphilis; 6° traumatismes; 7° tumeurs de l'axe cérébro-spinal; 8° syringomyélie. Une méthode d'exposition semblable a été suivie dans l'étude des nerfs périphériques : en premier lieu, aperçu sur la pathologie générale et la séméiologie des névrites, puis exposé des névrites localisées, enfin, étude des névrites multiples. Ce plan a permis de simplifier l'étude tenue à juste titre pour la plus complexe de la pathologie interne et de donner des maladies du névraxe et des nerfs périphériques une description excellente, et que complètent les maladies des muscles, exposées par M. Cestan, et le chapitre des névroses, rédigé par M. Verger.

Telle est, en quelques mots, l'ordonnance de ce nouveau Précis, dans lequel, suivant l'expression même de M. Bouchard, les auteurs ont dit tout ce qu'il est nécessaire que l'élève apprenne, et que le médecin connaisse pour régler sa pratique et pour l'éclairer. L. BABONNEIX.

Traité de médecine (1), par MM. les docteurs LANCEREAUX et PAULESCO.

Le *Traité de médecine* de MM. Lancereaux et Paulesco donne un exposé concis et complet de la pathologie. Il est conçu suivant un plan particulièrement original. Le premier tome est consacré à la *Nosologie*, c'est-à-dire à l'étude des *maladies*, de l'ensemble des désordres, locaux et généraux, matériels et fonctionnels, qui résultent de l'action des agents morbifiques. Les autres volumes de l'ouvrage seront consacrés à la *Pathologie*, c'est-à-dire aux *affections*, aux désordres *locaux* éprouvés, au cours de diverses maladies, par chaque appareil et par chaque organe pris en particulier.

La pathologie ne diffère de la nosologie que par le point de vue sous lequel est envisagée la maladie. La notion étiologique est la base de la nosologie; la notion anatomique, celle de la pathologie. En somme, sous la rubrique *Nosologie*, MM. Lancereaux et Paulesco passent surtout en revue ce que l'on désigne habituellement sous le nom de maladies générales, — et sous la rubrique *Pathologie*, ce que l'on considère comme des affections locales, des maladies d'organes : nous reconnaîtrons volontiers avec les auteurs qu'il n'existe pas en réalité de maladies d'organes; mais seulement des maladies générales dont chacune localise ses effets sur l'un ou l'autre des tissus de l'économie.

Mais peut-être y a-t-il quelque inconvénient à donner aux maladies, sous prétexte de classification scientifique, des noms nouveaux; peut-être n'est-ce pas vraiment simplifier que d'appeler, par exemple, *physinoses* les maladies par agents physiques, *zoonoses* les maladias dues aux parasites animaux, *néoplasinoses* les maladies caractérisées par la formation de productions anormales, *tétanose* le tétanos, *léprose*, la lèpre, etc. — les auteurs donnant le suffixe *ose* à toutes les maladies dues aux agents biosiques c'est-à-dire vivants (*bionoses*). Peut-être même est-il prématuré de ranger parmi les maladies microbiennes (*zymonoses*), des affections telles que la *choréose* (autrement dit chorée) dont la pathogénie est encore si obscure.

(1) Tomes I et II. Paris, Rueff éditeur.

D'ailleurs, dans la *Pathologie* (le tome II est consacré à la pathologie de l'appareil ectodermique, système nerveux et peau), MM. Lancereaux et Paulesco, traitant des désordres anatomiques et fonctionnels qui résultent de la localisation pathogène sur les divers organes, sont obligés de revenir sur la description de certaines affections déjà étudiées dans le volume consacré à la *nosologie* : c'est ainsi que nous retrouvons, par exemple, la chorée; il est vrai que les auteurs s'expliquent sur ce point : « Sous le nom de chorée, les ouvrages classiques confondent deux choses différentes; un syndrome nerveux caractérisé par des mouvements involontaires, irréguliers, arythmiques, à grande amplitude ayant l'apparence des mouvements voulus, et une maladie microbienne qui a ce syndrome pour principale manifestation. Dans la nosologie, nous avons décrit la maladie microbienne sous le nom de *choréose*; ici nous ne nous occuperons que du syndrome auquel nous conservons le nom de *chorée*. » Les classiques pourtant savent bien distinguer la chorée de Sydenham des mouvements choréiformes post-hémiplégiques ou symptomatiques de l'hystérie, etc. Et nous ne voyons vraiment pas quelle simplification nous apporte la conception de MM. Lancereaux et Paulesco, qui nous oblige à rechercher dans deux volumes différents la description d'un même état.

Les auteurs estiment qu'en prenant « pour base de l'étude des affections des organes la notion étiologique, il est facile de réunir ensemble des manifestations diverses ayant une même origine, et décrites comme des maladies différentes, tels, par exemple, la goutte et le rhumatisme chronique, deux états subordonnés l'un et l'autre à une névrose du grand sympathique ». Mais n'est-ce pas faire une part bien large à l'hypothèse que de ranger la goutte et le rhumatisme chronique parmi les névroses, à côté de la neurasthénie, dans le chapitre de l'*herpétie* qui précède les chapitres de l'hystérie, de l'épilepsie et de la folie ?

C'est un noble but que de chercher à « fournir à l'étudiant et au médecin un guide sûr qui les empêche de s'égarer dans le dédale des trop nombreuses publications écrites sans ordre et sans méthode ». Mais nous craignons qu'ils ne soient égarés aussi par une méthode dont l'apparente simplicité masque mal la complexité réelle. Il est entendu que les classifications de nos traités classiques sont arbitraires; mais du moins on le sait et l'on ne s'y trompe pas. La classification de MM. Lancereaux et Paulesco, pour scientifique qu'elle veut être, n'en demeure pas moins arbitraire; et elle a le grave défaut d'enfermer dans des cadres immuables la médecine, qui se caractérise, comme toutes les sciences biologiques, par une perpétuelle évolution. H. GRENET.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Relations avec l'Espagne.* — 1° Par Arvant-Neussargues (1re, 2e et 3e classes entre Paris et Béziers). Départ de Paris : 8 h. 15 soir.

2° Par Lyon-Cette (L-S, 1re classe, Paris-Cerbère). Départ de Paris : 7 h. 20 soir (2e et 3e jusqu'à Avignon); 9 h. 20 soir (1re seulement).

3° « Barcelone-Express » (train de luxe V-L, V-R, nombre de places limité). Aller, départ de Paris (mercredi, samedi) : 7 h. 30 soir ; retour, départ de Barcelone (lundi, vendredi) : 1 h. 50 soir (H. E. O.).

Pour plus amples renseignements, consulter le livret-guide-horaire P.-L.-M. vendu 50 centimes dans toutes les gares du réseau.

— *Relations entre Paris et l'Italie, par le Mont-Cenis.* — Aller (départ de Paris) : 2 h. 30 soir V-L, L-S., 1re et 2e classes jusqu'à Turin; 10 h. 30 soir : V-L, 1re et 2e jusqu'à Rome; L-S jusqu'à Modane.

Retour (départ de Rome) ; 9 h. 15 soir ; V-L, 1re et 2e classes depuis Turin ; L-S, 1re classe depuis Modane ; 8 h. matin : V-L, L-S, 1re et 2e classes depuis Turin ; V-R depuis Dijon ; 2 h 40 soir, 1re et 2e classes depuis Rome.

Pour plus amples renseignements, consulter le livret-guide-horaire P.-L.-M. vendu 50 centimes dans toutes les gares du réseau.

— *Billets d'aller et retour.* — Jusqu'à ce jour, sur le réseau P.-L.-M., la délivrance des billets d'aller et retour était limitée aux relations des gares les plus importantes avec les gares situées dans un rayon déterminé.

Le public apprendra avec satisfaction que la Compagnie P.-L.-M. fait émettre des billets d'aller et retour de toute gare pour toute gare de son réseau.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HOPITAUX. — *Leçon clinique.* — Séance du 16 juillet. — M. Castaigne, 20.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Pissavy, Castaigne et Laignel-Lavastine.

— DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve opératoire.* — Séance du 13 juillet. — MM. Baumgartner et Mouchet, 29; Schwartz, 28; Alglave et Chevassu, 27; Chevrier, 26; Guibé, 25; Kendirdjy, 20.

Séance du 16 juillet. — *Epreuve orale.* — Question donnée : « Ectopie testiculaire. »

MM. Alglave et Guibé, 18; Baumgartner et Schwartz, 17; Mouchet, 16.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 18 juillet, à quatre heures un quart, à l'Hôtel-Dieu.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

1. MM. Devic (André), Murard, Mlle Mouret, MM. Durand (Gilbert), Pillon, Martin (Joseph) et Payot (*ex æquo*), Gravier, Eparvier, Gillet,

11. Croizier, Langeron, Greffier, Laoec, de Labretoigne, Gaté, Calin, Bertoye, Girod (Vincent), Maillefer,

21. Garnier (Joseph), Dufourt, de Charette, Durif, Favre et Lançon (*ex æquo*), Fabresse, Cristini, Volmat, Aloin,

31. Arbez et Fouilloud-Buyat (*ex æquo*), Lacassagne, Bonnet (Maurice) et Mlle Perrot (*ex æquo*).

— Un concours public pour la nomination de pharmaciens-adjoints des hôpitaux de Lyon aura lieu le jeudi 24 octobre, à huit heures du matin.

Pour les conditions d'admission, s'adresser à l'Administration des hospices civils de Lyon, passage de l'Hôtel-Dieu, 56.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le Conseil des professeurs de la Faculté de médecine de Paris a procédé à l'élection de deux professeurs titulaires.

Il a présenté en première ligne, par 16 voix, au choix du ministre, pour la chaire d'anatomie vacante par le décès de M. Poirier, M. Nicolas, professeur d'anatomie descriptive à la Faculté de Nancy, et en seconde ligne, par 14 voix, M. Rieffel, professeur agrégé à la Faculté de Paris.

A l'unanimité le Conseil a désigné pour la chaire d'histoire de la médecine et de la chirurgie, vacante par suite de la permutation de M. Déjerine, en première ligne, M. Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté de Paris, et en seconde ligne, M. Dupré, professeur agrégé à la Faculté de Paris.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — L'assemblée des professeurs dans sa dernière séance a proposé :

M. le professeur agrégé Roque, pour la chaire de pathologie interne, en remplacement de M. le professeur Teissier, nommé à la clinique médicale.

M. le professeur agrégé Collet, pour la chaire de pathologie générale, laissée vacante par M. Mayet, atteint par la limite d'âge.

M. le professeur agrégé Pic, pour la chaire de thérapeutique, en remplacement de M. Soulier, également atteint par la limite d'âge.

— Le concours pour une place de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination de M. Froment.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. Sourdille est nommé chef de clinique chirurgicale.

— REIMS. — M. Bruandet, suppléant, est nommé professeur d'anatomie en remplacement de M. Harman.

— RENNES. — M. Assicot, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est nommé professeur, en remplacement de M. Bruté.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le docteur Sandras, aide-major à la Compagnie des sapeurs-pompiers d'Oran, est nommé au grade de médecin-major honoraire.

LE SYNDICAT DES MÉDECINS DU RHONE ET L'IMPOT SUR LE REVENU. — Le Syndicat des médecins du Rhône, dans son assemblée générale extraordinaire du 10 juillet, présidée par le docteur Guillaud, a voté, à l'unanimité des membres présents, les conclusions suivantes du rapport très documenté du docteur Feuillade.

Le Syndicat des médecins du Rhône considérant :

Que le projet Caillaux

a. Lèse les intérêts des malades par la violation du secret professionnel;

b. Impose aux médecins une inquisition vexatoire,

Emet le vœu :

1° D'éclairer l'opinion publique sur les graves inconvénients que le projet Caillaux présente pour les malades et leur famille;

2° Engage les membres du groupe médical parlementaire à lutter énergiquement contre ce projet;

3° Si, malgré leur effort, ce projet est voté, exiger la déduction des frais généraux, dans les bénéfices imposables, et éviter surtout la violation du secret professionnel.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE. — L'affaire du docteur Cormon, dont nous avons eu l'occasion de parler, est venue devant la neuvième Chambre le 13 juillet.

La première audience a été consacrée à l'interrogatoire, à l'audition de l'expert, le docteur Balthazard, et des témoins parmi lesquels MM. les professeurs Dieulafoy, Kirmisson, MM. les docteurs Rénon, Jalaguier, etc.

A huitaine pour les plaidoiries et réquisitoire.

Nous reviendrons sur cette affaire quand le jugement sera rendu.

BOURSES DE VOYAGE. — Une bourse de voyage de la Société d'études médicales complémentaires est mise à la disposition de l'*Association des médecins de la Seine* (fondation Orfila). MM. les membres de cette association qui seraient disposés à accepter le bénéfice de cette bourse, comportant un voyage dans l'Allemagne du Sud et en Autriche, du 7 au 23 août, sont priés de se faire connaître à M. le docteur Barth, secrétaire général, 2, rue Saint-Thomas-d'Aquin, avant le 21 juillet.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE. — La XI[e] session de l'Association française d'urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 10 au 12 octobre 1907, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : « Des suppurations non tuberculeuses de la prostate. » Rapporteur : M. Oraison (de Bordeaux).

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général, M. E. Desnos, 59, rue La Boétie, Paris.

GRANCHER

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du professeur Grancher, décédé à Paris, samedi dernier, 13 juillet, emporté en quelques jours par une pneumonie.

Jacques-Joseph Grancher était né à Felletin (Creuse) le 29 septembre 1843; reçu troisième à l'internat en 1867, il fut nommé médecin des hôpitaux le 20 juin 1875. La même année il arrivait à l'agrégation dans la même promotion que M. Dieulafoy. Nommé professeur en remplacement de Parrot, il devint titulaire de la chaire de clinique infantile où son enseignement eut un très grand succès. On sait que sa santé toujours chancelante l'obligea à prendre un congé qui se prolongea jusqu'à sa retraite, il y a quelques mois.

Grancher était membre de l'Académie de médecine depuis 1892, dans la section d'anatomie pathologique et commandeur de la Légion d'honneur.

Connu d'abord surtout comme anatomo-pathologiste, Grancher eut l'honneur de prouver anatomiquement dans sa thèse l'unité de la tuberculose niée par les Allemands.

La clarté de son esprit et sa précision devaient faire de lui un clinicien et un homme de laboratoire également remarquables.

Son œuvre est en effet considérable : les maladies de l'appareil respiratoire, l'étude des maladies transmissibles, des conditions de la contagion et des moyens de l'éviter firent l'objet de nombreux travaux de sa part.

Associé aux travaux de Pasteur, à ses luttes de la première heure il était resté l'âme de l'Institut Pasteur dont il présidait le conseil d'administration.

Dans ces dernières années le professeur Grancher avait enfin concentré toute son activité sur deux grandes œuvres qu'il avait fondées : la Préservation scolaire de l'enfance, et l'Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose.

A ces œuvres le professeur Grancher consacra non seulement toute son activité, mais encore toute la générosité et la bonté dont ses élèves ne perdront pas le souvenir.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Aubeau (de Paris), Barthélemy (de Nantes), Christian, médecin en chef honoraire de la maison nationale de Charenton; Lepage (de Lille), Firmin Puel (de Graulhet), M. Charles Labarrière, interne à l'hôpital des Enfants-Malades.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de technique opératoire, par Ch. MONOD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, et J. VANVERTS, ancien chef de clinique à la Faculté de Lille, membre correspondant de la Société de chirurgie. Deuxième édition entièrement refondue. — T. I, gr. in-8 de XII-1016 p., avec 1189 fig. dans le texte : 20 francs. — Le t. II, actuellement sous presse, sera vendu 18 francs. A dater de l'apparition du tome II, le tome I ne sera plus vendu séparément et le prix de l'ouvrage complet sera porté à 40 francs. — Paris, Masson et C[ie].

L'EXSUDAT SÉRO-ALBUMINEUX

LE MUCUS ET LES ASPECTS RÉTICULÉS MUQUEUX DES CRACHATS

Par MM. Fernand BEZANÇON et S.-I. DE JONG.

Nous avons apporté au cours de la dernière séance (1), à propos du crachat pneumonique, un certain nombre d'affirmations, qui ont pu paraître un peu osées, mais dont nous désirons fournir aujourd'hui les preuves.

Nous envisagerons deux points principaux : la question de l'exsudat séro-albumineux des crachats, la question du mucus à laquelle est intimement liée la question des aspects réticulés.

Le travail que nous avons présenté à la Société à sa dernière séance, n'est en effet qu'une partie d'un travail d'ensemble portant sur l'étude analytique et synthétique des éléments du crachat en général dans tous les états morbides où on peut le rencontrer (2).

1° *Exsudat séro-albumineux.* — L'exsudat séro-albumineux qui forme la majeure partie du fond de la préparation du crachat pneumonique, et qui même dans certains cas, le compose presque entièrement, n'est cependant pas pathognomonique de cette variété de crachats.

On le retrouve également dans l'œdème aigu du poumon; il constitue, plus ou moins dilué, toute l'expectoration albumineuse. Le crachat d'œdème aigu ne renferme pas en effet de mucus et l'on n'y trouve, à côté des gouttes d'exsudat, que quelques globules rouges et quelques cellules bronchiques ou pulmonaires intactes entraînées par le liquide qui envahit les voies respiratoires.

Il domine dans la spume de l'œdème pulmonaire expérimentalement provoqué chez le lapin par injection sous-cutanée de cantharidine.

On le retrouve encore dans les crachats de congestion pulmonaire passive des cardio-rénaux, quand l'œdème se surajoute aux accidents congestifs ; à ce point de vue il est intéressant de faire remarquer que dans 5 cas sur 7, chez des malades présentant des accidents urémiques pulmonaires se traduisant par des foyers de râles sous-crépitants surajoutés ou non à des signes d'emphysème, malades qui avaient de l'albumine dans leurs urines, nous avons retrouvé des gouttes d'exsudat albumineux dans les crachats.

Par contre, on ne rencontre cet exsudat ni dans les crachats de bronchite aiguë, ni dans ceux de bronchite chronique avec emphysème, ni dans les crachats d'asthme ou de dilatation des bronches.

Cette simple énumération nous montre donc la signification diagnostique que prend la constatation de cette gouttelette. L'apparition de cet exsudat séro-albumineux traduit en effet le passage du plasma plus ou moins modifié dans l'alvéole ; c'est en somme l'image microscopique de l'œdème de l'alvéole dans toutes ses modalités. Il traduit toujours par sa présence l'existence d'un trouble alvéolaire.

En ce qui concerne sa nature séro-albumineuse, nous avons pu l'établir par des recherches cliniques et expérimentales. Supposant que ces gouttelettes qui faisaient le fond du crachat d'œdème pulmonaire étaient de nature albumineuse, nous avons comparé leurs aspects avec ceux de diverses substances albumineuses étalées sur lame, fixées et colorées par nos procédés habituels. Le sérum de lapin, le sérum humain, l'exsudat pleural, le liquide d'ascite, examinés sans être trop étalés, donnent des aspects identiques à nos gouttelettes. Le lactosérum, l'eau albumineuse assez concentrée, donnent les mêmes aspects. L'eau albumineuse très concentrée nous a même fourni une réaction intéressante. Elle nous montrait par places, en dehors de la nappe violet bleu, des régions violet rougeâtre avec le bleu de Unna. Or, dans les travaux récents sur la constitution chimique du blanc d'œuf, on a montré qu'après l'ovalbumine, c'est l'ovomucoïde de Mörner qui est la substance la plus importante. Ainsi se trouve indirectement confirmée la valeur des réactions métachromatiques.

En résumé, la constatation dans un crachat de cet exsudat séro-albumineux a une réelle valeur diagnostique. Elle permet d'affirmer l'existence d'un trouble de l'équilibre vasculaire de l'alvéole, au cours de processus inflammatoires ou non. Elle permettra, par exemple, de rattacher à l'œdème pulmonaire menaçant, la dyspnée du polyscléreux emphysémateux et bronchitique. Elle permettra de distinguer les processus d'œdème ou d'infarctus pulmonaire. Elle permettra de distinguer encore l'expectoration extrêmement abondante, filante, mais purement muqueuse de certains bronchitiques chroniques qui ont souvent des symptômes asthmatiformes, de l'expectoration albumineuse, de l'œdème aigu du poumon.

2° *Le mucus et les aspects réticulés ayant la réaction du mucus.* — La présence de mucus n'a pas dans le crachat la valeur diagnostique de la gouttelette d'exsudat séro-albumineux. En effet le mucus est un constituant fondamental et banal du crachat.

Mais cependant on peut tirer parti de l'étude des états différents sous lesquels le mucus se présente. C'était d'ailleurs un des points les plus délicats que nous avions à résoudre dans notre nouvelle technique. Sans doute on savait bien qu'il existe de la mucine dans les crachats, mais on *chercherait en vain dans tous les auteurs classiques la moindre indication concernant les aspects microscopiques de ce mucus.* Or, parmi les travaux histo-chimiques de ces dernières années sur la métachromasie, ceux concernant le mucus sont particulièrement importants. On appelle métachromasie le phénomène par lequel une substance colorante unique donne à différents éléments cellulaires une coloration distincte, caractéristique pour un élément donné (Ehrlich). Sans vouloir parler ici ni des discussions à propos de la nature de ces phénomènes, ni de tous les travaux sur la coloration du mucus, nous devons rappeler néanmoins, que dans tous les travaux récents de cytologie fine, et notamment dans ceux concernant

(1) *Etude histo-chimique et cytologique du crachat pneumonique.* Soc. méd. des hôpit. de Paris, séance du 5 juillet 1907.

(2) Cette étude d'ensemble fait l'objet de la thèse de l'un de nous : *Etude histo-chimique et cytologique des crachats*, Steinheil, 1907.

l'étude des cellules mucipares, les auteurs se sont servis avec avantage du bleu polychrome. C'est Unna (1) qui a étudié son pouvoir métachromatique, comparativement à celui de la thionine préconisée par Hoyer, et qui a pu conclure que son bleu polychrome est un « véritable index pour la mucine ». Hoyer lui-même avait d'ailleurs reconnu sa valeur.

D'autre part, le bleu polychrome était d'un usage courant en hématologie, et les réactions des cellules vis-à-vis de ce colorant sont bien connues. Il nous semblait donc présenter tous les avantages. Nous croyons, en effet, que c'est faute de s'être servi des colorants nécessaires que les auteurs ont négligé l'étude des fonds des préparations de crachat, et notamment du mucus.

Ce mucus se présente sous différents aspects.

Le mucus hyalin est caractérisé par l'existence d'une nappe violet rougeâtre (2) par le bleu d'Unna, nappe anhiste, mal limitée, plus ou moins trouée par des bulles d'air. Cette nappe présente des parties très peu épaisses, rosées, et des parties plus épaisses, d'un rouge très vif. Cette nappe apparaît bleutée dans les parties peu épaisses, bleu vif dans les parties épaisses quand on colore la préparation à l'éosine-bleu de méthylène.

Ce mucus hyalin se voit surtout nettement, en couche épaisse *au début* des processus aigus, bronchite, pneumonie, broncho-pneumonie, asthme à la période de crise. C'est lui qui rend les crachats du début de ces affections si adhérents. D'ailleurs les recherches chimiques sur le dosage de la mucine dans les crachats (Wanner), correspondent à nos données microscopiques.

A mesure que ces affections évoluent vers la résolution ou la chronicité, le mucus hyalin diminue, et les aspects réticulés augmentent d'importance sur les préparations. L'étude en série des crachats chez des malades atteints d'une de ces affections est démonstrative à cet égard. D'autre part si l'affection se réveille, si chez un emphysémateux par exemple ayant de la bronchite chronique, un processus aigu, fébrile, se surajoute, en même temps que les crachats deviennent plus adhérents, les préparations renferment des nappes plus épaisses de mucus hyalin.

Les aspects réticulés ayant les réactions colorantes du mucus n'ont, pas plus que le mucus hyalin, de valeur pathognomonique. On les trouve, d'une façon banale et en grande abondance, dans les crachats, quand la période de début des états inflammatoires est passée, ou quand il s'agit d'affections chroniques. Ils marchent de pair, en quelque sorte, avec l'apparition des leucocytes polynucléaires. Ces aspects réticulés revêtent trois formes principales :

a. Tantôt de longs écheveaux de fibrilles presque parallèles plus ou moins entremêlées par places, comme les nœuds d'un écheveau embrouillé ; c'est cet aspect que prennent après étalement les spirales de Curschmann ;

b. Tantôt on a une formation réticulée donnant l'illusion d'une fine fausse membrane, formée de mailles onduleuses, enserrant des polynucléaires ;

c. Tantôt enfin on voit des petits réticulums bien limités, bien isolés, arrondis ou allongés ou en calebasse ayant l'étendue d'une grande cellule.

Ces trois aspects de réticulums ont la même réaction métachromatique violet rougeâtre avec le bleu polychrome, mais ils sont probablement de nature différente.

L'aspect en longs écheveaux de fibrilles parallèles correspond à un aspect strié du mucus glandulaire, rappelant l'aspect du mucus auquel on a ajouté une goutte d'acide acétique.

Les deux autres aspects ont probablement la même origine, le grand réseau enserrant des polynucléaires étant formé, croyons-nous, par l'agglomération des petits réticulums limités, et ceux-ci étant surtout d'origine cellulaire bronchique et plus exactement d'origine nucléaire.

Nous croyons pouvoir soutenir cette opinion d'après l'étude que nous avons faite de frottis de trachée, de bronches et de poumons chez des lapins qui avaient reçu de la pilocarpine ou de la cantharidine en injections sous-cutanées, et d'après celle des cellules bronchiques de certains crachats qui renferment ces cellules à différents degrés d'altération ; d'après l'étude enfin des données anatomo-pathologiques que nous possédons sur les bronchites.

Nous ne pouvons ici reproduire le détail de ces recherches qui sont exposées ailleurs ; nous rappellerons seulement que dans un crachat d'asthme, par exemple, crachat perlé, adhérent, unique, expectoré avec difficulté, on peut voir des cellules bronchiques intactes, avec un cytoplasma bleu violacé, un noyau très volumineux, ovalaire, violet tirant un peu sur le rouge. A côté sur d'autres cellules, le cytoplasma est encore visible, mais se fragmente, le noyau encore plus tuméfié se vacuolise et devient franchement violet rougeâtre ; plus loin on ne trouve plus qu'un réticulum violet rougeâtre ayant les dimensions du noyau de la cellule précédente, le cytoplasma a disparu, et on ne retrouve parfois que quelques traces de cytoplasma autour des noyaux, sur des préparations colorées à l'hématéine éosine.

Agglomérées, ces *dégénérescences cellulaires réticulées* donnent l'aspect en fausse membrane, en grand réseau. Nous avons déjà exposé, à propos du crachat pneumonique, les raisons pour lesquelles ces grands réseaux ne sont pas de nature fibrineuse.

Les réactions colorantes, basiques, nettes et faciles de ces réseaux ; violet rougeâtre avec le bleu de Unna, violet avec l'hématéine éosine, bleu avec le bleu de méthylène-éosine, les séparent des réseaux fibrineux, qui prennent beaucoup moins fortement les colorants, d'une part, et qui ont des réactions colorantes

(1) Voir : Unna. La coloration spécifique de la mucine, *Monats. f. prak. Dermat.*, vol. XX, 1895, n° 7, p. 365 ; — Nouveau procédé de coloration de la fibrine, *Ibid.*, 1893, vol. XVI, p. 353. — Hoyer. Article Schleimfarbung, dans l'*Encyklopädie der mikroskopischen, Technik d. Ehrlich*, 2e vol., 1904, p. 1197. — Launoy. *Contribution à l'étude des phénomènes nucléaires de la sécrétion*, Th. de Paris, 1903. — Jouvenel. Th. de Lille, 1902. — Pacaut et Vigier. *Arch. d'anat. microscopique*, juin 1906.

(2) Nous rappellerons encore avec tous les auteurs qui ont étudié les phénomènes de métachromasie que c'est à la *lumière artificielle* que ces réactions sont particulièrement nettes.

différentes : bleu-vert ou bleu-gris très pâle, avec le bleu de Unna, rose avec le bleu éosine ou l'hématéine éosine. Nous avons rappelé leurs différences morphologiques : le réticulum fibrineux étant aussi raide, formé de mailles petites, anastomosées à angles droits ou aigus, que le réticulum mucineux est souple et onduleux.

Nous insisterons plutôt aujourd'hui sur ce fait que ces réticulums mucineux, déjà prédominants à la période terminale des processus aigus bronchiques, sont particulièrement abondants, et d'étendue considérable, dans les crachats muco-purulents de la bronchite des emphysémateux, de la coqueluche ou des vieilles bronchites avec stase.

La prédominance de ces aspects dans les circonstances cliniques que nous venons d'énumérer élimine forcément l'idée de la nature fibrineuse de ces réticulums.

Si la constatation d'un de ces éléments pris individuellement n'a pas une valeur diagnostique, il n'en est plus de même du groupement de ces éléments entre eux et avec les formes cellulaires ; on a ainsi, selon les différents cas, une série d'aspects microscopiques typiques :

Au crachat pneumonique du début correspond la prédominance du mucus hyalin et de l'exsudat séro-albumineux en gouttes, des éléments cellulaires rares et presque uniquement d'origine endothéliale, de nombreux globules rouges.

Au crachat d'œdème aigu correspond la prédominance de l'exsudat séro-albumineux, l'absence de mucus, la présence de rares cellules intactes brutalement desquamées.

Dans le crachat de congestion pulmonaire passive, cellules endothéliales pulmonaires, macrophagiques, chargées de pigment sanguin, pas mal de mucus hyalin, et gouttelette albumineuse surajoutée s'il y a tendance à l'œdème intra-alvéolaire.

Dans le crachat de bronchite aiguë superficielle au début, mucus hyalin épais et cellules bronchiques dégénérées.

Dans le crachat de l'asthme et des états similaires, mucus hyalin épais, cellules bronchiques intactes, nombreux éosinophiles.

Dans le crachat des emphysémateux avec bronchite chronique, en dehors de toute complication, dégénérescences réticulées à réaction muqueuse, isolées ou en réseaux délicats enserrant de nombreux polynucléaires, sur un fond de mucus hyalin peu épais.

Enfin le crachat pharyngé se caractérisera par le mucus hyalin très épais, les cellules pavimenteuses de la bouche intactes ou en dégénérescence oxyphile, et cette variété de crachat ne sera pas la moins utile à reconnaître pour qu'on puisse ramener à sa juste valeur le crachat matutinal qu'émettent certains individus qui se croient atteint, à cause de cette expectoration, de tuberculose pulmonaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 JUILLET 1907)

Sur le traitement de la pellagre par l'atoxyl. — M. V. Babès. Lombroso recommande l'arsenic dans le traitement de la pellagre; cependant ce traitement donne des résultats variés et il est souvent mal toléré, produisant une aggravation des symptômes gastro-intestinaux surtout chez les personnes cachectiques, chez les vieux artério-scléreux, chez les néphrétiques; de même que dans la pellagre héréditaire, ce traitement ne donne pas de résultats et peut être suivi de symptômes d'intoxication. Le traitement combiné de Galli (arséniate de fer) donne des résultats encourageants dans certains cas, tandis que dans d'autres cas les effets sont nuls ou bien le traitement est mal supporté.

L'atoxyl étant presque inoffensif et permettant l'introduction de grandes quantités d'arsenic, a paru plus indiqué à M. Babès, car il a trouvé dans la pellagre non seulement les indices d'une intoxication, mais aussi d'une infection particulière, analogue aux infections dans lesquelles l'atoxyl a été employé avec succès. Il avait donc entrepris, en collaboration avec le docteur Vasilin de Roman, le traitement d'une série de pellagreux, qui ont donné des résultats des plus encourageants et qui ont fait le sujet d'une communication préliminaire faite à l'Académie de Bucarest le 1er juin 1907.

Basé sur ces expériences et sur une grande série d'expériences ultérieures, M. Babès est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Les pellagreux sont très sensibles à l'action de l'atoxyl ;

2° Cette sensibilité est plus prononcée chez les enfants et chez les jeunes personnes au commencement ou en plein développement des symptômes aigus de la pellagre, que chez les cachectiques, chez les vieux et chez ceux qui présentent un état très chronique indolent, et surtout chez les maniaques et déments.

3° Les malades de la première catégorie ressentent, à la suite de l'inoculation de 0cg10 d'atoxyl, une amélioration brusque extraordinaire, en même temps qu'une élévation de température à 38-39 degrés, qui se maintient durant un à deux jours : c'est surtout après la disparition de cette réaction que l'amélioration se prononce.

L'amélioration consiste dans la disparition complète de la diarrhée, tellement rebelle à tous les traitements, dans la disparition rapide des sensations de terribles brûlures qui désespèrent les malades et les poussent au suicide; amélioration et disparition de l'insomnie, de l'érythème pellagreux et des œdèmes. Apparition de l'appétit, de la lucidité, d'un bien-être général ; amélioration de tous les symptômes nerveux, de l'asthénie, des céphalées, de la confusion mentale. Les symptômes les plus rebelles à ce traitement sont la tachycardie, les états mentaux chroniques, manie chronique, démence, paralysie, Parkinson, myélites.

Les améliorations et même guérisons temporaires sont les plus rapides et frappantes chez les enfants.

4° La disparition des symptômes s'est maintenue dans la plupart des cas pendant toute la durée de l'observation (vingt jours).

Dans des cas très graves, quelques-uns des symptômes sont revenus, mais sous une forme mitigée (diarrhée, érythème, excitation); de sorte que l'état général restait tout de même très amélioré.

5° Les injections ultérieures sont suivies d'une réaction thermique parfois moins accentuée, cette réaction étant la plus forte chez les malades où l'effet du médicament est plus rapide et le plus éclatant.

En augmentant la dose à 0cg20, la réaction thermique devient plus accusée et plus durable.

L'emploi des doses plus fortes ne semble pas être plus salutaire que celui de la dose de 0cg10 ; il semble même que la dose de 0cg2 peut, au moins chez l'enfant, reproduire quelques symptômes de la maladie. Toutefois, l'amélioration continue aussi après l'injection des doses plus élevées.

6° Sans pouvoir nous prononcer encore sur les effets durables de l'atoxyl dans la pellagre, M. Babès peut affirmer que cette substance possède une action spécifique sur cette maladie en produisant ordinairement une élévation passagère de la température et une modification rapide dans le sens d'une amélioration de tous les symptômes de la maladie et même de la guérison. Quoiqu'il y ait lieu de penser que ces effets ne seront pas stables, on peut espérer que, par le dosage prudent et par un régime approprié, on arrivera à la guérison d'un grand nombre de pellagreux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 JUILLET 1907)

M. LE PRÉSIDENT prononce l'éloge du professeur Grancher.

Traitement de l'acné. — M. BESNIER lit un rapport sur le travail de M. Jacquet, relatif au traitement de certaines dermatoses par le régime alimentaire et le massage. Partant de ce principe que les exitations répétées de la muqueuse gastrique par le régime carné est la principale cause de beaucoup de lésions cutanées de la figure, voire même de l'acné, M. Jacquet, sans aucune médication interne ni externe, a obtenu du régime lacté et du massage d'excellents résultats.

M. Besnier appelle l'attention de ses collègues sur ces résultats vraiment remarquables, et fait ressortir tout l'intérêt de cette méthode.

M. FOURNIER confirme les conclusions de M. Besnier, et connaît un fait qui le touche de près, dans lequel M. Jacquet a, en effet, obtenu les meilleurs résultats de l'application de ce traitement à une jeune fille dont l'acné était, jusque-là, restée complètement rebelle à toutes les médications.

La culture de la voix. — M. DIEULAFOY, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Gariel et Perier, lit un rapport sur divers travaux qui ont été adressés à l'Académie, visant tous le même but, la culture de la voix. Qu'il s'agisse du chanteur, de l'acteur, de l'orateur, du professeur, de l'instituteur, c'est par une même éducation physiologique qu'ils doivent tous arriver à régler leur voix. L'élimination du son doit être suffisante, l'articulation doit être bonne; il faut savoir ménager sa voix, savoir la lancer, la poser, etc. Or, dans le plus grand nombre des éducations actuelles du chant, on arrive au malmenage, c'est-à-dire à l'entraînement forcé de la voix.

Dans certaines écoles, comme l'Ecole normale, la Faculté de droit, le Conservatoire, il y a donc lieu de fonder un enseignement spécial, portant sur l'étude physiologique de la voix. Dans l'état actuel des choses, 60 p. 100 des voix, dans certaines écoles, ne sont pas posées. Beaucoup de bonnes voix sont perdues, dès le début des études, par suite de ce malmenage de la voix.

M. Dieulafoy propose donc à l'Académie d'émettre les vœux suivants :

1° Nul ne devra être admis à enseigner la déclamation et le chant, sans avoir préalablement passé un examen prouvant qu'il possède les connaissances nécessaires pour ménager la voix des élèves;

2° Les conservatoires devront posséder un ou plusieurs laryngologistes pour examiner les voix des élèves au cours des études musicales.

Les enfants protégés par la loi Roussel. — Une discussion assez vive s'engage entre MM. PORAK, VIDAL, PINARD et MONOD sur cette question, discussion qui doit se continuer dans la séance suivante. Nous en attendrons la fin pour la résumer.

Traitement du cancer. — M. DE KEATING-HART lit une note sur le traitement du cancer par la projection violente et prolongée sur les tumeurs malignes d'étincelles puissantes jaillies d'un appareil électrique, le résonnateur de Oudin. Ce mode de traitement arrêterait les hémorragies et soulagerait les douleurs.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 12 JUILLET 1907)

La pneumonie du fœtus. — MM. P. MÉNÉTRIER et TOURAINE rapportent un cas de pneumonie fœtale qu'ils ont récemment observé.

Il s'agit d'une femme, qui, au lendemain de la défervescence d'une pneumonie grave, a expulsé un fœtus mort-né de six mois et demi. Dans la suite, elle a présenté de nombreux accidents pneumococciques (pleurésie double, arthrite bilatérale du genou, etc.), tous actuellement en voie de guérison.

Dans le lobe moyen du poumon droit du fœtus était un noyau d'hépatisation, affleurant à la surface et accompagné d'une légère réaction pleurale locale. Ce bloc était entouré d'une zone congestive périphérique très marquée. Sauf un degré notable de congestion, le reste des poumons, les autres organes étaient sains.

Les lésions histologiques sont celles d'une hépatisation avec exsudat séro-fibrino-leucocytaire, semblable à la pneumonie lobaire franche de l'adulte et caractérisée par l'abondance particulière des diapédèses dans l'exsudat. Dans la zone périphérique la congestion a dépassé le degré de la splénisation pour arriver jusqu'aux épanchements hémorragiques diffus.

Le pneumocoque a été retrouvé dans le sang, le poumon, le foie du fœtus.

Les auteurs insistent sur la localisation exclusive au poumon, chez ce fœtus, du processus infectieux, fait qu'ils ne retrouvent que dans deux observations antérieures. Ils se demandent si, pour expliquer cette spécialisation, on ne pourrait admettre l'existence de pneumotoxines qui, élaborées au cours de la pneumonie dans l'organisme de la mère, iraient, chez le fœtus, déterminer dans l'organe similaire, dans le poumon, des troubles cellulaires ou des modifications circulatoires créant un lieu d'appel pour la fixation des germes en circulation.

Il se produirait là un phénomène analogue à ce que Charrin a démontré expérimentalement pour le foie, les lésions hépatiques de la mère se transmettant, par des « lysines hépatiques », au foie du fœtus.

Deux cas d'aphasie de Broca ou d'aphasie totale sans lésions de la troisième circonvolution frontale. — M. A. SOUQUES communique deux observations d'aphasie avec intégrité de la troisième circonvolution frontale. Dans la première il s'agit d'une lésion profonde, constituée par un vieux kyste hémorragique, et située entre le noyau lenticulaire et l'insula qu'elle déborde en arrière pour intéresser l'isthme temporo-pariétal. Dans la seconde observation il s'agit d'un foyer de ramollissement, superficiel et profond, qui occupe une partie de la zone de Wernicke et de la région lenticulaire.

Cliniquement, il y avait aphasie de Broca ou aphasie totale. L'aphasie totale et l'aphasie de Broca ne constituent pas deux formes distinctes; elles ne sont que deux degrés d'un même syndrome aphasique, présentant suivant les cas une dose plus ou moins grande d'ataxie et de surdité verbale.

Pour expliquer les faits d'aphasie totale par lésion de la zone de Wernicke, sans altération de la zone de Broca, on a supposé qu'il s'agissait là d'aphasie sensorielle ayant accidentellement pris le masque de l'aphasie totale. Il y a une explication plus plausible, fournie par la théorie de M. Pierre Marie : l'aphasie vraie est une et a sa localisation dans la zone de Wernicke; la propagation de la lésion à la région lenticulaire produit l'aphasie de Broca et, par suite, l'aphasie totale.

MM. Pierre Marie et François Moutier présentent trois cas de **pachyméningite hypertrophique cérébrale** ayant évolué insidieusement. Dans deux de ces cas (malades de soixante et onze et quatre-vingts ans) on nota une hémiplégie droite et quelques symptômes pseudo-bulbaires dépendant de lésions centrales. Dans le troisième cas (homme de cinquante-sept ans), aucun symptôme n'attira jamais l'attention sur le système nerveux. Sur les trois pièces, la pachyméningite est typique, formant une membrane épaisse au plus de 2 millimètres, opaque, saumonée, présentant son maximum au niveau de la face externe de l'hémisphère gauche. On voit toutes les transitions depuis le simple accroissement des vaisseaux jusqu'à l'hémorragie caractérisée.

MM. Pierre Marie et François Moutier rapportent l'observation d'un vieillard de quatre-vingts ans, ayant présenté à la suite d'un double ramollissement temporo-occipital des **phénomènes d'agnoscie multiple**. De telles observations sont rares, le malade passant facilement pour un dément. Le sujet examiné ne présentait aucun trouble de la parole, aucune hémiplégie. Il lui était absolument impossible de lire ou d'écrire ; il ne pouvait reconnaître aucun objet par l'intermédiaire du toucher, de la vue, de l'odorat ou du goût. En revanche, tout objet dont il pouvait prendre connaissance par des qualités sonores, était immédiatement reconnu et correctement nommé. Il existait un certain degré d'hémianopsie droite. A l'autopsie, on rencontra, en dehors d'une certaine atrophie du manteau cérébral un ramollissement bilatéral intéressant la face inférieure des lobes temporo-occipitaux. Les lésions sont maxima au niveau de la partie postérieure des lobules fusiforme et lingual.

Suites éloignées des lésions du système nerveux concomitantes des lésions méningées cérébro-spinales. — MM. Claude et Lejonne. On sait qu'il existe des méningites cérébro-spinales qui s'accompagnent au cours de leur évolution d'altérations sous-jacentes des centres nerveux ou des racines, lesquelles après la guérison clinique de la méningite, donnent lieu à des symptômes qui ont été considérés comme des séquelles de méningite. L'expérimentation de quelques cas récemment observés montre que les lésions des centres nerveux peuvent se développer en même temps que les méningites et même précéder celles-ci, de sorte que la maladie tire son importance plutôt des altérations nerveuses en question que de la méningite qui peut disparaître sans laisser de traces. Les auteurs ont observé deux cas qui rentrent dans cette catégorie, et ainsi on peut dire qu'il s'agit plutôt de lésions de tout le système nerveux compliquées de méningite, que de méningite cérébro-spinale compliquée de lésions du système nerveux, que de séquelles de méningite.

Ophtalmo-réaction tuberculeuse chez les enfants. — M. Comby apporte le résultat de ses recherches pratiquées sur seize enfants. Il admet que l'ophtalmo-réaction à la tuberculine est chez les enfants un procédé sûr, inoffensif, commode, pour mettre en relief les tuberculoses les plus cachées. C'est un procédé d'un emploi facile, pouvant s'appliquer à tous les malades, aussi bien à ceux qui ont de la fièvre qu'à ceux qui n'en ont pas. Il offre donc de très grands avantages sur la cuti-réaction, très infidèle, et sur la sous-cuti-réaction, plus douloureuse et non sans quelques difficultés d'usage.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 10 juillet 1907)

Implantation de l'uretère dans le rectum. — M. Legueu veut prouver que le bon fonctionnement apparent du rein, après cette opération, n'implique pas que le résultat anatomique soit parfait. Il apporte un exemple à l'appui de cette manière de voir. Au cours de l'ablation d'une tumeur de la vessie, chez une femme, il blessa l'uretère. Il fit, séance tenante, une uretéro-néocystostomie et quatre ans s'écoulèrent pendant lesquels tout alla bien. La malade n'eut jamais de crise douloureuse du côté de ce rein, alors qu'antérieurement elle en souffrait. Elle succomba quatre ans après, le rein était resté silencieux et, à l'autopsie, on trouva ce rein atrophié et l'uretère rétréci, presque imperméable. Il faudrait donc n'admettre comme bons résultats que ceux prouvés par le cathétérisme uretéral.

M. Legueu ne croit pas que le milieu dans lequel est abouché l'uretère ait une grande influence sur les infections immédiates qui peuvent se produire après l'opération. L'état antérieur de l'uretère n'a pas non plus une grande importance au point de vue du résultat de l'opération. Enfin M. Legueu tient un grand compte de la technique opératoire; il faut que la suture soit aussi parfaite que possible. Il n'est pas partisan de la sonde à demeure.

M. Bazy est de l'avis de M. Legueu sur ce fait qu'il faut que la technique opératoire soit assez parfaite pour donner une réunion par première intention, sans quoi l'uretéro-néostomie est vouée à un échec certain. Contrairement à M. Legueu, M. Bazy met une sonde uretérale exactement appropriée au calibre de l'uretère.

Cholécystite calculeuse. — M. Routier apporte un nouveau fait au débat actuellement pendant. Il s'agit d'un cas de cholécystite suraiguë chez une femme; il ouvrit la vésicule, en retira une grande quantité de pus, explora les voies biliaires, trouva un calcul dans le cholédoque, incisa le canal, put extraire le calcul et mit un drain dans l'hépatique. Après huit jours, ce drain put être retiré. Mais huit semaines après la malade souffrit de nouveau, sa cicatrice se rompit et elle eut une fistule biliaire secondaire qui se ferma toute seule. Cette malade est depuis complètement guérie.

M. Bazy a eu l'occasion, cinq fois, de pratiquer le drainage des voies biliaires pour rétention ou infection biliaires avec ou sans calculs. Voici, très brièvement résumées, ces cinq observations :

1° Homme de cinquante-cinq ans, angiocholite, rétention biliaire, ictère, calcul du cholédoque, extraction après cholédocotomie, drainage, mort quelques jours après;

2° Angiocholite chez une femme de quarante-trois ans, abcès de la paroi, résection partielle de la vésicule, drainage des voies biliaires pendant plusieurs mois, guérison;

3° Angiocholite avec adhérences, rétention avec ictère, chez un homme de cinquante-sept ans, impossibilité d'assurer le drainage, amélioration, puis infection secondaire, mort;

4° Rétention avec ictère, calcul du cholédoque, ablation, cholécystostomie, guérison;

5° Etat très grave chez une femme de quarante ans, angiocholite, cholécystostomie puis cholédocotomie secondaire, ablation d'un calcul, drainage prolongé, encore en traitement.

D'accord avec M. Lejars, M. Bazy estime qu'il faut assurer le drainage des voies biliaires principales et non pas seulement celui de la vésicule. Cependant dans un cas très grave on peut avoir recours à la cholécystostomie comme opération d'attente, jusqu'au moment où on pourra intervenir plus radicalement sans danger. Enfin M. Bazy pense que le drainage des voies biliaires doit toujours être accompagné de l'ablation de la vésicule, source d'infection toujours à craindre.

M. Hartmann, très partisan de l'opération de Kehr qu'il a, l'un des premiers, pratiquée en France, croit qu'on a trop généralisé ses indications. Sans doute, c'est une très bonne opération dans les cas de lithiase diffuse, vésiculaire ou canaliculaire. Mais M. Lejars exagère quand il propose de l'appliquer à tous les cas de lithiase, même limitée à la vésicule. M. Hartmann ne pense pas qu'il faille si souvent recourir à l'incision de Kehr. Lorsque les symptômes sont toujours restés uniquement vésiculaires, une cholécystostomie ou, au besoin, une cholécystectomie doivent suffire. L'ouverture et le drainage des voies biliaires sont inutiles dans ces cas.

Cette opinion de M. Hartmann est basée sur les résultats de sa pratique de ces dix dernières années.

Le nombre de ses opérations sur les voies biliaires est de 85. Sur ce nombre, il compte 41 cholécystostomies (avec ou sans cholécystectomie partielle) et une cysticotomie, toutes suivies de guérison opératoire. Quels en sont les résultats éloignés? 27 sont bien portants, 6 ont eu des accidents secondaires dus à la présence de calculs, 4 ont dû être opérés de nouveau. En somme une simple cholécystostomie a suffi 82 fois sur 100.

Sur 14 cholécystectomies totales, M. Hartmann a obtenu 13 guérisons et 1 mort; 8 de ces malades opérés depuis plus de six mois sont restés guéris.

Donc 87 p. 100 de succès définitifs pour les opérations limitées à la vésicule. Sur 24 cholédocotomies avec drainage de l'hépatique, M. Hartmann relève 21 guérisons et 3 morts.

M. Hartmann conclut de ces faits que l'intervention portant sur les voies biliaires principales ne met pas plus à l'abri des accidents ultérieurs que les interventions limitées aux voies biliaires accessoires. Aussi lui paraît-il inutile de faire, dans tous les cas, une opération complexe.

Il faut limiter l'intervention à l'organe qui est seul atteint ou qui est le siège de calculs. Quand les calculs se trouvent dans toutes les voies biliaires, alors il faut faire l'opération de Kehr.

Quant au drainage de l'hépatique, théoriquement M. Hartmann le trouve très bon, mais pratiquement, parfois bien difficile.

Mal de Pott et lithiase urique. — M. Villemin fait un rapport sur une observation de M. Dieulafé (de Toulouse). Il s'agit d'une enfant de douze ans, atteinte de mal de Pott lombaire et traitée depuis des mois par le séjour au lit, des injections locales d'éther iodoformé, une alimentation très substantielle et la médication arsenicale et phosphatée. Les accidents du mal de Pott s'améliorèrent considérablement sous l'influence de ce traitement; mais la jeune malade présenta ultérieurement une lithiase urique que M. Dieulafé attribue à la suralimentation et au repos prolongé au lit. Ce n'est pas l'avis de M. Villemin qui pense que la lithiase urique, dans ce cas, est beaucoup plutôt l'effet du mal de Pott lui-même que de son traitement.

Hypertrophie congénitale d'un gros orteil. — M. Broca fait un rapport sur une observation de ce genre adressée par M. Giribaldo (de Montévidéo). Ce gros orteil fut amputé. M. Broca montre des photographies.

Epithélioma de l'angle de l'œil propagé aux fosses nasales. — Très intéressant le malade présenté par M. Morestin. Cet épithélioma avait nécessité l'ablation de l'œil, de la presque totalité des paupières, de la moitié du nez, des cornets, de l'ethmoïde et d'une grande partie du maxillaire supérieur. Pour combler cette brèche, M. Morestin emprunta deux lambeaux, l'un au front, l'autre à la tempe. Le résultat plastique de cette autoplastie est des plus satisfaisants. Opéré depuis trois ans, le malade ne présente encore aucune trace de récidive.

Tumeur maligne des deux parotides. — M. Tuffier présente une femme qu'il a opérée il y a huit ans d'une tumeur maligne de la parotide droite et, un an après, d'une semblable tumeur de la parotide gauche. Cette femme ne présente encore aucune récidive. Au cours de ces opérations le nerf facial a dû être sectionné des deux côtés. La paralysie faciale persiste à droite, le nerf s'est régénéré à gauche. Par suite de cette double paralysie faciale, les deux mâchoires ne coïncident plus; il s'est fait un prognatisme qui a nécessité un appareil prothétique.

M. Sébileau dit qu'on a relevé plusieurs cas de régénération du facial après section complète au cours d'une opération sur la région parotidienne.

M. Morestin estime que l'aspect disgracieux de la malade de M. Tuffier pourrait être corrigé par une opération autoplastique.

M. Berger qui a été obligé de couper le nerf facial au cours d'une opération, a pu suturer immédiatement les deux bouts du nerf et obtenir une restauration complète.

A l'occasion de ces faits, M. Delbet fait remarquer qu'on peut, dans ces cas, anastomoser le facial avec un tronc nerveux voisin, spinal ou hypoglosse. Il a vu ainsi, après sept ans, un malade chez lequel M. Faure avait fait une anastomose spino-faciale. Le résultat anatomique était parfait, mais non le résultat physiologique. Le malade conserve l'aspect d'un malade paralysé de la face. En revanche quand il remue l'épaule, sa face se contracte de la façon la plus grotesque.

M. Sébileau a constaté les mêmes résultats chez deux malades ayant subi l'anastomose spino-faciale. L'un d'eux, dans ses moindres mouvements combinés de la face et de l'épaule, avait l'air de se moquer tout le temps de son interlocuteur.

M. Faure fait observer tout d'abord qu'il n'y a jamais eu d'échec anatomique complet à la suite de l'anastomose spino-faciale. En outre, un certain nombre, grâce à une rééducation méthodique, ont singulièrement amélioré le résultat de l'opération.

Epithélioma de la langue. — M. Walther présente un malade auquel il a enlevé, il y a sept ans, la moitié de la langue, la partie correspondante du plancher de la bouche et des ganglions, pour un épithélioma. Aucune récidive, mais par suite de la rétraction, la face supérieure de la langue regarde en bas.

Corps étrangers de l'œsophage. — M. Sébileau présente une malade chez laquelle il a enlevé un dentier de l'œsophage par la pharyngotomie rétro-thyroïdienne. Très bon résultat. M. Sébileau fait ressortir tous les avantages de cette voie qui donne un accès large et facile dans l'œsophage.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 13 juillet 1907)

Sur l'emploi de l'endiomètre-grisoumètre dans la recherche et le dosage des gaz irrespirables. — M. Gréhant fait connaître à la Société de biologie quelques détails de la technique qu'il applique dans son laboratoire, pour doser les gaz contenus normalement ou accidentellement dans le sang.

Greffe des ganglions plexiforme et sympathique dans le foie et transformations du réseau cellulaire. — MM. G. Marinesco et J. Minea. Dix jours après l'opération on trouve qu'une bonne partie des cellules du ganglion sympathique ont disparu. Parmi celles qui persistent la plupart gardent leur aspect extérieur mais leur structure est évidemment modifiée. Le réseau cellulaire est dégénéré et le protoplasma est parsemé de granulations fines incolores. Outre ces cellules pâles et dégénérées, l'attention se porte sur d'autres moins nombreuses dont les neurofibrilles bien imprégnées sont déjà visibles à un faible grossissement à cause de leur calibre inusité et de leur topographie. Ce qui prédomine dans

ces cellules c'est la présence de neurofibrilles épaisses disposées en une espèce de réseau, de peloton, de tourbillon, ou bien sont condensées en quelques cordons épais. Les mêmes phénomènes de simplification de structure sont également visibles dans leurs prolongements. Dans le ganglion plexiforme recueilli dans les mêmes conditions que le sympathique, on trouve aussi, en dehors des épisodes caractéristiques des ganglions transplantés : expansion de nouvelle formation, plexus péricellulaires, cellules échancrées ou avec tendances à la lobulation; d'autres éléments à réseau fortement imprégné, simplifié, à travées épaissies. Parfois le réseau a des tendances à la vacuolisation dans le centre tandis que dans d'autres cellules, il est effiloché à la périphérie. Ces expériences montrent l'influence qu'exerce le milieu ambiant sur la morphologie de la cellule nerveuse.

Différences quotidiennes de température de 8°1. — MM. Piquand et Dreyfus ont eu l'occasion d'observer une jeune femme atteinte de fièvre puerpérale chez laquelle la température oscilla dans la même journée de 33°8 à 41°9. La malade traitée par des injections intraveineuses d'argent colloïdal survécut plus d'un mois à cet écart thermométrique exceptionnel.

Action du sérum sanguin sur les métaux colloïdes suivant qu'ils sont stabilisés ou non. — M. H. Iscovesco. Lorsqu'on étudie systématiquement, et en série, l'action du sérum sanguin sur des métaux colloïdes électriques purs non stabilisés, on constate que déjà une goutte de sérum suffit pour précipiter un centimètre cube de solution métallique. On obtient les mêmes résultats lorsqu'on fait l'expérience inverse, c'est-à-dire lorsqu'on fait agir le métal sur le sérum. Rien de pareil avec le métal stabilisé. Ceci explique pourquoi l'auteur d'une part, Ascoli et Izar d'autre part, tout récemment dans un travail expérimental sur l'action physiologique des métaux, ont dénié toute action aux métaux électriques purs qui n'avaient pas été préalablement stabilisés et ont montré qu'au contraire ceux qui sont stabilisés influencent considérablement les processus nutritifs. Les métaux stabilisés seuls peuvent donc avoir une action thérapeutique. (*A suivre.*)

PRATIQUE MÉDICALE

LA SURALIMENTATION DES MALADES ET DES CONVALESCENTS

Par le docteur J. Carbon.

La suralimentation des malades est pour le médecin une réelle préoccupation. Sous l'influence des principes posés par Brœhmer, et qui consistaient à lutter contre la tuberculose, par la cure d'air, le repos et une *vigoureuse suralimentation*, on se mit à « gaver » les malades. Il en résulta des troubles digestifs nombreux. L'estomac et l'intestin devenaient intolérants, le foie et le rein s'épuisaient à la peine, l'intoxication alimentaire s'ajoutait à l'intoxication morbide, et pour avoir voulu tonifier des phtisiques on précipitait l'évolution fatale.

Aujourd'hui, les médecins sont plus prudents, et, pour suralimenter leurs malades, ils s'adressent à des substances qui, sous un faible volume, renferment une quantité considérable de principes nutritifs. Ce sont les poudres de viande, les albumoses, les peptones. L'expérience, cependant, a établi parmi ces substances une exacte sélection, et, à l'heure actuelle, il est vrai de dire que ce sont les *albumoses-peptones* qui réalisent le désidératum cherché.

Ce n'est pas, en effet, à l'état d'albumose seule ou de peptone seule, que les substances albuminoïdes arrivent dans l'intestin. C'est à l'état d'albumose-peptone. C'est donc sous cette forme, qu'il faut donner aux malades épuisés les substances albuminoïdes qu'ils seraient incapables de digérer en nature.

Malheureusement, il existe dans le commerce beaucoup d'albumoses obtenues par des procédés chimiques et dont l'absorption nous a paru maintes fois présenter des dangers. Mais il existe aussi des poudres nutritives réellement obtenues, comme le Nutrigène par exemple, en faisant agir, sur la viande fraîche et rigoureusement choisie, le suc gastrique physiologique. On obtient ainsi (et c'est la définition même du nutrigène) une albumose-peptone de provenance sûre, de constitution scientifique bien établie et dans laquelle le rapport entre l'albumose et la peptone est exactement semblable à celui qui existe dans le bol alimentaire normal à sa sortie du pylore.

Or, tandis que certaines albumoses chimiques doivent être utilisées à faibles doses pour être supportées, et produisent encore de la diarrhée fétide, on peut ordonner sans crainte quatre à six cuillerées à soupe de nutrigène sans le moindre inconvénient. Cette substance est, en outre, rapidement absorbée parce qu'elle est soluble, et s'incorpore à n'importe quel liquide au goût du malade.

Cela prouve une fois de plus que dans la thérapeutique comme dans toute chose, il faut en revenir à la nature. *Naturam sequere*, disait Horace. Ces temps-ci nous constations que, dans les traitements digitaliques, la digitoxine Cloetta ou digalène, ne présente aucun des inconvénients des préparations galéniques de digitale, et ne s'accumule pas, parce qu'elle est le principe actif de la feuille fraîche avec ses qualités *naturelles*. De même, dans l'alimentation et la suralimentation des malades, il faut s'en tenir à l'albumose-peptone de viande pure, au nutrigène, parce que son origine est *naturelle* et qu'il ne présente plus aucun des inconvénients des albumoses chimiques. Il fait augmenter le poids, relève l'appétit et les forces, tonifie véritablement l'organisme, augmente la résistance des malades, abrège la durée des convalescences, sans jamais fatiguer ni l'estomac ni l'intestin. Quatre à six cuillerées à soupe de nutrigène par jour représentent, en effet, une quantité considérable de substances albuminoïdes naturelles et *prédigérées*.

LIVRES NOUVEAUX

Régimes pathologiques et régimes parfaits (1), par le docteur F. Cayla.

Dans cet excellent ouvrage écrit dans un but tout pratique, M. Cayla étudie successivement les régimes alimentaires dans les affections gastro-intestinales, dans leur phase aiguë, leur phase subaiguë et leur formes chroniques, enfin, dans les gastro-entérites guéries. Il insiste sur la nécessité d'une alimentation rationnelle et décrit le régime parfait tel qu'il le conçoit.

Puis sont étudiées les considérations particulières s'appliquant aux arthritiques, aux tuberculeux, aux constipés, aux rachitiques, aux anémies, aux diabétiques, obèses, etc.

M. Cayla étudie enfin les repas des convalescents et donne un certain nombre de notions complémentaires relatives aux produits alimentaires.

(1) In-8. Prix 2 francs. — Vigot Frères, édit.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DU MAL DE POTT DORSO-LOMBAIRE (1)

MARCHE. TERMINAISONS. — L'évolution de la tuberculose vertébrale dure plusieurs années. Dans les cas les plus favorables, malade bien soigné dès le début, la réparation du foyer tuberculeux et la consolidation du rachis se font, *très lentement*, mais sans grande déformation; aux lombes surtout, la difformité est peu visible.

L'apparition d'un abcès retarde la guérison; plusieurs ponctions suivies d'injections modificatrices doivent être faites. Tant que l'abcès froid est fermé, le pronostic est encore bon. Un abcès ouvert et fistuleux est une complication grave; sans doute la guérison peut encore être obtenue, mais à craindre suppuration interminable, infections secondaires, cachexie, dégénérescence amyloïde des viscères.

La paraplégie a une longue durée, une à plusieurs années. Elle guérit assez souvent; quelquefois guérison incomplète, contracture des membres inférieurs. Pronostic grave en cas d'escares ou d'infection des voies urinaires.

Le malade peut succomber par généralisation tuberculeuse ou quelque tuberculose viscérale, par méningite.

Enfin parfois, un malade est considéré comme guéri; quelques années plus tard, un réveil du foyer tuberculeux se produit, avec une paraplégie ou des abcès.

Soit un malade guéri avec gibbosité. Reste encore le pronostic lointain; en cas de mal de Pott dorsal, rappeler les bronchites et congestions pulmonaires graves des bossus, leur tendance à l'asystolie. S'agit-il d'une femme, avec bassin cyphotique, si elle devient enceinte, la viciation pelvienne du détroit inférieur permet habituellement l'accouchement spontané; parfois il faut recourir au forceps. En cas de rétrécissement très accentué, il faut parfois provoquer l'accouchement ou laisser la femme aller à terme, et intervenir. Spondylolisthésis et spondylizème déterminent souvent des déformations très accusées.

DIAGNOSTIC. — A la période de début, le diagnostic est très difficile, surtout chez l'adulte. Ce sont alors souvent les douleurs qui constituent le principal symptôme. Ce sont des pseudo-névralgies qui ne suivent pas exactement le trajet d'un nerf, ne donnent pas les points douloureux classiques, et résistent à la thérapeutique. On peut dresser une longue liste d'erreurs commises dans ces cas difficiles : *névralgies* intercostales, *ulcère rond* de l'estomac, crises gastriques du *tabes*, *lithiase rénale*, affections utéro-annexielles, *sciatique* (Siredey). Dans tous ces cas, chercher la limitation des mouvements de la colonne vertébrale, la contracture musculaire, l'exagération des réflexes rotuliens.

La *névralgie spinale* de Brodie, considérée aujourd'hui comme une manifestation de l'hystérie, rachialgie hystérique, est caractérisée par une douleur superficielle avec hyperesthésie cutanée; on trouve de l'hémi-anesthésie ou d'autres stigmates d'hystérie.

A la période d'état, quand les trois ordres de symptômes existent, le diagnostic n'est pas douteux. Mais, l'un ou l'autre de ces symptômes peut exister seul; donc trois séries de diagnostics différentiels.

GIBBOSITÉ. — Quand la gibbosité est angulaire et médiane, elle est caractéristique du mal de Pott. La seule difficulté est de reconnaître dès le début un simple recul d'une apophyse épineuse avec une inflexion minime. Pour le diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire, se rappeler qu'à l'état normal, les onzième et douzième dorsales sont saillantes et reconnaissables au palper, ainsi que les quatre premières lombaires; la cinquième apophyse lombaire est difficilement reconnue.

En cas de courbure allongée et arrondie, éliminer la *cyphose rachitique* des jeunes enfants; il n'y a pas de douleur à la pression, la déformation s'atténue par le décubitus horizontal; on trouve d'autres déformations rachitiques.

A l'époque de la croissance, certains adolescents peuvent présenter une *cyphose* dorsale ou dorso-lombaire avec attitude voûtée; elle est le plus souvent associée à une scoliose.

Si la déviation est latérale, la distinguer d'une *scoliose* qui n'est pas douloureuse, qui s'accompagne d'une torsion des vertèbres avec modifications caractéristiques des côtes. Les scolioses de la sciatique, les scolioses par suite d'une pleurésie ancienne seront facilement reconnues.

Le diagnostic est très difficile d'avec certaines ostéites subaiguës non tuberculeuses et ostéo-arthrites chroniques ou ankylosantes de la colonne vertébrale. Dans l'*ostéite subaiguë*, assez mal connue d'ailleurs, on fait toujours le diagnostic de mal de Pott. Cependant la marche rapide, l'apparition d'une collection purulente coïncidant avec le début des douleurs et s'accompagnant de fièvre sont assez caractéristiques (Labeyrie).

L'*ostéo-arthrite chronique ankylosante* de la colonne vertébrale s'observe chez l'adulte. Le début se fait par des douleurs locales ou irradiées; la lésion peut atteindre la région dorso-lombaire; elle est en général très étendue et dans la forme en flexion, le rachis décrit une cyphose à grande courbure; la rigidité de la colonne vertébrale est considérable, elle a été comparée à celle d'un bâton. Quelquefois il survient de l'ankylose des hanches; il ne se forme pas d'abcès ossifluent (Labeyrie).

ABCÈS PAR CONGESTION. — L'abcès de la gaine du psoas peut déterminer une contracture de ce muscle, une flexion de la cuisse pouvant être attribuée à une *psoïtis*, à une *coxalgie*. Explorer la région coxo-fémorale et chercher les mouvements de l'articulation.

Parvenu à la région crurale, l'abcès est à distinguer d'une *adénite* suppurée de l'aine, d'une *hernie crurale*.

Un abcès faisant saillie au niveau de l'orifice inguinal pourra être confondu avec une *hernie inguinale* (Kirmisson).

Au voisinage de la région anale, l'abcès par congestion pourrait être pris pour un *abcès à l'anus*. Mais l'abcès par congestion se montre à quelque distance de la région anale, tandis que l'abcès à l'anus proprement dit se forme près de l'orifice anal (Kirmisson).

Un abcès, ne communiquant plus avec la lésion osseuse, subit une résorption et se transforme en tumeur solide. Denonvilliers extirpa ainsi un abcès qu'il avait pris pour une tumeur sarcomateuse.

PARAPLÉGIE. — La paraplégie peut apparaître comme premier symptôme du mal de Pott chez l'adulte; c'est alors le diagnostic de la paraplégie par compression lente de la moelle, diagnostic d'autant plus difficile que la paraplégie du mal de Pott peut se présenter sous les deux aspects de paralysie flasque ou spasmodique.

La paraplégie par compression, qu'elle soit spasmodique ou flaccide, ne présente pas de caractères qui lui soient propres, en dehors des pseudo-névralgies et des troubles trophiques qui relèvent de la compression des racines (Déjerine).

En cas de paralysie flasque, éliminer la paraplégie du *tabes*, la *myélite* chronique diffuse, la *myélite* transverse, certaines formes de *paralysie infantile*, les *névrites* périphériques, l'hystérie.

A la phase de paraplégie spasmodique, on pourrait penser à la forme purement spinale de la *sclérose en plaques*, à la *syphilis médullaire*. L'*hystérie* peut donner une paraplégie spasmodique avec douleur vertébrale et pseudo-névralgie; c'est le pseudo-mal de Pott hystérique (Audry).

En cas de paraplégie avec déviation vertébrale, mal de Pott ou *cancer vertébral*. Mais dans ce dernier cas, la déformation est rarement angulaire; c'est un tassement de la colonne vertébrale, les phénomènes douloureux sont intenses et persistants (paraplégie douloureuse, Charcot); âge du malade; cachexie rapide.

Il est important de faire un diagnostic précoce pour instituer le plus tôt possible le traitement par le repos au lit et l'immobilisation par un appareil.

BIBLIOGRAPHIE. — KIRMISSON. *Traité de chirurgie*; — CHIPAULT. *Traité Le Dentu-Delbet*; — BROCA et DELANGLADE. *Traité des maladies de l'enfance*; — GUINON. Art. COMPRESSION DE LA MOELLE, *Traité de médecine*; — BROCA. *Gaz. hebdom.*, 1902; — LABEYRIE. *Gaz. des hôpit.*, 1905; — MÉNARD. *Etude pratique sur le mal de Pott*, Paris 1900.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 76, p. 911, et n° 79, p. 945.

RENSEIGNEMENTS

ON DEMANDE UN MÉDECIN POUR SANATORIUM. — Adresser sa demande de candidature au président de l'Œuvre de la tuberculose humaine, 9, rue de Bellefond, Paris.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Trains express, rapides et luxe, pour Vichy, Riom (Châtel-Guyon), Clermont (Royat).* — 1° *De Genève et de Lyon* : Train express 1re et 2e classes.

2° *De Paris* : *a.* Vichy-Royat-Express (train de luxe) V-S, V-R. Nombre de places limité. Aller : départ de Paris, 3 h. 55, mardi, jeudi, samedi. — Retour : départ de Clermont, 8 h.; de Riom, 8 h. 14; de Vichy, 8 h. 55, lundi, mercredi, vendredi.

b. Train rapide 1re classe S-S, V-R à l'aller. Aller : départ de Paris, 11 h. 10. — Retour : départ de Clermont, midi 45; de Riom, 1 h. 1; de Vichy, 1 h. 19.

Pour plus amples renseignements, consulter le livret-guide-horaire P.-L.-M., vendu 50 centimes dans toutes les gares du réseau.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 18 juillet. — MM. Baumgartner et Mouchet, 18; Schwartz, 15.

La dernière séance du concours n'est pas encore terminée au moment où nous mettons sous presse.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'argent est décernée à MM. les docteurs Moreau (de Neung-sur-Beuvron), Jean Noir (de Paris), et Ser, médecin-major de deuxième classe au 118e d'infanterie.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ. — Voici la liste par ordre alphabétique des candidats admis à subir les épreuves orales d'admissibilité du concours d'admission à l'école du service de santé militaire en 1907 :

1. MM. Agostini, Aillaud, Alanore, Amidieu, Amsler, Anglade, Aubert, Aubriot, Aveline, Ballet,

11. Battesti, Bellocq, Belvèze, Bernard (Gabriel-Pierre), Berranger, Bertet, Betta, Billot, Bonnefoy, Bonnin,

21. Bouissou, Braye, Brelet, Bret, Brugeas, Bureau, Cambon, Camo-Seine, Camus, Carras,

31. Cavaillon, Chapuis, Charlin, Chauvin, Chénelot, Cheville, Coïc, Collilieux, Convers, Coronado,

41. Dautrey, Deffuant, Debrieu, Delorme, Détis, Dioclès, Dumousseau, Duplay, Durand, Duret.

51. Ehringer, Fauquey, Flèche, Fonbeur-Buéli, Fournier, Freydier, Frilet, Fructus, Gabalda, Galou,

61. Gauthier, Georges, Giacardy, Gibert, Grosswiller, Gott, Gourdon, Goursolas, Grandmange, Greyfié de Bellecombe,

71. Grézel, Guillaume, Guy, Hanin, Henrion, Henry, Heyraud, Houlez, Jacquetty, Jourdan,

81. Juif, Laborie, Lacassagne, Lafon (Gaston-Maurice), Landret, de Laurens de la Barre, Le Bourdellès, Le Landais, Lèques, Level,

91. Liégeois, Longuet, Maix, Manesse, Martin de Laulerie, Mathiot, Maury, Menaud, Modot, Monguilan,

101. De Montval, Mulot, Nain, Neau, Nivière, Noël (Jean-Raymond), Pacaud, Palluy, Paoli, Paulet,

111. Péquegnot, Piquemal, Poigeaut, Poy, Prost, Rançon, Rapin, Raux, Ravet, Renesson,

121. Risser, Robert, Rome, de Sablet d'Estières, Sarrat, Sarrazin, Sayer, Sébillot, Séchan, Sieur,

131. Soncourt, Sondag, Souquet, Stéfani, Talpain, Texier, Théveney, Thuriot, Trotabas, Trousset,

141. Tuloup, Vazeux, Vermalle, Vialatte, Vidal, Voizard, Vourc'h, Vuillaume, Walther, Welsch,

151. Wolff, Zœller.

Les candidats auront à se rendre à la date fixée pour les épreuves orales dans la ville qu'ils ont choisie au moment de leur inscription.

MISSION. — M. le docteur Tartarin (de Menton) est chargé par le ministère de la Marine d'une mission ayant pour but d'étudier la tuberculose chez les marins dans les pays scandinaves. Son enquête portera sur les moyens employés pour amener la diminution de l'alcoolisme, et partant l'abaissement de la mortalité par la tuberculose.

LES SPORTS D'HIVER EN FRANCE EN 1908. — Au dernier Congrès de climatothérapie, dans une communication qui fit un certain bruit cet hiver sur la côte et dans tous les milieux qui s'intéressent à l'avenir de nos stations méditerranéennes, notre ami, le docteur Esmonet (de Châtel-Guyon), montra le succès prodigieux remporté par les sports d'hiver à l'étranger, au détriment des stations françaises.

Cet envoi était justifié dans une certaine mesure, pas entiè-

rement cependant à notre avis. Depuis longtemps la Compagnie P.-L.-M. et le Club alpin français ont fait des efforts pour organiser les sports d'hiver dans les montagnes françaises. Grâce à M. Noblemaire, Chamonix est maintenant station d'été et d'hiver, des caravanes montent en traîneaux de Grenoble au Mont-Genèvre, et l'on sait quelle affluence amena le concours international de skis, à Briançon l'hiver dernier.

Mais voici plus : M. Vallot, président du Club alpin, montre dans un article de l'*Echo de Paris* les efforts faits en vue d'organiser la montagne en hiver, il signale les caravanes alpestres de plus en plus nombreuses, qui partent toute l'année de Nice, il annonce les grandes fêtes du ski qui seront données cet hiver à Chamonix.

L'appel du docteur Esmonet n'aura pas été fait en vain, et la mode aidant, les touristes afflueront toute l'année dans les Alpes françaises, du Léman à la Méditerranée.

FAUSSES ORDONNANCES. — Depuis déjà plusieurs semaines, un individu, dont l'identité n'a pu être établie et qui a toutes les allures d'un valet de chambre de bonne maison, se présentait dans plusieurs pharmacies du IVe arrondissement, porteur d'une ordonnance signée du docteur C..., demeurant boulevard Sébastopol et comportant, entre autres médicaments, plusieurs grammes de cocaïne.

Etonnés, étant donné la nature et les dangers que présente ce produit, de le voir figurer sur des ordonnances, en pareille quantité, plusieurs pharmaciens s'émurent et, pris de soupçons, demandèrent téléphoniquement ou par écrit confirmation desdites ordonnances à leur signataire.

Le docteur répondit qu'il n'avait aucune connaissance de ces faits et que le valet de chambre inconnu avait abusé de sa signature. En conséquence il a porté plainte au parquet de la Seine, tandis que M. Picot, commissaire de police, ouvrait de son côté une enquête. (*Le Temps.*)

LE LABORATOIRE MUNICIPAL. — Certains journaux annoncent qu'une conférence a eu lieu, hier, entre M. Lépine et M. Ruau, ministre de l'Agriculture, au sujet du laboratoire municipal. Cette nouvelle est inexacte. La situation du laboratoire municipal a été réglée dès le jour où il a été décidé que le laboratoire des douanes serait chargé de faire des prélèvements et des analyses de denrées alimentaires, par application de la loi de 1905 relative à la répression de la fraude. Le laboratoire municipal conserve le droit d'en effectuer de son côté et rien n'est changé dans son fonctionnement, nous apprend *le Temps*. Il continuera à opérer des prélèvements en vertu du droit de perquisition que l'article 10 du Code d'instruction criminelle confère au préfet de police, concurremment avec le laboratoire des douanes. D'autre part, il procédera, comme par le passé, aux analyses gratuites qui lui seront demandées par le public parisien.

LA VARIOLE A TOULOUSE. — L'épidémie de variole, signalée depuis plusieurs jours à Toulouse, semble se localiser. Sept cas nouveaux ont été signalés hier. Les revaccinations se font en masse.

ŒUVRE DU MONUMENT HORACE WELLS. — Il vient de se fonder un Comité destiné à ériger à Paris un monument à Horace Wells, novateur de l'anesthésie chirurgicale.

Ce Comité est constitué ainsi :

MM. les chirurgiens-dentistes de la Faculté de médecine de Paris : Quincerot, Bonnard, Barrié, de Croës, Richard-Chauvin, Bonnet, Hugot, Schuller (de Paris), Armand (de Bordeaux), Schwartz (de Nimes).

Secrétaire : M. Schuller, 98, boulevard Sébastopol.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-huitième semaine, 797 décès, au lieu de 814 pendant la semaine précédente et au lieu de 855, moyenne ordinaire de la saison.

Le chiffre relativement peu élevé de la mortalité s'explique par la rareté des décès par diarrhée de 0 à 1 an.

La rougeole a causé 10 décès, au lieu de la moyenne 13.

La scarlatine a causé 10 décès, au lieu de la moyenne 2.

COURS PRATIQUE DE LABORATOIRE. — M. Agasse-Lafont, chef de clinique adjoint à l'hôpital Saint-Antoine, commencera le jeudi 1er août à cinq heures (pavillon Moïana) une série de dix leçons sur les méthodes de laboratoire les plus simples et les plus rapides applicables au diagnostic.

Les élèves seront individuellement exercés à ces recherches qui porteront sur le sang, l'urine, le suc gastrique, les matières fécales, les liquides pleural, ascitique et céphalo-rachidien, le pus, les crachats.

Le droit à verser est de 50 francs. S'adresser à M. Agasse-Lafant, chef de clinique adjoint à l'hôpital Saint-Antoine, 14, rue d'Amsterdam.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Marseille médical. — (N° 13, 1er juillet 1907.) PLATON : Symptômes et diagnostic des salpingo-ovarites.

Médical Record. — (Vol. LXXI. N° 19, 11 mai.) Pierre JANET (de Paris) : Troubles de la vision dus à une exagération de l'association binoculaire. — John ERDMANN : Appendicite chez les nourrissons et les enfants : avec extrait d'une statistique de cent cas opérés depuis cinq ans. — Fred WISE : Pityriasis rosé : observation de nombreux cas ayant été confondus avec la syphilis cutanée. — M. GROSS : Insuffisance de la musculature gastrique. — HERMAN : Vulvo-vaginite chez les enfants. — Woodbridge Hall BIRCHMORE : Y a-t-il une pleurésie d'origine herpétique ? — J. P. FURNISS : L'utérus de l'opossum. Quelques notes d'anatomie comparée et d'embryologie avec déductions. — E. W. SCRIPTURE : Traitement du bégaiement. — (N° 20, 18 mai.) C. GORGAS : Travaux d'hygiène sur l'isthme du Panama. — Allen STERN : Un nouveau type d'ataxie. — B. S. BARINGER : Valeur diagnostique de l'examen cytoscopique dans le cancer du col utérin. — CROWLEY : Remèdes internes et externes contre les maladies urinaires; leur valeur comparée. — W. E. BROWN : Expérience de vingt-cinq années concernant le traitement des tumeurs malignes par les escarotiques. — James MORTON : Radiothérapie préliminaire et traitement chirurgical du cancer. — (N° 21, 25 mai.) Jacob E. SCHADLE : L'antre d'Highmore et son rôle étiologique dans l'asthme des foins. — B. TURCH : L'ulcère stomacal au point de vue clinique. — Clarence Mc WILLIAMS : Méthode de réduction des anciennes fractures de Colles; raideur consécutive aux contusions du coude. — Harlow BROOKS : Etude de la pression artérielle chez les ouvriers travaillant dans l'air comprimé. — W. WRIGHT : L'éducation populaire dans les questions médicales. Plaidoyers pour la diffusion des notions d'hygiène et des moyens de se préserver des maladies. — Franch P. VALE : Inexactitude de l'hémo-alcalinomètre de Dare. — J. REIDS : Emploi de la pilocarpine dans le traitement du prurit et en particulier du prurit de la vulve.

REVUE GÉNÉRALE

BRONCHITES FÉTIDES[(1)]

Par M. RABÉ,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Assistant d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine.

IV

Physiologie pathologique. — L'opinion est surannée, que celle, qui invoquait comme facteur pathogénique essentiel de la fétidité de l'expectoration, dans les maladies de l'appareil respiratoire, une diathèse spéciale, une prédisposition individuelle, ou bien encore un vice de sécrétion de la muqueuse bronchique. Et malgré la discordance des documents bactériologiques, nous devons considérer la bronchite fétide, simple ou compliquée de gangrène, comme engendrée par le développement et la pullulation de certaines bactéries, à la surface des bronches, antérieurement altérées.

Les germes aérobies sont vraisemblablement responsables des crises de fétidité intermittente, que Lasègue a décrites sous le nom de gangrène curable des poumons. Simples saprophytes des bronches normales, ils acquièrent de la virulence, à la faveur des lésions inflammatoires chroniques, et leur pouvoir pathogène se traduit par la fermentation putride des mucosités stagnantes et la formation de composés de la série aromatique (acides butyrique, valérianique, caprylique, etc.). De plus, dans ces foyers de suppuration profonde, s'élaborent des toxines, qui, résorbées par les circulations lymphatique et sanguine, impressionnent le système nerveux général, et provoquent de la fièvre, de l'amaigrissement, de la dépression physique. Ces crises de fétidité respiratoire ont une durée passagère. Car, règle générale, ce processus de décomposition putride n'aggrave pas, ou aggrave peu, les lésions préexistantes des bronches, et grâce à un traitement approprié, les symptômes alarmants disparaissent, et le mal guérit jusqu'à la prochaine récidive.

Nous savons déjà, combien il est difficile de préciser, parmi les nombreuses bactéries qui colonisent à la surface des bronches dilatées, celles qui jouent le rôle primordial, dans l'apparition de la fétidité. Les recherches bactériologiques, toujours longues et délicates, ont abouti jusqu'à ce jour, à des conclusions, qui exigent une confirmation, et nous ne pouvons que présumer l'influence prédominante de telle variété microbienne, du bacterium coli, par exemple, Cette fermentation putride est-elle la propriété d'un germe spécifique, ou bien appartient-elle à un groupe de germes saprophytiques ? Doit-on plutôt la considérer, comme le résultat d'une infection associée ? Ce sont là autant de problèmes, dont la solution ne sera fournie qu'au prix de nouvelles recherches.

Le sphacèle des bronches, superficiel ou compliqué de lésions pulmonaires de même nature, rentre dans le cadre pathogénique des processus gangréneux, en général, c'est-à-dire qu'il est fonction de germes anaérobies. Les travaux de Veillon et Zuber (1), de Rist (2), de J. Hallé (3), de L. Guillemot (4), ont jeté une vive lumière sur la physiologie pathologique des suppurations putrides et gangréneuses. Ces auteurs ont montré, en termes indiscutables, que ces altérations résultent de l'action de germes, qui jouissent de propriétés biologiques spéciales, en particulier, de ne pouvoir se développer que dans les milieux de culture privés d'air, ce sont des microbes strictement anaérobies. Veillon et Zuber, dans les appendicites gangréneuses, Rist, dans les otorrhées putrides, Hallé, dans les suppurations fétides du vagin, Guillemot, dans la gangrène pulmonaire, ont constamment retrouvé les mêmes microbes, anaérobies stricts, et dont les principaux types sont le bacillus ramosus, le bacillus fragilis, le micrococcus fœtidus. Il est naturel d'admettre que la maladie de Briquet et la gangrène du poumon, qui, parfois, l'aggrave, obéissent à cette même pathogénie. Les recherches de Gilbert et Lippmann sur le microbisme des voies biliaires et pancréatiques normales, ont montré qu'il existait des espèces anaérobies saprophytes, végétant à la surface de ces conduits glandulaires, et capables, sous l'influence de certaines conditions favorisantes, d'acquérir une virulence spéciale. Une étude analogue n'a pas encore été entreprise, en pathologie bronchique; elle nous révélerait, sans nul doute, des données intéressantes. Même pénurie de recherches et documents sur la flore microbienne anaérobie de la bronchite gangréneuse et de la gangrène pulmonaire secondaire. Nous devons dire, cependant, que, dans le cas auquel nous avons plus haut fait allusion, l'examen bactériologique du liquide putride, retiré de la cavité pleurale, a été confié à L. Guillemot, et a décelé la présence du bacillus ramosus. Il appartient donc, à des investigations ultérieures et bien conduites, de combler cette série de lacunes, et de nous édifier exactement sur la physiologie pathologique de la maladie de Briquet.

V

Symptomatologie. — Évolution. — La symptomatologie présente des différences sensibles, suivant qu'il s'agit de la gangrène curable des bronches ou de la maladie de Briquet.

Le tableau clinique de la bronchite fétide simple a été tracé avec une grande précision par Lasègue. « Un individu d'un âge variable, écrit-il, d'une constitution plus ou moins robuste, le plus souvent éprouvé par des fatigues ou des maladies antérieures multiples, est pris d'une bronchite qui, d'a-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 80, p. 951.

(1) VEILLON et ZUBER. Recherches sur quelques microbes strictement anaérobies et leur rôle en pathologie, *Arch. de méd. expér.*, juillet 1898.

(2) RIST. *Études bactériologiques sur les infections d'origine otique*, Th. de Paris, 1898.

(3) J. HALLÉ. *Recherches sur la bactériologie du canal génital de la femme*, Th. de Paris, 1898.

(4) L. GUILLEMOT. *Recherches sur la gangrène pulmonaire*, Th. de Paris, 1899.

bord, n'a pas de caractères particuliers ; l'oppression est médiocre, la toux intense, l'expectoration assez abondante et telle, qu'on la rencontre ordinairement à une période assez avancée des affections ; les crachats deviennent plus copieux et plus purulents ; quelques-uns sont d'une fétidilé qui appelle l'attention du malade ou de ceux qui l'approchent. Cette première crise passe plus ou moins inaperçue ; la fétidité de l'expectoration s'atténue ou disparaît, la bronchite persiste ; il y a peu ou pas de fièvre.

Après un intervalle variable, la bronchite semble subir une certaine recrudescence. L'expectoration devient d'un jaune verdâtre, parfois brune, d'autres fois grise ; elle est de nouveau d'une fétidité singulière et gangréneuse » (1).

L'influence favorisante des maladies antérieures, et surtout de la bronchite chronique, sur la fétidité respiratoire, les principaux symptômes de l'affection, son évolution par crises, tous les caractères de la bronchorrhée putride sont indiqués dans ces quelques lignes, et nous ne désirons étudier avec détail que les signes cardinaux du syndrome : la fétidité de l'haleine et l'aspect de l'expectoration.

L'odeur particulière, exhalée par le malade, peut être très atténuée, et la fétidité ne devenir appréciable qu'à l'occasion d'une quinte de toux, ou bien si l'on approche du crachoir ; dans ces cas, c'est le sujet qui se plaint lui-même d'un goût désagréable dans la bouche ou d'une odeur intermittente de l'haleine. D'autres fois, la fétidité diffuse au loin, dans une salle d'hôpital, et incommode tous les malades. Ce caractère n'atteint jamais cependant l'horrible puanteur de la gangrène parenchymateuse du poumon, et comme le fait remarquer Grisolle, il s'agit plutôt d'une odeur fade, douceâtre, nauséabonde, analogue parfois à celle de l'hydrogène sulfuré. Laycock (2) la qualifiait de stercorale, de butyrique. Eichhorst la comparait à celle du raifort ou de l'ail. Chez d'autres malades, la putridité de l'haleine se rapproche tout à fait de l'odeur de l'ozène essentiel.

L'expectoration, toujours fétide, est encore remarquable par son abondance ; ce caractère, toutefois, n'appartient pas en propre à la bronchite pntride, mais à la dilatation des bronches, dont cette dernière ne constitue qu'un simple accident. La quantité de mucosités rejetées peut atteindre, en vingt-quatre heures, 1000 et 1200 grammes, et cette expectoration, par sa brusquerie, sa périodicité, par les nausées et vomissements qui parfois l'accompagnent, en impose, chez certains patients, pour une vomique pleurale ou pulmonaire. Cette masse expectorée, abandonnée dans un verre, se sépare, par le repos, en trois couches, comme dans l'ectasie bronchique : une supérieure, mousseuse, avec quelques flocons purulents, répartis dans son épaisseur ; une moyenne, séro-muqueuse, traversée par quelques filaments jaunâtres émanés de la zone précédente ; une inférieure, constituée par un dépôt purulent, très dense, d'autant plus abondant que la crise bronchitique est plus violente et plus grave. On distingue aisément, dans cette couche de pus, des masses granuleuses du volume d'une tête d'épingle et d'une teinte blanchâtre, grisâtre ou verdâtre, et désignées sous le nom de bouchons de Dittrich ; ces grumeaux purulents étaient considérés à tort par Traube, comme caractéristiques de la bronchite fétide. Le microscope montre qu'ils sont constitués par une agglomération de microbes divers, de cristaux, d'acides gras d'éléments épithéliaux, réunis par une substance amorphe, qui paraît être une substance grasse. Enfin nous devons signaler un symptôme négatif de haute importance diagnostique : l'absence constatée, sous microscope, des fibres élastiques dans ces mêmes crachats.

La bronchorrhée fétide n'affecte pas toujours ce caractère d'abondance. Si l'ectasie est localisée à une bronche, si elle présente de minimes dimensions, l'expectoration se réduit de quantité ; souvent, alors, les crachats ont une teinte roussâtre, noirâtre, et prennent l'aspect et la consistance de la vase de marécage.

L'examen physique des poumons révèle des signes essentiellement variables, ceux de la bronchite chronique. avec bronchectasie et sclérose pleuro-pulmonaire (râles humides sous-crépitants. disséminés très mobiles), ou bien, si la caverne bronchique est assez spacieuse, souffle cavitaire et râles caverneux.

La bronchite fétide, même simple, retentit toujours sur l'état général. Le malade souffre d'inappétence et s'amaigrit. La fièvre, quelquefois nulle, existe le plus souvent et oscille entre 37°8 et 38°5. Les forces déclinent.

Cette crise évolue durant un temps qui varie suivant chaque cas. Les symptômes entrent parfois en décroissance, après dix à douze jours ; plus souvent l'affection dure deux à trois mois, et jusqu'à cinq et six mois avec des alternatives de recrudescence et de rémission. La phase de déclin est annoncée en général, par la diminution de l'expectoration, puis de la fétidité. Parallèlement l'état général s'améliore, et après quelques semaines de convalescence, le malade peut reprendre son travail. Toutefois les lésions primitives de dilatation bronchique persistent intégralement et le sujet même en dehors des périodes de fétidité respiratoire, présente de la toux et de la bronchorrhée matutinale.

Cette guérison, plus exactement cette phase d'accalmie, comporte une fragilité de tous les instants ; elle peut se prolonger pendant des mois, quelquefois des années, mais la santé instable du sujet reste à la merci d'un refroidissement, d'une fatigue, d'un écart de régime et dans certains cas sans cause appréciable, une nouvelle crise de bronchite fétide éclate, annoncée par des frissonnements, de la fièvre, une exacerbation de la toux et de la bronchorrhée.

Quand les périodes de rémission sont trop courtes, le malade devient impuissant à faire les frais d'une lutte sans répit. Il s'affaiblit de plus en plus et se cachectise, le visage s'excave et prend la teinte terreuse que l'on observe au cours des suppurations

(1) LASÈGUE. *Gangrènes curables des poumons. Études médicales*, t. I. 1884.

(2) LAYCOCK. On fetid bronchitis medical, *Times and Gazette*, 1837.

prolongées. La toux et la dyspnée augmentent, expliquées l'une et l'autre par l'extension de la pneumonie chronique ou de la sclérose pleuro-pulmonaire. Le malade, fébricitant et émacié succombe aux progrès de la toxémie bronchique, ou bien la mort survient, du fait de l'une des complications, que nous énumérerons dans un instant.

C'est au cours de l'une de ces reprises offensives de l'affection que l'on peut voir apparaître le sphacèle des bronches, avec sa terminaison fréquente, la gangrène parenchymateuse du poumon. La maladie de Briquet se développe, en effet, très rarement d'emblée chez un malade atteint d'éctasie bronchique simple et les observations signalent toujours une ou plusieurs crises de bronchorrhée fétide avant l'éclosion de la gangrène (Obs. I et II de Briquet, Obs. X de la thèse de Noïca). Le début ne présente souvent rien de particulier, mais en général, rapidement se dessinent les différences cliniques qui séparent la gangrène curable de Lasègue, du syndrome décrit par Briquet.

Les caractères de l'expectoration se modifient; elle diminue parfois de quantité, mais toujours elle perd sa teinte muco-purulente pour devenir roussâtre, noirâtre et prendre l'aspect et la consistance du limon de marécage. A la dernière période de la maladie, elle peut contenir des lambeaux de tissu pulmonaire sphacélé dans lesquels le microscope permet de reconnaître des fibres élastiques. L'odeur putride qui se dégage du crachoir et que l'haleine exhale, est particulièrement pénétrante et insupportable ; c'est une odeur nauséeuse de matière organique en décomposition, ou bien de fermentation cadavérique qui infecte l'atmosphère entière d'une salle.

La symptomatologie trahit parallèlement une atteinte profonde de l'organisme. Dès le début, le malade accuse des points de côté et la dyspnée augmente. L'anorexie devient invincible et la prostration des forces extrême. Le pouls est fréquent et dépressible ; quant à la température elle ne présente pas les irrégularités et les hautes exacerbations vespérales de la gangrène pulmonaire et oscille entre 38° et 38°7. Le teint se plombe et le malade prend peu à peu l'habitus du phtisique. Durant les derniers jours de la vie on peut observer de l'œdème, du purpura, de la diarrhée colliquative. La gangrène des bronches ne tue pas aussi rapidement que la gangrène parenchymateuse primitive : elle évolue durant un mois et demi à deux mois, mais l'envahissement du tissu pulmonaire précipite toujours la marche de l'affection.

Quelle que soit la forme de la bronchite fétide sa marche peut être accidentée par l'apparition d'hémoptysies plus ou moins abondantes, fébriles ou apyrétiques. Cette complication ne comporte parfois aucune gravité, cependant Lancereaux rapporte avoir observé deux cas, dans lesquels la mort se produisit rapidement à la suite d'hémoptysies copieuses.

VII

Pronostic. — La bronchite fétide, quelle que soit sa forme, comporte toujours un pronostic réservé.

Certains auteurs considèrent le sphacèle des bronches comme susceptible d'arriver parfois à guérison. Nous pensons que les observations de maladie de Briquet, avec terminaison favorable, doivent être attribuées à la variété simple de la bronchorrhée fétide. La gangrène des extrémités dilatées des bronches est une affection de pronostic très sombre, et le malade succombe toujours aux progrès de la toxi-infection bronchique. Certaines complications peuvent éclater, qui accélèrent encore l'échéance fatale : pleurésie putride, pyo-pneumothorax fétide, abcès gangréneux du cerveau.

La bronchite fétide simple, au contraire, peut guérir et la cicatrisation des lésions s'effectuer. Cette terminaison heureuse s'observe surtout quand la bronchectasie est limitée et que le processus de sclérose pulmonaire péribronchique n'a pas de tendance à s'étendre. Plus souvent les accès de fétidité respiratoire, espacés durant les premières années de l'affection, se rapprochent et s'aggravent, et le malade meurt à l'occasion d'une crise plus violente ou plus longue que les précédentes. Il succombe en état d'hecticité ou bien emporté par une complication pleurale ou pulmonaire intercurrente : pleurésie purulente, broncho-pneumonie fétide, pneumonie suppurée.

VIII

Diagnostic. — La fétidité de l'haleine et de l'expectoration ne s'observe pas seulement dans la gangrène curable de Lasègue et dans la maladie de Briquet, mais encore dans certaines affections des poumons et des plèvres et aussi des voies digestives et respiratoires supérieures. Aussi en face d'un malade porteur d'une haleine fétide, une première difficulté doit être tranchée, celle du siège de la lésion causale.

L'odeur spéciale peut se dégager des cavités nasales ou buccopharyngées (ozène, rhinite syphilitique tertiaire, cancer ulcéré du pharynx). De même, l'épithélioma du larynx provoque, souvent, une odeur d'une fétidité insupportable. L'examen de ces différentes cavités permettra d'apprécier l'état de leurs parois.

L'ouverture, dans les bronches, d'une pleurésie purulente enkystée, soit interlobaire, soit de la grande cavité, s'accompagne d'une fétidité notable de l'expectoration, et les signes physiques indiquent l'existence d'une cavité intra-pulmonaire. La brusquerie, dans le début des accidents, fournit déjà un signe différentiel important, et l'apparition des vomiques a été précédée par l'évolution d'une affection thoracique aiguë. Toutefois, l'abcès pleural, même après communication avec les bronches, peut affecter une évolution subaiguë ou chronique; le malade expectore sous forme de vomiques intermittentes, souvent matutinales, une certaine quantité de pus ozéneux, et l'haleine présente ce même caractère, entre les crises de vomiques. Il devient parfois impossible de déterminer si le sujet est atteint d'abcès pleural enkysté avec évacuations périodiques, ou bien de bronchite putride, avec ou sans gangrène de la mu-

queuse. Béclère (1) a rapporté un cas de ce genre, où le diagnostic ne put être tranché qu'à l'aide de la radioscopie; celle-ci permit de rejeter l'hypothèse d'abcès pleural, et de reconnaître à la base du poumon une plaque de sclérose pleuro-pulmonaire; il s'agissait d'une dilatation des bronches, avec fétidité des sécrétions. On devra donc, toujours, dans les cas difficiles, faire appel à ce procédé d'exploration.

Certaines collections purulentes extra-thoraciques (abcès du foie, abcès sous-phréniques, suppuration périrénale) s'éliminent parfois après migration, dans les cavités bronchiques. L'odeur gangréneuse des matières expectorées en impose pour une bronchite putride primitive. L'examen attentif du malade, l'évolution des accidents, permettront de reconnaître aisément le point de départ des symptômes.

Plus souvent, le caractère spécial de l'haleine et des crachats évoquera l'idée d'une gangrène parenchymateuse du poumon. Le syndrome de Briquet se distingue, en général, assez facilement du sphacèle pulmonaire primitif, même dans les cas où l'odeur est particulièrement infecte et les signes de toxi-infection, assez alarmants. La gangrène lobaire affecte un début brusque, solennel; en même temps, éclatent un point de côté violent et tenace, une dyspnée très vive. La gravité des symptômes généraux trahit une infection profonde. Ces signes font défaut dans le sphacèle superficiel des bronches, affection caractérisée par un début progressif et une symptomatologie moins tapageuse. Le foyer de gangrène se traduit par des signes physiques précis et localisés (matité en bloc, souffle, râles crépitants et sous-crépitants). La symptomatologie physique de la bronchite putride reste vague et très polymorphe.

Dès que l'origine bronchique de la fétidité respiratoire a été précisée, un second problème se pose. S'agit-il d'une simple fermentation putride des mucosités, qui stagnent dans une ampoule bronchique, ou bien la bronchectasie se complique-t-elle de gangrène vraie de la muqueuse? Nous avons, tout à l'heure, nettement opposé, les uns aux autres, les caractères cliniques des deux syndromes. L'intensité de l'odeur, la fétidité gangréneuse des crachats, l'aggravation progressive de l'état général, la longue évolution de la crise, constituent autant d'arguments en faveur de la maladie de Briquet. Toutefois, ces signes de présomption peuvent se trouver en défaut, et l'examen microscopique des crachats jugera le diagnostic, en révélant, dans le cas de sphacèle bronchique, la présence de fibres élastiques, son absence, au cours de la bronchite fétide simple.

La gangrène de la muqueuse succède, chez certains malades, à l'enclavement dans les bronches d'un corps étranger septique. Le diagnostic de cette variété étiologique de bronchite putride ne comporte pas de difficulté; elle s'observe chez les vieillards, les paralytiques, les aliénés, qui ont avalé de travers, et l'engagement d'un corps étranger se traduit par des crises de dyspnée, avec angoisse, cyanose et menace d'asphyxie. Chez les adultes bien portants, la bronchoscopie pourra fournir des renseignements intéressants pour le diagnostic du siège de l'obstruction.

(1) Béclère. Un cas de bronchorrhée fétide ou ozène des bronches, Soc. méd. des hôpit., 19 juin 1903.

IX

Traitement. — La fétidité bronchique reconnaît pour cause primordiale l'infection microbienne des mucosités, stagnantes dans les bronches dilatées. Deux indications thérapeutiques fondamentales découlent de cette donnée : modifier l'état des sécrétions bronchiques et surtout en réaliser l'antisepsie; faciliter l'expectoration.

Pour atteindre le premier but, différents procédés sont utilisés : et d'abord, la mise en contact direct avec la muqueuse altérée de substances antiseptiques, à l'aide d'inhalations, de fumigations, ou de pulvérisations. Les antiseptiques les plus employés sont l'eucalyptus, la térébenthine, le thymol, la créosote. C. Paul recommande les inhalations phéniquées, et l'on peut se servir du mélange suivant :

Acide phénique..........	5 grammes
Acide thymique..........	1 —
Alcool à 90°.............	20 —
Eau.....................	1000 —

La térébenthine a été préconisée par Skoda; il suffit de la mêler à l'eau :

Essence de térébenthine..	40 grammes
Eau.....................	1 litre

Au lieu de faire respirer des vapeurs médicamenteuses, Leyden emploie les inhalations d'oxygène, auxquelles il ajoute l'acide phénique, à l'intérieur (25 à 50 centigrammes).

Béclère, dans le cas dont nous avons parlé, déclare avoir obtenu par deux fois, et rapidement, la cessation de la bronchorrhée fétide, à l'aide des injections intra-trachéales d'eau oxygénée et d'huile mentholée, suivant la technique indiquée par Mendel.

La voie stomacale est fréquemment utilisée pour l'absorption des balsamiques destinés à s'éliminer par la muqueusebronchique. On recommande la terpine, la térébenthine, le gaïacol, la créosote, mais l'estomac devient intolérant pour peu que l'usage de ces substances se prolonge. Il est plus courant d'employer l'eucalyptus, la teinture de benjoin, ou l'hyposulfite de soude. Ce sont surtout Gimbert et Bucquoy qui ont vanté les heureux effets de l'eucalytus sous la forme de teinture, prises à la dose de 2 grammes par jour dans une potion gommeuse; on peut ordonner l'eucalyptol à la dose de 0g50 à 2 grammes, en perles, de préférence. Chauffard a obtenu d'excellents résultats avec la teinture de benjoin à la dose de 1 à 2 grammes par jour. Lancereaux préconise l'usage de l'hyposulfite de soude, qu'il conseille de donner à la dose quotidienne de 4 grammes en solution dans l'eau; il ne faut pas dépasser cette dose ou l'on s'expose à provoquer de la diarrhée. La fleur de soufre peut s'administrer à la dose de 25 à 50 centigrammes par jour; les eaux minérales sulfureuses (Eaux-Bonnes, Cauterets, Ba-

règes, Challes), prises soit à domicile, soit à la source même, peuvent modifier heureusement la muqueuse bronchique altérée.

Quand l'estomac devient intolérant on peut utiliser la voie hypodermique. La créosote, le gaïacol, l'eucalyptol sont bien absorbés à la suite de l'injection sous-cutanée (1).

La deuxième indication thérapeutique, celle de favoriser l'expulsion au dehors des mucosités est réalisée a l'aide de l'emploi des expectorants, en particulier de l'ipéca et du kermès.

Si le traitement médical reste inefficace, si les symptômes d'infection générale indiquent une terminaison fatale à brève échéance, on pourra discuter l'indication du traitement chirurgical (résection costale, pneumotomie et drainage du foyer). Toutefois même dans ces cas, l'intervention sanglante ne sera légitimée que si l'excavation est unique, superficielle et si l'auscultation, jointe à la percussion, permet de délimiter exactement son siège.

MÉDECINE PRATIQUE

MODES D'ADMINISTRATION DE LA QUININE DANS LE TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ L'ENFANT

Les auteurs classiques donnent des règles destinées à guider dans l'administration de la quinine. C'est ainsi que M. Laveran préconise les traitements successifs en indiquant les jours où il faut prendre de la quinine, la dose du médicament et les jours où il faut s'abstenir et cela pendant vingt-deux jours.

M. le professeur Crespin (d'Alger), qui vient d'étudier la question d'une façon pratique dans un article récent (2), estime qu'on donne la quinine pendant trop longtemps et à trop faible dose.

Il est partisan des doses massives, mais discontinues, aussi bien pour l'enfant que pour l'adulte. « En effet, dit-il, quelle est la cause des rechutes dans le paludisme? La persistance de certaines formes parasitaires, extrêmement résistantes, les croissants, par exemple. Donner pendant huit ou dix jours une faible dose de quinine n'aura aucune action sur ces formes, car la quinine ne s'accumule pas. Au contraire, donner une forte dose, une fois pour toutes, pourra très bien faire disparaître tout d'un coup tous les parasites. Il faut frapper vite et fort.

Tous les auteurs ont remarqué la variabilité d'action de la quinine. C'est que l'absorption du médicament n'est pas toujours réalisée complètement. Les symptômes gastro-intestinaux (vomissements, diarrhée) étant très marqués chez l'enfant, il s'ensuit que l'absorption de la quinine par la voie stomacale est souvent très incomplète.

La quinine ne paraît pas passer dans le lait avec une grande constance. Aussi est-il illusoire de vouloir soigner un nourrisson en donnant de la quinine à la mère. M. Rouvier blâme cette pratique.

Quant à la voie cutanée (pommades), à la voie rectale (lavements, suppositoires), elles sont peu sûres. On ne doit y recourir que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles. La méthode endermique (vésicatoire) est tout à fait aveugle.

Chez un enfant, l'hésitation portera sur le choix entre la voie gastrique et la voie sous-cutanée (injection). S'il s'agit d'une fièvre bénigne, si, par exemple, l'examen du sang a montré l'existence du parasite de la tierce ou de la quarte, s'il n'y a pas de vomissements intenses, la quinine peut être administrée par la bouche. Mais si l'on a un échec, il vaudra mieux recourir aux injections sous-cutanées, qui ne présentent aucun danger.

En cas d'accès pernicieux, les Italiens ont pu administrer la quinine en injections intra-veineuses. Cette pratique paraît dangereuse et doit être réservée aux cas désespérés.

Voie gastrique. — L'obstacle, c'est la saveur amère de la quinine. Les enfants ne peuvent pas ou ne veulent pas toujours avaler des crachets. Aussi s'ingénie-t-on à masquer la saveur du médicament, ce qui n'est pas facile. Comby le fait prendre avec du réglisse. Les Italiens donnent des comprimés enrobés dans du sucre. Sergent, en Algérie, a employé des chocolatines au tannate de quinine que lui avait envoyées Celli; il les a appréciées, mais en constatant qu'elles coûtent fort cher. Yvon propose d'enrober la quinine dans un corps gras, tel que de l'huile fixe non susceptible de rancir ou de la vaseline liquide. Le médicament s'absorbe simplement en suspension dans l'eau ou dans un véhicule quelconque (lait), dont on avale ensuite quelques gorgées pour entraîner les dernières parcelles de substances; on prend ensuite une petite quantité de jus de citron. »

Voie sous-cutanée. — Les injections hypodermiques faites avec des précautions d'antisepsie sont inoffensives. Les jeunes enfants les supportent très bien.

« Les solutions destinées à être injectées sous la peau doivent être assez diluées, car la quinine est irritante. Il vaut mieux faire plusieurs injections que de vouloir injecter en une fois la dose nécessaire.

Les solutions de bichlorhydrate (ou chlorhydrate neutre), titrées à 25 ou 30 centigrammes la seringue de Pravaz, conviennent très bien :

Bichlorhydrate de quinine........		2g50 ou 3 gr.
Eau distillée...........	Q. s. p.	10 cent. cub.

Chaque seringue d'un centimètre cube contient 25 ou 30 centigrammes de sel de quinine.

On peut aussi, d'après Truilzi et Laveran, ajouter à cette solution de l'antipyrine qui a pour effet d'augmenter la solubilité de la quinine et de rendre les injections moins douloureuses.

Bichlorhydrate de quinine.......		3 grammes.
Antipyrine....................		2 —
Eau distillée..........	Q. s. p.	10 cent. cubes.

Le chlorhydro-sulfate et le sulfovinate basique, le lactate basique ou neutre sont aussi employés.

Ces solutions ou d'autres analogues pourraient être soumises à l'électrolyse, de manière à être décomposées en leurs ions respectifs, qui sont des cathions. On n'a pas, que je

(1) On peut se servir des formules suivantes :

a. Gaïacol............... 10 grammes.
Huile d'olives stérilisée. 100 —
Injecter quotidiennement 2 centimètres cubes de la solution.

b. Gaïacol............... 5 grammes.
Iodoforme............ 1 —
Huile stérilisée... } *ââ* q. s. pour 100 cent. cubes.
Vaseline liquide... }
Injecter de 2 à 4 centimètres cubes.

(2) *Province médicale*, 15 juin 1907, n° 24.

sache, ajoute M. Crespin, employé cette nouvelle méthode contre le paludisme, mais on l'a fait pour certaines autres affections, des cancers ulcérés, par exemple, qui ont été avantageusement modifiés par l'électrolyse d'une solution de sels de quinine.

Doses. — Les enfants supportent très bien la quinine, en sorte qu'ils peuvent absorber des doses proportionnellement plus élevées que les adultes.

C'est le chlorhydrate de quinine qui est le plus employé maintenant, depuis que son prix s'est abaissé de manière à se rapprocher de celui du sulfate.

Les doses conseillées en pathologie courante doivent être au moins doublées en cas de fièvres graves. Ainsi les doses indiquées par M. Marfan (in *Traité des maladies de l'enfance*) sont insuffisantes contre la malaria des pays chauds.

Bohn veut qu'on donne 5 centigrammes de chlorhydrate ou de sulfate par année d'âge. Binz donne autant de décigrammes de chlorhydrate que l'enfant a d'années et répète la dose une ou deux fois par jour.

Voici des maxima que l'on n'aura guère besoin de dépasser : 50 centigrammes au-dessous de deux ans, 1 gramme entre deux et cinq ans, 1g50 entre cinq et dix ans, 2 grammes entre dix et quinze ans.

Quelques composés de quinine ont été plus particulièrement recommandés pour les enfants, parce qu'ils n'ont aucune saveur et peuvent être facilement administrés par la bouche. De ce nombre sont l'euquinine et l'aristochine.

L'euquinine (éthylcarbonate de quinine) ne provoquerait pas les symptômes de l'ivresse quinique, symptômes souvent très pénibles (tintements d'oreille). Les enfants peuvent en prendre 15 à 20 centigrammes par année.

L'euquinine est un peu amère, mais l'aristochine (carbonate neutre de quinine) est complètement inspide. Elle se donne à la dose de 10 à 15 centigrammes par année. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 17 juillet 1907)

Abouchement des uretères dans l'intestin. — M. Schwartz apporte, au débat, un fait dans lequel il a dû aboucher les deux uretères dans le rectum. Le cas était très grave et la malade a succombé quarante-huit heures après l'opération. Mais l'abouchement des uretères à l'intestin avait donné un très bon résultat puisque cette malade, dans les quarante-huit heures qu'elle a survécu, a rendu plus de 1500 grammes d'urine.

M. Ricard rappelle que M. Legueu a dit, avec raison, que pour obtenir un bon resultat des uretéro-néostomies, il fallait surtout avoir une bonne technique opératoire. M. Ricard a utilisé deux fois un procédé particulier, facile, simple et qui lui a donné de bons résultats. Voici en quoi consiste ce procédé : ouvrir largement la séreuse abdominale, bien dégager l'uretère, le sectionner assez haut au-dessus du rétrécissement, retourner en manchette le bout qui doit être abouché dans la vessie, ouvrir assez largement celle-ci, y insérer le bout de l'uretère ainsi retroussé, en attirant la vessie en haut au-devant de cet uretère, et en la suturant de façon qu'il n'y ait pas de tiraillement.

M. Ricard a pratiqué deux fois ce procédé, la première fois en 1903 : chez cette malade, la séparation des urines a montré, une première fois, que l'uretère ainsi abouché dans la vessie donnait un jet parfait. Plus récemment, la séparation a montré que cet uretère donnait beaucoup moins que l'autre. Il se pourrait donc qu'il se rétrécît et que le rein s'atrophiât, comme dans les cas cités par M. Legueu. Mais la malade va très bien et ne souffre nullement.

Le second cas remonte à l'année dernière ; au cours d'une hystérectomie abdominale subtotale, un uretère fut sectionné et il en résulta une fistule uretéro-utérine ; l'urine sortait par le col de l'utérus. M. Ricard appliqua le même procédé que dans le cas précédent et la malade s'en trouva très bien. Jusqu'ici, son uretère fonctionne régulièrement. Il résulte de ces faits qu'une bonne technique opératoire peut assurer un bon fonctionnement de l'uretère.

M. Tuffier, dans des cas de cancer utérin étranglant l'uretère, a tenté l'abouchement de ces uretères à la partie supérieure de la vessie.

Il a obtenu des résultats variables et y a renoncé ; on n'y a plus recours que dans des cas exceptionnels d'anémie complète. Quant au procédé de M. Ricard, il semble à M. Tuffier avantageux ; dans les uretéro-néocystostomies, M. Tuffier prend soin toujours de couper l'uretère en biseau, de façon à avoir une ouverture aussi large que possible. Il n'y a rien d'étonnant à ce que, l'uretère ne fonctionnant pas bien, le rein s'atrophie silencieusement. On sait que c'est ce qui a lieu après la ligature de l'uretère. L'atrophie rénale se produit sans que l'on constate d'accident.

M. Delbet avait borné sa première communication aux abouchements de l'uretère dans l'intestin. Mais la discussion s'est étendue au cas d'abouchement dans la vessie. Il en apporte deux cas :

Premier cas : uretère gauche sectionné au cours d'une hystérectomie abdominale totale, fistule urétéro-vaginale consécutive, urétéro-néo-cystostomie ; le bout supérieur étant très court, M. Delbet dut faire un pli sur la vessie en haut, et inciser sur un cathéter introduit dans la vessie. L'uretère abouché à cette partie de la vessie, il l'entoura d'une manchette péritonéale et plaça une sonde urétérale qui donna 350 grammes d'urine en vingt-quatre heures. La sonde se boucha, il fallut la retirer. La séparation des urines faite ultérieurement par M. Luys montra que cet uretère fonctionnait très bien.

Deuxième cas : fistule uretéro-vaginale consécutive à une hystérectomie abdominale pour cancer, uretéro-cystostomie ; une périuretérite intense rendit difficile la dissection de l'uretère ; enfin M. Delbet finit par pouvoir amener l'uretère au contact de la vessie. Le résultat obtenu fut très satisfaisant, la santé générale de cette malade est restée parfaite depuis le 13 novembre 1905, date de son apparition ; et cependant la dernière fois que fut pratiquée la séparation des urines, celle-ci montra qu'il ne sortait pas une goutte d'urine par l'uretère abouché à la vessie.

En principe, M. Delbet préfère de beaucoup la séparation des urines au cathétérisme de l'uretère comme moyen d'exploration.

La disparition physiologique du rein, dans ces cas, est-elle une raison pour renoncer aux anastomoses de l'uretère avec la vessie de l'intestin ? M. Delbet ne le pense pas. Ces opérations peuvent rendre des services, mais à la condition qu'on obtienne une réunion par première intention et que la technique opératoire soit aussi bonne que possible. Enfin la der-

nière conclusion de M. Delbet est qu'il faut que ces opérations soient précoces.

Estomac biloculaire. — M. Tuffier fait un rapport sur deux observations d'estomac biloculaire adressées par M. Jeanne (de Rouen). Il s'agissait, dans le premier cas, d'une cicatrice consécutive à un ulcère; M. Jeanne fit la gastro-gastrostomie antérieure, guérison. Dans le second cas, l'estomac biloculaire était adhérent au foie, au pancréas; il était immobilisé; on constatait tous les signes d'une périgastrite adhésive. M. Jeanne tenta de faire une gastro-gastrostomie antérieure; ce ne fut pas possible; il fit alors une gastro-entérostomie postérieure; le malade est mort d'inanition.

M. Tuffier croit qu'il faut distinguer deux variétés d'estomac bilobulés, les psychologiques et les pathologiques. Il faut aussi distinguer les cas d'ulcères simples des cas d'estomac adhérents. M. Tuffier passe en revue l'anatomie pathologique et la symptomatologie de ces divers cas et insiste sur les services que peut rendre la radioscopie dans ces cas.

Hématémèse mortelle consécutive à une appendicite. — M. Rochard fait un rapport sur une observation de M. Mille, médecin de la marine: Un garçon de dix-sept ans est pris d'appendicite aiguë; on opère, on trouve un commencement de péritonite; vers le dixième jour, le malade a des crachats sanguinolents; le douzième jour, il est pris d'une hématémèse mortelle, due à un ulcère de l'estomac résultant de l'infection primitive de l'appendice. MM. Dieulafoy, Ricard ont signalé des faits analogues, même après l'appendicectomie à froid.

Ostéomyélites. — M. Delbet fait une communication sur les indications thérapeutiques dans les ostéomyélites de l'adolescence. On connaît la règle formulée par M. Lannelongue: Quand il y a du pus sous le périoste, il y a de grandes chances pour qu'il y en ait dans le canal médullaire; dans ces cas, il faut trépaner.

Il vaut mieux, dit M. Lannelongue, faire une trépanation inutile que de ne pas faire une trépanation qui serait utile. M. Delbet apporte trois faits qui sont de nature à modifier cette règle. Ce sont d'abord deux faits d'abcès d'origine périostique, guéris par la simple incision du périoste, sans trépanation.

Il résulte de ces faits que de gros abcès d'origine souspériostique peuvent guérir sans trépanation. Dans un troisième fait, il s'agit d'un cas très grave d'abcès sous-périostique avec état général des plus graves. M. Delbet incisa l'abcès sous-périostique; quarante-huit heures après il trépana, ne trouva rien dans le canal médullaire, mais il se fit une ostéomyélite secondaire, par propagation du pus souspériostique dans le canal médullaire ouvert, et il fallut en arriver, ultérieurement, à l'amputation de la cuisse, qui fut suivie de guérison. Si, dans ce cas, M. Delbet n'avait pas trépané, cet enfant eût conservé sa jambe. Il ne faut donc trépaner qu'à bon escient.

M. Kirmisson, comme M. Delbet, et depuis longtemps, est opposé à la technique préconisée par M. Lannelongue, c'est-à-dire à la trépanation préventive. Quand il y a du pus sous le périoste, y en a-t-il aussi dans le canal médullaire? Non certes, pas toujours. Les faits que vient de faire connaître M. Delbet le prouvent. M. Kirmisson communique des faits semblables. Dans la grande majorité des cas, un léger débridement du périoste, avec drainage, suffit pour amener la guérison. Dans bien des cas, la trépanation a été suivie d'arthrites suppurées ou d'accidents très graves. Dans ces conditions, elle n'est donc pas seulement inutile, elle devient dangereuse. M. Kirmisson rejette donc d'une façon absolue la trépanation préventive; il ne la pratique que dans les cas où il est évident que le canal médullaire est le siège de la suppuration. On pare généralement à tous les accidents en ouvrant et en drainant le périoste, opération bien simple à la portée de tous les médecins. C'est la pratique que sait et qu'enseigne M. Kirmisson.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 13 juillet 1907 [*fin*])

Action des extraits de prostate sur la pression artérielle et sur le rythme cardiaque; leur toxicité. — M. Thaon, en injectant lentement des petites quantités de glandes provenant d'animaux adultes et entiers, a vu dans la plupart des cas se produire d'abord une élévation de la pression artérielle avec ralentissement du cœur et renforcement des systoles; puis, sous l'influence d'une action toxique, la pression descend et s'abaisse au-dessous du niveau initial, jusqu'à la mort de l'animal. L'auteur étudie en détails les différents tracés qu'il a obtenus et conclut que l'action hypertensive (à laquelle l'action cardio-tonique n'est pas toujours liée) est distincte de l'action toxique; il a pu en effet arriver à détruire la première en conservant la seconde. La toxicité des extraits de prostate est particulièrement marquée; elle semble au cours des expériences interrompre les effets hypertensifs.

Il est à remarquer qu'à la même dose, un extrait glandulaire provenant d'un animal châtré n'a plus aucune de ces propriétés. On peut se demander si dans certains cas ces substances actives ne pourraient passer dans la circulation générale, notamment au cours des maladies de cette glande.

Les granulations graisseuses des leucocytes du sang normal. — MM. André Jousset et Jean Troisier signalent dans le sang normal l'existence de leucocytes à granulations graisseuses colorables par le soudan III. Le nombre de ces éléments, qui varie avec chaque sujet, oscille entre 10 et 15 p. 100 globules blancs. Le jeûne ou la suralimentation graisseuse n'influent guère sur le pourcentage, ni sur la surchage adipeuse de ces leucocytes dont l'intégrité morphologique est généralement parfaite. Aussi considèrent-ils ces éléments, non comme des cellules en régression mais, comme des éléments obèses en pleine activité physiologique et porteurs d'une réserve de graisse constitutionnelle.

Autres communications:

A propos de l'osmose à travers les sacs de collodion. — MM. Delezenne et Hallion.

Dissociation des pouvoirs globulicide et excito-hématopoiétique des substances passant dans le sérum sanguin à la suite des ulcérations expérimentales du pylore. — M. L. Tixier.

Sur la cuti-réaction à la tuberculine. — M. Vallée.

Essai de préparation de sérum anti-intestinal. — M. Bélonovsky.

Contribution à l'étude de la coqueluche. — MM. H. et A. Soulima.

Sur une hémotoxine d'origine vermineuse. — M. Weinberg.

Platine oscillante de Nachet pour la microphotographie stéréoscopique. — M. Guieysse.

Action de l'adrénaline pure sur le cœur isolé. — M[mes] Gatin-Gruzewska et Maciag.

Influence du refroidissement sur la polyglobulie expérimentale. — MM. Desbouis et Langlois.

L'action de l'iode sur les albumines. — MM. Labbé et Chabries.

Effets comparés des transfusions d'eau salée pure et de sérums artificiels à minéralisation complexe dans les hémorragies. — M. Fleig.

Influence du rythme artériel sur la sécrétion urinaire. — MM. H. Lamy et A. Mayer.

Un cas de brachymélie pseudo-achondroplasique chez le veau. — M. Salmon.

Indications, contre-indications, avantages et inconvénients de la médication décalcifiante. — M. Ferrier.

Sur des mécanismes nouveaux de photo-irritabilité irienne. — M. Nepveu.

Ferments solubles du sang et du plasma de peptone. — M. Balthazard et M[lle] Lambert.

Etude comparative des globulines qui se précipitent dans le sérum et le plasma sanguin neutralisés par l'acide acétique. — M. Patein.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ASYSTOLIE

Quatre granules à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou L gouttes de la solution au millième — ce qui représente 1 milligramme de digitaline — en une ou deux fois pendant un seul jour (1).

Ou : XX gouttes le 1[er] jour et X gouttes les 3 jours suivants.

Ensuite, on laisse reposer le malade 15 jours ou même moins lorsque le cœur est fortement touché. Après ce délai, la digitaline est donnée aux doses de 2 granules à 1/10 de milligr. de digitaline Nativelle ou X gouttes de solution au millième 4 jours de suite, de façon à maintenir l'action cardio-tonique.

LIVRES NOUVEAUX

Essais optimistes (2), par Elie Metchnikoff.

Cet ouvrage est le complément des *Etudes sur la nature humaine*, que M. Metchnikoff a publiées il y a quatre ans. L'auteur étudie, dans les premiers chapitres, la sénilité et la mort. S'occupant des moyens de prolonger la vie humaine, il insiste sur l'inutilité du gros intestin, et sur les dangers de putréfactions intestinales; il montre comment les ferments lactiques peuvent empêcher ces putréfactions, et, par là, permettre la prolongation de la vie.

Puis M. Metchnikoff aborde une série de problèmes d'une haute portée physiologique. L'étude des rudiments psychiques de l'homme lui est une occasion d'affirmer à nouveau notre origine simienne. L'auteur nous montre le développement de l'individualité chez les animaux, s'élève contre les théories collectivistes qui tendent à supprimer cette individualité; et, à propos de la question du pessimisne et de l'optimisme, il fait une intéressante étude du *sens de la vie* : ce sens manque souvent aux jeunes gens, qui sont pessimistes, et son développement tardif en général explique l'optimisme des vieillards : « Aussi il ne faut jamais négliger de professer aux jeunes gens, enclins au pessimisme, que leur état d'âme n'est que passager, et qu'il doit, d'après les lois de la nature humaine, céder la place à une conception optimiste de la vie. » Le *Faust* de Gœthe est instructif à cet égard : « Dans la première partie, nous voyons le jeune pessimiste, plein d'ardeur et d'exigences, prêt à mettre fin à ses jours et ne s'arrêtant devant rien pour apaiser sa soif d'amour. Dans la seconde partie, c'est un homme mûr et vieux qui continue à aimer les femmes quoique d'une façon différente; un homme assagi et optimiste, qui après avoir satisfait les aspirations de sa vie individuelle, consacre le reste de ses jours au bien de l'humanité, et qui, ayant atteint un siècle d'existence, meurt avec un sentiment de béatitude suprême, on dirait presque en manifestant l'instinct de la mort naturelle. »

L'ouvrage de M. Metchnikoff se termine par un chapitre consacré aux rapports de la science et de la morale. Suivant l'auteur, l'idéal vers lequel l'humanité doit tendre, c'est l'orthobiose, « c'est-à-dire le développement de l'homme, avec, pour but, une vieillesse longue, active, et vigoureuse, aboutissant à la période finale, accompagnée de sensation, de satiété de la vie et de désir de la mort : » c'est l'hygiène scientifique qui permet de réaliser cet idéal, et, par suite, l'hygiène prend une importance primordiale dans la morale appliquée.

Tels sont les principaux points qu'envisage successivement M. Metchnikoff. Quelques discussions qu'elles soulèvent, ses conceptions ne sauraient laisser indifférents ceux qu'intéressent les grands problèmes biologiques et philosophiques.

H. GRENET.

L'hygiène moderne (1), par le docteur J. Héricourt.

La Bibliographie de philosophie scientifique qu'édite la maison Flammarion vient de s'enrichir d'un nouvel et excellent ouvrage dû à la plume du docteur Héricourt. Dans ce volume, qui sera lu avec grand profit par les praticiens, l'auteur résume et expose avec clarté nos connaissances actuelles en matière d'hygiène et il les accompagne en maints endroits de vues personnelles qui augmentent la valeur du livre et en rendent la lecture encore plus attrayante. L'*Hygiène moderne* est divisée en quatre parties; la première étudie l'individu avec ses diverses dispositions naturelles ou tempéraments et nous voyons successivement de quelle façon il doit se nourrir, s'habiller, développer ses forces pour s'adapter le mieux possible aux conditions de milieu ambiant. Puis l'auteur nous montre ce qu'est la maison qu'elle devrait être et ce qu'on peut en faire étant donné les exigences de la vie collective, et c'est ainsi que nous passons à l'étude de l'hygiène des collectivités qui est le sujet du troisième livre. Enfin le quatrième est consacré à la vie extérieure et nous y passons en revue les dangers multiples qui nous guettent.

C'est là certainement un ouvrage à répandre, car non seulement il montre les contre-sens dont on offense chaque jour l'hygiène, mais encore il donne des conseils pratiques dont on ne saurait trop encourager la diffusion.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Si le myocarde est très altéré, il y a intérêt à donner des doses plus faibles.

(2) 27 fig. dans le texte. — Paris, A. Maloine.

(1) In-8 de 311 p. — Prix 3 fr. 50. — Paris, 1907; Flammarion, édit.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Billets d'aller et retour.* — Jusqu'à ce jour, sur le réseau P.-L.-M., la délivrance des billets d'aller et retour était limitée aux relations des gares les plus importantes avec les gares situées dans un rayon déterminé.

Le public apprendra avec satisfaction que la Compagnie P.-L.-M. fait émettre des billets d'aller et retour de toute gare pour toute gare de son réseau.

— *Trains express, rapides et luxe, pour Vichy, Riom (Châtel-Guyon), Clermont (Royat).* — 1° *De Genève et de Lyon* : Train express 1re et 2e classes.

2° *De Paris* : *a.* Vichy-Royat-Express (train de luxe) V-S, V-R. Nombre de places limité. Aller : départ de Paris, 3 h. 55, mardi, jeudi, samedi. — Retour : départ de Clermont, 8 h.; de Riom, 8 h. 14; de Vichy, 8 h. 55, lundi, mercredi, vendredi.

b. Train rapide 1re classe S-S, V-R à l'aller. Aller : départ de Paris, 11 h. 10. — Retour : départ de Clermont, midi 45; de Riom, 1 h. 1; de Vichy, 1 h. 19.

Pour plus amples renseignements, consulter le livret-guide-horaire P.-L.-M., vendu 50 centimes dans toutes les gares du réseau.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 83. — MARDI 23 JUILLET 1907. 80e ANNÉE. MARDI 23 JUILLET 1907. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, le 22 juillet 1907.

L'affaire Cormon a eu son dénouement samedi devant la neuvième chambre correctionnelle. Nos lecteurs trouveront plus loin *in extenso* le jugement fortement motivé qui acquitte notre confrère.

Les médecins ont enfin rencontré dans le président Toutain un juge éclairé. Le jugement qu'il vient de rendre contribuera sans nul doute à rendre plus rares les brimades des parquets vis-à-vis de nos confrères.

Nous ne pouvons que nous en féliciter.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 19 juillet. — MM. Guibé, 18; Alglave, 17.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Baumgartner et Guibé.

INTERNAT EN PHARMACIE. — Sont nommés, à la suite du concours qui vient de se terminer, internes en pharmacie des hôpitaux de Paris :

MM. Mérigon, Guerithault, Robin, Douetteau, Tiger, Descottes, Gontier, Labbé, Colin, Mottay, Piault, Aucouturier, Blanchard, Gonnet, Kuhn, Vouillard, Ancel, Lheritean, Hedou, Tardif, Legeat, Mascré, Soupiron, Cheyssial, Bars, Monvoisin, Olivieri, Aurousseau, Courret, Deverne, Lemarchal, Artaud, Maire, Moussu, Loisy, Epailly, Grigaut, Basseporte, Dupas, Guichon, Ilion, Vinet, Legras, Cécile, Muraz, Jeannon, Durant, Legros, Doussot, Chaigneau, A. Moreau, Pourtoy, Benoist, Bidot, Fluteaux, Lefebvre, Coulon, Lemaître, Chauveau, Mairey et Masson.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Après concours sont nommés :

Chef de clinique de médecine infantile. — M. le docteur Mouriquand.

Chef de clinihue de dermatologie. — M. le docteur Jambon.

Chef de clinique d'accouchement. — M. le docteur Trillat.

Lille. — *Prix de fin d'année.* — Médecine. — Première année : prix, M. Leroy; mentions, MM. Devulder, Lesur et Foulon.

Deuxième année : prix, M. Pierret.

Troisième année : prix, M. Vanhoecke; mention, M. Duvillier.

Quatrième année : il n'y a pas eu de prix décerné.

Prix de fin d'année. — Pharmacie, première année : prix, M. Delamotte.

Deuxième année : prix, M. Leulier; mention, M. Bouchez.

Troisième année : médaille, M. Bury.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Après concours sont nommés :

Chef de clinique chirurgicale. — M. le docteur Billon.

Chef de clinique médicale. — M. le docteur Vincentelli.

Chef de clinique médicale infantile. — M. le docteur Benoît.

— Nantes. — Après concours, M. le docteur Moisnard, ancien interne des hôpitaux de Nantes, a été nommé accoucheur suppléant des hôpitaux de Nantes.

CHIRURGIENS-DENTISTES. — La seconde session d'examen pour le certificat d'études exigé des aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira, en 1907, au chef-lieu de chaque académie, le 16 octobre.

Les dates des épreuves sont fixées ainsi qu'il suit : épreuves écrites : mercredi 16 octobre ; épreuves orales : jeudi 17 octobre.

Les registres d'inscription seront ouverts du 16 septembre au 12 octobre inclus.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Pellegrin et Léonce Petit (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Barral, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon ; Coutière, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris ; Nicloux (de Paris), Sommelet, pharmacien en chef des hôpitaux de Paris), et Thil de (Paris).

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille des épidémies en bronze est décernée à MM. les docteurs Rhamin Guedj (de Sétif) et Glatard (d'Oran).

Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Hafner (d'Oran), Roussel et Huertas (de Sidi-bel-Abbès), et à Griffiths, interne à l'hôpital de Constantine.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 12 juillet 1907, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — M. le médecin principal de première classe de l'armée active retraité Eude.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée active retraité Lallemant.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Perrin, Gaillard, Pongis, Bonnéry, Castel, de Poul de Lacoste, Malgat, Bazin, de Tastes, Courboulès, Trédos, Bourdin, Foubert, Rocheblave.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active démissionnaire Kolb.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée active démissionnaires Dreyfus et Gailhard.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Lebarbier, Albahary, Solon, Hybram, Nivollet, Aubourg, Marais, Debonnesset, Adda, Taguet, Salamo, Stélianidès, Klotz, Dupuy, Paisseau, Landowski, Anastaze, Perretière, Cathala, Chiray, Queuille, Villaret, Brelet, Pouliquen, Bidou, Poissonnier, Caudron, Dotézac, Daviau, Bichon, Musy, Ferlut, Galippe, Bayard, Kraut, Paul, Thiriet, Magne, Noé, Alliot, Le Sourd, Pottier, Fleig, Milliot, Charlot dit Tourneur, Bordes, Lucas-Championnière, Franck, Aucouturier, Ramus, Caraguel, Duhem, Chopard, Caillebar, Lecaplain, Leroy, Rolet, Lévy, Bouffard, Jouen, Mortegoute, Gelly, Chardon, Bezançon, Bacqué, Barbé, Vernière, Moisset, Macheras, Ort, Miser, Schwartz, Lafarcinade, Petit, Suzanne, Léger, Vanel, Faugeron, Tisserand, Mathieu, Boismard, Brion, Josseran, Voirin, Rome, Rochaix, Costa, Dernoncour, Poirel, Desmarquest, Verron, Poissonnier (de Beauvais), Ferrand, Ravry, Dehan, Artault, Roy, Mazet, Vitrey, Ferrand (de Paris), Durand, Armengau, Bernard, Botcazo, Reulos, Minon, Blanche, Lemoine, Cantonnet, Orgebin, Allaire, Chauveau, Jumelais, Driout, Merson.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le docteur en médecine Catz.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE (*Rome, 13 octobre 1907*). — FACILITÉS DE VOYAGE. — Chaque membre du Congrès doit réclamer un carnet de voyage à coupons. Le carnet se compose de 20 coupons. Chaque coupon donne droit à un voyage à tarif réduit de 50 p. 100. Ces voyages peuvent être effectués d'un bout à l'autre de l'Italie et dans les îles (Sicile, Sardaigne, Lipari, etc.). Les coupons sont valables du 1er octobre au 15 novembre 1907.

Toutes les demandes relatives aux voyages en Italie doivent être adressées, dès à présent, au professeur Colombo, via Plinio, 1, Rome.

Les adhésions et demandes pour la France doivent être adressées au docteur A. Weil, 21, rue d'Edimbourg, Paris. Prix des cotisations : 20 francs pour les membres titulaires, 15 francs pour les membres associés. Peuvent être membres associés, les dames, parents et amis des membres titulaires.

Pour tous renseignements concernant les travaux du Congrès : rapports, communications, exposition (appareils, instruments, eaux thermales, stations climatériques, photographies, livres, etc.), s'adresser au docteur Maurice Faure, à La Malou (Hérault).

Des notes ultérieures seront publiées, concernant le programme des travaux et le règlement de l'exposition.

UN LEGS DU PROFESSEUR GRANCHER. — Le conseil d'administration de l'Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose, s'est réunie vendredi chez Mme Grancher, sous la présidence de M. Cheysson, membre de l'Institut, son vice-président.

Lecture a été donnée d'une clause du testament du professeur Grancher, léguant à l'œuvre la somme nécessaire à l'achat d'un titre de rente de 20000 francs.

Mme Grancher, qui tient plus que jamais à se consacrer au succès de l'œuvre de son mari, a été nommée vice-présidente du conseil d'administration.

Le docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur, a accepté la présidence de la société, dont il fut l'un des fondateurs et dont il est toujours resté un des collaborateurs les plus actifs. Le docteur Faisans, un des élèves préférés de Grancher, reste chargé de l'organisation médicale.

Par suite, le conseil d'administration se trouve ainsi composé :

Président : le docteur Roux ; vice-présidents : Mme Grancher, MM. Léon Bourgeois, Emile Cheysson et le docteur Faisans.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Schloss (de Paris).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Relations avec l'Espagne.* — 1° Par Arvant-Neussargues (1re, 2e et 3e classes entre Paris et Béziers). Départ de Paris : 8 h. 15 soir.

2° Par Lyon-Cette (L-S, 1re classe, Paris-Cerbère). Départ de Paris : 7 h. 20 soir (2e et 3e jusqu'à Avignon) ; 9 h. 20 soir (1re seulement).

3° « Barcelone-Express » (train de luxe V-L, V-R, nombre de places limité). Aller, départ de Paris (mercredi, samedi) : 7 h. 30 soir ; retour, départ de Barcelone (lundi, vendredi) : 1 h. 50 soir (H. E. O.).

Pour plus amples renseignements, consulter le livret-guide-horaire P.-L.-M. vendu 50 centimes dans toutes les gares du réseau.

OCCLUSION INTESTINALE AIGUE

PAR BRIDE PORTANT SUR LA PARTIE SUPÉRIEURE DU GRÊLE LAPAROTOMIE. GUÉRISON

Par M. Georges LECLERC,

Professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Dijon.

Les occlusions intestinales aiguës portant sur la partie toute supérieure du grêle sont d'une observation rare; elles sont souvent de diagnostic difficile et exigent pourtant une intervention rapide. L'observation suivante montre que le ventre y est plat, ce qui tend à égarer le diagnostic, et que d'autre part on peut y retrouver ce clapotage péri-ombilical donné récemment comme un signe de sténose à la fois incomplète et bas située.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt ans qui entra le 22 novembre à l'hôpital, dans le service de M. le docteur Parisot que j'avais l'honneur de suppléer. Elle avait été prise quatre jours avant, en pleine santé, de douleurs épigastriques extrêmement violentes qui s'accompagnèrent le lendemain de vomissements abondants et incoercibles. Ces vomissements survenaient tout aussitôt après l'ingestion des aliments.

Très rapidement les selles et les gaz furent supprimés.

Je vis cette malade le samedi soir : son facies était extrêmement mauvais, les extrémités étaient refroidies, le pouls extrêmement petit et rapide. Il n'y avait pas de température.

Le ventre contrastait étrangement avec les autres symptômes; il était absolument plat, souple et non douloureux, se soulevant normalement dans les mouvements d'inspiration.

Devant une absence aussi complète de symptômes abdominaux, je ne portai pas d'une façon ferme le diagnostic d'occlusion et, pensant à la possibilité d'une affection médicale (un empoisonnement par exemple), je résolus d'attendre au lendemain.

Le lendemain matin, la malade est dans le même état; le pouls en particulier est extrêmement mauvais. Mais cette fois en examinant le ventre, je constate un léger ballonnement épigastrique dessinant la forme de l'estomac, et présentant le phénomène de la tension intermittente.

De plus je constate un clapotage facile et très marqué de toute la région épigastrique et ombilicale : c'est certainement l'estomac qui clapote ainsi. Je porte alors d'une façon ferme le diagnostic d'occlusion intestinale haut située, due probablement à une bride ou à un étranglement interne.

Je pratique immédiatement une laparotomie sus-ombilicale, l'estomac est extrêmement distendu et rempli de liquide; les premières anses jéjunales sont également distendues; en les déroulant on arrive très rapidement à 20 centimètres environ de l'angle duodéno-jéjunal, sur une bride unique, résistante, qui étranglait complètement l'intestin.

Section de la bride; les anses intestinales sous-jacentes se remplissent; pas de lésion sur le sillon d'étranglement. Suture à trois plans.

Suites opératoires excellentes; les symptômes graves se dissipent très rapidement; il se produit une forte diarrhée due au passage dans le tube digestif des liquides accumulés dans l'estomac; on aurait pu y parer par un lavage d'estomac pratiqué de suite après l'intervention; mais je ne fis pas ce lavage pour ne pas augmenter le choc, car l'état de la malade était des moins rassurants.

Huit jours après, la malade est parfaitement guérie.

Cette observation montre que le diagnostic des occlusions aiguës est difficile lorsque l'obstacle est très haut situé; car dans ces conditions les signes fonctionnels d'occlusion intestinale contrastent avec un ventre souple et plat : il est alors très possible de voir le diagnostic s'égarer et l'occlusion être prise pour une colique hépatique, pour une intoxication digestive ou autre (arsenic, tartre stibié, etc.), toutes affections médicales qui ne comportent pas d'intervention.

Pour s'éclairer dans ces cas, il faut rechercher les contractions péristaltiques de l'estomac et le clapotage des régions épigastrique et ombilicale.

Tout récemment, à la Société de chirurgie de Paris (1), MM. Ricard et Beurnier rapportaient chacun un cas d'occlusion intestinale portant sur les parties inférieures du grêle, avec ventre exagérément plat chez le malade de M. Ricard; le diagnostic ne fut fait que grâce à l'existence, à la percussion brusque des doigts, d'un clapotement péri-ombilical, indice d'une hypersécrétion intestinale abondante.

Il y a quelques jours, M. Dubard (de Dijon) et moi avons eu l'occasion de nous servir de ce signe; il s'agissait d'une malade de M. Dubard, dont l'observation sera publiée ultérieurement, et qui présentait une obstruction chronique incomplète du grêle tout près de la valvule iléo-cæcale par un volumineux calcul biliaire; le diagnostic du siège de l'obstacle fut porté, grâce à la constatation d'un clapotement péri-ombilical très marqué; le ventre n'était pas ballonné; il n'y avait pas de fausse ascite.

Le clapotage péri-ombilical est donc un signe très important d'obstruction intestinale aiguë ou chronique: il devient surtout précieux lorsque le ballonnement est absent. Ce symptôme, dit M. Ricard, paraît se rencontrer exclusivement dans les occlusions incomplètes et situées au niveau de la terminaison du grêle.

L'observation de ma malade montre au contraire qu'on peut rencontrer ce signe dans les occlusions aiguës complètes et dans les cas où l'obstacle est très haut situé; le clapotage est alors d'origine à la fois gastrique et intestinale; il se perçoit dans la région épigastrique et autour de l'ombilic.

Quelle que soit la difficulté du diagnostic dans ces occlusions très hautes, elles n'en réclament pas moins une intervention urgente, et ceci, malgré les caractères alarmants du facies et du pouls, malgré la gravité de l'état général, d'ailleurs peut-être encore plus apparente que réelle. Ma malade en effet semblait mourante, n'avait plus de pouls, et l'on pouvait craindre qu'elle mourût sur la table d'opération. Mais cet état, bien qu'il soit en réalité très grave, est surtout d'origine réflexe et dû à la brusque constriction de l'intestin : la stercorémie n'y est pour rien. Dans les obstructions basses, au contraire, c'est elle qui est la cause principale des accidents

(1) Soc. de chir., 19 et 26 juin 1907.

et ceux-ci ne rétrocèdent pas toujours lorsqu'on a levé l'obstacle; bien souvent, en effet, lorsque l'intervention est trop tardive, la perméabilité de l'intestin a beau avoir été rétablie, celui-ci forcé ne reprend plus son fonctionnement et les matières continuent à stagner, et à exercer leur action nocive sur un organisme qui, d'ailleurs, est trop gravement intoxiqué, pour qu'un traitement quelconque puisse amener la guérison.

Dans le cas qui nous occupe, quelle était la nature de la bride étranglante? il était impossible de le dire. Dans les antécédents de la malade, il n'existait pas de péritonite, pas de traumatisme; on retrouvait seulement une fausse couche un mois et demi avant l'accident, et des troubles gastriques ou soi-disant tels, depuis trois ans; de temps en temps, la malade ressentait dans la région épigastrique des douleurs assez vives, survenant une heure après le repas et se continuant pendant deux à trois heures; jamais de vomissements ni d'hématémèse.

Ces symptômes en apparence gastriques ne correspondaient à aucune lésion de l'estomac visible après laparotomie; ils étaient donc vraisemblablement dus à la bride qui créait sur l'intestin un certain degré de sténose.

MÉDECINE PRATIQUE

L'ATOXYL DANS LA MALARIA

Par M. le docteur Gennaro Fusco (1).

Les cas de malaria aiguë que j'ai traités jusqu'ici par l'atoxyl sont trop rares et ils sont en outre tenus en observation depuis trop peu de temps pour que j'en puisse tirer des conclusions fermes. Les résultats obtenus ont été néanmoins assez rapides et manifestes pour m'inciter à les publier immédiatement, quitte à reprendre ultérieurement la question dans un travail plus considérable et plus démonstratif.

Il est de notion courante que l'atoxyl ($C^6H^5NHA^3O^2$) contient 37,6 p. 100 d'arsenic. D'après les recherches plus récentes de Bertheim la teneur en arsenic serait un peu moindre, soit 24,1 p. 100.

Jusqu'à présent l'atoxyl a été principalement employé dans les trypanosomiases, affections contre lesquelles d'autres composés arsenicaux avaient déjà été essayés avec un certain succès (Lingard, Bruce). Laveran et Mesnil eux aussi usèrent de l'arsenic dans les trypanosomiases du chat, du rat, des chiens, mais la guérison ne fut que transitoire. L'atoxyl fut expérimenté pour la première fois contre les trypanosomiases par le médecin anglais W. Thomas [de Liverpool] (1905). Robert Koch entreprit en Afrique des recherches systématiques avec l'atoxyl dans la maladie du sommeil; peu après la première injection les trypanosomes diminuaient rapidement dans le suc des ganglions lymphatiques, ils disparaissaient complètement au bout de dix jours. Uhlenhuth, Gross et Rickel employèrent l'atoxyl dans la spirillose des poulets. L'effet fut rapide; après l'injection de petites doses d'atoxyl les spirochètes disparaissaient de la circulation sanguine. L'atoxyl manifesta également une action prophylactique certaine. Plus tard, Uhlenhuth, Hoffmann et Hoscher (mai 1907), s'appuyant sur les nouvelles études relatives à l'étiologie de la syphilis, songèrent à rechercher également quelle était l'action de l'atoxyl dans cette maladie. Ils constatèrent que celui-ci, pourvu qu'on use de fortes doses, possède une action remarquable sur les manifestations syphilitiques, principalement dans les formes dites syphilis maligne.

Peu de jours après (juin 1907), Lassar rapporta les bons effets qu'il avait obtenus de l'atoxyl dans la syphilis; il considéra à peu près le remède comme spécifique de l'affection.

L'atoxyl avait donc déjà donné de bons résultats dans deux maladies à protozoaires, les trypanosomiases et la syphilis. Cette dernière est, en effet, très vraisemblablement une maladie due aux protozoaires. J'eus alors l'idée d'essayer le remède dans d'autres affections de même origine, et particulièrement dans la malaria traitée depuis longtemps déjà par l'arsenic. Pendant que j'attendais que l'atoxyl m'arrivât de l'étranger parut la communication d'Hallopeau à l'Académie de médecine de Paris sur l'emploi de l'atoxyl dans la malaria. C'est là l'unique travail qui, à ma connaissance, ait été publié sur la question. Les résultats obtenus par Hallopeau m'encouragèrent pour mes premiers essais et dès que j'eus reçu le produit je l'utilisai dans les diverses formes de la maladie avec l'aide très efficace du docteur Luigi Severino.

Premier cas. — Concetta Torone, trente-cinq ans, paysanne, a des accès quotidiens de fièvre malarique depuis le 17 mai de l'année courante. Le traitement par la quinine, à la dose moyenne d'un gramme par jour en injections hypodermiques, n'a produit jusqu'ici aucun résultat. Le soir la température s'élève rapidement à 40 degrés, et même davantage, avec les signes caractéristiques de l'accès paludéen. Le 3 juillet, première injection à midi d'un demi-centimètre cube d'une solution d'atoxyl à 10 p. 100. La température qui tendait à s'élever s'abaissa rapidement et la malade demeura toute la journée apyrétique. Le 4 juillet, seconde injection d'une même dose d'atoxyl et apyrexie absolue toute la journée.

Deuxième cas. — Angela Bennucci, neuf ans. Fièvre malarique quotidienne. L'accès vespéral a les caractères typiques de l'accès paludéen, la température s'élève à 40 degrés. La maladie dure depuis le 18 juin. La quinine administrée en injections hypodermiques n'a donné que des résultats négatifs. Le 3 juillet, à neuf heures, première injection d'un demi-centimètre cube de la solution d'atoxyl à 10 p. 100, au moyen de la seringue de Pravaz. Le soir la fièvre n'atteignait que quelques dixièmes de degré (37°5). Le 4 juillet, deuxième injection suivie d'apyrexie complète.

Troisième cas. — Saverio Meuli, trente-deux ans. Le 3 juillet le malade fut pris d'un accès fébrile à type malarien. Pendant la période fébrile on pratiqua une injection d'atoxyl dans les mêmes conditions que précédemment. La température qui était à 39 degrés s'abaissa rapidement. Les 4 et 5 juillet, apyrexie.

Rares sont donc les cas traités jusqu'à présent, et aucune conclusion certaine ne peut en être tirée encore. Il semble cependant que l'atoxyl possède une action spécifique également contre le plasmode de la malaria. Il semble aussi que cette action se manifeste spécialement dans les cas où celle de la quinine est nulle ou peu efficace.

On sait qu'Ehrlich a réussi, au moyen d'inoculations suc-

(1) Note traduite par le docteur Gaullieur l'Hardy. — Naples, imprimerie N. Jovene et Cie, piazza Trinità-Maggiore, 13.

cessives, à obtenir une espèce de trypanosome résistant au trypanroth. Il est possible que le plasmode de la malaria et le spirochète pâle puissent peu à peu s'habituer à l'action des remèdes spécifiques et y résister. Ces cas de syphilis sont connus sous le nom de syphilis maligne; on pourrait également parler d'une malaria maligne résistant à l'action de la quinine.

C'est contre ces formes que l'atoxyl manifeste sa plus grande efficacité.

A quel moment doit-on faire l'injection d'atoxyl dans la malaria? Il est difficile de répondre à cette question. En me basant sur les récentes recherches de Croner et de Seligmann établissant qu'après l'injection d'atoxyl l'élimination se produit surtout dans les quatre à six heures qui suivent, je crois qu'il est indiqué d'injecter le médicament deux heures environ avant l'accès fébrile.

Je me vois contraint de publier à la hâte ces premières recherches. Je ferai paraître plus tard un travail plus complet sur le mode d'action de l'atoxyl vis-à-vis des parasites de la malaria, sur les doses à employer, sur le moment le plus favorable pour pratiquer l'injection, enfin sur l'action prophylactique du remède.

Naples, le 6 juillet 1907.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 JUILLET 1907)

Oxydation de l'hémoglobine. — M. J. SZRETER. On sait que le sang, traité par des quantités suffisantes d'un réactif oxydant tel que le ferrocyanure de potassium ou le nitrite de soude, subit un changement de coloration, la teinte rouge virant au brun. Une perturbation dans le spectre atteste la profonde modification apportée par les agents oxydants dans la structure moléculaire de l'oxyhémoglobine.

En étudiant les altérations du pigment des hématies sous l'influence des oxydants, l'auteur a pu isoler une substance caractérisée par sa teneur en fer et représentant bien une étape dans la dégradation méthodique de la matière colorante.

Ces premiers résultats montrent qu'il est possible d'obtenir des produits biologiques ferrugineux en dehors des procédés synthétiques employés jusqu'ici.

Jusqu'à présent ces recherches ont laissé voir qu'une partie du fer était engagée sous forme de sel minéral.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 JUILLET 1907)

Oculo-réaction à la tuberculine chez les enfants. — M. COMBY. Sur 69 enfants entrés à l'hôpital pour des affections diverses, et soumis à la tuberculine de M. Calmette, à 1 p. 100, 38 ont réagi primitivement, 31 n'ont pas réagi.

Parmi ces réactions, 2 avaient été très violentes, et M. Comby essaye la même tuberculine de Calmette, et celle de Roux, diluées à 1/200.

Chez 5 des malades précédents qui avaient réagi, il obtient 5 résultats primitifs, mais sans aucune réaction intense fâcheuse.

Une nouvelle expérimentation sur 24 sujets avec la solution à 1 p. 100 donne 14 résultats positifs; sur 45 sujets avec la solution à 1/200 donne 24 résultats positifs.

M. Comby conclut que ce nouveau moyen de diagnostic de la tuberculose est à la fois sûr et inoffensif avec une solution de tuberculine à 1/200.

Il est applicable à tous les âges, à toutes les formes, à tous les degrés.

MM. Henry DUFOUR et BRUSLÉ apportent les résultats que leur ont fournis leurs expériences sur l'oculo-réaction.

Sur 10 sujets, 8 ont réagi positivement et sont cliniquement considérés comme tuberculeux.

Dans une seconde série d'expériences, sur 20 enfants, 5 ont réagi positivement et sont certainement tuberculeux; 15 n'ont pas réagi qui sont cliniquement exempts de tuberculose.

MM. Dufour et Bruslé confirment l'innocuité de l'oculo-réaction, qui provoque tout au plus une conjonctivite fugace.

Il y aurait avantage à ne pas s'opposer à la fermeture spasmodique des paupières.

Séquelles nerveuses consécutives à un état méningé, de nature indéterminée. — MM. WIDAL et PHILIBERT rapportent l'observation d'une jeune malade de vingt ans chez qui une série de symptômes nerveux a survécu à l'évolution d'un syndrome méningé. Cette femme présentait une céphalée atroce avec 38 degrés de température et 64 de pouls, de la raideur de la nuque, du signe de Kernig, de l'exagération des réflexes, de l'inégalité pupillaire. Le lendemain de la première ponction lombaire, la raideur de la nuque et le signe de Kernig avaient disparu et une semaine après l'entrée dans le service la température était tombée à 37 degrés.

Une céphalée d'intensité variable, une exagération constante des réflexes rotuliens, une dissociation du pouls et de la température du type inverse à celle présentée pendant la période fébrile (pouls 92 et 112, température 37 et 37°5), une amblyopie intermittente sans aucune altération du fond de l'œil et surtout une inégalité pupillaire inconstante, tels étaient les symptômes qui persistaient trois mois et demi après l'entrée de la malade et continuaient à évoluer après la poussée méningée du début.

L'enquête étiologique ne put renseigner sur la cause de la maladie. L'examen du liquide céphalo-rachidien, malgré la présence de polynucléaires et de lymphocytes, ne permettait pas de faire entrer ce cas dans un des groupes connus de méningite aiguë. Il ne pouvait s'agir ni de méningite tuberculeuse ni de méningite cérébro-spinale. Aucun stigmate de syphilis.

Il y a là plus que du méningisme, comme le prouve l'examen du liquide céphalo-rachidien, et il n'y a cependant pas de méningite au sens anatomique accordé à ce mot. Ces faits méritent d'être enregistrés sous le nom d' « état méningé » qui a l'avantage de les caractériser suffisamment en clinique, sans préjuger ni de leur pathogénie, ni de la nature de leurs lésions.

MM. BERGÉ et A. PÉLISSIER présentent un malade atteint d'une **névrite cubitale bilatérale accompagnée d'une névrite localisée à la branche saphène interne du crural droit.** L'origine rhumatismale de cette névrite paraît démontrée par sa survenue au cours d'une poussée fébrile de rhumatisme. Sa localisation aux nerfs cubitaux s'explique par certaines conditions professionnelles, le malade, pâtissier, maniant du ma-

tin au soir un rouleau à pâte dont l'usage a même déterminé des callosités de l'éminence hypothénar.

Parapsoriasis de Brocq. — MM. QUEYRAT et PAUTRIER. Un spécifique ancien était atteint, depuis de nombreuses années, d'une éruption constituée par un mélange de papules et de macules en gouttes ou en plaques, qui avaient été rapportées à sa syphilis.

Le traitement mercuriel institué fut sans effet sur cette dermatose. Il s'agit en réalité d'un parapsoriasis, affection caractérisée par des macules ou parfois par des papules en général très superficielles, de couleur rosée ou bistre, donnant du purpura au grattage, persistant des années entières, non prurigineuse et résistant à toute thérapeutique.

Dans quelques cas, on a pu trouver une structure tuberculeuse et l'on a pu ranger ces faits dans le groupe des tuberculides. L'histologie du cas actuel montre qu'il représente une forme de passage entre le parapsoriasis en goutte simple et le parapsoriasis tuberculoïde.

D'autre part, d'autres cas de parapsoriasis ayant été observés sur d'anciens syphilitiques, on peut se demander si cette affection ne joue pas un rôle dans leur pathogénie.

Etude critique de la ligne blanche dite surrénale. — M. Léon BERNARD apporte une statistique de 79 malades, pris au hasard, sur lesquels il a cherché la ligne blanche décrite par Sergent. Ce phénomène s'est rencontré chez 31, a été absent chez 41, variable chez 7 des sujets examinés. Deux sujets, porteurs de lésions destructives profondes des surrénales, vérifiées à l'autopsie, ne présentaient pas la ligne blanche; chez un sujet, pour lequel la suspicion de lésion surrénale appelait le secours d'un signe révélateur, la ligne blanche fut intermittente. Chez les cardiaques, la ligne blanche a varié ou manqué surtout lorsqu'on était en droit de supposer ou d'affirmer l'insuffisance surrénale; chez les scléreux du cœur ou des reins, où l'on sait l'existence d'altérations hyperépinéphriques, la ligne blanche existait plusieurs fois. Ces faits, ainsi que la fréquence et la variabilité du phénomène lui enlèvent toute valeur indicatrice de l'insuffisance surrénale. De même l'auteur n'a reconnu aucun rapport entre l'état de la ligne blanche et l'état de la pression artérielle; elle n'est donc pas davantage un phénomène d'hypotension, ainsi que l'a avancé Sergent.

Biosepticémie à bacille d'Achalme au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu. — MM. J. THIROLOIX et Georges ROSENTHAL, par l'ensemencement en tube cacheté du sang d'un rhumatisant gravement atteint, ont obtenu des cultures de staphylocoque et d'un bacille anaérobie. L'étude complète de ce bacille faite au point de vue de la morphologie, des cultures, des réactions d'inoculation aux animaux et de fermentation, leur a montré l'absolue identité de ce bacille avec le bacille d'Achalme (bacillus perfringens). Les auteurs en concluent que le rhumatisme articulaire aigu est une maladie où le bacille d'Achalme joue un rôle spécifique alors que le même bacille joue un rôle banal dans quantité d'autres affections. De même le streptocoque dans l'érysipèle, le pneumocoque dans la pneumonie. La question du diplocoque de Triboulet sera abordée à propos d'une prochaine observation de septicémie mixte à type Triboulet-Coyon au cours du rhumatisme.

L'observation publiée montre aussi le puissant rôle anti-infectieux des colloïdes (argent électrique à petits grains).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 22 JUILLET 1907)

Les causes d'erreur dans le diagnostic des tumeurs blanches au début chez l'enfant. — M. BARBIER. Le rhumatisme et l'hérédo-syphilis, dit-il, peuvent donner lieu à des ostéo-arthropathies qui sont confondues avec des tumeurs blanches et traitées comme telles; elles peuvent frapper plusieurs jointures et en particulier la colonne vertébrale. Il faut les distinguer des tumeurs blanches par un traitement d'épreuve salicylé ou spécifique.

Dans un rapport, au nom d'une Commission, sur **le vin au point de vue de l'hygiène,** M. P. DIGNAT montre que si quelques médecins ont, par esprit de système, interdit à un moment donné l'usage du vin, la plupart ne l'ont proscrit qu'en raison des dangers que présente la consommation de vins plus ou moins frelatés.

Un vin naturel, résultant de la fermentation du jus de raisins frais, est au contraire une boisson agréable et utile, même aux enfants du deuxième âge, à condition de ne le boire qu'étendu d'eau, et à dose convenable.

Cette dose qui varie suivant l'âge, le sexe, les occupations, ne doit pas dépasser, pour un adulte, 50 à 60 centilitres par jour. Le vin rouge, du moins pour un usage quotidien, est préférable au vin blanc, lequel contient généralement plus de tartrate acide de potasse et de chaux, substance dont l'estomac s'accommode assez mal.

Dans certains états diathésiques, dans quelques maladies, le vin est contre-indiqué. Au contraire, il est utile pour le traitement de certaines affections. La question du vin ne doit pas être confondue avec celle de l'alcoolisme. Le vin, produit de fermentation, n'est pas comparable à l'alcool, produit de distillation. C'est donc à tort que les anti-alcooliques ont fait campagne contre le vin. Après avoir fait ressortir l'utilité du véritable vin et les dangers des vins falsifiés, ainsi que de l'alcool, M. Dignat exprime le vœu que les lois, ayant pour objet la répression des manœuvres frauduleuses, soient rigoureusement appliquées et que des mesures restrictives, voire même prohibitives, soient prises, touchant la fabrication ou la vente des alcools.

M. DOLÉRIS met en relief certains points du rapport de M. Dignat, demandant à ce qu'ils soient l'objet de discussions spéciales : la question des fraudes, d'abord, puis la question de la dyspepsie et de l'arthritisme vis-à-vis du vin; enfin, l'usage du vin pour les enfants.

Quant au certificat d'origine réclamé par le rapporteur, ce serait parfait, mais c'est malheureusement irréalisable.

Sur deux cas de rétrécissements cicatriciels infranchissables de l'œsophage, et sur la cure radicale sous l'œsophagoscopie. — M. GUISEZ conclut : 1° il est nécessaire, pour qu'elle soit applicable, que le pertuis puisse être franchi par la fine bougie conductrice de l'œsophagoscope; 2° les rétrécissement courts vasculaires en sont seuls justiciables. Dans les rétrécissements très longs, la descente est très difficile et ne donne pas de résultats durables; 3° le calibre obtenu doit être maintenu par une dilatation faite à intervalles plus ou moins longs. Le maintien de la sonde à demeure permet de calibrer l'œsophage et d'espacer les séances de dilatation.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 JUILLET 1907)

Sur le syndrome hépatique de la colique de plomb. — MM. GILBERT et HERSCHER attirent l'attention sur le syndrome hépatique de la colique de plomb au cours de laquelle le volume du foie est diminué; tandis que, par contre, la sécrétion biliaire est exagérée.

L'atrophie du foie se traduit par une diminution ou même, dans quelques cas, par une disparition complète ou presque de la matité.

L'exagération de la sécrétion biliaire, la polycholie a une double conséquence. D'une part, elle détermine un apport exagéré de bile dans l'intestin. Celle-ci est d'abord rejetée par les vomissements, qui verts, porracés, contiennent des pigments biliaires en abondance; puis, quand la constipation est vaincue, elle passe dans les fèces; un flux bilieux se produit où l'on trouve, en plus de l'urobiline et du chromogène constatés normalement dans les matières fécales, des pigments biliaires non transformés en raison de leur trop grande abondance. D'autre part, elle occasionne une cholémie quatre fois supérieure à la cholémie physiologique.

Un rapprochement s'impose dans ces conditions entre le syndrome hépatique de la colique de plomb et celui qu'on constate dans l'ictère grave. Au cours des deux affections, en effet, le volume du foie est diminué, la polycholie est accusée. Certes, l'atrophie est peut-être seulement apparente dans la colique de plomb, la polycholie y est moins marquée que dans l'ictère grave, mais les deux syndromes n'en restent pas moins comparables jusqu'à un certain point.

Hypertrophie cardiaque et alcoolisme expérimental. — M. AUBERTIN. Existe-t-il des hypertrophies du ventricule gauche indépendantes des obstacles mécaniques situés sur la grande circulation (lésions valvulaires, lésions artérielles, lésions interstitielles du rein) qui les accompagnent d'ordinaire? La pathologie humaine en fournit peu d'exemples; mais l'expérimentation permet parfois de réaliser de telles hypertrophies. M. Aubertin a observé plusieurs fois des faits analogues chez des animaux qu'il avait soumis à l'intoxication lente par l'absinthe. C'est ainsi que chez un lapin mort de cachexie après dix mois d'intoxication, il a trouvé un cœur de Traube typique avec hypertrophie énorme du ventricule gauche, et dont le poids atteignait 22 grammes.

A l'état normal, le poids du cœur du lapin varie entre 4 et 6 grammes et le rapport au poids total oscille autour de 400. Chez les animaux atteints de néphrite expérimentale, le cœur s'hypertrophie, son poids pouvant atteindre 12 grammes et le rapport pouvant descendre à 208. Chez le lapin alcoolique le poids du cœur est beaucoup plus élevé et le rapport descend à 177.

Cette hypertrophie cardiaque est donc beaucoup plus considérable que chez les animaux atteints de néphrites scléreuses; or, il n'existait aucune altération interstitielle du rein. Cet organe présentait seulement des lésions cellulaires récentes. D'autre part, il n'y avait ni lésions valvulaires, ni athérome, ni lésions histologiques d'artério-sclérose viscérale capables d'expliquer l'hypertrophie du ventricule gauche. Les capsules surrénales étaient doublées de volume, et présentaient une hyperphasie considérable à la fois corticale et médullaire.

Il semble donc qu'il puisse exister des hypertrophies cardiaques énormes, sans lésions chroniques du rein, en coexistence éventuelle avec de l'hyperplasie surrénale.

Action empêchante d'un antisérum sur la production de précipitine. — Pour MM. B. WEILL-HALLÉ et H. LEMAIRE, l'injection d'un sérum de lapin anti-cheval faite à un lapin neuf en même temps qu'une injection de sérum de cheval ou dans les jours consécutifs, empêche le plus souvent la production de précipitine dans le sérum de ce lapin.

Dans les cas où cette précipitine se produit, elle paraît dans les délais habituels (septième au douzième jour).

La durée de persistance du sérum de cheval, et nous ajouterons la durée de l'immunité antidiphtérique, s'il s'agit de ce sérum antitoxique, ne paraît en aucune façon modifiée par l'injection de ce sérum précipitogène.

Cytologie des épanchements lactescents. — MM. A. JOUSSET et J. TROISIER montrent que la caractéristique histologique des épanchements chyliformes des séreuses, consiste en la présence de cellules endothéliales et de leucocytes polynucléés surchargés de graisse. C'est à l'éclatement de ces cellules et à la mise en liberté consécutive de leurs granulations graisseuses que ces épanchements doivent leur aspect particulier.

Fécondation retardée chez le cobaye. — Par deux observations sur le cobaye, M. GODIN montre que l'écart entre l'accouplement et la parturition peut être de trois et même de six mois.

La femelle du cobaye portant d'ordinaire quatre à huit semaines, tout au plus, il y a là une anomalie que l'auteur explique par un *retard* apporté à la *fécondation*.

L'action excitomotrice de la bile sur l'intestin. — MM. HALLION et NEPPER ont constaté, par la méthode graphique, que la présence de bile dans l'intestin détermine sur cet organe une action excitomotrice. On noteen particulier que l'introduction d'une petite quantité de bile dans le rectum, chez le chien, ne tarde pas à provoquer des mouvements de défécation. Il en est de même chez l'homme, et ils ont appliqué avec succès cette propriété physiologique de la bile au traitement de la constipation.

Intoxications à forme paralytique consécutive à l'ingestion de moules. — MM. NETTER et RIBADEAU-DUMAS. Treize personnes mangent, le 23 mai, des moules recueillies sur une bouée d'un bassin du port de Calais. Elles tombent malades trois ou quatre heures après et deux succombent. Les symptômes les plus spéciaux portent sur l'appareil musculaire qui présente d'abord une agitation anormale avec sensation de légèreté et ensuite de la paralysie. Les mêmes moules cuites ingérées par un chat et des poules ont provoqué à Calais la mort très rapide de ces animaux.

Il s'agit bien de la moule comestible *mytulus edulis* et l'on peut réaliser expérimentalement sur les lapins, cobayes, souris, grenouilles, les mêmes accidents rappelant l'intoxication par le curare. Le poison qui résiste à la chaleur est surtout localisé dans le foie des moules qui est plus volumineux, plus foncé et plus friable.

Les moules d'autres parties du port sont dépourvues de toxicité. Les moules du bassin contaminé ne sont pas également toxiquées dans tout le bassin. La toxicité va en s'atténuant avec le temps. Elle n'a pas diminué le 11 juin, mais a à peu près disparu le 8 juillet. Parmi les autres animaux du bassin, les poissons, anguilles, crustacés ne sont pas toxi-

ques. Les étoiles de mer donnent un suc doué des mêmes propriétés que celui des moules et dont la toxicité a marché parallèlement.

Il existe dans la littérature 11 observations du même ordre portant sur 73 malades et 21 décès recueillies en Angleterre, Écosse, Irlande, Allemagne, Norvège et Amérique.

Les symptômes cliniques, les constatations expérimentales sont absolument identiques.

On ne peut déterminer encore si les moules dans ce cas sont simplement le véhicule d'un poison qui s'emmagasine dans le foie et se trouve à un moment donné dans le bassin contaminé ou s'il s'agit d'une maladie des moules qui rend le foie toxique.

L'indican urinaire dans certains états pathologiques. — MM. H. Labbé et G. Vitry ont montré que l'indican persistait dans l'urine pendant le jeûne. Ils ont poursuivi leurs recherches duns un certain nombre de cas d'insuffisance hépatique, d'entérite et de suppuration abondante. Les chiffres obtenus dans ces cas ne diffèrent pas suffisamment de ceux que l'on peut obtenir chez des sujets normaux pour que l'on puisse donner une grande valeur à la quantité absolue d'indican trouvée dans certains états pathologiques si l'on ne connaît en même temps l'alimentation du sujet.

Signification pathologique du déchaussement des dents. — Pour M. Ferrier, lorsque le déchaussement des dents survient à l'âge mûr, chez des individus calcifiés, et évolue progressivement jusqu'à ce que les dents disparaissent, il y a lieu de craindre l'athérome et d'organiser la médication calcifiante.

Autres communications :

Sur le pseudo-tétanos du cœur. — M. Bessin; — **Réponse à M. Bessin.** — M. Pechon.

Les phénomènes mécaniques de la respiration chez le lézard ocellé. — M. Fr. Franck.

A propos de l'influence de la pression osmotique sur le développement des prolongements nerveux dans les greffes ganglionnaires. — M. Nageotte.

Des rapports du cœlome avec les cavités vasculaires dans l'aire opaque des embryons du canard. — M. Weber.

Photo-irritabilité de l'iris aux diverses régions du spectre. — M. Neveu.

Comparaison des circulations artificielles continuelles et rythmées à travers le rein. — MM. Lamy et Mayer.

Modifications histologiques du rein normal au cours des diurèses provoquées. — MM. Mayer et Rathery.

Réaction cutanée à la tuberculose chez l'adulte. — MM. Abrami et Burnet.

Réglette à lecture directe pour mensurations microscopiques. — M. Guégen.

Persistance de la sensibilité dolorifique des deux côtés après hémisection de la moelle chez le chat. — MM. Verger et Soulé.

L'hypophyse des vertébrés. — M. Gentès.

La glande infundibulaire des vertébrés. — M. Gentès.

Cataracte expérimentale par röntgenisation de l'œil d'animaux nouveau-nés. — MM. Tribadeau et Belley.

Microphtalmie et modifications concomitantes de la rétine par röntgenisation de l'œil d'animaux nouveau-nés. — MM. Tribadeau et Belley.

Pathogénie de l'éléphantiasis. — M. Le Dantec.

Abcès intra-dermiques multiples à coli-bacilles chez un nourrisson. — M. Auché.

Recherche du dermocoque dans la peau éléphantiasique en dehors des accès. — M. Le Dantec.

Procédé pour la culture des anaérobies. — M. Le Dantec.

Action cardio-vasculaire des produits de dédoublement des albuminoïdes. — M. Chevalier.

Conception générale des anticorps et de leurs effets. — M. Nicolle.

Sur la filariose du ligament suspenseur du boulet chez le cheval, avec éosinophilie accentuée. — MM. Billet et Fayet.

Accidents toxiques à forme paralytique consécutifs à l'ingestion des moules. — MM. Netter et R. Dumas.

Les injections intra-veineuses insolubles. — M. Fleig.

De l'influence des électrolytes sur l'hémolyse par le sérum d'anguille. — M. Gengou.

Modification du procédé de Pavloff pour l'établissement du petit estomac isolé. — MM. Dehon et Drucbert.

Formation d'un ferment lab dans le suc pancréatique soumis à l'action des sels de calcium. — M. Delezenne.

FORMULAIRE

COLIQUES SPASMODIQUES

Pour combattre les coliques dues à un spasme, l'antipyrine réussit bien et les enfants ont une grande tolérance pour elle.

D'Espine et Picot indiquent les doses suivantes :

0 à 6 mois	0g10
6 mois à 1 an	0g20
1 an à 4 ans	0g30
4 ans à 6 ans	0g50
A 7 ans et au-dessus	1 gramme.

(*Journal de méd. int.*)

LIVRES NOUVEAUX

Guide clinique des praticiens pour les principales maladies des voies urinaires (1), par Emile Pillet.

Cet excellent petit manuel s'adresse, comme son titre l'indique, non pas aux spécialistes, mais aux praticiens. Il n'a nullement la prétention d'initier aux mystères de la cystoscopie et du cathétérisme uretéral, manœuvres de spécialistes expérimentés, et dont il ne s'occupe pas ou à peine. Son but principal est de montrer aux médecins comment ils doivent interroger, explorer et traiter leurs malades, comment on dilate un rétréci, et par quelles manœuvres on explore un prostatique, etc., toutes choses élémentaires sans doute, mais que nombre de nos étudiants ne sauraient apprendre, puisque personne ne le leur a enseigné. Les descriptions très claires, très précises de M. Pillet, appuyées de nombreuses figures et de bonnes photogravures, seront, j'en suis convaincu, appréciées de nos jeunes confrères; je ne doute pas que son livre ne trouve auprès d'eux le succès qu'il mérite.

LÉON IMBERT.

(1) In-8. — Paris, Maloine.

La femme. Traité des émotions normales et pathologiques de l'amour féminin (1), par Bernard S. TALMEY, gynécologue de l'hôpital et du dispensaire métropolitain de New-York.

Toutes les questions qui ont trait aux manifestations normales ou pathologiques de l'instinct sexuel chez la femme, se trouvent condensées dans ce livre qui est destiné aux médecins et aux étudiants en médecine. Les traités sont habituellement muets sur ce sujet dont la connaissance est indispensable au médecin pour conseiller et soiger et qui est le complément trop négligé des livres de gynécologie. Les troubles de la vie sexuelle sont étroitement liés à ceux de la santé générale et de l'intelligence : le médecin ne doit pas perdre de vue cette connexité, car c'est de son jugement et de sa sagacité que dépend le bonheur de la famille. Telles sont les raisons qui ont déterminé l'auteur à écrire ce livre qui ne fait double emploi avec aucun autre. A. HOUSQUAINS.

Vingt-cinq leçons pratiques d'anatomie élémentaire et de petite chirurgie (2), par le docteur Paul BARBARIN.

Ce petit ouvrage destiné au *personnel des hôpitaux et des dispensaires*, paraît devoir bien remplir le but qu'il se propose, à savoir de résumer les quelques connaissances d'ordre pratique indispensables à ceux qui doivent être les aides des médecins et des chirurgiens. Beaucoup trop d'ouvrages du même genre consacrent à ces questions des développements trop considérables, si bien qu'on a créé depuis quelques années une masse d'infirmiers et d'infirmières s'imaginant qu'ils connaissent la médecine et la chirurgie, alors que très souvent ils sont des aides insuffisants.

Très joliment édité par la maison Doin, le livre du docteur Barbarin me semble, je le répète, remplir un désideratum en dépit du grand nombre d'ouvrages destinés aux infirmiers qu'on a édités dans ces dernières années.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

La neuvième chambre correctionnelle, présidée par M. Toutain, a acquitté samedi soir le docteur Cormon, inculpé de blessures par imprudence à propos des soins qu'il donna à une de ses clientes, atteinte d'appendicite.

Après plaidoiries de Me Moro-Giafferi qui réclamait 50.000 francs de dommages-intérêts pour la plaignante, partie civile au procès, et de Me Decori pour le prévenu, le tribunal a rendu le jugement qui suit, et que nous reproduisons in extenso.

Nos lecteurs en liront avec intérêt les considérants dont l'importance et la précision se passent de tous commentaires.

« Attendu que le docteur Cormon est cité sous l'inculpation de blessures par imprudence au préjudice de la demoiselle Peyronnette, pour s'être, dans le traitement d'une appendicite dont elle était atteinte, rendu complice d'une négligence ou imprévoyance ayant causé ou augmenté le développement d'une escare très étendue sur l'abdomen de la malade;

Attendu qu'il importe d'abord de rappeler et de préciser les principes de la responsabilité incombant aux médecins dans l'exercice de leur profession;

Que cette responsabilité résulte des articles 319 et 330 du Code pénal qui, dérogeant aux règles générales en matière pénale, d'après lesquelles un crime ou un délit n'existent pas sans l'intention coupable, ont, en raison de l'intérêt supérieur s'attachant à la conservation de la vie ou de la santé humaine, substitué à l'intention coupable, comme élément constitutif du délit, la simple imprudence, l'inattention, la maladresse ou l'inobservation des règlements de police;

Qu'on ne saurait toutefois sans dépasser l'intention du législateur et sans mettre en péril l'intérêt qu'il a précisément voulu sauvegarder, inculper les personnes pratiquant l'art de guérir à raison de tout agissement ayant occasionné un préjudice au malade, ce qui aurait évidemment pour résultat de détruire toute initiative et toute liberté dans le traitement des maladies et les opérations présentant des risques;

Qu'il convient donc de reconnaître que pour observer une juste mesure :

1° La simple application de théories ou de méthodes médicales sérieuses appartenant exclusivement au domaine de la science et de l'enseignement ne doit pas entraîner de responsabilité pénale;

2° L'inobservation des règles générales de prudence et de bon sens auxquelles est soumis l'exercice de toute profession, la négligence accoutumée, l'inattention grave, l'impéritie inconciliable avec l'obtention du diplôme exigé du médecin pour qu'il soit autorisé à pratiquer son art, peuvent et doivent au contraire, entraîner cette responsabilité.

Attendu que, dans la cause, les reproches formulés contre le docteur Cormon par le ministère public se résument, d'après le réquisitoire définitif et l'ordonnance de renvoi, à la faute d'imprévoyance résultant de ce qu'il n'a pas attaché une importance suffisante aux symptômes bien marqués qui annonçaient la formation d'une escare, seul point retenu dans les conclusions du rapport présenté par M. le docteur Balthazard, expert commis;

Attendu qu'à l'audience le rapport plus général de négligence et de défaut de soins appropriés a été formulé à l'appui de la prévention et a été discuté;

Attendu que, d'après l'ensemble des dépositions, sensiblement concordantes, recueillies à la barre, émanant des plus hautes autorités en matière médicale ou chirurgicale, qu'alors même qu'on prétendait alléguer l'influence que l'esprit de corps et de solidarité professionnelle a pu, en quelque mesure, exercer sur les appréciations de tel ou tel des témoins entendus, il convient de considérer comme établis les points suivants concernant le traitement normal de l'appendicite quand il n'y a pas lieu de recourir à l'intervention chirurgicale;

1° L'application de la glace, quand ells est reconnue nécessaire pour combattre l'affection constatée, doit être indéfiniment prolongée jusqu'à la disparition des symptômes de cette affection, malgré les inconvénients pouvant en résulter;

2° L'interposition d'une flanelle entre la glace et l'épiderme du malade n'est pas indispensable;

3° La constatation de la température par l'application du thermomètre n'est pas non plus indispensable quand d'autres moyens d'investigation, comme la palpation, peuvent être et sont effectivement employés, l'élévation de la température ne correspond pas nécessairement avec la durée de l'affection elle-même;

4° La formation d'une escare peut être plus ou moins soudaine et ne peut être prévue avec certitude;

Attendu que la vérité de ces diverses propositions étant admise, il en résulte une réfutation suffisante des griefs allégués à l'appui de la prévention, même dans la mesure restreinte fixée par les conclusions contenues au rapport de l'expert;

(1) In-8 relié de 228 p. avec 22 dessins dans le texte. — Prix : 3 fr. 75. — New-York, The practitioners Press corporation.

(2) In 8 de 249 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Et que le point de fait doit se résumer en fin de cause dans les termes suivants :

La demoiselle Peyronnette a été atteinte d'une appendicite grave mettant son existence en danger, et le traitement qui lui a été appliqué par le docteur Cormon l'en a guérie, sauf l'effet des inconvénients impossibles à prévoir avec certitude, survenus à la suite d'un traitement présentant un caractère normal;

Attendu qu'en ce qui concerne plus spécialement le reproche de négligence ou impéritie adressé au prévenu pour n'avoir pas su discerner les symptômes annonçant la formation de l'escare, que, d'après la déposition formelle du docteur Brézard, entendu à l'audience, il est affirmé que le prévenu avait constaté l'existence de ces symptômes dès leur apparition et appliqué un traitement approprié;

Attendu que, dans ces conditions, les agissements reprochés au prévenu comme délictueux ne doivent pas être considérés comme justifiant une sanction pénale;

Par ces motifs :

Renvoie le docteur Cormon des fins de la plainte sans dépens;

Condamne la partie civile aux dépens du procès. »

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 217, 10 juillet 1907.) Jean Gautrelet : Des effets physiologiques consécutifs à l'application de l'électrode au voisinage du crâne au cours de l'électrolyse. — H. Bordier : Sur quelques points de technique radiométrique.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Juillet 1907.) Chavigny : Troubles mentaux. Leur diagnostic rétrospectif par les sillons unguéaux. — L. Thoinot : Droit médical. — Paul Reille : Huîtres et fièvre typhoïde.

Archives de médecine navale. — (N° 7, juillet 1907.) Girard : Eau potable à bord du *Henri-IV*. — Bellet : Considérations hygiéniques sur la ville de Dakar. — Auché : Lait et allaitement.

Bulletin médical. — (N° 53, 10 juillet 1907.) A. Charpentier : Des principaux signes objectifs que la volonté, la suggestion et l'hystérie ne peuvent reproduire. — (N° 54, 13 juillet.) Chantemesse : La désinfection par la vapeur de soufre. — R. Horand et Paul Savy : Pyopneumo-thorax enkysté, toléré pendant douze ans, drainage, guérison.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 26, 29 juin 1907.) Grober : Sur l'hypertrophie du travail du cœur et de ses parties.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 26, 27 juin 1907.) Strasburger : Sur l'influence de l'élasticité de l'aorte sur le rapport entre la pression artérielle et le volume de battement du cœur. — Ewald : Dilatation idiopathique fusiforme de l'œsophage. — Grunbaum : Sécrétion lactée et castration. — Max Joseph : Thérapeutique générale des maladies vénériennes. — Hauschild : Sur l'enferrol. — Groedel : Elimination de l'appendice par le rectum dans une péritonite aiguë. — Zulzer : Le bandage-chaise orthopédique. — (N° 27, 4 juillet.) Jurasz : Traitement de la tuberculose du larynx. — Lesser : Le traitement de la syphilis éclairé par les recherches nouvelles. — Westphal : Sur un phénomène pupillaire observé pendant la stupeur catatonique et sur l'immobilité pupillaire dans l'hystérie. — Grawitz : Sur la guérison de la maladie d'Addison; remarques sur la pathogénie de cette maladie. — Schlesinger : Sur les éruptions cutanées bulleuses dans les affections du système nerveux central. — Einhorn : Sur un nouvel examen du sang. — Flesch et Schlossberger : Transformation leucémique du sang dans la syphilis congénitale et la septicémie. — Bruno Bosse : L'anesthésie lombaire dans sa forme instantanée. — Winsch : Un appareil contre le torticolis.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 28, 11 juillet 1907.) Ch. Cohen : Fièvre typhoïde suivie de guérison chez un nourrisson de cinq mois. — Decroly et Boulenger : L'éducation des enfants infirmes et estropiés.

Journal des praticiens. — (N° 28, 13 juillet 1907.) Broca : Tarsectomie pour pied-bot paralytique.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 27, 6 juillet 1907.) Maurice d'Halluin : Un cas de constipation guéri par les lavages fictifs de l'estomac.

Presse médicale. — (N° 55, 10 juillet 1907.) Raoul Brunon et Maurice Guerbet : Les sulfo-éthers urinaires dans l'intoxication d'origine gastro-intestinale. — A. Martinet : Les hypnotiques à radicaux alcooliques. — (N° 56, 13 juillet.) Jules et Roger Voisin : Une forme rapide de démence épileptique de l'adolescence. Ses rapports avec la démence précoce. — L. Nattan-Larrier : Le bouton d'Orient et son parasite (piroplasme de Wright).

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 25, 22 juin 1907.) Pierre Cornet : Abcès extra-dural d'origine otique, extériorisé spontanément au-dessous des muscles de la nuque.

Revue médicale de l'Est. — (N° 13, 1er juillet 1907.) Etienne et Perrin : Dangers de contamination de diverses maladies (avarie, tuberculose, etc.) par quelques habitudes très répandues et en particulier l'insalivation des objets usuels. — Georges Gross : Anévrisme artério-veineux des vaisseaux tibiaux antérieurs. Extirpation.

Revue neurologique. — (N° 12, 30 juin 1907.) L. Bard : De l'existence de facteurs périphériques dans la genèse du réflexe pathologique du gros orteil. — Max Egger : La baresthésie.

Revue scientifique. — (N° 27, 6 juillet 1907.) Léon Frédéricq : La théorie neurogène et la théorie myogène de la pulsation cardiaque. — A. Haller : Projet de création d'un Institut de chimie à la Faculté des sciences de Paris.

Semaine médicale. — (N° 27, 3 juillet 1907.) Blanchard : La conférence internationale sur la maladie du sommeil. — Vulliet : Du rôle des appendices épiploïques dans les accidents herniaires.

Tribune médicale. — (N° 25, 22 juin 1907.) L. Brocq et L.-M. Pautrier : Cas de porokératose de Mibelli (hyperkératose figurée, centrifuge atrophiante de Respighi-Ducrey). — (N° 26, 29 juin.) Marcille : Méthode conservatrice dans les contusions rénales. — (N° 27, 6 juillet.) G. Meillère : Contribution apportée à l'étude du saturnisme par les recherches chimiques.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 12, 30 juin 1907.) Lenglet : L'éducation médicale en Allemagne.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Billets d'aller et retour individuels ou collectifs pour toutes les stations thermales du réseau P.-L.-M. notamment :* Aix-les-Bains, Châtelguyon (Riom), Evian-les-Bains, Genève, Menthon (lac d'Annecy), Uriage (Grenoble), Royat (Clermont-Ferrand), Thonon-les-Bains, Vichy, etc.

1° *Billets d'aller et retour individuels* valables 10 jours, avec faculté de prolongation, délivrés jusqu'au 31 octobre 1907, dans toutes les gares du réseau; réduction de 25 p. 100 en 1re classe et de 20 p. 100 en 2e et 3e classes.

2° *Billets d'aller et retour de famille* valables 33 jours, avec faculté de prolongation, délivrés jusqu'au 15 octobre 1907, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., sous condition d'effectuer un parcours simple minimum de 150 kilomètres, aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble.

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de 4 billets simples ordinaires (pour les 2 premières personnes), le prix d'un billet simple pour la 3e personne, la moitié de ce prix pour la 4e et chacune des suivantes.

Arrêts facultatifs. — Faire la demande de billets (individuels ou collectifs) 4 jours au moins à l'avance à la gare où le voyage doit être commencé.

Nota. — Il peut être délivré, à un ou plusieurs des voyageurs inscrits sur un billet collectif de stations thermales et en même temps que ce billet, une carte d'identité sur la présentation de laquelle le titulaire sera admis à voyager isolément (sans arrêt), à moitié prix du tarif général, pendant la durée de la villégiature de la famille entre le point de départ et le lieu de destination mentionné sur le billet collectif.

— *Relations entre Paris et l'Italie, par le Mont-Cenis.* — Aller (départ de Paris) : 2 h. 30 soir V-L; L-S., 1re et 2e classes jusqu'à Turin; 10 h. 30 soir : V-L, 1re et 2e jusqu'à Rome; L-S jusqu'à Modane.

Retour (départ de Rome) : 9 h. 15 soir; V-L, 1re et 2e classes depuis Turin; L-S, 1re classe depuis Modane; 8 h. matin : V-L, L-S, 1re et 2e classes depuis Turin; V-R depuis Dijon; 2 h 40 soir, 1re et 2e classes depuis Rome.

Pour plus amples renseignements, consulter le livret-guide-horaire P.-L.-M. vendu 50 cent. dans les gares du réseau.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — ORLÉANS. — Un concours pour deux places d'interne titulaire et trois places d'interne provisoire s'ouvrira le mardi 17 décembre prochain, à deux heures et demie.

Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétaire des hospices d'Orléans.

CONGRÈS INTERNATIONAL LARYNGO-RHINOLOGIQUE — JUBILÉ DE TÜRCK-CZERMAK. EXPOSITION LARYNGO-RHINOLOGIQUE A VIENNE DU 21-25 AVRIL 1908. — Pendant la durée du Congrès international laryngo-rhinologique qui aura lieu du 21 au 25 avril 1908, aura lieu une exposition concernant la laryngologie, la rhinologie, l'œsophagoscopie et la bronchoscopie et où seront exposés des instruments destinés à l'examen, au traitement et aux opérations, des appareils d'inhalation, électro-médicaux et d'éclairage, ainsi que d'autres objets techniques, des prothèses, des manuscrits, des livres, des préparations, des dessins, etc. Tous les intéressés devront communiquer au secrétaire, M. le professeur docteur M. Groszmann, IX, Garnisongasse 10, à Vienne, leurs intentions, au plus tard jusqu'au 31 décembre 1907, avec l'exacte description des objets à exposer, en vue de la formation du catalogue. Prière d'envoyer les objets d'exposition jusqu'au 15 février 1908, au plus tard, à l'adresse suivante : Herrn Ober-Ingenieur Jaroschka, Inspektor des k. k. Universitätsgebaudes in Wien, qui se chargera de les garder. Par les soins du Comité exécutif, les objets envoyés seront assurés contre l'incendie, le vol et les dégâts. Les autorités compétentes ont concédé l'importation et l'exportation libres quant à la douane. MM. les exposants voudront bien demander au secrétaire les documents nécessaires pour l'envoi en question.

ÉCOLE MUNICIPALE D'INFIRMIÈRES. — La distribution des récompenses aux élèves de l'Ecole municipale d'infirmières de l'hospice de la Salpêtrière aura lieu le 30 juillet 1907, à deux heures.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Paul Berthod (de Paris).

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — *Cours de vacances.* — HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. le docteur Broca fera pendant le mois d'août, à la salle des conférences, un cours de chirurgie ostéo-articulaire.

Les lundis et vendredis, leçon clinique d'une heure et demie à deux heures et demie de l'après-midi : opérations et appareillages de deux heures et demie à trois heures et demie.

Les mardis et samedis, de dix heures à midi, à la consultation, examen des malades par les élèves, sous la direction du chef de service.

Maximum : 20 élèves. Prix : 50 francs.

HOPITAL BRETONNEAU (rue Carpeaux). — M. le docteur Lesné commencera le samedi 10 août, à dix heures et demie, des leçons de clinique et de thérapeutique infantiles et les continuera les samedis suivants à la même heure, pendant les mois d'août et de septembre.

HOPITAL SAINT-LOUIS et HÉROLD. — M. le docteur Dufour fera, du lundi 2 au jeudi 14 septembre, une série de conférences et de travaux pratiques de clinique et thérapeutique infantiles avec exercice individuel des élèves.

Le nombre des élèves est limité à 10.

Se faire inscrire dans le service de M. le docteur Dufour, à l'hôpital Saint-Louis, avant le 20 août.

Hopital Necker. — M. le docteur Sergent fera tous les matins, à neuf heures et demie au lit du malade, des démonstrations et exercices de médecine pratique du 8 août au 10 septembre et du 1er au 15 octobre.

Hopital Beaujon. — M. le docteur Gasne commencera le mardi 3 septembre, à onze heures, des conférences sur la séméiologie du système nerveux (intelligence, sensibilité, réflexes, mouvements, langage, circulation et trophisme) et les continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

M. le docteur Robineau fera, du 15 août au 15 septembre, les mercredis et vendredis à dix heures, des démonstrations de gynécologie avec examen clinique et opérations.

Se faire inscrire dans le service à l'hôpital Beaujon.

Hopital de la Charité. — M. le docteur de Massary. A partir du 15 août, les mardis et jeudis, de dix à onze heures, salles Cruveilhier et Corvisart, examen et traitement des cardiaques.

Hopital Saint-Antoine. — M. le docteur E. Rist fera tous les samedis, de dix heures à midi, pendant les mois d'août et de septembre, salle Magendie, des conférences pratiques sur les affections des organes thoraciques avec démonstrations radioscopiques.

M. le docteur Labey commencera le mercredi 7 août une série de démonstrations cliniques et d'opérations de chirurgie et de gynécologie, qu'il continuera les mercredis suivants à la même heure.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le docteur Roubinowitch fera, tous les jeudis à dix heures, des conférences de psychiatrie clinique pendant les mois d'août et de septembre.

Se faire inscrire d'avance à l'hospice de la Salpêtrière.

RENSEIGNEMENTS

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVI, n° 26, 27 juin 1907.) William Seaman Bainbridge : Transmissibilité et curabilité du cancer. — J. S. Stone : L'infection aiguë de l'épiphyse et du périoste chez les nouveau-nés et les enfants (avec 5 figures). — Charles Harrington : L'éclosion de la diphtérie due à l'infection par le lait (avec 1 tableau). — Herbert C. Clapp : L'air froid et la consomption incurable.

Medizinische Blatter. — (N° 26, 29 juin 1907.) Meyer : Les rapports entre l'activité de l'intestin et la maladie locale. — Schreiber : Sur la continence sexuelle. — Maurus Fisch : Cure d'amaigrissement avec surveillance du cœur et des vaisseaux. — (N° 27, 6 juillet.) Meyer : Rapports entre l'activité intestinale et la maladie locale (*suite*). — Schreiber : La continence sexuelle (*suite*). — Firch : Cure d'amaigrissement avec considérations simultanées sur le cœur et les vaisseaux (*suite*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 27, 2 juillet 1907.) Fehling : Sur les infections colibacillaires. — Einhorn : Sur un nouveau médicament par inhalation dans l'asthme. — Sudeck : Sur les vaisseaux du gros intestin au point de vue des interventions chirurgicales. — Bert : Ulcère gastrique, pylorospasme et hypersécrétion. — Ziegler : Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début par la tuberculine de Koch dans la pratique. — Isserlin : Importance diagnostique des tentatives d'association. — Potpeschning : Essais de nutrition des nourrissons par le lait de femme chauffé. — Semer : Arrachement des apophyses épineuses de vertèbres par effort musculaire. — Klieneberger : Infection pyocyanique des voies urinaires avec agglutination élevée pour le bacille pyocyanique et co-agglutination des bacilles typhiques. — Radmann : Essai thérapeutique dans la méningite épidémique. — Weikard : Sur un cas d'intoxication par les ptomaïnes. — (N° 28, 9 juillet.) Schultze : Diagnostic et traitement opératoire des tumeurs de la moelle. — Schüffner : Le spirochæta perennis et le tableau clinique de la frambœsia tropica. — Heukel : Indications et technique de l'hétostéotomie. — Brezina : Sur la concurrence des anticorps. — Soetber : Excrétion de l'acide urique endogène dans l'accès de goutte. — Schaefer : Sur un médicament pour inhalation de l'asthme d'après A. Einhorn. — Langemak : Sur le traitement de la maladie de Dupuytren par la théosinamine. — Wichmann : Recherches expérimentales sur l'action biologique profonde de la lampe médicale de quartz et de l'appareil de Finsen. — Schlaeger : Sur la stase de Bier et le mal de mer. — Hippel et Pagenstecher : Sur l'influence de la choline et des rayons Röntgen sur la grossesse. — Trendelenburg et Bumke : Rapports entre la moelle allongée et la pupille. — Roesle : Statistique de l'état sanitaire des colonies allemandes.

Nord médical. — (N° 306, 1er juillet 1907.) Lescœur : Sur la composition du lait de femme et son analyse chimique. — Vanverts : Cal vicieux de la grosse tubérosité humérale. De la voie à suivre pour atteindre celle-ci. — Willot : Traitement par destruction de certains corps étrangers de la cornée.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 26, 29 juin 1907.) Gebhardt : Deux cas d'intoxication par les conserves de sardines. — (N° 27, 4 juillet.) Kiss : La chimie physique en médecine.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 26, 27 juin 1907.) Chwortek : Contribution à l'étude de la tétanie. — Moszkowicz : Technique des interventions sur l'hypophyse. — Kraus et Grosz : Sur la tuberculose expérimentale de la peau chez le singe. — Richter : Un cas de carcinome à cellules épithéliales plates développé sous la peau. — Schrötter : Sur la bronchoscopie dans les corps étrangers. — (N° 27, 4 juillet.) Dehne et Hamburger : Sur la destinée de l'antitoxine étrangère dans l'organisme humain. — Schneider : Sur l'état du sang au cours d'une pneumonie fibrineuse chez un malade atteint de policythémie myélopathique, auquel la rate avait été précédemment extirpée. — Niessner : Sur un nouveau procédé opératoire dans l'anus vulvo-vestibulaire. — Landau : Sur l'hypertrichose circonscrite médiane.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE

LE SYNDROME THALAMIQUE [1]

Par le professeur J. DÉJERINE.

Messieurs,

Dans une leçon antérieure je me suis efforcé de vous exposer la question des hémianesthésies d'origine cérébrale. Je vous ai montré que le siège des lésions de ces hémianesthésies, dites autrefois capsulaires et attribuées à la destruction du prétendu carrefour sensitif, était en réalité thalamique, quand il n'était pas cortical. Je voudrais aujourd'hui aborder l'étude des fonctions de la couche optique et vous décrire, avec présentation de malades, l'ensemble des troubles que j'ai proposé de désigner sous le nom de syndrome thalamique, en me basant sur la méthode anatomo-clinique.

Voici un type clinique, pour ainsi dire schématique, de ce syndrome. C'est une malade de cinquante ans, fleuriste, soignée depuis plusieurs années dans mon service.

Dans ses antécédents personnels nous ne trouvons à noter que le fait qu'elle eut cinq enfants et deux fausses couches. Celles-ci peuvent orienter l'esprit vers l'idée d'une infection fracastorienne, mais rien d'autre n'autorise à admettre que cette femme soit syphilitique. Elle est malheureuse en ménage et brutalisée par un mari alcoolique.

Il y a six ans, en janvier 1901, au cours d'une scène de violence, où elle est rouée de coups et jetée à terre, elle est frappée en même temps d'hémiplégie droite. La malade ne perd point connaissance et n'a pas de troubles de la parole. Elle assiste au développement de son hémiplégie et remarque que son côté paralysé devient insensible. Le lendemain elle s'aperçoit qu'elle ne voit plus que la moitié des objets, phénomène dû, comme nous le verrons tout à l'heure, au développement d'une hémianopsie bilatérale homonyme. Bientôt l'hémiplégie droite s'atténue en quelques semaines; elle disparaît presque totalement après quelques mois. La force musculaire revient et la malade peut se servir de sa main, mais avec moins de facilité qu'auparavant, à cause de l'hémianesthésie. En même temps apparaissent des douleurs très vives dans tout le côté droit du corps. Ce sont des douleurs bien particulières, différant complètement des douleurs vagues, surtout articulaires, des hémiplégiques anciens atteints de contracture. Notre malade les compare à des douleurs en lancées, à des courants d'eau bouillante passant rapidement dans les membres et à la figure du côté droit. Elles sont très intenses, presque intolérables, et les analgésiques essayés contre elles n'ont donné jusqu'ici que peu de résultats ou un résultat momentané. Elles reparaissent par crises avec la même intensité.

En 1901, la malade fit un court séjour dans le service, sortit, puis revint l'année dernière dans le même état. A part ces phénomènes douloureux elle a toutes les apparences d'une excellente santé. Elle n'est pour ainsi dire pas hémiplégique; la force est presque égale des deux côtés. A l'état de repos, à certains jours surtout, elle présente des mouvements involontaires choréo-athétosiques, disparaissant pendant le sommeil. Les réflexes tendineux sont normaux; il n'y a pas de signe de Babinski.

Les troubles de la sensibilité sont les suivants : les sensibilités tactile, douloureuse et thermique sont légèrement diminuées dans la moitié droite du corps. Cette diminution de la sensibilité marche de pair avec un degré assez marqué d'hyperesthésie pour certaines excitations, thermiques et douloureuses. Alors que ces excitations pratiquées sur le côté sain ne déterminent qu'une douleur et une réaction minimes, elles s'accompagnent sur le côté malade, au contraire, d'une douleur de grande intensité. Le contact d'un corps chaud ou froid est perçu très péniblement. Cette hyperesthésie coïncidant avec une anesthésie est fréquente dans le syndrome thalamique; elle est exceptionnelle dans les autres hémianesthésies. La sensibilité à la pression est très diminuée. Quant aux sensibilités profondes, elles sont également très atteintes; elles sont beaucoup plus touchées que les superficielles.

La notion de position a ici complètement disparu. La malade ne peut dire dans quelles situations on place les différents articles de ses membres; quand on mobilise ses doigts elle ne sait si on les met en flexion ou en extension. Cette anesthésie est un peu moins profonde pour le poignet et pour le coude; au membre inférieur elle est de même un peu moins prononcée pour le cou-de-pied que pour les orteils. Elle obéit en somme à la loi générale des anesthésies d'origine cérébrale, c'est-à-dire qu'elle décroît toujours de la périphérie vers la racine du membre.

La sensibilité osseuse présente ici des particularités intéressantes. Elle est totalement abolie. Il est très rare de la voir ainsi complètement disparaître. Chez cette autre malade, hémiplégique avec hémianesthésie, que je vous ai présentée précédemment, et qui est plus atteinte dans sa sensibilité superficielle, la sensibilité osseuse est bien mieux conservée.

Le sens dit stéréognostique, c'est-à-dire l'ensemble des sensations superficielles et profondes à l'aide desquelles nous percevons les caractères et les dimensions des objets sans les voir, est aboli. Cette femme a bien encore quelques perceptions isolées des choses : dureté ou mollesse, longueur ou brièveté, chaleur ou froid; elle peut reconnaître quelques qualités élémentaires par le palper, mais ces notions insuffisantes ne lui permettent point d'identifier les objets. Ces troubles ne sont pas en proportion de ceux de la sensibilité tactile. Les erreurs de localisation des sensations ne sont pas très considérables.

Comme corollaire constant de cette hémianesthésie, on observe une ataxie très marquée au membre supérieur droit. Si j'ajoute enfin à ces symptômes le fait que chez cette femme, à part la vue, tous les sens sont intacts, vous aurez l'ensemble du tableau

(1) Leçon clinique recueillie par M. Paul CAMUS, interne des hôpitaux.

clinique qu'elle présente. Il y a en effet chez elle, depuis 1901, une hémianopsie homonyme latérale droite tout à fait typique. C'est là du reste, dans le syndrome que nous étudions aujourd'hui, un phénomène accessoire, qui survient ou non suivant que la lésion descend plus ou moins bas au niveau de la couche optique; il est inconstant et par conséquent ne fait pas partie du syndrome thalamique.

En résumé, chez cette malade, les éléments fondamentaux du diagnostic sont une hémianesthésie du type cérébral avec hémihyperesthésie, sans hémiplégie, sans exagération des réflexes, avec mouvements choréo-athétosiques, hémiataxie et surtout des douleurs très intenses et d'une signification très particulière.

Cherchons maintenant à analyser en lui-même le syndrome thalamique, à en préciser et à en expliquer les éléments à l'aide des données cliniques, anatomiques et physiologiques.

Sous le nom de syndrome thalamique on doit comprendre aujourd'hui la symptomatologie suivante :

Au début d'ordinaire une hémiplégie légère, parfois nulle, sans contracture, sans exagération des réflexes tendineux existant peu de temps et disparaissant très rapidement. Une hémianesthésie persistante de type cérébral, c'est-à-dire diminuant de la périphérie vers la racine des membres, pouvant être parfois remplacée par de l'hyperesthésie, mais atteignant toujours plus les sensibilités profondes, s'accompagnant d'ataxie et d'astéréognosie. Des douleurs très vives du côté hémiplégié, paroxystiques, parfois intolérables et ne cédant à aucun analgésique ; enfin des mouvements involontaires choréo-athétosiques.

Tels sont les différents symptômes qui par leur réunion permettent d'affirmer l'existence d'une lésion de la couche optique. Chez les malades de ce genre il s'agit toujours en effet d'une hémiplégie légère, dont le début s'est fait le plus souvent sans perte de connaissance. Tantôt brusquement, tantôt en quelques heures, le malade assiste au développement des symptômes.

Puis tandis que les troubles moteurs diminuent assez rapidement, les troubles sensitifs au contraire persistent et se compliquent de douleurs.

Bien différentes, comme je vous le montrais chez notre malade tout à l'heure, des phénomènes arthralgiques des hémiplégiques, ces douleurs sont ici assez comparables par certains côtés à celles des ataxiques. Elles ont l'intermittence, les caractères paroxystiques et l'intensité des douleurs d'origine centrale; elles sont la raison pour laquelle ces malades sont si malheureux.

Les troubles de la sensibilité objective ont les mêmes traits fondamentaux que dans l'hémianesthésie cérébrale que nous avons étudiée. Ils atteignent les sensibilités superficielles et profondes, mais en général dans le syndrome thalamique, les premières sont moins intéressées que les secondes. Ces anesthésies s'accompagnent souvent d'hyperesthésie, phénomène que l'on ne voit pas dans l'hémianesthésie cérébrale ordinaire et qui est à rapprocher des hyperesthésies douloureuses des ataxiques. Chez ceux-ci en effet on observe souvent, après le pincement ou le contact d'un corps chaud sur la peau, un retard de la perception, puis une douleur qui arrache parfois des cris au malade.

L'atteinte des sensibilités profondes est ici prépondérante, elle l'est souvent beaucoup plus que dans les autres hémianesthésies cérébrales. Les notions ou sens des attitudes sont pour ainsi dire totalement abolis, et c'est à leur disparition qu'est due l'ataxie si marquée qu'on observe chez ces malades. Si nous rapprochons et si nous comparons maintenant ces deux ordres de troubles sensitifs et moteurs, nous remarquons ici leur indépendance réciproque.

Dans une hémianesthésie cérébrale classique qui accompagne une hémiplégie, c'est le plus souvent l'hémiplégie qui domine la scène, elle est la première et la dernière en cause, elle persiste alors que l'hémianesthésie peut avoir disparu. Il y a en effet une lésion destructive des fibres du bras postérieur de la capsule interne qui reste fixée ou ne rétrocède qu'incomplètement et un prolongement de la lésion qui va dans la partie postérieure de la couche optique et qui explique l'hémianesthésie associée. Il y a des signes manifestes de la destruction du faisceau pyramidal; il y a de l'exagération des réflexes, des contractures et le signe de Babinski. Dans le syndrome thalamique l'ordre est inverse. Il n'y a que peu ou pas d'hémiplégie, car celle-ci ne relève pas de la lésion de la couche optique. Aussi la parésie légère du début disparaît-elle très rapidement, cédant la place aux troubles sensitifs et aux douleurs, qui sont, je le répète, un des éléments les plus importants du diagnostic. Après ceux-ci et avec une valeur moindre viennent les mouvements choréo-athétosiques. Dans les autres hémianesthésies ils n'existent pas. Vous ne les rencontrez que dans le syndrome thalamique, où ils sont parfois aussi prononcés que dans l'hémiplégie cérébrale infantile.

Douleurs et mouvements, voilà donc deux éléments qui indiquent une localisation spéciale de la lésion dans la couche optique et sont précieux pour le diagnostic de ces hémianesthésies d'origine cérébrale.

Il est facile à l'aide de ces caractères d'éliminer les hémianesthésies hystériques. Contrairement aux précédentes, dues à des lésions organiques, celles-ci sont uniformément étendues, elles n'ont pas cette décroissance progressive des troubles de la périphérie vers la racine des membres.

Le rapport est souvent inverse entre les sensibilités superficielle et profonde ; l'anesthésie est cutanée et muqueuse. Elle ne s'accompagne pas d'ataxie, elle ne gêne point le sujet et ne se complique pas d'ordinaire de troubles de la motilité.

Il est encore d'autres hémianesthésies qui peuvent être différenciées de celle qui relève d'une lésion du thalamus.

Vous savez que les fibres sensitives avant d'arriver à la base du cerveau traversent la protubérance et le pédoncule, qu'elles sont la continuation des fibres émanées des noyaux de Goll et de Burdach.

Il y a aussi d'autres fibres émanées des noyaux de la calotte qui jouent un rôle dans la transmission de la sensibilité. Mon élève Long les a fort bien étu-

diées il y a quelques années. On pourra donc rencontrer des lésions protubérantielles ou pédonculaires avec hémianesthésie; mais ces lésions déterminent en clinique des syndromes particuliers. Dans le syndrome de Weber on voit assez souvent des mouvements involontaires choréiques, athétosiques, analogues à ceux que nous observons ici, mais le diagnostic est facile du fait de la paralysie alterne qui traduit la lésion du noyau de la troisième paire. Pour une raison analogue, il en sera de même dans les cas de syndrome de Millard-Gubler avec hémianesthésie.

Dans cette forme pédonculaire supérieure, étudiée récemment par Raymond et Cestan, due à des tumeurs des tubercules quadrijumaux, on retrouvera un ensemble de troubles dans la musculature des yeux.

Dans tous ces cas le faisceau pyramidal est toujours plus ou moins intéressé, ce que vous comprendrez facilement en vous rappelant les rapports de voisinage qui existent entre les fibres motrices et sensitives dans tout leur trajet. Si donc vous avez une hémianesthésie organique sans hémiplégie vous devrez chercher à localiser la lésion en un centre où elle ne puisse intéresser les fibres pyramidales, c'est-à-dire dans la couche optique.

Voyons rapidement au point de vue qui nous intéresse ici ce qu'est la couche optique et quels sont ses moyens d'union avec la corticalité cérébrale.

La couche optique est un gros ganglion situé en dedans et en arrière des noyaux lenticulaire et caudé, en rapport direct avec le segment postérieur ou rétro-lenticulaire de la capsule interne. Elle est en connexion avec tout l'hémisphère cérébral correspondant par l'intermédiaire de deux espèces de fibres : des fibres que lui envoie l'hémisphère, fibres cortico-thalamiques plus ou moins groupées en faisceaux et qui viennent s'arboriser autour des cellules de la couche optique; et des fibres qu'elle envoie à la corticalité, fibres thalamo-corticales.

On admet que ces dernières fibres vont dans toute la corticalité; c'est là un point qui est solidement établi. Mais le trajet de ces fibres est fort difficile à suivre, car pour elles la méthode des dégénérescences secondaires ne donne pas tous les résultats désirables. Nous sommes mieux fixés sur le retentissement thalamique secondaire aux lésions de l'écorce cérébrale. On peut dire que dans toute lésion corticale ancienne il y a atrophie secondaire de la région de la couche optique en rapport avec la zone intéressée.

On peut donc rencontrer ici deux espèces de dégénérescences par rapport au thalamus, ascendante et descendante. On ne peut que difficilement établir la proportion des fibres cortico-thalamiques et thalamo-corticales. Les résultats les plus sûrs sont fournis par l'étude des cas tératologiques, où une partie de l'écorce ne s'étant pas développée, il n'y a que peu de fibres cortico-thalamiques.

La couche optique se met aussi en rapport avec les autres noyaux centraux (corps striés), à l'aide de fibres qu'on appelle strio-thalamiques. Elle reçoit en bas la terminaison des fibres du ruban de Reil et de celles qui viennent de la calotte. C'est la couche optique qui opère la continuité sensitive au niveau de ses noyaux médian et interne; le pulvinar ou noyau postérieur est plutôt en relation avec les radiations optiques.

Ce sont les cellules de ses noyaux qui sont l'origine du dernier neurone thalamo-cortical qui va à l'écorce.

En quelle région de la corticalité aboutissent ces fibres? C'est une question sur laquelle les notions que nous possédions jusqu'à ces dernières années semblent en voie de se modifier. On a cru longtemps qu'il n'y avait qu'une seule et même localisation motrice et sensitive dans la zone rolandique. Aujourd'hui on tend, à la suite des recherches des physiologistes sur les singes supérieurs, et de celles des histologistes chez l'homme, à revenir sur cette opinion. Grünnbaum et Sherrington, les physiologistes anglais, ont montré que chez l'orang ou le chimpanzé il n'y avait d'autre région motrice que celle de la frontale ascendante. Campbell a vu que la morphologie cellulaire était bien différente dans la frontale et dans la pariétale ascendante.

Cet auteur a montré en outre que la dégénérescence des fibres blanches au niveau de la zone rolandique était dans la sclérose latérale amyotrophique limitée à la frontale ascendante, c'est-à-dire à la circonvolution motrice.

Cette constatation a été vérifiée dans un cas par Roussy et Rossi, à l'aide de la méthode de Marchi.

Nous sommes dès lors portés à admettre que les fibres thalamo-corticales de la sensibilité vont à la pariétale ascendante. Long et Roussy dans un cas de syndrome thalamique ont tout récemment observé que la lésion dégénérative secondaire était bien plus accusée dans cette dernière circonvolution que dans la frontale ascendante.

Où peut-on localiser la lésion d'où relève le syndrome thalamique?

Ainsi que je l'ai montré avec mes élèves, c'est dans les noyaux médian et interne, dans une région uniquement de sensibilité. Les douleurs si intenses et si particulières tiennent sans doute à un travail d'irritation produit par cette lésion. En elle-même celle-ci est d'ordre banal, c'est le plus souvent un foyer d'hémorragie ou de ramollissement.

Nous voyons ainsi combien la couche optique est une région intéressante et combien il reste encore à faire dans son étude (1).

Si les lésions qui l'atteignent isolément sont assez rares, il y a cependant déjà depuis peu d'années sept observations publiées, dont quatre vérifiées anatomiquement. C'est dire que le syndrome thalamique paraît à l'heure actuelle, bien constitué en sémiologie.

Son pronostic me paraît malheureusement assez sévère, non seulement du fait de la persistance des troubles sensitifs, mais surtout à cause des douleurs

(1) On trouvera dans la thèse récente de mon élève Roussy (1907), en même temps qu'une mise au point de la question, un exposé des intéressantes recherches expérimentales et anatomo-pathologiques de l'auteur.

si pénibles qu'on y rencontre, comme chez notre malade, chez qui depuis six ans elles n'ont point diminué.

Incapable de supprimer les douleurs, la thérapeutique s'avoue même parfois impuissante à donner un soulagement durable.

HYDROLOGIE PRATIQUE

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA CURE DE CAUTERETS

Par le docteur André Bouyer fils,
Ex-interne des hôpitaux de Bordeaux.

Indications. — I. Cure thermale. — *La véritable indication de Cauterets, qui en fait pour ainsi dire une spécialité thérapeutique, s'adresse aux affections suivantes des voies aériennes :*

Premier groupe. — 1° Coryza atrophique ozénateux et coryza pseudo-atrophique strumeux;

2° Rhinites chroniques simples, purulentes, sinusites maxillaires;

3° Catarrhes naso-pharyngiens (adénoïdites, catarrhes chroniques);

4° Angines chroniques folliculaires (granuleuse, caséeuse, pseudo-hypertrophique);

5° Pharyngites sèches atrophiques;

6° Hypertrophie de l'amygdale linguale;

7° Laryngite catarrhale chronique;

8° Laryngites chroniques professionnelles;

9° Laryngites grippales à allures chroniques;

10° Laryngites sèches et ozène trachéal (forme atrophique et forme purulente).

A ce groupe nous joignons les otites moyennes catarrhales, sèches, adhésives et scléreuses, traitées à Cauterets par les insufflations de vapeurs sulfureuses dans la caisse, par cathétérisme de la trompe.

Deuxième groupe. — 1° Bronchite chronique commune et emphysème;

2° Bronchite pseudo-membraneuse;

3° Dilatation des bronches.

En un mot, les affections pulmonaires pour ainsi dire humides et catarrhales.

A ces indications se joignent les indications ordinaires des stations sulfureuses en général, en signalant cependant la *syphilis* et la *parasyphilis* (la cure sulfureuse permettant un traitement mercuriel intensif et constituant aussi un traitement d'épreuve), le *rhumatisme chronique* et la *sciatique rhumatismale*.

Un groupe particulier de nos sources, le groupe des sulfureuses dégénérées, revendique spécialement le traitement des *blennorrhées* et des *métrites catarrhales anciennes*.

Une source, enfin, la source de Mauhourat, s'adresse par sa thermalité et sa minéralisation aux *dyspepsies hypopeptiques* et *atoniques*.

II. Cure d'air et d'altitude (930 mètres). — Seule ou combinée avec le traitement thermal : 1° Neurasthénie essentielle;

2° Chlorose (cure globulisante d'altitude avec immobilité au grand air). Exige une certaine durée;

3° Candidats à la tuberculose (cure d'altitude et de repos au grand air). Exige une certaine durée;

4° Ralentis de la nutrition (cure thermale et d'exercices sous forme d'excursions rationnellement réglées et conseillées par le médecin traitant de la station).

Contre-indications. — Personnellement, nous refusons formellement :

Les laryngites tuberculeuses non torpides et en voie d'évolution;

Les tuberculeux fébricitants ou à poussées congestives;

Les artério-scléreux à hypertension artérielle très marquée;

Les cardiopathies à compensation fragile;

Les emphysémateux à cœur droit défaillant;

Les hémiplégiques à réflexes tendineux exagérés.

Renseignements généraux. — La saison de choix à Cauterets va fin juin à fin de septembre. Du 1er septembre au 1er octobre, le demi-tarif est appliqué dans les établissements thermaux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 23 juillet 1907)

M. le Président annonce la mort de M. Schlagdenhauffen, membre associé national (de Nancy).

Du vaccin. — M. Kelsch fait une communication sur quelques recherches expérimentales et bactériologiques relatives au vaccin antivariolique.

Pathogénie du rein mobile. — Il y a quelques semaines M. Lucas-Championnière attirait l'attention de l'Académie sur cette question (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 67, p. 799). M. Reynier y revient aujourd'hui. Sur beaucoup de points il partage l'opinion de M. Lucas-Championnière, en particulier sur l'importance des troubles nerveux de toutes sortes auxquels donne lieu le rein mobile. Toutefois il ne pense pas qu'il soit toujours lié à l'entéroptose comme l'admet M. Lucas-Championnière, et il admet que le rein mobile peut se produire dans l'entéroptose.

Quant aux hydronéphroses intermittentes, dépendant de coudures de l'uretère, c'est, pour M. Reynier, une variété à part.

Relativement au traitement, M. Reynier, comme M. Lucas-Championnière. a été surpris des excellents réeultats fournis par la fixation chirurgicale. Toutefois si l'opération reste la ressource la plus précieuse et la plus certaine pour soulager et guérir les malades de tous les troubles qu'ils présentent, il n'en est pas moins vrai qu'il est un grand nombre de cas légers pour lesquels il n'est pas nécessaire de recourir à l'intervention chirurgicale et qui peuvent être conjurés par de simples moyens de sustentation. Mais pour ces cas, M. Reynier préfère de beaucoup aux ceintures avec ou sans pelote le corset droit ouvert devant et placé très bas, emboîtant les hanches.

M. Lancereaux estime qu'à toutes les ptoses qu'on observe chez ces nerveux dont ont parlé MM. Lucas-Championnière et Reynier, il faut ajouter les hernies. Il fait, en outre, observer que la plupart de ces nerveux sont aussi des arthritiques.

M. Reynier partage complètement l'opinion de M. Lancereaux.

L'ophtalmo-diagnostic de la fièvre typhoïde. — M. Chantemesse fait une très importante communication sur ce sujet. Il rappelle le travail communiqué par von Pirket (de Vienne) à la Société de médecine (de Berlin) dans lequel il faisait connaître qu'en inoculant un peu de tuberculine sur un point scarifié de la peau on provoquait chez les tuberculeux, avérés ou méconnus, une réaction caractéristique. Cette réaction ne se produit pas chez les sujets sains. Le docteur Wolff annonça, quelques jours après, à la même Société, que l'ophtalmo-réaction se produisait tout aussi bien que la dermo-réaction chez les tuberculeux. Ces constatations ont été confirmées à Paris par MM. Vallée et Calmette (voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, p. 787 et 857).

M. Chantemesse a cherché, de son côté, si les malades atteints de fièvre typhoïde présentaient la même sensibilité particulière de la conjonctive vis-à-vis du poison typhique, ce qui pourrait être utilisé pour un diagnostic précoce. Il fallait, pour cela, obtenir une toxine typhique en poudre sèche, pondérable et active sous une fraction de milligramme. M. Chantemesse a pu obtenir cette poudre qui, à la dose d'un cinquantième de milligramme dissous dans quelques gouttes d'eau et instillée sous la paupière inférieure, donne un ophtalmo-diagnostic de la fièvre typhoïde très net, soit positif, soit négatif. Cette inoculation, que M. Chantemesse a répétée un grand nombre de fois, n'offre aucun danger, ni aucun inconvénient. Tandis que chez les sujets sains ou atteints d'une autre maladie que la fièvre typhoïde, la réaction est très légère et très passagère, disparaissant après quatre ou cinq heures, chez les malades atteints de la fièvre typhoïde la réaction est beaucoup plus forte, atteint un maximum entre six et douze heures, persiste encore d'ordinaire et se caractérise par de la rougeur, du larmoiement et la production d'un exsudat séro-fibrineux. L'ophtalmo-diagnostic positif est encore reconnaissable après deux ou trois jours.

La protection de l'enfance. — M. Vidal (d'Hyères), comme conclusion à la discussion sur la protection de l'enfance, propose à l'Académie les vœux suivants qui sont mis aux voix et adoptés :

Premier vœu. — Que dans les localités où se trouvent des médecins-inspecteurs institués par la loi du 23 septembre 1874, les nourrices mercenaires subissent, sans exception, la visite préalable de ce médecin, qui leur délivrera, s'il y a lieu, un certificat d'aptitude à nourrir, ainsi que cela se pratique actuellement pour les enfants protégés ;

Deuxième vœu. — Que cette première visite, dont l'importance est capitale, au point de vue de la santé des nourrissons, et qui pourra plus tard permettre à l'administration de constater l'émigration de quelques-uns d'entre eux, soit gratuite pour les nourrices et qu'elle soit payée au médecin-inspecteur par le service de la protection, sur le taux d'une visite ordinaire du nourrisson ;

Troisième vœu. — Que tous les enfants, dout les mères sont secourues par l'Assistance publique, soient soumis obligatoirement, et jusqu'à l'âge de deux ans révolus, aux visites réglementaires des médecins-inspecteurs chargés d'appliquer la loi Roussel;

Quatrième vœu. — Que tous les comités départementaux, suivant en cela l'exemple qui leur est donné par les comités de la Seine et du Var, installent une statistique annuelle des causes de décès des nourrissons qui leur sont confiés.

Calculs de la vessie. — M. A. Guépin adresse une note sur les calculs fixés dans la vessie.

Ils peuvent être divisés en deux groupes :

1° Calculs fixés par contracture de la vessie sur la pierre ;

2° Calculs adhérents aux parois vésicales ; dans ce dernier groupe rentrent les calculs dits enchatonnés à bien distinguer des calculs libres enveloppés dans une loge vésicale.

Les calculs fixés peuvent d'ordinaire être mobilisés par un traitement approprié et, par conséquent, deviennent plus souvent justiciables de la lithotritie que de la taille.

ANALYSES

MEDECINE

Excrétion d'acide urique endogène pendant l'attaque de goutte. (Franz Sœtbeer. *Munch. med. Wochens.*, 9 juillet 1907, n° 28, p. 1377.) — Sœtbeer a montré dans un travail précédent que ce qui caractérise l'excrétion quotidienne d'acide urique chez les goutteux c'est son irrégularité, et surtout ce fait que l'alimentation carnée est sans aucune influence sur elle.

Au contraire chez les individus normaux l'excrétion de l'acide urique, ainsi que l'a démontré Pfeil, présente un type régulier et est nettement influencée par la quantité de viande ingérée.

Sœtbeer a soumis un goutteux à un régime alimentaire où suivant les périodes, entrait ou non de la viande, et a dosé quotidiennement l'acide urique éliminé. Il a pu constater de nouveau que le taux de l'acide urique excrété n'était aucunement influencé par l'ingestion de viande, mais que seule l'attaque de goutte exerçait une action manifeste.

Le point intéressant est que, lorsque l'attaque de goutte survenait à une période où le sujet était soumis à un régime strictement privé de viande, la décharge d'acide urique était aussi élevée que si l'attaque se produisait à un moment où le régime emportait 100 à 250 grammes de viande par jour. Il est curieux de voir un goutteux privé de viande depuis longtemps éliminer à propos d'une attaque de goutte des quantités d'acide urique assez élevées et telles qu'on ne les observe jamais chez un individu normal privé de viande.

C'est pourquoi Sœtbeer croit pouvoir s'élever avec von Noorden contre une restriction trop sévère de la viande dans le régime des goutteux. A. LEMIERRE.

De l'emploi de la viande de cheval dans le traitement de la tuberculose. (S. Bernheim. Congr. national de l'hippophagie, 30 juin 1907.) — M. le docteur S. Bernheim, examinant la valeur des différentes viandes de boucherie, déclare que le porc est la viande la plus riche en albuminoïdes, mais aussi la plus indigeste et la plus dangereuse à cause de la trichine et de la tuberculose. Immédiatement après vient la viande de cheval presque aussi riche et absolument inoffensive même quand on la consomme crue. Le cheval est exceptionnellement tuberculeux et n'est pas porteur du tænia comme le bœuf. Contrairement au préjugé populaire, la viande de cheval est aussi succulente que le bœuf et le mouton à la condition qu'on abatte les chevaux de qualité et non pas, comme cela arrive trop souvent, de vieux chevaux surmenés ou malades. En outre, on n'expose pas les tuberculeux à certaines affections parasitaires très communes dans la race des bovidés.

Depuis deux ans, le docteur S. Bernheim a traité avec du

cheval un grand nombre de phtisiques dans les dispensaires de l'Œuvre de la tuberculose humaine. Jamais il n'a observé chez ses patients de dégoût, de l'intolérance stomacale ou intestinale. Les malades qui absorbent quotidiennement 3 à 600 grammes de cheval cru râpé tirent un très grand profit de cette suralimentation rationnelle.

M. le docteur S. Bernheim examine l'emploi de la viande de cheval au point de vue social. Il estime que ce sera à l'avenir pour le travailleur l'aliment azoté par excellence, à cause de l'enchérissement des denrées alimentaires. L'auteur pense aussi que le cheval sera bientôt la viande de choix dans les hôpitaux, les hospices, les cantines scolaires, les asiles d'aliénés et les prisons. Il conseille aux bouchers hippophagiques de ne pas obéir à un vil sentiment de lucre et de fournir toujours de la viande équine irréprochable et rigoureusement contrôlée. Par cette conduite honnête et sage ils triompheront facilement de toutes les objections sentimentales ou systématiques. L. GAYARD.

CHIRURGIE

Lésions vasculaires se produisant après la laparotomie. (W. A. Newman Dorland. *Amer. med. Assoc.*, vol. XLVIII, n° 20, 18 mai 1907, p. 1658-1661.) — Ces lésions sont l'hémorragie, la thrombose et l'embolie. Un cas d'hémorragie post-opératoire est relaté, dû, non pas aux causes vulgaires de glissement de la ligature, résorption trop rapide du catgut, suintement de surface déchiquetée, hémostase imparfaite au moment de l'opération, mais à une cause que l'auteur (et, nous croyons, la majorité des chirurgiens avec lui) considère comme rare, malgré l'affirmation contraire d'un livre de gynécologie très en vue aux Etats-Unis : la rupture d'une veine du plexus pampiniforme. Il s'agissait d'un gros kyste multiloculaire de l'ovaire, sans adhérences, enlevé facilement en ne laissant qu'un pédicule mince et facile à lier. Quelques heures après, signes d'hémorragie interne profuse. Le ventre est rouvert, du sérum administré par toutes les voies, mais la malade meurt au moment où l'on trouve la source de l'hémorragie, une veine située à près de 8 centimètres en dehors de la ligature intacte.

Trois facteurs nous expliquent ces ruptures veineuses : 1° lors de la ligature des vaisseaux, avec rupture du cercle artério-veineux, il se produit une stase temporaire de la circulation pelvienne, avec plus ou moins de distension du plexus pampiniforme; 2° l'ablation de larges tumeurs pelviennes est suivie d'une chute marquée de la pression intra-abdominale ; ceci impose un travail supplémentaire aux veines pelviennes qui 3° subissent pendant le développement de la tumeur un processus d'amincissement qui est la principale condition étiologique de la rupture.

Le second cas relaté est une thrombose de la jambe droite survenant au onzième jour d'une convalescence parfaite chez une femme de vingt-six ans opérée d'un ovaire kystique du côté gauche. Ici, aucune des causes invoquées pour expliquer ces thromboses post-opératoires. Pas de manipulations nombreuses; l'opération avait été courte et facile, l'opérée n'était ni anémique, ni débilitée. Pas la moindre ascension de température. La thrombose guérit d'ailleurs très simplement.

Ces thromboses post-opératoires ne sont pas fréquentes. Beaucoup de chirurgiens opèrent des centaines de cas sans en voir une. Schenk en a colligé 48 cas sur 7 130 opérations gynécologiques, soit 0,6 p. 100. Après les opérations pour appendicite, elle est notablement plus fréquente. L'embolie qui peut suivre toute thrombose passe probablement fréquemment inaperçue. Il est probable que bien des cas de pleurésie, pneumonie et abcès du poumon post-opératoires sont dus à de petites embolies. La contusion des gros troncs veineux par les écarteurs, la ligature d'une veine près du point où elle s'abouche dans un tronc principal avec extension du caillot dans celui-ci, une augmentation de la coagulabilité du sang après une perte de sang abondante, la position de Trendelenbourg prolongée, l'exposition et la manipulation du péritoine avec lésion des fibrilles nerveuses sympathiques, tout cela a été incriminé. En fait, mettant à part les cas — non les plus nombreux — où l'origine infectieuse est manifeste, on sait bien peu de chose sur l'étiologie des thromboses post-opératoires. Cliniquement, elles apparaissent presque toujours au milieu d'une convalescence régulière. L'accélération du pouls sans élévation de température est un bon signe précurseur. F. GARDNER.

GYNÉCOLOGIE

Endométrites et métrites virginales. (Institut d'obstétrique et de gynécologie de Gênes, séance du 12 mars 1907.) — On admet généralement que chez les vierges dont le canal génital est normal il ne peut y avoir d'inflammation de la cavité utérine provoquée par d'autres microbes que le gonocoque ou le bacille de Koch. Pour Gioelli, il n'en est pas ainsi ; les microorganismes peuvent pénétrer de l'extérieur à l'intérieur de diverses façons ; ils peuvent aussi par les toxines qu'ils sécrètent et qui passent dans le torrent circulatoire, provoquer à distance des endométrites et des métrites. Cela se voit dans le choléra, la fièvre typhoïde, la pneumonie, l'influenza.

Dans trois cas d'endométrite et de métrite virginales, au point de vue bactériologique, l'auteur a pu isoler des staphylocoques au niveau du canal cervical; dans un autre cas, il a isolé de courtes chaînettes de streptocoques qui par leur culture et leurs phénomènes morphologiques et biologiques, ne se différencient pas des bacilles pyogènes vulgaires, quoique ayant une virulence limitée.

Gioelli fait remarquer que chez les jeunes filles ces cas sont confondus avec des affections du sang ou du système nerveux, ce qui fait qu'elles n'ont recours que très tard au gynécologue. Celui-ci peut donc se trouver en présence de lésions considérables de l'endométrium et se trouver contraint à des interventions sanglantes qu'on aurait pu éviter au début. A. GAULLIEUR L'HARDY.

LARYNGO-OTO-RHINOLOGIE

Un méfait de la prothèse paraffinique. (Kœnig. Soc. de laryngol., oto et rhinol. de Paris, 7 juin 1907.) — M. Kœnig présente une jeune fille de dix-neuf ans, chez laquelle une prothèse à la paraffine à chaud pour la réparation d'une déformation nasale en coup de hache donna un résultat immédiat parfait qui dura plusieurs semaines. Il apparut alors une bosse dure, de la grosseur d'une cerise, un peu plus haut que le point d'injection. Il faudrait donc réserver le pronostic en ce qui concerne le résultat éloigné des prothèses paraffiniques.

M. Mahu a fait remarquer à ce propos que ces accidents sont rares, mais qu'il en a déjà été publié quelques cas, en particulier par Broeckaert, qui a dénommé ces tumeurs bénignes : paraffinomes. Le malheur est d'ailleurs réparable. Dans les cas de ce genre, où la paraffine doit être injectée en tissu mou et n'être pas soumise par la suite à une trop grande traction musculaire, M. Mahu préfère avoir recours aux injections à froid. L. GAYARD.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Plaie par balle de revolver intéressant les deux lobes frontaux. (HALBERSTADT et DIAMANTIS. *Bull. de la Soc. anat.*, 1907, p. 60.) — Une balle de revolver traverse les deux lobes frontaux, de droite à gauche. Le malade, aliéné, meurt trois mois et demi après. La lésion a été remarquablement bien tolérée, ne déterminant que des dégénérations peu importantes du lobe frontal. Il n'y avait pas trace d'un processus de réparation tendant à combler la perte de substance.

L. ALQUIER.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Des divers médicaments employés dans l'épilepsie, chez l'enfant comme chez l'adulte, il ne faut retenir que ceux qui sont vraiment utiles : les bromures, et en particulier celui qui est le plus fréquemment employé, le bromure de potassium.

Les doses quotidiennes pour les enfants de quatre à cinq ans sont de 2, 3, 4 grammes de bromure; à partir de dix ans on peut presque donner les doses de l'adulte; la dose suffisante sera atteinte lorsque le réflexe pharyngien sera supprimé. Une fois que le traitement bromuré est commencé, il ne faut l'interrompre sous aucun prétexte, sauf en cas de bromisme aigu ou de maladie aiguë grave : *le bromure est un aliment pour l'épileptique*, disait A. Voisin; il faut le continuer même lorsqu'il y a amélioration, même lorsqu'il y a guérison, sans cela le malade « se rattrape », comme le disait familièrement Legrand du Saulle, il « liquide son arriéré » et peut mourir en quelques heures en état de mal. Le bromure a réellement une action utile; même s'il ne guérit pas il espace les accès encore assez souvent.

Le bromure de potassium doit être chimiquement pur, on emploiera donc le sirop de Henry Mure que les enfants prennent volontiers. On l'administrera au commencement du repas. Se rappeler qu'il est titré à 2 grammes de sel par cuillerée à soupe et 50 centigrammes par cuillerée à café.

LIVRES NOUVEAUX

L'exploration radiologique de l'estomac, particulièrement chez l'homme sain, étudiée au point de vue anatomique et physiologique (1), par René-F. GUILLON.

Etude d'un des chapitres de la question si intéressante de l'exploration à l'aide des rayons de Röntgen du tractus gastro-intestinal, poursuivie dans le service du docteur Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine.

Après avoir exposé son dessein, l'auteur divise son sujet en deux parties, l'une consacrée à la technique de l'exploration radiologique de l'estomac, la seconde à l'exposé des résultats acquis de cette exploration. Après avoir exposé et critiqué les modes et les méthodes d'étude de l'estomac sur le cadavre ou chez le vivant, antérieurs à l'emploi des rayons X dans ce but, l'auteur en arrive à leur préférer, dans la plupart des cas, l'exploration radiologique, et donne les raisons de son choix. Il fait donc un très rapide historique de cette dernière question, et aussitôt réfute quelques-unes des objections qu'elle pouvait soulever. Cette première partie se termine par un exposé détaillé et précis de l'instrumentation et de la technique de l'exploration radioscopique de l'estomac. (L'auteur préconise en effet l'emploi de la radioscopie dans la plupart des cas, de préférence à la radiographie pour l'exploration gastrique.) Cette étude de technique a surtout un but pratique et règle principalement l'emploi méthodique du sous-nitrate de bismuth, sous différentes formes, en particulier celle du repas de bismuth de Rieder (de Munich).

Dans la seconde partie de son travail l'auteur expose les résultats de l'enquête radioscopique quant à l'anatomie de l'estomac. Il résume d'abord les descriptions classiques de Cruveilhier à Poirier. Puis il donne les résultats de son enquête personnelle, qui confirme entièrement ceux du professeur Holzknecht (de Vienne). D'après les résultats de l'exploration radioscopique, l'estomac a donc bien la direction verticale et la rétraction à gauche de la colonne vertébrale que lui donnent les classiques d'aujourd'hui. Mais en plus, ainsi que Doyen l'a vu le premier, normalement le pylore est le point le plus déclive de la cavité gastrique. L'existence d'un petit cul-de-sac inférieur est pourtant la plus fréquente; mais elle ne serait qu'un premier degré d'ectasie. Pour plusieurs raisons d'ailleurs le pylore doit être le pôle inférieur de l'estomac.

En outre on ne peut expliquer certains aspects vus sur l'écran qu'en admettant qu'à l'état de vacuité, l'estomac comprend deux parties : l'une supérieure, répondant au grand cul-de-sac, dilatée par les gaz; l'autre, inférieure, aux parois accolées.

Le travail se termine par un dernier chapitre sur le fonctionnement de l'estomac tel que le révèle l'écran fluorescent : péristaltisme, séparation rythmique de l'antre pylorique du reste de l'estomac pendant l'expulsion du chyme, actions diverses sur l'activité gastrique, rapidité d'expulsion des solides et des liquides, etc.

Le texte est éclairé par 8 figures dessinées par l'auteur, et dont plusieurs sont la réduction exacte de calques qu'il a pris sur l'écran au cours de ses recherches.

L. GAYARD.

(1) In-8 de 108 pages, 8 figures dans le texte par l'auteur. Th. de Paris, janvier 1907; Bonvalot-Jouve.

L'alimentation et la cuisine naturelle dans le monde (1), par le docteur A. MONTEUUIS.

L'alimentation moderne ruine la santé de l'individu comme la vigueur de la race. Ce n'est plus une nourriture qui entretient et répare nos forces à mesure qu'elles s'épuisent, mais un chauffage à blanc de la machine humaine.

Partant de ce principe, M. Monteuuis étudie l'alimentation naturelle et ses idées directrices, il montre ce qu'elle doit être, comment on doit manger, comment on doit boire, et il énumère les diverses étapes d'une conversion au régime normalien.

Dans une dernière partie sont indiqués les principes de la cuisine naturelle, les modes de préparation des aliments, la façon d'ordonner les repas.

Enfin, une foule de recettes et de renseignements précieux sont donnés, que consulteront avec soin tous ceux qui sont soucieux de leur estomac.

L. GAYARD.

(1) In-8 cart. — Prix : 3 francs. — Paris, Maloine.

NOTES POUR L'INTERNAT

VEINES JUGULAIRES

La circulation veineuse du cou comprend : 1° un système superficiel représenté par les veines jugulaire antérieure et jugulaire externe ; 2° un système profond beaucoup plus important répondant à la veine jugulaire interne et à la jugulaire postérieure.

DÉVELOPPEMENT. — La veine jugulaire externe est la première en date, elle semble émerger du crâne au niveau du foramen jugulare spurium de Luschka, c'est-à-dire en avant du conduit auditif externe, elle descend sur les parois latérales du cou de l'embryon et aboutit à l'extrémité des canaux de Cuvier. Les veines jugulaires externes, droite et gauche, sont encore appelées veines cardinales supérieures. Secondairement près de l'abouchement de la jugulaire externe dans le canal de Cuvier, apparaît un bourgeonnement du tube veineux, c'est la veine jugulaire interne. Celle-ci se développe de bas en haut, elle est en dehors des arcs aortiques et du pneumogastrique, qui chez l'embryon donne autant de nerfs récurrents qu'il existe d'arcs aortiques. Chez des animaux la jugulaire interne s'arrête à hauteur du pharynx du corps thyroïde ; à mesure que l'on étudie des espèces plus rapprochées de la race humaine, on voit le tronc veineux arriver jusqu'à la base du crâne. C'est une voie de déversement pour la circulation intracranienne, elle continue le sinus latéral : dès lors le rôle de la veine jugulaire externe est très réduit.

DESCRIPTION. — **I. Le système superficiel.** — A. La VEINE JUGULAIRE EXTERNE est constituée par la réunion de la veine temporale superficielle et de la veine maxillaire interne. Le tronc de la temporale superficielle descend dans le sillon préauriculaire ; en arrière d'elle est le nerf auriculo-temporal, en avant d'elle l'artère temporale superficielle : la veine plonge dans l'extrémité supérieure de la parotide et s'unit à la maxillaire interne au niveau du col du condyle.

La veine étant formée, elle présente un diamètre moyen de 4 à 6 millimètres : pour Cruveilhier le calibre du vaisseau ne serait pas régulier, il existerait deux dilatations vers la partie moyenne et à la terminaison. La direction du vaisseau est très discutée : en effet, pour Langer, la veine est oblique de haut en bas, d'avant en arrière; pour Charpy on doit distinguer deux segments : dans la région intraparotidienne la veine est sensiblement verticale, parallèle au bord postérieur de la branche montante; dans la région cervicale elle est oblique, en arrière; cette portion aboutira à la veine sous-clavière, en dehors de la veine jugulaire interne.

Rapports. — Dans la parotide, comme tous les autres organes, la veine jugulaire extrerne est entourée par les lobules glandulaires, et au cours d'une dissection sur le cadavre, bien que la veine soit souvent vide de sang, elle est exposée à être lésée; en dedans d'elle est la carotide externe, lorsque ce vaisseau présente le type normal, car souvent, ainsi que l'a montré Bourgery, l'artère ne devient intraparotidienne que près de sa terminaison; le long de l'artère, outre un plexus sympathique, on reconnaît une chaîne de ganglions lymphatiques; en dehors de la veine est le nerf facial qui tend à devenir de plus en plus superficiel. Le nerf, en croisant la veine, se divise en deux branches temporo-faciale et cervico-faciale; cette dernière branche a des rapports plus immédiats avec la jugulaire externe, elle descend parallèle à la veine. Elle donne une série de filets désignés sous le nom de labiaux-mentonniers : ce sont les seuls à retenir, car ils croisent le tronc veineux. Les différentes branches du rameau cervico-facial peuvent s'anastomoser entre elles, formant le plexus intraparotidien; en dehors du nerf on trouve quelques lobules glandulaires; sur ceux-ci passe l'aponévrose parotidienne superficielle et sur cette aponévrose on remarque les filets parotidiens de la branche auriculaire du plexus cervical.

Dans la région cervicale, en *dehors* de la veine est le muscle peaucier; cette formation est très variable. Comme l'a démontré Sabatier on trouve des sujets où la jugulaire externe est à « fleur de peau », semblant avoir soulevé le muscle peaucier; en *dedans* de la veine c'est l'aponévrose cervicale superficielle engainant le sterno-cléido-mastoïdien : il est juste de remarquer que cette aponévrose forme gaine à la veine. Mais le contact n'est pas immédiat sur toute la hauteur du muscle, c'est ainsi qu'au niveau d'une ligne menée par le bord supérieur de l'os hyoïde (dans les cas normaux) la veine est séparée du sterno-mastoïdien par une branche nerveuse, la cervicale transverse, venue du plexus cervical superficiel. Les variations sont fréquentes, parfois même le nerf se dédouble pour former anneau à la veine ; surtout au point de croisement le nerf cervical transverse donne une branche ascendante, celle-ci s'accole à la paroi veineuse et remonte jusqu'à la parotide. En *arrière* de la veine on trouve le nerf auriculaire venu du plexus cervical superficiel et une chaîne de ganglions lymphatiques formée de trois à quatre nodules; ceux-ci sont à cheval sur le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien ; en *avant* la veine n'a aucun rapport particulier; elle est abordée par des anastomoses l'unissant à la jugulaire antérieure.

Ayant quitté le muscle, la veine devient organe de la région sus-claviculaire, elle est surcroisée par les filets les plus internes de la branche nerveuse sus-claviculaire du plexus cervical, à un ou deux travers de doigt au-dessus de la clavicule; la jugulaire perfore l'aponévrose cervicale superficielle, en ce point elle constitue un des écueils de la ligature de l'artère sous-clavière, entre les scalènes, d'où l'indication de la récliner en dehors. En perforant l'aponévrose la veine adhère au pourtour de l'orifice, mais surtout il se fait une condensation de tissu cellulaire, l'aponévrose est plus résistante, et dans un espace compris entre la clavicule en bas, la veine en dehors, le sterno-mastoïdien en dedans, on peut voir un épaississement appelé improprement repli falciforme de Dittel; ce n'est qu'artificiellement qu'on arrive à créer un repli comparable au ligament de Hay au niveau de la saphène : en ce point la jugulaire externe peut s'anastomoser. A la terminaison dans la sous-clavière la veine jugulaire externe croise la septième paire cervicale, branche constituante du plexus brachial : à son abouchement, la veine est à un centimètre en arrière du bord externe du sterno-mastoïdien.

Si le muscle trapèze a des insertions claviculaires étendues, le jugulaire externe peut le perforer, avant de plonger sous l'aponévrose cervicale superficielle.

Branches collatérales. — On trouve de haut en bas : 1° la veine auriculaire postérieure recevant les veines occipitales superficielles; 2° la veine occipitale profonde; 3° les veines parotidiennes, massétérines superficielles.

A la région cervicale, la veine reçoit les veines sterno-mastoïdiennes : la veine sous-cutanée postérieure du cou recevant le sang du trapèze, et les veines scapulaires postérieure et supérieure résumant la circulation de la nuque.

Telle est la conception classique de la veine jugulaire externe. Pour Launay, le tronc veineux est en voie d'atrophie chez l'homme et ne représente plus qu'un canal collatéral; c'est une conception, dit Charpy, difficile à admettre, étant donné le nombre important de collatérales que reçoit la veine.

B. LA VEINE JUGULAIRE ANTÉRIEURE. — On distingue une veine droite et une veine gauche. Chaque veine est constituée par les veines sous-mentales superficielles, nées dans la région sus-hyoïdienne. La veine descend en dehors de la ligne médiane ; puis un peu au-dessus de l'échancrure sternale se porte en dehors, ayant changé de direction ; elle est horizontale et aborde la veine jugulaire externe ; évidemment dans nombre de cas la veine jugulaire antérieure reste indépendante et débouche isolément dans la jugulaire interne ou la sous-clavière ; de même chez d'autres sujets il n'y a qu'une veine jugulaire antérieure encore appelée *veine médiane du cou* ; il ne faut retenir que la forme classique, deux veines jugulaires anastomosées au-dessus du sternum, représentant suivant la comparaison classique la lettre grecque π renversée.

Les rapports sont *aponévrotiques* ; les veines d'abord situées au-dessus du peaucier à la hauteur du cartilage thyroïde, deviennent sous-jacentes au muscle, elles sont ensuite dans un dédoublement de l'aponévrose cervicale superficielle, enlacées par les terminaisons du nerf cervical transverse, plus bas par les rameaux sus-sternaux de la branche sus-claviculaire et des ganglions lymphatiques; à deux ou trois travers de doigt au-dessus de la fourchette sternale, la veine passe sous l'aponévrose superficielle; en arrière d'elle est

l'aponévrose cervicale moyenne fixée à la face postérieure du manubrium et du bord postérieur de la clavicule; même pour Charpy l'aponévrose moyenne est séparable en ce point en feuillet prémusculaire, épaissi; précisément cet espace à parois résistantes, protège la veine contre les variations de pression. La veine devenue horizontale, est en avant de la veine jugulaire interne et derrière le sterno-cléido-mastoïdien.

Les branches collatérales sont peu importantes dans la région cervicale; ce sont des vaisseaux laryngés et des veines sous-cutanées de la région médiane. Mais dans la région sus-sternale, au niveau de l'arcade des jugulaires, il y a *un confluent veineux sus-sternal*; celui-ci par son bord supérieur concave reçoit les veines cutanées intermédiaires aux deux veines jugulaires antérieures; par son bord convexe, elle reçoit les veines présternales, des veines sterno-claviculaires et des veines rétro-sternales où il est bien difficile de reconnaître des veines thymiques.

II. **Le système profond.** — *C.* LA VEINE JUGULAIRE INTERNE commence au trou déchiré postérieur où elle fait suite au sinus latéral, elle se termine en s'unissant à la veine sous-clavière en constituant l'angle veineux de Pirogoff.

Le CALIBRE de la veine est loin d'être régulier. C'est ainsi qu'à son origine on trouve une première dilatation, le *golfe* de la jugulaire. C'est une dilatation ovoïde à grand axe vertical mesurant un centimètre et demi à 2 centimètres de hauteur, une largeur à peu près égale. Le golfe n'existe pas chez le nouveau-né; le développement du golfe est lié au volume du sinus latéral; celui-ci variant d'un côté à l'autre. A un sinus développé répond un golfe large, prenant alors l'aspect d'un dôme, d'un sac herniaire. Langer avait émis l'opinion que le golfe était une portion sinusienne. Mais Luschka a montré que le segment de la veine avait la structure veineuse.

Au-dessous du golfe, la veine jugulaire interne se rétrécit, puis se dilate dans la région hyoïdienne, se rétrécit à nouveau, ayant un calibre moyen de 9 millimètres, et se dilate enfin pour constituer le bulbe inférieur ou sinus de la jugulaire. Le calibre est de 11 à 13 millimètres. La hauteur du renflement peut atteindre 2 centimètres.

Le sinus jugulaire droit serait presque toujours le plus dilaté et pourrait atteindre 30 millimètres de diamètre.

La longueur est de 12 à 15 centimètres.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Quelques renseignements sur les verres de lunettes et leur emploi, par le docteur DUFOUR. Broch. de 45 p. — Paris, Maloine.

N° 85. — SAMEDI 27 JUILLET 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 27 JUILLET 1907. — N° 85.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. le docteur Collet, agrégé des facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Lyon.

M. le docteur Pic, agrégé des facultés de médecine, est nommé professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lyon.

M. le docteur Roque, agrégé des facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Lyon.

— Toulouse. — M. le docteur Audebert, agrégé des facultés de médecine, chargé d'un cours de clinique obstétricale, à la Faculté de médecine de Toulouse, est nommé professeur de clinique obstétricale à ladite Faculté.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision du 24 juillet 1907 :

MM. le médecins-majors de première classe Benoît, passe au 33e d'art.; Delaborde, au 134e d'inf.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Blanc, passe au 93e d'inf.; Lenoir, au 159e d'inf.; Schermber, affecté à l'hosp. mixte de Bezançon; Perrin, à l'hosp. mixte de Rouen; Thiébaut, passe au 18e chass. à cheval; Long, aux hôpit. d'Alger; Magerand, au 28e bat. de chass. à pied; Natalelli, au 16e bat. de chass. à pied; Pelegrin, au 74e d'inf.; Tellier, au 2e huss.

MM. les médecins aides-majors de première classe Brionval, passe au 85e d'inf.; Fontagné, au 138e d'inf.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Paloque, passe au 4e huss.; Ruchaud, au 135e d'inf.; Monziols, au 124e d'inf.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-neuvième semaine, 771 décès, au lieu de 797 pendant la semaine précédente et au lieu de 855, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc satisfaisant. La diarrhée infantile, ordinairement très fréquente en juillet, continue à être très rare pour la saison ; l'élévation de la température fait craindre qu'elle ne se répande. La scarlatine continue à atteindre beaucoup de personnes, mais cause très peu de décès. Il en est de même de la rougeole.

La fièvre typhoïde a causé 2 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 32 (au lieu de 19 la semaine précédente et au lieu de la moyenne 28).

La variole, qui n'avait causé aucun décès pendant les cinq semaines précédentes, a causé 2 décès (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 15 au lieu de 5 pendant la semaine précédente (moyenne 13).

La rougeole a causé 7 décès, au lieu de 10 pendant la semaine précédente (moyenne 13). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 372 (au lieu de 326 précédemment et au lieu de 184, moyenne des quatre dernières années). Sur ces 372 malades, 313 habitent les dix arrondissements excentriques.

La scarlatine a causé 7 décès, au lieu de 10 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 583; il s'élevait à 397 pendant la semaine précédente (moyenne 89). Sur ces 583 nouveaux malades, 411 habitent l'un des dix arrondissements excentriques.

La coqueluche a causé 3 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente (moyenne 6).

La diphtérie a causé 1 décès (moyenne 6); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 50, au lieu de 64 pendant la semaine précédente (moyenne 76).

La diarrhée infantile a causé 21 décès de 0 à 1 an, au lieu de 29 la semaine précédente (moyenne 64).

En outre, 21 enfants sont morts de débilité congénitale.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages, à itinéraires facultatifs, de France en Algérie, en Tunisie et aux Échelles du Levant, ou vice versa.* — La Compagnie délivre toute l'annéedes carnets, individuels ou collectifs, de 1[re], 2[e] et 3[e] classes pour effectuer, à prix réduits, des voyages pouvant comporter des parcours sur les réseaux suivants : 1° Paris-Lyon-Méditerranée, Est, État, Midi, Nord, Orléans, Ouest, P.-L.-M. algérien, Est algérien, État (lignes algériennes), Ouest algérien, Bône-Guelma, Sfax-Gafsa; 2° sur les lignes maritimes desservies par la Compagnie générale transatlantique, par la Compagnie de navigation mixte (Compagnie Touache) ou par la Société générale de transports maritimes à vapeur; 3° sur les lignes maritimes ci-après, desservies par la Compagnie des messageries maritimes : de Marseille à Alexandrie ou Port-Saïd (directement), d'Alexandrie à Port-Saïd, de Port-Saïd à Jaffa, de Jaffa à Beyrouth, de Beyrouth à Beyrouth (par les escales de la côte de Caramanie), de Beyrouth à Constantinople, de Constantinople au Pirée, du Pirée à Naples, de Naples à Marseille. Ces voyages, dont les itinéraires sont établis à l'avance par les voyageurs eux-mêmes, doivent comporter, en même temps que des parcours français, soit des parcours maritimes, soit des parcours maritimes et algériens ou tunisiens; les parcours sur les réseaux français doivent être de 300 kilomètres au moins ou comptés pour 300 kilomètres.

Les parcours maritimes doivent être effectués par les paquebots de l'une seulement des quatre Compagnies de navigation participantes; ils peuvent cependant être effectués à la fois par les paquebots de la Compagnie des messageries maritimes et par ceux de l'une quelconque des trois Compagnies de navigation.

Validité. — Les carnets sont valables pendant quatre-vingt-dix jours, à compter du jour du départ, ce jour non compris; mais ils sont valables cent vingt jours lorsqu'ils comportent des parcours sur les lignes desservies par la Compagnie des messageries maritimes. Faculté de prolongation moyennant paiement d'un supplément.

Arrêts facultatifs dans toutes les gares du parcours.

Demandes de carnets. — Les demandes de carnets peuvent être adressées aux chefs de toutes les gares des réseaux participants; elles doivent leur parvenir cinq jours au moins avant la date du départ.

— *Billets d'aller et retour.* — Jusqu'à ce jour, sur le réseau P.-L.-M., la délivrance des billets d'aller et retour était limitée aux relations des gares les plus importantes avec les gares situées dans un rayon déterminé.

Le public apprendra avec satisfaction que la Compagnie P.-L.-M. fait émettre des billets d'aller et retour de toute gare pour toute gare de son réseau.

REVUE GÉNÉRALE

LE TUBERCULINO-DIAGNOSTIC

LE DIAGNOSTIC PAR LA TUBERCULINE

Par Marcel LABBÉ,
Professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

Après les essais thérapeutiques malheureux faits avec la tuberculine de Koch en France et en Allemagne, on dut reconnaître que cette substance n'avait aucune valeur thérapeutique; mais on songea alors à utiliser pour le diagnostic de la tuberculose les réactions fébriles qu'elle provoque. Dès le début, Koch avait déjà indiqué que son remède pourrait être un moyen précieux pour le diagnostic.

En décembre 1890, un mois après la publication du remède de Koch, M. Landouzy écrivait : « Mettant en œuvre prudemment, judicieusement, la nouvelle lymphe, les médecins arriveront à affiner certains diagnostics de tuberculose commençante, tenus en échec par l'auscultation, autant que par la bactérioscopie. »

Les essais, d'abord timides, puis plus audacieux, faits par les vétérinaires et par les médecins ont montré que l'emploi raisonné de la tuberculine constituait une méthode de diagnostic pratique et inoffensive.

Nous indiquerons les conditions dans lesquelles la tuberculine doit être employée et les déductions que l'on peut tirer des réactions qu'elle provoque.

I

Le produit. — La tuberculine dont on se sert est la première tuberculine de Koch, la tuberculine TO, c'est-à-dire un produit glycériné et stérilisé, extrait des cultures du bacille de Koch. Pour le préparer, on emploie la tuberculose humaine et plus souvent la tuberculose aviaire plus facile à manier. Les cultures sont faites sur bouillon de veau, légèrement alcalin, additionné de 1 p. 100 de peptone et de 4 à 5 p. 100 de glycérine; après six à huit semaines, on évapore au bain-marie à 100 degrés jusqu'à réduction au dixième du volume; puis on filtre sur une bougie, on peut aussi stériliser à l'autoclave et filtrer sur papier; la tuberculine ainsi obtenue contient 40 à 50 p. 100 de glycérine qui assure sa conservation.

Ce produit est réparti en petites quantités qu'on garde dans des tubes soigneusement fermés, ou mieux scellés. De temps en temps on prépare, pour l'usage, une solution au millième ou au dix-millième dans du sérum artificiel stérilisé ou dans de l'eau phéniquée à 1 p. 1 000.

Pour cela on dilue un dixième de centimètre cube de tuberculine, mesuré avec une pipette graduée stérilisée, dans 10 centimètres cubes de sérum artificiel stérile, ce qui fournit une solution à 1 p. 100; on prend ensuite un centimètre cube de cette solution pour le mélanger avec 9 centimètres cubes de sérum artificiel, ce qui donne une solution à 1 p. 1000.

Pour être plus sûr de la stérilisation, on peut faire ensuite bouillir la solution, car cela ne diminue point son activité (Möller). Il est inutile d'en préparer de trop grandes quantités, si l'on n'a pas un grand nombre de diagnostics à faire, car ces solutions s'altèrent facilement et il est prudent de se servir toujours d'une solution récente. Toutefois je n'ai pas observé que les solutions préparées extemporanément fussent, comme on l'a dit, plus actives que les solutions préparées depuis quelques jours.

II

La dose d'emploi. — La dose à laquelle doit être injectée la tuberculine a été très discutée.

Au début, on a employé de hautes doses, un milligramme, un centigramme et même plus, ce qui n'était pas sans danger. C'est qu'on ne savait pas encore bien manier la tuberculine, et peut-être aussi se laissait-on diriger par ce qu'on voit chez les petits animaux tuberculeux, le cobaye par exemple, qui sont beaucoup moins sensibles à la tuberculine et réagissent à peine à des doses qui seraient dangereuses pour l'homme.

Les auteurs allemands ont tous conservé l'habitude des fortes doses. Koch, après avoir réduit considérablement les doses de début, préconise aujourd'hui une dose de 2 dixièmes de milligramme pour commencer et s'élève progressivement jusqu'à 10 milligrammes chez les adultes, 5 milligrammes chez les enfants. Ses collaborateurs et ses élèves ont adopté sa technique. Petruschky, Max Wolff injectent des doses croissantes de 1 dixième de milligramme à 10 milligrammes. Ils considèrent que la dose de 2 dixièmes de milligramme est la dose minima à laquelle réagit l'homme tuberculeux, et que 1 centigramme est la dose maxima qui ne fasse réagir que les tuberculeux; au delà de cette dose, les sujets sains peuvent réagir. Quelques auteurs dépassent ces doses, vont même jusqu'à 100 milligrammes quand la réaction est constamment négative.

Max Beck, à l'Institut des maladies infectieuses de Berlin, commence par une dose de 1 milligramme, puis si cela est nécessaire, passe à 5 milligrammes, puis à 10 milligrammes; il considère une dose inférieure à 1 milligramme, insuffisante chez un adulte.

Möller, au Congrès de la tuberculose de 1905, exposait comment il débutait par des doses de 2 dixièmes de milligramme, pour arriver progressivement à une dose de 10 milligrammes, si la réaction est constamment négative.

En France, on emploie généralement de faibles doses. M. Hutinel et ses élèves injectaient un quart à un demi-milligramme. MM. Grasset et Vedel, et récemment MM. Claisse, Souques et Cawadias, Milian, Sicard (opérant avec la tuberculine de l'Institut Pasteur) admettent que des doses de 1 à 2 dixièmes de milligramme sont suffisantes et qu'il ne faut pas dépasser 5 dixièmes de milligramme. Pour moi, j'ai débuté en général par une dose d'un quart de milligramme pour réitérer l'injection avec un demi-milligramme quand la réaction était négative; je n'ai employé que très exceptionnellement 1 milligramme. Cependant cette limite est quelquefois dépassée.

M. Kuss débute par une dose de 1 dixième de milligramme, et, en cas de réaction négative s'élève progressivement jusqu'à 1 milligramme.

M. Guinard, exposant sa technique, indiquait récemment que, comme Rumpf, au sanatorium de Friedrichsheim, il commençait chez les adultes par une dose de 5 dixièmes de milligramme et, en cas de non-réaction, allait jusqu'à 2 et même 5 milligrammes.

Ainsi, aujourd'hui, nous voyons les médecins qui ont la pratique des injections de tuberculine, préconiser des doses très différentes.

Ces divergences viennent sans doute de ce que la tuberculine employée par les différents auteurs n'est pas identique.

L'activité de la tuberculine est très variable. Elle est en rapport avec la virulence des bacilles qui ont servi à la préparer. Krompecher a vu que la tuberculine tirée de bacilles avirulents ne détermine pas de réaction appréciable quand on l'inocule à un animal tuberculeux.

Il en serait de même aussi de la tuberculine extraite de la tuberculose des poissons; pourtant elle détermine encore une réaction spécifique, à condition qu'on emploie de hautes doses. Ramond et Ravaut ont pu avec une dose de 4 centimètres cubes, provoquer une réaction chez un lapin tuberculeux.

Si Rumpf, Möller, Guinard, sont obligés de recourir parfois à des doses élevées, et s'ils n'en ont pas d'inconvénients, c'est sans doute que la tuberculine préparée par les laboratoires de Hœchot, qu'ils ont utilisée est moins active que celle de l'Institut Pasteur, employée récemment par MM. Claisse, Souques, Milian, Sicard.

D'ailleurs la tuberculine de l'Institut Pasteur n'a pas présenté toujours la même activité.

Celle dont je me servais il y a quelques années, et qui n'était autre que la tuberculine préparée par l'Institut Pasteur pour les inoculations aux bovidés, devait être injectée à la dose d'un quart à un demi-milligramme pour provoquer une réaction. Avec une autre tuberculine, plus active, fournie également par l'Institut Pasteur, j'ai obtenu ensuite les mêmes résultats en n'injectant que 1 à 2 dixièmes de milligramme.

Ces variations dans la virulence du produit sont très gênantes pour le tuberculino-diagnostic, parce qu'elles ne permettent pas une technique uniforme et une comparaison exacte des résultats.

Elles ne se produiront plus, car M. Bezançon nous annonçait dernièrement que M. Borrel avait préparé avec les mêmes cultures, une grande provision de tuberculine, de sorte que l'Institut Pasteur pourra d'ici plusieurs années fournir un produit de virulence constante.

Peut-être n'y a-t-il pas autant de danger qu'on pourrait le croire à se servir de doses un peu élevées de tuberculine; c'est ce qui expliquerait comment Möller, Rumpf, Guinard n'ont pas eu d'accidents avec les doses allant jusqu'à 5 ou 10 milligrammes. En médecine vétérinaire, la dose de tuberculine n'a pas un intérêt aussi considérable qu'en médecine humaine. D'après M. Vallée, chez une vache que l'on soumet à l'épreuve, on obtient la même réaction avec 1 centigramme qu'avec 50 grammes de la même tuberculine; que la dose soit minime ou très forte, la réaction n'est ni plus intense, ni plus rapide. Ces conclusions tirées de la pathologie animale peuvent expliquer certaines discordances d'opinion sur les doses à employer, mais elles ne pourraient sans danger être appliquées intégralement à la pathologie humaine; l'expérience des hautes doses de tuberculine a été suffisamment faite en 1890 et a montré assez nettement le danger de ce produit pour que l'on ne doive point les recommencer; ce n'est qu'à condition d'être employées à faible dose, non nuisible, que la tuberculine peut être légitimement utilisée pour le diagnostic.

En outre, il n'est pas certain que la tuberculine à dose aussi élevée possède encore une valeur spécifique. S'il est bien démontré que les tuberculeux seuls réagissent à l'injection d'une petite dose de tuberculine sous la peau, il n'en est plus de même après l'injection d'une forte dose de 1 centigramme par exemple, qui peut faire réagir même des sujets non tuberculeux. En résumé, il en est de la réaction à la tuberculine, comme de beaucoup d'autres réactions biologiques, qui n'ont de spécificité qu'à condition d'être faites dans des conditions déterminées: de même que l'agglutinration du bacille d'Eberth par un sérum n'est spécifique de l'infection éberthienne que si le mélange de sérum et de culture est fait à la dose de 1 p. 30, et ne l'est plus à la dose de 1 p. 10; de même, la réaction fébrile à la tuberculine est spécifique à faible dose et ne l'est plus à dose forte. Nous ne savons pas exactement à partir de quelle dose la tuberculine perd sa spécificité. Pour que la réaction provoquée ait une valeur diagnostique, il faut donc user de la tuberculine à dose minima.

Des communications et des discussions qui ont eu lieu au Congrès de la tuberculose de 1905, à la Société d'études scientifiques sur la tuberculose en 1906, et à la Société médicale des hôpitaux de Paris en juin 1907, il résulte que chez les adultes les injections de tuberculine doivent être faites à la dose de 1 à 2 dixièmes de milligramme (tuberculine de l'Institut Pasteur), et ne devront pas dépasser 5 dixièmes de milligramme.

Chez les enfants, la dose injectée doit être moins forte, bien que les enfants, et les nouveau-nés surtout, supportent mieux la tuberculine que ne le font les adultes. M. Hutinel, M. Mettetal employaient des doses de 1 à 2 dixièmes de milligramme chez les nourrissons; de 2 à 4 dixièmes de milligramme chez les enfants plus âgés. D'après ce que nous venons d'admettre chez l'adulte, nous pouvons dire que les doses de 1 à 2 vingtièmes de milligramme chez les nourrissons, de 1 à 2 dixièmes de milligramme chez les autres enfants ne doivent pas être dépassées.

III

Technique du tuberculino-diagnostic. La réaction caractéristique. — L'injection-diagnostic de tuberculine, pour être utile et inoffensive, doit être faite dans les conditions qu'il faut bien préciser.

Le malade doit être complètement apyrétique, et cela depuis plusieurs jours déjà. Pour s'en assurer, la température rectale ou vaginale sera prise quatre à huit fois dans les vingt-quatre heures pendant au moins trois jours consécutifs. Tout malade dont la température centrale dépasse 37°5 ou qui est sujet à présenter de loin en loin un accès fébrile, ne doit pas être soumis à l'injection de tuberculine : en effet, la fièvre observée n'aurait aucune valeur puisqu'elle pourrait être spontanée et non provoquée ; en outre, l'injection serait dangereuse, car elle pourrait provoquer une réaction d'intensité exagérée.

L'injection de tuberculine est faite, avec des précautions antiseptiques minutieuses, dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région lombaire ou de la cuisse. Autant que possible le malade est laissé au lit durant les vingt-quatre heures qui suivent l'injection. On continue à prendre la température comme auparavant.

La réaction fébrile commence en général douze heures après l'injection ; parfois, six heures ou seulement vingt-quatre heures après, selon la dose et l'activité de la tuberculine employée chez le nourrisson ; d'après Mettetal, la réaction est plus précoce et débute en général quatre heures après l'injection. Escherich, Hutinel pensent que la fièvre apparaît le plus souvent au moment de l'élévation physiologique journalière de la température.

Pour cette raison, l'on a recommandé de pratiquer l'injection le soir, afin de pouvoir surveiller attentivement l'évolution de la température dans la matinée et la journée du lendemain ; quand on fait l'injection le matin, la réaction fébrile débute en effet la nuit, et comme il est souvent difficile d'obtenir dans un hôpital que la température soit prise régulièrement la nuit, des réactions fugaces pourraient passer inaperçues.

La température s'élève rapidement de 37 degrés à 38°5 ; parfois elle atteint seulement 38 degrés ou dépasse 39 degrés. Pendant douze à vingt-quatre heures, elle reste à ce degré puis redescend à la normale; quelquefois la réaction est prolongée et dure deux jours ou même plus.

L'élévation de température s'accompagne d'une accélération du pouls qui atteint 100 et 120 pulsations et d'une leucocytose (Batkin, Gaffié, Mettetal) légère dont les caractères n'ont pas été suffisamment étudiés.

L'élévation de température peut être le seul *symptôme* de la réaction; généralement le malade éprouve en même temps un peu de malaise, de céphalée, d'insomnie, des sueurs. Il est rare que les phénomènes généraux soient plus marqués et se traduisent par un état saburral de la langue, de l'anorexie, des vomissements, une céphalalgie et un abattement intenses. L'albuminurie est exceptionnelle avec les doses que nous avons indiquées.

A partir de quel degré la réaction fébrile peut-elle être considérée comme spécifique? Nocard exigeait une élévation thermique de 1 degré à 1°4. Möller, Lowenstein et Ostrowsky admettent comme suffisante une élévation de 0°5 si ce léger mouvement fébrile est accompagné de symptômes subjectifs (lassitude, céphalée, point de côté, douleurs névralgiques des extrémités); en moyenne ils considèrent qu'une élévation de 0°8 sans réaction subjective est suffisante pour affirmer la tuberculose. Claisse accepte les conclusions de ces auteurs. Guinard et Rumpf pensent qu'on peut faire fonds de mouvements thermiques légers pourvu qu'ils soient observés dans des conditions rigoureuses : si l'on a pris depuis plusieurs jours la température, si l'on a constaté qu'elle ne dépasse jamais 37 degrés ou 37°1, et qu'on la voie après l'injection de tuberculine s'élever d'une façon tout à fait insolite à 37°5, on est en droit de considérer la réaction comme positive. Je veux bien que cette légère élévation soit un indice, mais je ne la crois point suffisante; car le moindre trouble digestif, la moindre indisposition peut produire un effet semblable; cela est d'autant plus vrai que l'on pratique généralement le tuberculino-diagnostic chez des malades ou des convalescents qui ont une température très instable. Pour éviter l'erreur, il m'a semblé qu'on devait exiger une élévation thermique d'un degré au mininum.

Au point où l'on a fait l'injection, on voit parfois se produire après douze ou vingt-quatre heures une tuméfaction avec rougeur et douleur qui fait craindre la suppuration de l'injection ; la douleur est assez vive pour empêcher pendant un ou deux jours le malade de se coucher sur le côté correspondant; le gonflement est assez marqué pour que l'on soit inquiet, la première fois que l'on constate un fait de ce genre. Cependant malgré les apparences, la suppuration ne se produit jamais, rougeur et gonflement disparaissent bientôt après deux ou trois jours. Cette réaction signalée par Koch, étudiée par Turban, est considérée par Guinard comme spécifique; le détail suivant est en faveur de cette opinion : quand une injection hypodermique de tuberculine faite d'un côté a déterminé une réaction au point d'injection, il peut arriver qu'une deuxième injection faite du côté opposé, alors que tout a disparu au point primitif, détermine à son tour un accident local avec réveil de gonflement et de douleur au niveau de la première piqûre. La valeur de cette réaction au point d'injection a été discutée à la Société médicale des hôpitaux; M. Milian tend à la considérer comme spécifique; pour ma part, je ne saurais lui accorder une valeur diagnostique, car je l'ai vue survenir chez des sujets qui ne faisaient pas de réaction thermique générale et que je n'avais aucune raison de considérer comme tuberculeux.

Outre la réaction générale fébrile, l'injection de tuberculine provoque souvent une réaction locale au niveau du foyer tuberculeux. Celle-ci est évidente au niveau de la peau; quand on fait l'injection à un sujet atteint de lupus tuberculeux, on voit le lupus devenir rouge et tuméfié; il en est de même au niveau du larynx tuberculeux. Les adénopathies tuberculeuses se congestionnent et deviennent douloureuses. Ces troubles disparaissent après deux jours sans laisser de traces. Chez les tuberculeux pulmonaires, la réaction locale manque le plus souvent, même quand la réaction fébrile est intense. Quelquefois pourtant elle se traduit par de la toux,

des crachats plus abondants qui contiennent des bacilles alors qu'on n'en trouvait pas auparavant, l'augmentation des râles, ou encore l'apparition de quelques symptômes de congestion, autour d'un foyer tuberculeux latent. Mettetal a constaté quelquefois chez les enfants une poussée de congestion bronchique légère et passagère. Cette réaction pulmonaire, signalée par Turban dès 1890, a pour Guinard une importance considérable et pourrait presque servir, même en l'absence de fièvre, à affirmer le diagnostic; c'est là une opinion qui me semble très exagérée; ce qui légitime l'usage du tuberculino-diagnostic, c'est précisément qu'il ne détermine généralement pas de réaction fâcheuse au niveau du poumon.

Telle que nous venons de la relater, la réaction fébrile à la tuberculine est caractéristique, mais il est des cas où la réaction fait défaut ou se montre insuffisante. Il est alors nécessaire, pour affirmer le diagnostic, de réitérer l'injection de tuberculine une ou plusieurs fois.

On craignait autrefois, lorsqu'on pratiquait la seconde injection, de ne pas avoir de réaction à cause de l'accoutumance de l'organisme qui devait subir un commencement d'immunisation par le fait de la première injection. On disait que les éleveurs de bestiaux, connaissant cette propriété, l'utilisaient pour tromper les vétérinaires chargés de faire subir à leurs animaux l'épreuve de la tuberculine. Aussi recommandait-on de laisser un intervalle d'une huitaine de jours entre la première et la seconde injection, et de faire cette deuxième injection à une dose double de la première. C'est ainsi que Rumpf débute par une dose de 5 dixièmes de milligramme qu'il fait suivre trois jours après d'une injection de 2 milligrammes et quelquefois même plus tard d'une troisième injection de 5 milligrammes.

Si cette accoutumance se produit ce n'est peut-être qu'à la suite de l'injection d'une très haute dose de tuberculine. Loin de produire l'accoutumance les injections répétées de tuberculine produisent au contraire une sensibilisation de l'organisme à l'action de la toxine. Löwenstein et Rappoport ont montré que, si l'on fait à un tuberculeux trois ou quatre injections successives de 1 à 2 dixièmes de milligramme de tuberculine, l'intensité de la réaction croît d'une façon remarquable.

D'ailleurs suivant M. Vallée, l'idée de l'accoutumance est inexacte et repose sur une erreur d'interprétation. Il arrive, en effet, qu'en soumettant un animal à des injections successives, la réaction ne paraisse plus se faire ; en réalité elle se produit encore, seulement elle est plus précoce et plus fugace, et comme on la recherche à une période où elle est déjà terminée, elle passe inaperçue.

Möller, Löwenstein et Ostrowsky, au sanatorium de Belzig, ont appliqué cette donnée au diagnostic de la tuberculose ; ils font une première injection de 2 dixièmes de milligramme ; si le sujet ne réagit pas, ils réitèrent l'injection à la même dose trois pour plus tard, et ainsi cinq fois de suite, si le sujet continue à ne pas réagir ; dans ces conditions ils voient souvent des individus qui n'avaient pas réagi à la première injection, réagir nettement à la deuxième ou à l'une des suivantes, bien que faites à la même dose.

Pareil résultat ne s'observe pas seulement chez les tuberculeux mais aussi chez des sujets sains ; quand on fait une série d'injections de tuberculine à la dose constante de 2 dixièmes de milligramme à un individu qui n'est pas atteint de tuberculose et qui par conséquent n'est pas encore imprégné de tuberculine, on arrive peu à peu à le sensibiliser et au bout de la septième injection de tuberculine il réagit. La seule différence avec le malade tuberculeux, c'est que celui-ci étant déjà imprégné de tuberculine est déjà sensibilisé et qu'il réagit dès la première ou au plus tard la quatrième injection.

Pour que le procédé des injections successives ait une valeur diagnostique, il faut donc que la réation se produise avant la septième injection.

La sensibilisation de l'organisme ainsi obtenue explique les résultats positifs que nous obtenions souvent à la deuxième ou troisième injection et montre qu'il n'est point nécessaire, quand on réitère les injections, d'augmenter la dose de tuberculine. Ainsi le chlorotique tuberculeux. que j'ai présenté à la Société médicale des hôpitaux, le 21 juin 1907, n'avait point réagi à une injection d'un demi-milligramme de tuberculine ; sept jours plus tard, il réagissait à une injection de la même dose.

On peut résumer de la façon suivante la technique du tuberculino-diagnostic (1)

1° Ne soumettre à la tuberculine que les malades absolument apyrétiques dont la température rectale aura été prise toutes les six heures depuis trois jours au moins.

2° Employer la tuberculine de l'Institut Pasteur dont on préparera une solution au millième, qui ne devra pas servir plus d'une semaine.

3° Injecter chez un adulte 2 dixièmes de milligramme, c'est-à-dire 2 dixièmes de centimètre cube de la solution, dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région lombaire.

4° Prendre régulièrement toutes les six heures la température ; maintenir le sujet au lit.

5° Considérer comme positive une élévation de 1 degré au-dessus de la température habituelle.

6° Si la réaction manque, recommencer trois jours plus tard à la même dose ; faire au besoin quatre injections successives à trois jours d'intervalle à la même dose ; ne pas dépasser ce nombre.

IV

Les inconvénients de la méthode. — On a accusé la tuberculine de provoquer des accidents; on a dit qu'elle était capable de mobiliser les bacilles et de provoquer la granulie, qu'elle aggravait les lésions pulmonaires, qu'elle amenait la suppuration et la caséification rapide des tubercules, qu'elle donnait de la néphrite, des érythèmes, etc.

Assurément, en 1890, la tuberculine employée comme moyen thérapeutique, a donné de redoutables

(1) Ces règles sont à peu près les mêmes que celles qui ont été énoncées par la Société d'études médicales sur la tuberculose, le 8 mars 1906.

accidents; employée ensuite comme moyen de diagnostic à dose trop élevée, elle a pu produire encore des complications graves.

Mais aux doses et dans les conditions de préparation et d'expérience que nous avons indiquées, la tuberculine ne se montre coupable d'aucun méfait sérieux.

Les statistiques et les critiques des faits l'ont prouvé. Parce que la granulie succède à l'injection de tuberculine, il ne faut pas incriminer aussitôt cette injection; le *post hoc ergo propter hoc* n'est pas toujours un bon raisonnement.

Mais il faut faire la réserve que peut-être la granulie serait survenue sans provocation.

En effet la granulie ne paraît pas plus fréquente chez les sujets qui ont été soumis au tuberculino-diagnostic que chez les tuberculeux qu'on a laissés au repos (Max Beck); Eber, Bang n'ont constaté chez les animaux aucun accident. Sur 3000 cas, où il a injecté la tuberculine, Nocard n'a observé que 3 fois une aggravation.

J'ai vu une fois chez un enfant la suppuration d'une adénite bacillaire succéder à une injection de tuberculine; mais je ne saurais dans ce cas incriminer l'injection; n'est-ce point l'évolution ordinaire des adénites caséeuses d'aboutir au ramollissement et à la suppuration.

Le seul inconvénient dont il faille tenir compte me semble être la réaction hyperpyrétique prolongée que l'on observe dans certains cas; le malaise est intense, la fièvre persistante, on est inquiet pendant deux ou trois jours; cependant, même chez les tuberculeux pulmonaires, je n'ai pas vu cette réaction excessive s'accompagner d'une aggravation des symptômes pulmonaires, et l'on ne peut pas dire cette réaction nuisible plutôt qu'utile.

Toutefois, même si l'on n'a jamais observé d'accidents sérieux, la méthode reste cependant d'un emploi délicat qui empêche sa vulgarisation; on conçoit que l'on hésite souvent à provoquer une réaction fébrile chez un malade, d'abord parce qu'elle est désagréable à l'individu, ensuite parce qu'on craint d'être accusé s'il survenait une aggravation de la maladie, de l'avoir produite par l'injection de tuberculine.

V

Spécificité de la réaction a la tuberculine. — Quand la réaction à la tuberculine est positive et revêt l'apparence que nous avons décrite, elle indique d'une façon certaine que le sujet est en puissance de tuberculose.

On a bien contesté, il est vrai, la spécificité de la tuberculine. On a dit que des individus sains réagissaient à la tuberculine, tandis que les tuberculeux ne réagissaient pas. L'objection a été faite à diverses reprises par des vétérinaires et par des médecins, et tout récemment encore, elle a été reprise par M. Souques, M. Sicard à la Société médicale des hôpitaux.

Examinons donc les arguments qui parlent contre la spécificité de la tuberculine.

Lors des premières injections de tuberculine chez les bovidés, il est arrivé plus d'une fois que l'on ne trouvait pas de tuberculose ou seulement des lésions insignifiantes à l'autopsie des animaux qui avaient réagi. Certains vétérinaires y voyaient une preuve de la non-spécificité de la tuberculine. Nocard montra que ces résultats négatifs tenaient à l'imperfection des autopsies.

Dans une série d'expériences faites de 1890 à 1893, et communiquées au Congrès de la tuberculose, il a vu que sur 124 bovidés qui avaient réagi à la tuberculine, et qui avaient ensuite été autopsiés, un seul, atteint de pseudo-leucémie, n'avait pas offert de lésions tuberculeuses.

Tous les autres avaient des altérations spécifiques, généralement peu importantes (quelques granulations dans les ganglions rétro-pharyngiens par exemple), parfois même si difficiles à découvrir qu'il fallait beaucoup de confiance dans l'action spécifique de la tuberculine pour ne pas renoncer à leur recherche. « Mais aussi, ajoute Nocard, comme tous les assistants étaient émerveillés qu'une lésion si minime eût été révélée avec tant de précision! C'étaient autant de convertis qui allaient prêcher la bonne parole. »

Les rapports de Bang, de Jöhne et Siedamgrotzki, de Lydsin, de Schütz, etc., aboutirent aux mêmes conclusions que ceux de Nocard, et affirmèrent la spécificité de la réaction provoquée par l'injection de tuberculine.

Seuls, Arloing, Rodet et Courmont sont en désaccord avec l'opinion générale : tout en admettant que les bovidés tuberculeux sont particulièrement sensibles à la tuberculine, ils ne considèrent pas cette épreuve comme un moyen de diagnostic certain pour la tuberculose des bovidés, car ils ont vu des génisses qui avaient présenté une élévation thermique de 2°1 indemnes de tuberculose, et des bovidés atteints d'échinocoques des poumons réagir; des lapins tuberculeux ne pas réagir.

Malgré cette objection, tous les vétérinaires, ainsi que le disaient l'an dernier à la Société d'études scientifiques sur la tuberculose M. Vallée et M. Petit, sont convaincus de la valeur diagnostique de la réaction tuberculineuse, et le procédé du tuberculino-diagnostic est passé dans la pratique.

Les médecins furent moins facilement convaincus. C'est que le problème est plus complexe en pathologie humaine, parce que les infections de l'homme sont plus nombreuses et plus variées, et parce qu'on ne fait pas aussi complètement les autopsies chez l'homme que chez les animaux.

Certains auteurs ont vu des lépreux (Max Joseph, Kaposi, Arning, Goldschmidt, Babes, Max Beck), des syphilitiques (Neumarck, Straus et Tessier), des cancéreux (Trasbot), des actinomycosiques (V. Eiselsberg) réagir à la tuberculine. Ces objections n'ont pas la valeur qu'on veut parfois leur attribuer :

Tout d'abord, elles reposent sur des observations faites à une époque où l'on employait de trop hautes doses de tuberculine, capables peut-être de provoquer une réaction chez des sujets non tuberculeux.

La réaction n'a pas été observée avec la même constance que chez les tuberculeux. Cornil et Spilmann n'ont pas eu de réaction chez les cancéreux. Babes a montré que la réaction provoquée par la tuberculine chez les lépreux différait par ses modalités cliniques de la réaction des tuberculeux.

Dans les cas où la réaction observée était typique, il est probable qu'il s'agissait d'infection secondaire tuberculeuse. Rien n'empêche un syphilitique, un lépreux, un cancéreux, un actinomycosique d'être en même temps infecté par le bacille de Koch et de réagir à l'injection de tuberculine, non parce que syphilitique, mais parce que tuberculeux. Sur les trois lépreux de Max Beck qui réagirent à la tuberculine, l'un avait des bacilles de Koch dans ses crachats. En faveur de cette opinion, sont les résultats de Mettetal qui, observant des enfants, c'est-à-dire des sujets qui ont beaucoup plus de chance de n'être point déjà infectés secondairement par le bacille de Koch, n'a jamais vu la tuberculine provoquer de réaction chez des syphilitiques héréditaires.

Enfin, c'est surtout dans les maladies à réactions nodulaires, ayant quelque chose de comparable à la tuberculose par conséquent, que l'on voit la réaction à la tuberculine.

Peut-être existe-t-il entre le bacille de Koch et le bacille de Hansen et l'actinomyces, des liens de parenté assez étroits pour qu'on puisse admettre que les produits solubles de l'un de ces microbes soient capables de provoquer une réaction chez un sujet atteint de l'une ou l'autre affection. C'est la raison pour laquelle les injections de tuberculine doivent être faites à dose minima, c'est-à-dire à une dose où seuls les tuberculeux soient capables de réagir.

On objecte à la spécificité de la tuberculine qu'elle provoque une réaction chez un grand nombre d'individus sains, c'est-à-dire cliniquement indemnes de tuberculose.

Les statistiques de Franz montrent la réaction positive chez 45 p. 100 des hommes considérés comme indemnes de tuberculose. Ludwig opérant sur les jeunes recrues de Bosnie et d'Herzégovine, c'est-à-dire sur des sujets vigoureux et déjà sélectionnés, a observé une réaction positive dans 61 p. 100 des cas.

Souques et Cawadias ayant injecté à des doses de 2 à 5 dixièmes de milligramme de tuberculine, dix malades atteints d'affections nerveuses diverses et indemnes de tuberculose apparente, en ont vu 8 réagir.

Sicard a vu également des malades d'hôpital non tuberculeux en apparence réagir à la tuberculine.

Je ferai, à propos de ces statistiques, remarquer, comme tout à l'heure, que dans les observations anciennes les doses de tuberculine employées ont été souvent trop fortes, ce qui enlevait à la réaction une partie de sa valeur.

C'est la critique que Möller, Löwenstein et Ostrowsky ont adressée en particulier, aux observations de Franz et de Ludwig qui utilisaient pour le diagnostic les doses croissantes de 1 à 3 milligrammes de tuberculine.

Pour les autres, la réaction de la tuberculine peut s'expliquer par l'existence d'une tuberculose latente. C'est à peu près dans les mêmes proportions sinon dans les proportions plus élevées encore, que les autopsies bien faites ont montré des tubercules caséeux ou calcifiés dans les poumons ou dans les ganglions d'individus qui n'avaient jamais eu de manifestations cliniques de tuberculose.

Ainsi Nœgelé admet que 62 p. 100 des sujets de dixhuit à trente ans sont porteurs de foyers latents de tuberculose. Seblenker admet la proportion de 66 p. 100 ; Lubarsch de 84 p. 100 ; Burckhard de 91 p. 100 et Schanz même de 94 p. 100. Si cela est vrai pour les individus pris au hasard, cela l'est encore plus pour les malades qui séjournent longtemps dans les hôpitaux. On ne doit donc point s'étonner de voir les malades de Souques et de Sicard réagir à la tuberculine.

Inversement, on s'explique par l'absence d'infection secondaire qui n'a pas eu le temps encore de se faire, les résultats du tuberculino-diagnostic plus conforme à la clinique chez les enfants ; chez eux, ou bien il n'y a point de tuberculose et ils ne réagissent point, ou bien il y a tuberculose, mais celle-ci est généralement récente et la responsable de la maladie actuelle, de sorte que le tuberculino-diagnostic ne paraît pas extraordinaire.

Les objections les plus sérieuses faites à la spécificité de la tuberculine sont fondées sur l'absence de tuberculose à l'autopsie de sujets qui ont réagi positivement. Il en était ainsi dans un cas de M. Souques et dans deux cas de M. Sicard. Mais ces discordances n'ont qu'une valeur très relative, car les autopsies n'ont pas été faites avec un soin tel que de petits foyers de tuberculose ganglionnaire, osseuse ou viscérale n'aient pu échapper à l'observation ; pour que ces autopsies fussent péremptoires, il faudrait que les organes qui recèlent habituellement le bacille de Koch eussent été examinés biologiquement et inoculés au cobaye.

On a vu enfin que d'autres produits microbiens peuvent provoquer des réactions fébriles chez les animaux tuberculeux : cultures stérilisées du vibrion avicide (Metchnikoff), culture pyocyanique stérilisée (Charrin), protéines provenant du bacille pyocyanique, du prodigiosus ou du pneumobacille (Buchner et Rœmer) ; extrait glycériné préparé comme la tuberculine avec des cultures d'actinomyces (Bezançon et Griffon).

Ce ne sont point là des objections décisives ; on ne dit point que le tuberculeux ne réagit qu'à l'injection de tuberculine, mais que seule l'injection de tuberculine, à très petite dose, est capable de provoquer une réaction fébrile caractéristique chez le tuberculeux.

Jusqu'ici nous devons donc considérer la réaction à la tuberculine comme spécifique de la tuberculose. Le désaccord entre la clinique et les résultats du tuberculino-diagnostic prouve seulement que la tuberculine est un moyen de diagnostic extrêmement sensible, beaucoup plus sensible que la clinique, et atteste tout l'intérêt qui s'y attache.

VI

Comparaison du tuberculino-diagnostic avec les injections de sérum artificiel. — Certains auteurs, craignant les dangers de la tuberculine, ont cherché à provoquer chez les tuberculeux au moyen du sérum artificiel (solution de chlorure de sodium à 7 p. 1 000) des réactions fébriles utilisables pour le diagnostic. M. Hutinel avait remarqué que les enfants tuberculeux réagissaient souvent à la suite d'une injection sous-cutanée de 10 à 30 grammes de sérum. Sirot (de Beaune) a voulu ériger en méthode de diagnostic l'injection de sérum artificiel. Il prétend avoir obtenu des résultats positifs chez tous les tuberculeux qu'il a soumis à cette épreuve.

Ces faits n'ont pas été confirmés; de toutes parts (Blache, Delteil et Carrieu, Buard, Bertherand, Combemale, Mettetal, etc.), on a apporté des documents prouvant bien que le sérum artificiel ne peut remplacer la tuberculine comme moyen de diagnostic.

Dans le service du professeur Landouzy, j'ai fait l'étude des réactions provoquées par le sérum artificiel et par la tuberculine.

Sur 10 cas de tuberculose (7 tuberculoses pulmonaires, 1 coxotuberculose, 1 péritonéotuberculose, 1 lupus), les injections de tuberculine à la dose d'un quart à un demi-milligramme, ont toujours donné une réaction fébrile variant de 38 degrés à 39°6; les injections de sérum à la dose de 40 à 100 grammes n'ont donné que deux fois une réaction fébrile (38°4 dans un cas, 39 degrés dans l'autre).

Ainsi la sérothérapie artificielle ne peut servir de procédé de diagnostic spécifique! Les résultats sont inconstants chez les bacillaires; la réaction fébrile se produit chez des individus qui ne sont point tuberculeux; enfin les dangers sont les mêmes qu'avec la tuberculine. M. Hutinel a vu le sérum artificiel produire des congestions péri-tuberculeuses inquiétantes. L'injection de sérum artificiel qui ne fournit qu'une présomption et nullement une certitude, ne peut donc remplacer l'injection de tuberculine.

VI

Valeur séméiologique du tuberculino-diagnostic. — Une réaction positive à la tuberculine permet d'affirmer que le sujet éprouvé est porteur d'un foyer de tuberculose. Nous apprend-elle quelque chose de plus sur la forme, le développement, l'évolution, la virulence de cette tuberculose? M. Petit pense que la réaction indique toujours un foyer de tuberculose virulent.

Cependant on ne trouve parfois à l'autopsie d'individus ayant réagi que des foyers sclérosés ou calcifiés.

Möller et Kayserling, Turban, Kremser, Wolff admettent que plus l'infection est jeune et les lésions peu étendues, plus la réaction se produit vite et violemment; au contraire, plus l'infection est invétérée et grave, plus la réaction est tardive et modérée.

La réaction tuberculinique permet-elle d'affirmer la nature tuberculeuse des affections constatées chez le malade? Non assurément. Un malade qui a été autrefois infecté par le bacille de Koch et qui recèle en un point de son organisme un ancien foyer tuberculeux peut bien avoir une bronchite, une pneumonie, une adénite, une péritonite, une arthrite, etc., qui ne soient point de nature tuberculeuse.

Il peut être encore tuberculeux anatomiquement et ne pas l'être cliniquement. Il peut être en puissance de tuberculose, sans être en actualité de tuberculose.

Il ne faut pas demander à l'épreuve de la tuberculine plus qu'elle ne peut nous donner, ses résultats positifs même doivent être interprétés à leur juste valeur et considérés comme la preuve de l'existence de la tuberculose dans l'organisme, sans rien faire connaître de sa localisation, de son ancienneté, de son étendue, de sa gravité.

Quand la réaction à la tuberculine fait défaut, on ne peut affirmer que le sujet éprouvé n'est pas tuberculeux; car la réaction manque souvent chez les individus qui sont le plus manifestement tuberculeux; à la période tertiaire de la bacillose pulmonaire par exemple. Peut-être ces sujets, imprégnés depuis longtemps par les toxines du bacille de Koch, sont-ils plus, comme dit le professeur Landouzy, des tuberculineux que des tuberculeux et sont-ils devenus insensibles à l'action des petites doses de tuberculine par une sorte de vaccination.

Les auteurs qui ont opéré suivant la technique de Koch, avec des injections successives et à doses croissantes, ont admis que 10 p. 100 environ des tuberculeux avérés ne réagissaient pas à la tuberculine. Opérant avec des doses moins fortes, j'ai eu des échecs fréquents. J'ai vu souvent la réaction tuberculineuse manquer chez des individus manifestement atteints de tuberculose, comme les pleurétiques et les tuberculeux pulmonaires.

Sur 38 malades soumis au tuberculino-diagnostic j'ai obtenu :

21 réactions dans les cas suivants :

Chlorose tuberculeuse	3
Tuberculose pulmonaire 1er degré	4
— — 2e degré	2
— — 3e degré	1
Coxalgie	1
Péritonite tuberculeuse	1
Péritonite à forme ascitique	1
Lupus tuberculeux	2
Pleurésie scléro-fibrineuse guérie	2
Néphrite tuberculeuse	1
Adénopathie tuberculeuse	1
Bronchite suspecte	1
Dypnobacillose	1

17 absences de réaction dans les cas suivants :

Pleurésie diaphragmatique puerpérale	1
Tuberculose pulmonaire au début	3
Tuberculose pulmonaire avancée	1
Neurasthénie	1
Pleurésie guérie	5
Maladie de Morvan	1
Rétrécissement mitral	1
Cancer de l'estomac	1
Pelvipéritonite tuberculeuse	1
Sciatique	1
Végétation lupiforme	1

De l'ensemble de mes observations, il résulte même que le tuberculino-diagnostic pêche plus souvent par défaut que par excès de réaction, contrairement à ce que l'on dit généralement. Les observations de Grasset et Vedel parlent aussi dans le même sens.

C'est à la période de début de l'infection bacillaire que la réaction tuberculineuse est le plus manifeste et c'est aussi à ce moment qu'elle est le plus utile.

Il en est donc des injections de tuberculine comme de la recherche des bacilles dans les crachats, comme du sérodiagnostic d'Arloing et P. Courmont qui sont souvent négatifs chez des sujets manifestement tuberculeux et parvenus à une période avancée de la maladie, tandis qu'ils sont au contraire presque toujours positifs dans les périodes initiales.

Les résultats positifs ont une valeur diagnostique absolue, les résultats négatifs n'ont qu'une valeur relative, une valeur d'indication, non de démonstration.

Ainsi comprise et utilisée, l'injection de tuberculine, procédé facile à employer, donne des résultats cliniques d'un grand intérêt.

M. Landouzy a montré quels services elle peut rendre pour démasquer la tuberculose chez les chlorotiques, les asthmatiques, les rhumatoïdants, les lupiques, les méningitiques, les sujets atteints de sciatique, les malades convalescents d'une typhobacillose.

Hésite-t-on entre un lupus tuberculeux et une syphilide lupiforme, l'infection de tuberculine tranchera le diagnostic, en provoquant, en cas de bacillose, une réaction générale et une réaction cutanée.

Chez les pleurétiques, les injections de tuberculine ont donné une réaction positive dans 87 cas sur 100, résultats analogues à ceux que fournit l'inoculation du liquide pleural au cobaye.

Dans un cas de néphrite parenchymateuse chronique de cause inconnue, chez un individu qui n'avait pas d'autre antécédent pathologique, l'épreuve de la tuberculine m'a permis d'attribuer la lésion rénale à une tuberculose latente.

Maintes fois la réaction à la tuberculine m'a permis d'affirmer la nature tuberculeuse de certaines chloroses que l'examen des poumons et la recherche des antécédents m'avaient seulement fait soupçonner.

C'est encore la réaction positive à la tuberculine aussi bien que le résultat négatif du séro-diagnostic de Widal qui nous permet de caractériser comme typhobaullose certains états typhoïdes qu'avant Landouzy l'on avait tendance à rattacher à la dothiénentérie.

C'est enfin la fréquence des réactions à la tuberculine (6 fois sur 11 dans les cas de Souques et Cawadias ; 10 fois sur 10 dans les cas de Milian) qui nous fait penser que le rhumatisme chronique progressif pourrait bien être souvent d'origine tuberculeuse.

La très intéressante statistique de Max Beck, qui porte sur 2508 malades, a montré que :

Les chlorotiques réagissent dans la proportion de	50,3	p. 100
Les sujets atteints de catarrhe du sommet du poumon	85,2	—
Les pleurétiques	73,2	—
Les adénopathiques tuberculeux	94	—
Les sujets atteints de végétations adénoïdes	92,3	—

Möller, s'appuyant sur une statistique de 8000 cas environ, observés par Beck, Kremser, Bandelier, Möller, Cickert, Rœpke, Löwenstein et Rappoport, Hammer, Guttstadt, Freimuth, Grunewald, Neisser, Biswausger, Franz, nous apprend que les malades des sanatoria réagissent dans 90 p. 100 environ des cas, tandis que les malades des hôpitaux ou des policliniques ne fournissent que 75 p. 100 de cas positifs ; les tuberculeux pulmonaires avec bacilles de Koch dans les crachats réagissent à peu près dans 100 p. 100 des cas.

Chez les enfants où la tuberculose est souvent si difficile à dépister, le tuberculino-diagnostic est d'une grande utilité : il permet de reconnaître la nature bacillaire d'une méningite, d'une péritonite, d'une pneumonie, d'une entérite, d'une otite, etc., de distinguer l'adénopathie tuberculeuse de la coqueluche etc.

Les données fournies par le tuberculino-diagnostic militent contre l'hérédité de la tuberculose : les enfants de tuberculeux, lorsqu'ils sont assez jeunes pour n'avoir point encore été contagionnés par leurs parents, ne réagissent pas à la tuberculine (Schreiber).

Les résultats obtenus ne sont pas seulement utiles au point de vue théorique pour aider à démontrer la nature tuberculeuse méconnue jusque-là de certaines affections.

Un intérêt pratique considérable en ressort parce que les malades pour qui l'épreuve a été positive seront dorénavant considérés et traités comme des tuberculeux et soumis aux règles d'hygiène et de thérapeutique usitées en pareil cas.

La tuberculine devient donc ainsi, d'une façon médiate, puisqu'elle n'a pu l'être d'une façon immédiate, un moyen de thérapeutique. En affirmant le diagnostic, en rendant possible un diagnostic précoce et certain, elle permet d'attaquer la maladie à ses débuts, à une période où les médications ont infiniment plus de chance d'être efficaces.

Il y a parfois un intérêt majeur, social, à savoir si certains malades sont tuberculeux : ainsi aux Enfants-Assistés, avant d'envoyer en province chez des particuliers, certains enfants qu'il soupçonne atteints de tuberculose, le professeur Hutinel les soumet à l'épreuve de la tuberculine, pour ne pas s'exposer à importer dans une famille jusque-là indemne des germes de tuberculose.

Entre les mains du professeur Hutinel et de ses élèves Gaffié et Bertherand, entre les mains de Grasset et Vedel, de Mettetal, de Combemale, de Claisse et de bien d'autres encore, le tuberculino-diagnostic a

donné des résultats très remarquables. Les médecins de sanatorium Kuss, Guinard, Rumpf, Turban, Möller, Lowenstein, Ostrowsky sont convaincus de son utilité pour dépister et affirmer la tuberculose.

La cause du tuberculino-diagnostic est tout à fait gagnée aujourd'hui en médecine vétérinaire. Il est devenu un procédé classique enseigné dans les livres et dans les cours de l'Ecole d'Alfort.

A l'hygiène publique il rend de grands services en permettant d'éliminer les animaux tuberculeux ; dans les fermes de l'Etat il est imposé ; dans les fermes des particuliers, qui trouvent leur avantage à être bien renseignés, il est souvent réclamé.

En médecine humaine il ne faut point se dissimuler que son emploi est délicat et qu'il ne peut être manié par les médecins inexpérimentés et qu'à cause des réactions désagréables — quoique inoffensives — dont il s'accompagne, il doit être employé avec la plus grande circonspection. Entre des mains habiles, le tuberculino-diagnostic devient un moyen précieux par son emploi, écrivait le professeur Landouzy, « la nosographie s'éclaire, se complète et se reforme ; la clinique aussitôt en tire des indications thérapeutiques précises ; et de la nouvelle interprétation des faits, l'étiologie, la pathogénie, la prophylaxie, le traitement des maladies profitent, l'hygiène, la santé publique, l'économie sociale, la fortune du pays bénéficient. »

BIBLIOGRAPHIE

Discussion sur la réaction à la tuberculine; l'emploi de la tuberculine pour le diagnostic de la tuberculose : à MM. Souques, Cawadias et Claisse, Sicard, Descomps, Comby, F. Bezançon, Milian, H. Labbé : Soc. méd. des hôpit., 7, 14, 21 et 28 juin 1907.

Valeur pratique de la tuberculine dans le diagnostic et le traitement des lésions tuberculeuses. Discussion à la Société d'études scientifiques sur la tuberculose, par MM. Guinard, Küss, F. Bezançon, Petit, Vallée : *Bulletin méd.*, 1er août 1906, n° 60.

Une nouvelle méthode de diagnostic de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine de Koch : MM. Möller, Löwenstein, Ostrowsky : Congr. internat. de la tuberculose, Paris, 1900, 1re section « Pathologie médicale », p. 373.

Le traitement de la tuberculose dans les sanatoria : M. Möller, in *L'état de la lutte contre la tuberculose en Allemagne*, p. 112 : Congr. de Paris, 1906.

Grasset et Vedel. Acad. de méd., 25 fév. 1896.

Combemale, Ve Congr. de méd. intern., Lille 1899.

Hutinel. Soc. méd. des hôpit., mars 1895.

Mettetal. Th. de Paris, 1900.

Gaffié. *Diagnostic de la tuberculose pulmonaire infantile par les injections de tuberculine*, Th. de Paris, 1895.

Bertherand. *Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire*, Th. de Paris, 1899.

Guida. Les essais faits avec la tuberculine dans la maladie des enfants, *Riforma med.*, 1892.

Escherich. *Jahrbuch f. Kinderheilk.*, 1892, t. XXXIII, p. 368.

Epstein. *Prager med. Wochens.*, 1891, nos 1 et 2.

Max Beck. *Deuts. med. Wochens.*, 2 mars 1899.

Nocard. *Annales de l'Institut Pasteur*, 25 janv. 1892 ; — Les tuberculoses animales, *ibid.*, 1895, p. 71.

Nocard et Leclainche. *Les maladies microbiennes des animaux*, 1896, p, 542.

Mouton. Die Wirth di Tuberculin als Diagnostic, *Munch. med. Wochens.*, 1897, n° 22.

Hutinel. Les effets des injections sous-cutanées chez les enfants tuberculeux, *Semaine méd.*, 1895, p. 117, et Congr. de la tuberculose, août 1898.

Sirot. *Semaine méd.*, 1897, n° 53, et Congr. de la tuberculose, août 1898.

Fraikin et Buard. *Presse méd.*, 1er oct. 1898, p. 200.

Schreiber. *Deuts. med. Wochens.*, 1891, p. 316.

Landouzy. *Les sérothérapies*, XXVIe leçon, p. 459.

Blache. IVe Congr. de la tuberculose, Paris 1898.

Bosc. *Presse méd.*, 1896.

Debove. Soc. méd. des hôpit., mars 1895.

Ardin-Delteil et Carrière. Injection de sérum chez les tuberculeux, Congr. de Montpellier, avril 1898, et Soc. de biol., 23 avril 1898.

Fraikin et Buard. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 26 juin 1898, p. 305.

Strauss et Teissier. Congr. de la tuberculose, juillet 1893.

Goldschmidt. *Berl. klin. Wochens.*, 1891.

Babes et Kalindero. Congr. de la tuberculose, 1893, et *Deuts. med. Wochens.*, 1891.

VARIÉTÉS

NOTE A PROPOS DE LA SALUBRITÉ DE L'OASIS DE GAFSA

En raison de l'envoi du 17e à Gafsa, dans ces derniers temps, on a beaucoup parlé pour ou contre la salubrité de ce poste.

Il est à Gafsa une affection avec laquelle il faut compter, c'est la bilharziose (schistosomum hœmatolium).

Dans la Régence, il y a deux centres principaux de bilharziose : Gabès et surtout Gafsa, où j'ai signalé l'affection en 1891; la maladie, qui sévit à l'état endémique dans l'oasis, s'y montre particulièrement fréquente et sévère.

Au dire du malade que j'ai observé à l'époque et qui urinait des milliers d'œufs de bilharzia, dans ce même détachement de Gafsa, en même temps que lui, il y avait quatorze autres malades qui présentaient des urines sanglantes.

Ces constatations doivent attirer l'attention sur cette infestation, dont la prophylaxie, tant qu'à présent, consiste : à surveiller les sources d'eau potable pour en empêcher la contamination par les urines et les fèces ; à boire de l'eau bouillie ou filtrée, à s'abstenir de légumes crus ou de salades qui peuvent être contaminées par les déjections des malades atteints (1).

Dr J. BRAULT,

professeur à l'École de médecine d'Alger.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

(1) Ces dernières doivent être autant que possible stérilisées.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 86. — MARDI 30 JUILLET 1907. 80e ANNÉE. MARDI 30 JUILLET 1907. — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*
S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

Paris, le 29 juillet 1907.

LE PROCÈS CORMON : IMPRESSIONS D'AUDIENCE

Les débats qui viennent de se dérouler devant la neuvième Chambre n'auront pas seulement servi à mettre hors de cause le docteur Cormon. Ils auront montré aussi jusqu'où peuvent aller, même chez des gens intelligents, les préjugés et les erreurs vis-à-vis des médecins.

Ces erreurs, ces préjugés, Me Moro-Giafferi se chargea de les condenser dans sa plaidoirie. L'injure et l'ironie n'y furent point épargnées au corps médical. Heureusement, l'injure était trop basse et l'ironie trop lourde pour l'atteindre. Il nous a cependant paru intéressant de recueillir, au cours de cette plaidoirie, quelques propositions dignes de ne point tomber dans un injuste oubli.

N'insistons pas sur les qualifications de : « restriction mentale, de mensonge, de faux témoignage, » appliquées aux dépositions de deux honorables médecins qui durent se trouver bien surpris d'être traités de « disciples d'Escobar ». Mentionnons les termes de « mauvaise foi clairement démontrée... Solidarité la plus étroite et la plus coupable... Solidarité criminelle... d'attitude scandaleuse et honteuse des médecins qui ont passé à la barre... de cette sarabande de médecins aussi propres à jouer du verbe qu'à jouer du bistouri... inondant l'avocat d'un fatras plus littéraire que scientifique... ». Ainsi furent traités Dieulafoy, Kirmisson, Rénon, Triboulet, Beurnier et Jalaguier, « l'appendiculaire par excellence. » Ce n'était là, pour Me Moro-Giafferi, qu'un « monome scientifique » ! Et l'ensemble des dépositions de ces maîtres respectés lui arrache ce cri mélodramatique : « En voyant cette solidarité se produire à l'encontre de la justice, je me suis dit : Faut-il qu'il y ait entre ces gens de cadavres ! » Le jury du concours des hôpitaux ne fut point à l'abri des soupçons du jeune avocat, et sans l'interruption prudente du président Toutain, l'impartialité de cette haute assemblée eût été froidement mise en doute. — Admirez ce portrait du professeur Dieulafoy : « Avec un sans-gêne que seule peut expliquer l'inexpérience, on tourne le dos au tribunal pour interpeller l'expert... et cambré dans la redingote du général Foy, on montre une belle fougue qui rappelle l'éloquence militaire des demi-solde d'autrefois... » et le geste d'un témoin « pirouettant sur les talons rouges qui lui restent du médecin de Molière »...

Car l'avocat nous mena jusque-là, et même il nous fit aller « d'Hippocrate à Dieulafoy, en passant par Diafoirus ». Il commit par malheur, dans ce voyage, quelques imprécisions historiques, lorsqu'il avança par exemple que « le grand corps médical rappelle ceux qui ont fait brûler Galilée »... Mais où il fut vraiment merveilleux, c'est dans l'exposé et la discussion des faits de la cause. Voyez plutôt : « Un de ces savants que les médecins ignorent et qui sont plus souvent que les médecins : un physicien, un chimiste (Pasteur n'était pas médecin) aurait pu prévoir la formation de l'escare ! » Pour les anatomistes, cette description de l'appendice : « A la fin du grand côlon, il y a un organisme particulier, représentant un appareil à injection dont l'appendice serait le tuyau. » — Lequel donc, Maître, n'avez-vous jamais vu : l'appendice ou l'appareil à injection ? — Aux amateurs d'anatomie pathologique, ces théories : « Les adhérences, choses qui rappellent les tissus mortifiés qui, eux aussi, sont du tissu fibreux. » — Saviez-vous, cliniciens, hommes de peu de science, que « la glace peut dans la suite ramollir les tissus qu'elle avait durcis » ? Et avez-vous jamais conseillé de « continuer la glace, pour permettre la suppression des adhérences » ? Et nous pourrions citer ainsi textuellement, longtemps encore, car Me Moro-Giafferi parla pendant plus de deux heures sur ce ton-là, pour

la plus grande joie des nombreux médecins présents à l'audience. Nous terminerons par cette perle, digne des plus profondes méditations : « Il n'y a que des hypothèses en matière de science ! »

Tout autre fut la plaidoirie de Me Decori, défenseur du docteur Cormon. Pleine de mesure, de tact et de simplicité, elle exprima avec clarté tout ce qui devait être dit. Elle fut en tout point digne de la cause de notre confrère. Tout au plus l'excellent défenseur se permit-il de faire remarquer à son contradicteur, qu'ayant reproché à Dieulafoy d'avoir parlé en avocat, il était mal fondé, lui, avocat de la partie civile, à bâtir des théories médicales — et qu'à tout prendre Dieulafoy s'était montré bon avocat et Me Moro-Giafferi, bien mauvais médecin.

Gageons, pour conclure, que dès sa prochaine colique, oubliant l'adresse des physiciens et des chimistes, ces « véritables savants » qui lui sont si chers, Me Moro-Giafferi se hâtera de faire venir un de ces « prétendus savants » dont il a dit tant de mal, et qui s'empresseront de lui faire tout le bien qu'ils pourront.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours de l'adjuvat s'est terminé par la nomination de M. Thévenet.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — Sont chargés pour l'année scolaire 1907-1908 : M. le docteur Oui, professeur-adjoint à la Faculté de médecine de Lille : *a.* du cours théorique d'accouchement pour les élèves sages-femmes; *b.* d'un cours complémentaire d'hygiène de la première enfance; — M. le docteur Gérard (Georges), agrégé près la Faculté de médecine de Lille : de l'enseignement de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie élémentaire pour les élèves sages-femmes ; — M. le docteur Bué, agrégé près la Faculté de médecine de Lille, du cours clinique d'accouchements pour les élèves sages-femmes.

ÉCOLES DE MÉDECNE. — NANTES. — M. le docteur Bureau (Maurice), ancien suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, chargé d'un cours de thérapeutique à l'Ecole de médecine de Nantes, est nommé professeur de thérapeutique à ladite Ecole à partir du 1er novembre 1907.

— POITIERS. — Un concours s'ouvrira le 3 février 1908, devant la faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Poitiers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Le ministre de l'Intérieur adresse une circulaire à MM. les préfets, relative à la nécessité d'appliquer intégralement la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique, et il indique diverses questions à soumettre, à ce sujet, aux conseils généraux :

« C'est des conseils généraux, dit-il, que dépendent notamment les mesures propres à assurer la protection des enfants du premier âge et le développement de la puériculture; c'est de lui que dépend aussi l'organisation rationnelle des services départementaux de vaccination et de désinfection. Il est du plus haut intérêt qu'au cours de la session d'août ces services de désinfection soient établis.

Le conseil général peut encore beaucoup pour stimuler et coordonner les initiatives... Les membres du Conseil d'hygiène et des commissions sanitaires doivent être des propagandistes de l'hygiène sociale.

En dehors des résultats matériels obtenus, le fonctionnement des services de désinfection aura pour effet de faire l'instruction hygiénique du peuple. C'est une œuvre essentiellement éducatrice. »

Le ministre insiste, en terminant, sur « la nécessité d'entreprendre une lutte active contre la tuberculose (maladie qui n'entraîne point encore aujourd'hui la déclaration obligatoire et pour laquelle il n'est procédé à la désinfection que sur la demande de l'intéressé). Il attache le plus haut prix à ce que les conseils généraux émettent le vœu que le gouvernement, modifiant le décret du 10 février 1903, rende obligatoire la désinfection après chaque décès, sauf en cas de production d'un certificat médical établissant que la maladie cause du décès n'était pas contagieuse ».

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 23 juillet 1907, ont été promus dans le cadre auxiliaire du corps de santé :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée territoriale Darde, Tartière, Aubertin, Woirhaye, Hermann et Kauffmann.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de réserve ou de l'armée territoriale Deschamps, Tissot, Bouvet, Darlan, Jousse, Bloch, Girardeau, Faucher, Seuvre, Poupon, Castelli, Lévy, Aubry, Poujol et Lejars.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de réserve Pactet, Dutremblay, Vaudremer, Douarre, Frémicourt, Faidherbe, Adda, Salomon, Bompaire, Morange, Dunogier et Fieux.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Laurent, Verrier, Froidure, Thomas-Duris, Paillard, Boudaud, Vassal (P.), Thiébault, Riche, Saucerotte, Toussaint, Baur, Vassal (A.), Etienne, Lacoste, Decréquy, Raynaud, Angot, Cornebois, Barjon, Louviot, Peyré, Grivet, Sesquès, Jacqueau, Basset, Triboulet, Branthomme, Vanhoutte, Laffage, Bourdon, Dutard, Perrenot, Prévot, Royet, Dubrueil, Chaumont, Marquet-Deschiens, Lasserre, Trouillet, Escat, Frenkel, Darras, Daraignez, Boury, Chassevant, Genouville, Saint-Hilaire, Porte, Dailliez, Caron, Compagnion, Levrat et Duval.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1029.*)

RHUMATISME CHRONIQUE

ÉLECTROTHÉRAPIE

Par le docteur Paul-Charles PETIT,
Médecin-électricien.

Sous cette dénomination on a certainement compris nombre d'affections très disparates.

Notre but étant avant tout de faire œuvre thérapeutique, nous aurons peu souci de respecter les classements des auteurs. Il nous paraît plus utile de rappeler les tableaux cliniques les plus usuels et de dégager quelques notions de saine thérapeutique.

Le rhumatisme chronique peut être l'aboutissant normal du rhumatisme articulaire aigu. Ce n'est peut-être pas très fréquent. En général, il s'installe sournoisement chez des individus de source arthritique ou que le froid humide a touchés. Il nous semble indéniable que l'abus du régime carné dans les villes, et la cuisine des restaurants sont de larges pourvoyeurs de toutes les formes de l'arthritisme, caméléon aux changeantes couleurs.

Quoi qu'il en soit, certaines gens éprouvent de-ci de-là des douleurs vagues, mobiles. Elles n'empêchent pas ou peu les occupations ordinaires, c'est un point de sciatique fugace, c'est encore au réveil un peu de gêne dans les mouvements d'une épaule, d'un genou, etc. Ces phénomènes sont passagers encore. Un changement de température, de saison, un excès de régime, vont se charger des récidives. Les malades consultent rarement pour ces misères, première étincelle d'un incendie toujours prêt à s'allumer. Leur avenir, ce sont les localisations tenaces, les ankyloses partielles parfois totales et ainsi rentrons-nous dans les tableaux cliniques que nous allons maintenant dérouler.

Les nodosités d'Heberden peuvent accompagner les symptômes précédents. Elles sont placées sur les côtés des dernières phalanges des doigts. Ordinairement silencieuses, ces petites duretés font parfois souffrir sous les influences les plus diverses.

D'autres malades ont passé par les phases précédentes, mais leur affection semble se complaire dorénavant en une jointure, épaule, genou, etc. Dans ce cas, les douleurs sont vives, la peau est parfois rosée, un peu chaude.

Il y a peu ou pas de fièvre, le gonflement est assez accusé. Ces phénomènes aigus durent plus ou moins longtemps et seuls vont persister le gonflement et l'impotence fonctionnelle.

Palpez ces articles et vous aurez d'abord la sensation que tout est pris : On distingue bien encore la rotule s'il s'agit du genou, mais les parties latérales sont épaissies, il est difficile de bien apprécier les divers tissus. Le condyle interne, le plateau du tibia sont gros, il y a comme une tendance à la subluxation qui est d'ailleurs un aboutissant de toutes ces formes.

L'impotence est manifeste. Le malade ou ne peut marcher ou se fatigue très vite, ou bien c'est la position étendue qui est difficile. L'épaule est-elle prise, les mouvements d'élévation ou de rotation sont limités. A la longue les mouvements s'accompagnent de craquements, témoins des lésions synoviales et cartilagineuses.

Le rhumatisme chronique sous la forme de nodosités d'Heberden ou limité à peu d'articles peut là cesser ses ravages. Plus souvent il tend à devenir déformant. Il est une forme qui débute par les petites articulations, s'accompagne de douleurs, de craquements.

Les lésions des tissus s'accusent assez vite pour que les attitudes vicieuses se montrent précoces. Les autres articles se prennent à leur tour et la malade — car les femmes sont surtout atteintes — est bientôt une infirme, incapable de se mouvoir et qu'attend la chaise longue ou le fauteuil des éclopés.

C'est à cette forme que Liébert consacrait sa thèse inaugurale (Paris 1907). Nous n'insisterons pas sur les symptômes, car il faudrait énumérer toutes les déformations rhumatismales que Lancereaux a depuis longtemps décrites. Les traités classiques s'en occupent tous surabondamment. Disons encore que l'examen des urines chez tous ces malades est du plus haut intérêt.

Chez tous, et dès le début, on trouvera les phénomènes de l'arthritisme, les modifications du taux des matériaux fixes, de l'urée, etc.

Il est une forme encore que l'on voit souvent. Les malades, surtout l'hiver, ont des douleurs tenaces dans les doigts, dans les épaules, dans les genoux. La région occipitale est des plus sensibles et ces malheureux sont constamment emmitouflés. Des névralgies pénibles s'installent, surtout dans la face, l'occiput et le dos. Il y a chez ces patients comme un mélange de toutes les formes ; ils ont des nodosités d'Heberden. Les mouvements font craquer les jointures sans qu'il y ait arthrite sèche véritable. Le rachis est douloureux. Ces malades ont souvent des bourdonnements d'oreilles, des troubles subjectifs de l'ouïe. Le moindre courant d'air les affole. Ils font de leurs maux — qui sont réels — une description sans fin. Et cela dure des années. Neurasthéniques, dira-t-on. Certainement, mais avant tout, arthritiques jusqu'aux moelles. Et ce serait une faute que de les traiter comme des nerveux sans songer que leur hypocondrie et bien d'autres de leurs maux ne demandent qu'à suivre l'arthritisme dans sa retraite.

Quelle doit être la conduite à tenir en face de ces lésions ? Eliminons tout d'abord les nodosités d'Heberden. On ne peut rien contre elles: elles sont la signature d'un état général inférieur ; l'encre de la signature est indélébile, c'est l'état général qu'il faut soigner.

Avant toute chose, il faut à tous ces malades un régime sévère lacto-végétarien.

Foin des bourgognes fameux et des festins giboyeux ! Bien des gens resteraient indemnes du rhumatisme chronique s'ils observaient une meilleure hygiène. On est épouvanté devant ces dîners de famille aux vins généreux, aux viandes multiples, aux pâtisseries de toute sorte, etc.

Dans le Nord, presque chaque dimanche ces repas se prolongent jusqu'au soir. L'air est confiné, la fumée des cigares vient le rendre irrespirable. Encore si un exercice un peu violent venait chasser ces toxines! Mais nul ne songe à sortir et la sédentarité ajoute ses effets nocifs à ceux du repas, qu'un souper copieux vient encore parfaire.

Je ne suis pas l'ennemi du bon vin, mais encore faut-il une mesure et surtout une bonne hygiène, de la marche, des sports. On devrait, les jours ordinaires, ne prendre de viande qu'à l'un des repas de la journée, et de préférence à midi. Soyons des omnivores au déjeuner, restons végétariens au dîner.

Les crises subaiguës, les douleurs seront traitées médicalement par les méthodes ordinaires. Mais les médicaments ne seront que des palliatifs; seuls les agents physiques pourront enrayer les progrès de l'affection.

Contre les douleurs vagues, exacerbées de loin en loin, il faut une électrisation générale, et la haute fréquence paraît le mieux réussir. La meilleure technique me paraît être d'asseoir le sujet sur un tabouret isolé. Il tient en main un bâton métallique relié à l'un des pôles du résonnateur ou du solénoïde de haute tension. L'autre pôle projette des effluves intenses soit sur le rachis, soit sur les divers articles.

Le lit condensateur peut rendre aussi de bons services.

Il suffit de suivre ces malades au point de vue urinaire pour apprécier, pour toucher du doigt les changements profonds dans la nutrition. Un mieux être s'empare d'eux; ils se sentent vraiment améliorés.

Cette médication et le régime lacto-végétarien combinés avec l'horreur de la sédentarité sont les meilleures armes à cette période du rhumatisme chronique. Mais on ne modifie pas une diathèse en quelques jours. Les imprudences de plusieurs générations se sont condensées dans un organisme, ainsi s'explique la longueur du traitement. Un arthritique, en dehors même des crises, devrait observer cette hygiène toute sa vie, et ne pas laisser une année se passer sans se soumettre à quelques séances de haute fréquence.

Si l'impotence semble vouloir s'installer, il faut être très énergique en ses moyens d'action. C'est faute de recourir de suite à l'électricité, que le traitement va se prolonger avec un bénéfice parfois bien incertain.

C'est au courant continu (courant de pile) qu'on s'adressera contre ces manifestations articulaires. Le temps est loin déjà où ses bons effets furent signalés. Quand on relit les beaux résultats de Chéron en 1869, d'Onimus en 1888, et de tant d'autres, on s'étonne du temps qu'il a fallu aux médecins pour y accorder quelque créance.

Le manuel opératoire est des plus simples. Il faut avoir à sa disposition une source de courant continu qu'accompagne un milliampèremètre, un rhéostat graduant progressivement ce courant. Chaque pôle est relié à une plaque métallique dont la peau est protégée par de la ouate mouillée chaude ou un enveloppement conducteur quelconque. Les plaques ou électrodes sont fixées sur l'article; le malade les maintient ou un cordon les fixe. On peut encore mettre le membre dans un bain d'eau chaude qui reçoit une plaque, l'autre électrode étant sur la jointure.

Mais ce sont là des détails de technique réservés au spécialiste. Le courant est progressivement débité jusqu'à la limite supportable.

Au cours de la séance, on peut augmenter si le malade le supporte. La séance sera longue, une demi-heure, une heure même. On ramènera le courant au 0, et la séance est ainsi terminée.

Sans vouloir être trop optimiste, on peut affirmer que si cette médication compte des échecs — et quelqu'une en est-elle exempte? — on obtient souvent des résultats surprenants. Si les déformations ne disparaissent pas entièrement, les malades du moins cessent de souffrir et reprennent leurs occupations et leurs promenades anciennes.

La haute fréquence sera employée concurremment et combattra l'état général. Une autre médication fait grand bruit en ce moment, c'est l'*électrolyse médicamenteuse*, ou si l'on préfère la *médication des ions*. Le principe est de faire pénétrer, dans la région malade, des particules médicamenteuses au moyen du courant continu.

Ces solutions sont choisies selon les cas et selon le résultat que l'on veut obtenir : salicylate de soude, sels de lithine contre l'état arthritique; chlorure de sodium contre les raideurs, les ankyloses etc.

La technique est celle que je viens d'exposer pour le courant continu. On imbibe seulement une des électrodes de la solution employée que l'on place à l'un ou l'autre pôle selon l'effet que l'on veut obtenir. Je m'explique : si l'on emploie le chlorure de sodium, c'est le chlore qui doit agir par ses propriétés réductrices sur les ligaments, etc.

Mettez donc votre solution au pôle négatif (cathode). Le courant continu va la décomposer et les particules libérées de chlore ou ions (*io*, je vais, je chemine) vont pénétrer pour aller à la rencontre du pôle positif. Elles traverseront donc l'organisme et produiront leurs effets.

Les ions acides ou métalloïdiques tendent à gagner le pôle positif, les ions basiques le négatif. C'est un principe général de la médication.

Ce traitement par les ions, signalé il y a plusieurs années déjà par Foveau de Courmelles, Guilleminot, etc., et développé récemment par Leduc, éclaire à mon sens tous les succès constatés par le courant continu dans les ankyloses.

Les plaques étaient toujours mouillées d'eau salée ou simple. Or, l'eau contient toujours du chlorure de sodium. La décomposition de celui-ci réalisait la pénétration du chlore qui continuait ensuite l'amélioration.

Le mérite de Leduc sera d'avoir étendu les bienfaits de la médication ionique à bien d'autres affections et déjà la symphyse pleurale, l'urétrite et certaines affections oculaires bénéficient de l'électrolyse médicamenteuse. Le tube digestif — organe de première importance chez les rhumatisants chro-

niques — ne souffrira plus du contact des médicaments qu'on le forçait à ingérer, et ce n'est pas le moindre avantage de la médication électrique.

Il serait injuste de ne pas constater la part de succès des massages, des mouvements prudemment progressifs, des bains de boue (Dax, Saint-Amand), des applications de sable chaud et même de pointes de feu profondes.

Certains arthritiques se trouvent bien de sudations fréquentes. Les bains de lumière électrique, les bains d'air surchauffé, leur rendront de très grands services.

N'oublions pas que les rhumatisants chroniques voient souvent les muscles juxta-articulaires, être le siège d'atrophies rapides. Un électro-diagnostic bien fait renseignera sur l'état de ces muscles et dictera la conduite à suivre : faradisation ou galvanisation rythmées.

En résumé, le rhumatisme chronique est une affection grave par les déformations et les infirmités qu'elle amène. Le développement dans les masses des règles d'hygiène peut en préserver beaucoup. Il faut s'acharner contre elle par un régime bien compris et bien observé, par la sobriété, par une vie active. Les agents physiques seront puissamment utiles et en particulier l'électrothérapie bien faite et patiemment appliquée. Celle-ci donnera d'autant meilleurs résultats qu'on lui demandera plus tôt son concours.

N'est-ce pas Charcot qui disait : Aucun médicament n'est capable à lui seul de guérir le rhumatisme chronique progressif et seule la réunion de moyens hygiéniques et diététiques avec les premiers est capable en intervenant à propos d'enrayer ou de modérer la marche de l'affection ?

MÉDECINE PRATIQUE

LE PYRAMIDON DANS LA PRATIQUE ODONTOLOGIQUE (1).

Le docteur Carl Fuchs (de Berlin) préconise le pyramidon comme un analgésique précieux pour la thérapeutique odontologique, dont l'emploi mérite d'être généralisé.

Les douleurs violentes qui suivent environ dans 80 p. 100 des cas les applications locales d'acide arsénieux en vue de détruire la pulpe, ont cédé dans sa pratique, dans tous les cas, au bout de dix minutes après absorption d'une dose moyenne de 0g4 de pyramidon.

Encouragé par ces résultats, l'auteur essaya de suppléer à l'anesthésie locale obtenue avec les injections de cocaïne par l'action du pyramidon associé aux badigeonnages de cocaïne à 20 p. 100. Chez des sujets très sensibles, il parvint ainsi, en donnant 0g5 de pyramidon vingt minutes avant l'intervention, à rendre la douleur provoquée par celle-ci « supportable », selon l'expression des malades. Cependant l'analgésie ainsi obtenue ne fut jamais comparable à l'anesthésie provoquée par l'injection d'une solution de cocaïne à 1 p. 100.

Mais c'est surtout contre les douleurs qui suivent l'extraction dentaire, que le pyramidon serait, d'après le docteur Fuchs, un analgésique des plus efficaces, supérieur à tous les remèdes locaux, orthoforme, teinture d'opium, anesthésine, etc.

(1) Cf. *Bull. gén. de thérap.*, 23 juin 1907.

Les douleurs les plus violentes disparurent au bout de dix à vingt minutes, après ingestion de 0g4 de pyramidon, chez les femmes et les enfants, de 0g5 à 0g6 chez les hommes adultes. L'action du pyramidon durerait quatre à cinq heures, et les résultats seraient éclatants.

Dans les quelques cas de névralgies du trijumeau qu'il eut l'occasion d'observer, l'auteur put rapidement calmer la douleur au moyen d'une dose de 0g5 de pyramidon ; le pyramidon salicylé se montra ici particulièremsnt efficace.

Il est utile de faire prendre au patient une position horizontale, aussitôt après l'ingestion du pyramidon, position qu'il conservera jusqu'au moment où l'analgésie sera obtenue.

Cette thérapeutique n'a jamais donné lieu aux accidents d'intolérance consistant en vomissements, vertiges, exanthèmes, conjonctivite, que certains auteurs ont cru pouvoir signaler. Une jeune fille chlorotique vomit le pyramidon immédiatement après l'avoir pris; mais elle le supporta très bien, à la suite de l'administration préalable d'une dose légère d'anesthésine de Ritsert. Certains sujets accusèrent un peu de torpeur passagère.

Le docteur Fuchs est encore d'avis que le pyramidon est très supérieur à l'aspirine dont l'action analgésiante est quelquefois nulle, et avec laquelle on a pu observer des troubles cardiaques, des symptômes de néphrite et de l'œdème des conjonctives, qui n'accompagneraient jamais l'emploi du pyramidon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 JUILLET 1907)

Ophtalmo-diagnostic de la tuberculose. — M. COMBY. Dans une nouvelle série de 50 sujets, l'oculo-réaction à la tuberculine a donné à l'auteur 15 cas positifs et 35 cas négatifs. La proportion des cas positifs est inférieure à celle des deux séries précédentes, à cause du grand nombre de nourrissons au-dessous d'un an soumis à l'épreuve.

On sait que la tuberculose est plus rare à cet âge que plus tard. En somme, sur un total de 119 cas, il a obtenu 53 réactions positives et 66 réactions négatives, ce qui donne un pourcentage de plus de 44 d'enfants tuberculeux.

La solution de tuberculine à 1/200 donne des réactions aussi nettes que la solution à 1/100, sans exposer aux réactions trop violentes de cette dernière solution.

Chez les enfants qui avaient réagi, 4 ont été autopsiés; ils présentaient des lésions tuberculeuses (adénopathies caséeuses, tuberculose pulmonaire, méningite). Chez ceux qui n'avaient pas réagi, 6 ont été autopsiés, ils ne présentaient pas la moindre lésion tuberculeuse.

En présence de faits aussi nombreux et aussi concluants, il est permis d'affirmer que l'oculo-réaction à la tuberculine (suivant le procédé de M. Calmette) est un moyen sûr, inoffensif et très commode de mettre en relief la tuberculose chez les enfants. Ce procédé est d'autant plus précieux qu'il est applicable à tous les cas, aux fébricitants comme aux apyrétiques, aux tuberculoses locales comme aux tuberculoses générales, aux cas avancés comme aux cas précoces. Il mérite donc d'entrer dans la pratique médicale courante.

Chorée de Huntington tardive, sans hérédité similaire, chez une ancienne choréique de Sydenham. — M. Ribierre présente une malade de soixante et onze ans, chez laquelle s'est développé progressivement depuis quatre ans, un syndrome choréique du type de Huntington. Les particularités qui méritent d'être retenues dans cette observation, sont l'absence d'hérédité similaire, le développement de l'affection à un âge relativement avancé et surtout l'existence dans les antécédents de la malade d'une chorée de Sydenham qui a évolué pendant plusieurs mois à l'âge de cinq ans. Un des fils de la malade, mort accidentellement depuis, a été lui-même atteint de chorée de Sydenham à huit ans. Les aptitudes choréigènes de cette femme s'affirment ainsi et s'objectivent sous deux types différents, à deux périodes extrêmes de l'existence et cette observation plaide en faveur de l'étroite affinité de ces deux formes d'un même groupe morbide.

Les troubles psychiques ont consisté en modifications du caractère devenu fantasque, hargneux, exigeant, en un délire épisodique avec menaces de suicide, au début de la maladie, enfin en un affaiblissement intellectuel, encore minime, mais indiscutable. Si l'on a soin de confronter l'état actuel avec l'état antérieur de l'intelligence, règle de sémiologie psychiatrique banale, mais trop souvent méconnue.

Constatation directe par simple coloration du bacille d'Achalme dans le sang d'une rhumatisante. — MM. J. Thiroloix et Georges Rosenthal ont examiné sur lamelles le sang d'une malade de vingt-quatre ans, atteinte d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu sans ombre de complication viscérale, qui a guéri en quatre jours par le traitement classique. Ces lamelles ont montré la présence d'un bacille ayant la morphologie ordinaire du bacille d'Achalme.

La mise en culture du sang a donné dans le tube cacheté de Rosenthal des cultures peu vivaces au début du seul bacille anaérobie.

Malformations congénitales et acquises. Lésions nerveuses multiples (syringomyélie congénitale et hémiplégie cérébrale infantile). — M. Henri Dufour. Une jeune fille de seize ans et demi est atteinte de malformations multiples : division congénitale du voile du palais ; hypertrophie du sein droit. Elle présente également une très riche symptomatologie nerveuse que nous allons énumérer : signe de Babinski bilatéral, signe de l'éventail à droite seulement, réflexes rotulien, achilléen exagérés à droite ; réflexe achilléen conservé à gauche, rotulien aboli à gauche ; démarche spasmodique à droite ; steppage à gauche avec pied tombant par paralysie du groupe antéro-externe. Hypertrophie du membre inférieur droit. Atrophie du membre inférieur gauche. Atrophie des muscles du bras droit ; réflexes tendineux légèrement forts de ce côté. Mouvements athétoïdes de la main et du pied droits, qui ont forcé la malade à apprendre à écrire de la main gauche. Légère déviation de la face vers la gauche.

De plus, il y a de l'anesthésie non absolue au niveau du membre inférieur gauche, du tronc jusqu'au milieu de la première dorsale avec léger empiètement sur la face interne du bras gauche. Anesthésie de la main droite, hypoesthésie sur la face interne du bras droit. La sensibilité est modifiée dans tous ses modes.

Au début de ces accidents la malade aurait eu des convulsions. Le cas est complexe, il rappelle à la fois, par certains côtés, l'hémiplégie cérébrale infantile, le syndrome de Brown-Séquard, la syringomyélie. Peut-être y a-t-il une malformation congénitale syringomyélique de la moelle (Virchow, Leyden, Hoffmann) dont l'auteur a déjà rapporté des exemples en 1897.

Spirilles pathogènes et saprophytes. — MM. de Beurmann et Gougerot inaugurent leurs travaux sur les spirilloses par cette note préliminaire. Ils apportent et font comparer des préparations montrant l'étroite ressemblance morphologique qui existe entre les agents pathogènes de maladies distinctes, en particulier entre les spirilles du pian et ceux de la syphilis. Cette ressemblance est telle dans ce cas particulier que l'inoculation au singe peut être nécessaire pour distinguer les deux agents.

D'après la morphologie des parasites ils distinguent deux grands groupes de spirilloses ; les unes caroctérisées par des spirilles longs et épais comme le spirille de Vincent ; les autres par des spirilles fins comme le tréponème syphilitique et le spirochète pianique.

Ils insistent sur les associations de plusieurs spirilloses dans la même lésion et sur l'importance des spirilles saprozoïtes dont il est possible que la virulence s'exalte.

Les ressemblances entre l'aspect de certains spirilles pathogènes et même saprophytes peut être l'occasion de diverses erreurs de diagnostic.

Sporotrichose due au sporotrichum Beurmanni. — MM. de Beurmann et Gougerot présentent un treizième cas de sporotrichose due au sporotrichum Beurmanni ; leur huitième cas personnel ; c'est la deuxième observation de sporotrichose lymphangitique gommeuse primitive et localisée, c'est le premier exemple de localisation de cette forme de mycose au bras.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 24 juillet 1907)

Affections des voies biliaires. — M. Picqué a pratiqué l'opération de Kehr, avec succès, chez une femme de quarante-neuf ans. La vésicule et le canal cystique furent enlevés ; on trouva deux calculs dans le cholédoque qui purent être extraits ; drainage de l'hépatique ; guérison.

Résection du pneumogastrique. — A propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Faure, M. Tuffier déclare ne pas partager son optimisme et estime que cette résection peut entraîner de graves conséquences. Il rapporte l'observation d'une malade à laquelle a été réséqué un nerf pneumogastrique au cours de l'ablation d'un anévrisme de la carotide et qui a succombé à une pneumonie gangréneuse du côté opéré. Un autre malade chez lequel le pneumogastrique a été simplement excité par suite de l'ouverture d'un phlegmon du cou a présenté des phénomènes d'arrêt du cœur.

M. Morestin a eu l'occasion de réséquer trois fois le nerf pneumogastrique ; dans le premier cas il n'a eu à constater aucun accident. Dans le second cas, il a fallu réséquer, en même temps que le pneumogastrique, la carotide externe et la carotide interne. Le malade a succombé, mais la mort ne saurait être attribuée, dans ce cas, à la résection du pneumogastrique. La conclusion de M. Morestin est qu'on peut sectionner le pneumogastrique sans danger pour le malade.

Mort subite après une appendicectomie. — M. Bazy fait un rapport sur une observation adressée par M. Salesses (de

Chambéry). Il s'agit d'un jeune homme opéré vingt-quatre heures après une attaque d'appendicite; on trouva un abcès périappendiculaire. Le jeune homme mourut subitement vingt-quatre heures après. Il n'y eut pas d'autopsie. M. Bazy pense que le malade a succombé à une embolie.

Luxation du coude. — M. Bazy fait un rapport sur un cas adressé par M. Jacob. Il s'agit d'une luxation du coude méconnue, datant déjà d'un certain temps et ayant entraîné une ankylose, avec des ostéophytes péri-articulaires. On fit l'hémirésection; on enleva la partie inférieure de l'humérus, les ostéophytes, etc. Le malade, revu dix-huit mois après, présenta un résultat assez bon. Le succès, selon M. Bazy, a été très favorisé par la mobilisation précoce et le massage.

M. Quénu croit qu'on peut obtenir d'aussi bons résultats avec une bonne libération osseuse et sans une mobilisation trop précoce.

M. Nélaton pense que, pour avoir un bon résultat, il faut recourir à la résection totale et ne pas faire de la mobilisation trop précoce.

M. Berger partage cet avis et pense, comme M. Nélaton, qu'il faut donner la préférence à la résection totale.

Tétanos. — M. Potherat fait un rapport sur une observation de M. Dupray (de Genève) relative à un cas de plaie insignifiante de la face compliquée de tétanos suivi de mort, malgré tous les traitements. A côté de ce fait, M. Dupray cite celui d'un homme qui, malgré une plaie formidable de la face faite avec une bêche, venant de servir dans un champ d'équarrissage, n'eut pas de tétanos.

M. Routier rapporte à ce sujet l'observation d'une femme qui s'était blessée avec une aiguille et qui fut atteinte de tétanos. Il fit injecter du sérum antitétanique et placer la malade dans l'obscurité, l'immobilité; elle avait, le soir, 38°8. Elle eut quatre à cinq rechutes. Elle prenait 10 à 12 grammes de chloral par jour. La guérison a été parfaite après quarante jours.

Syphilis et cancer. — M. Demoulin présente un malade qui présente de la macroglossie, des lésions syphilitiques évidentes et un épithélioma, à marche rapide, de la langue.

Kyste ovarique et grossesse. — M. Morestin présente une malade qui, enceinte de quatre mois, présenta des signes d'hémorragie interne des plus graves. M. Morestin fit une laparotomie d'urgence, trouva l'abdomen rempli de sang et crut à la rupture d'une grossesse extra-utérine. Il n'en était rien; il y avait bien une grossesse utérine de quatre mois; il y avait en outre un kyste de l'ovaire qui s'était rompu et qui avait donné lieu à cette effroyable hémorragie. Il en fit l'extirpation. Il s'agissait d'une rupture par suite de torsion du pédicule. Deux jours après la malade fit une fausse couche; le fœtus était macéré et sa mort remontait à quelque temps. Cette malade était dans un état lamentable et, grâce aux injections de sérum, elle a pu être remontée et s'est rétablie.

Dilatation du côlon. — M. Tuffier présente un malade qui était atteint d'une dilatation idiopathique du côlon (maladie de Herschsprung) qu'il a traitée par l'exclusion intestinale.

M. Schwartz a observé un cas analogue. Il s'agissait d'un malade présentant un énorme côlon avec coudure de chaque côté et qui avait une constipation des plus rebelles. Il fit d'abord un anus iliaque, à droite, sur le cæcum et pratiqua secondairement une colopexie. Ce malade a bien guéri.

Curette utérine. — M. Tuffier met sous les yeux de ses collègues une curette mousse, particulière, pour le curetage utérin dans les cas de rétention placentaire.

Cancer de l'utérus. — M. Jayle lit un travail important sur le traitement du cancer du corps de l'utérus par l'hystérectomie abdominale.

Luxation du semi-lunaire et du scaphoïde. — M. Robert Picqué lit une note sur un cas de luxation en avant du semi-lunaire et du scaphoïde, datant de six mois; résection, guérison.

M. Souligoux est élu membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 27 juillet 1907)

Hyperplasie surrénale dans l'alcoolisme expérimental. — M. Aubertin, au cours de l'intoxication chronique par l'absinthe, a observé constamment des modifications hyperplasiques des glandes surrénales, particulièrement marquées chez les animaux qui résistent le mieux à l'intoxication. Chez le cobaye, il a trouvé une transformation spongieuse de la presque totalité du cortex, y compris les parties superficielles de la réticulée avec production de grosses vacuoles, hyperpigmentation et augmentation pondérale de la glande qui est souvent doublée de volume. Chez un lapin qui a survécu dix mois, il a trouvé des modifications encore plus marquées, avec formation de spongiocytes géants, plasmodiaux, tendance à l'aspect adénomateux, et même hyperplasie nette de la substance médullaire.

Ces modifications traduisent un hyperfonctionnement de la glande dont on connaît le rôle antitoxique; elles sont extrêmement marquées, non parce que l'absinthe provoque, plus qu'une autre substance toxique, de l'hyperplasie surrénale, mais en raison de la durée particulièrement longue de ses expériences, il est à noter qu'elles ne se font point par l'intermédiaire de lésions rénales qui manquent, ou sont presque nulles chez la plupart de ses animaux.

L'état du foie chez les lapins soumis au régime carné. — MM. Garnier et L.-G. Simon, au cours de leurs expériences sur l'alimentation carnée chez le lapin, ont été frappés des altérations du foie qu'on observe en pareil cas. A l'autopsie, on note fréquemment une sécrétion exagérée de bile; le gros intestin est rempli de matières liquides, vert foncé; la vésicule est fortement distendue et contient de 2 à 2cc5 d'un liquide très foncé, brunâtre; tandis que chez les lapins normaux la vésicule renferme moins d'un centimètre cube d'une bile vert émeraude.

Au microscope, on trouve une congestion marquée, avec parfois des raptus hémorragiques, des îlots de nécrose situés de préférence en bordure du lobule, dans la zone périportale. La réaction leucocytaire est souvent très marquée; de nombreux polynucléaires en diapédèse sont disséminés entre les travées hépatiques et infiltrent les foyers de nécrose.

Il existe donc des lésions irritatives et dégénératives importantes du foie; on est en droit d'en conclure que les lapins soumis au régime carné systématique ne meurent pas d'inanition, comme si la viande était pour eux inassimilable, mais d'une véritable intoxication à point de départ intestinal.

Sur l'origine pancréatique de l'amylase sanguine et sa résorption dans l'intestin. — D'après MM. Lœper et G. Ficaï, l'amylase sanguine est d'origine pancréatique. L'amylase pancréatique se résorbe le long du tractus intestinal, passe dans le sang et est éliminé par l'urine. La disparition de l'amylase sanguine à la suite de la ligature du canal de Wirsung; son augmentation dans la ligature expérimentale de l'intestin et dans l'occlusion intestinale; son augmentation encore dans les constipations opiniâtres; enfin sa diminution dans la diarrhée, sont autant de constatations qui plaident en faveur de cette hypothèse.

La conséquence d'une résorption exagérée de l'amylase pancréatique serait, d'après ces auteurs, une *dissolution du glycogène du foie*, une *amylosurie notable* et fréquemment *une glycosurie*.

Valeur des indications fournies par le réfractomètre de Zeios dans le mesure des albuminuries du sérum sanguin et des sérosités pathologiques. — MM. Chiray et Demanche ont vérifié la valeur des indications fournies par cet appareil qui commence à être fort employé tant en France, qu'en Allemagne. Ils ont comparé avec les résultats fournis par la pesée directe après coagulation. Les erreurs du procédé de mesure par la réfraction sont très considérables.

Les chiffres obtenus par pesée sont différents de ceux que donne le réfractomètre, tantôt en plus, tantôt en moins. L'erreur varie de 1 à 15 p. 1000. Elle existe tant pour les sérums humains, que pour ceux du chien, du bœuf et du lapin.

Spécificité du bacillus paralyticans. — M. Marie (de Villejuif). La séro-agglutination et l'opsonisation, appliquées au contrôle de la spécificité du *bacillus paralyticans* de F. Robertson et Langdon, n'ont donné que des résultats négatifs; il s'agit donc d'une complication infectieuse et non d'une cause de paralysie générale.

Cholécystites et péricholécystites hématogènes expérimentales. — MM. A. Lemierre et P. Abrami ont étudié les modifications subies par la vésicule biliaire chez le lapin après injection intra-veineuse de bacilles typhiques, paratyphiques et de pneumo-bacille de Friedländer. Ils ont vu que chez les animaux sacrifiés deux jours au moins après l'inoculation, il existe des lésions importantes de la vésicule biliaire et des altérations de la bile qui devient blanchâtre, d'aspect purulent, et contient à l'état de pureté le microorganisme inoculé. Chez un lapin infecté par le bacille d'Eberth et chez deux lapins infectés par le pneumo-bacille, ils ont observé une péricholécystite manifeste. Enfin, ils ont isolé à l'état de pureté, dans l'intestin grêle, les mêmes agents microbiens que dans la vésicule, apportés évidemment par la bile.

Ces résultats confirment les recherches antérieures de Blachstein, Welch, Cüshing, Dörr, Förster et Kayser. Ils sont un argument en faveur de la théorie émise par Fütterer et actuellement classique en Allemagne que l'infection éberthienne des voies biliaires, à peu près constante au cours de la fièvre typhoïde, est due à l'élimination par le foie du bacille en circulation dans le sang.

A propos des injections intra-veineuses insolubles. — D'après M. L. Camus, des corps insolubles et de petit volume qui ne seraient pas nocifs, de par leur constitution physique, deviennent particulièrement dangereux quand ils sont fortement imprégnés de fibrino-ferment.

Action immédiate des injections intra-veineuses d'extrait aqueux de pulpe vaccinale. — Pour le même auteur, l'extrait aqueux de pulpe vaccinale est coagulant *in vitro* et anticoagulant *in vivo*.

Variation de composition chimique du lait chez les vaches tuberculeuses. — D'après MM. Moussa et Monvoisin, chez les vaches tuberculeuses, il y a des modifications de composition chimique du lait et diminution de sa valeur nutritive. Ces modifications sont maxima chez les vaches qui présentent des lésions tuberculeuses de la papille, mais on peut les observer même chez les vaches qui n'ont pas de lésions de la mamelle.

Autres communications :

La solution de sucres isotoniques ou para-isotoniques employés comme sérums artificiels chlorurés. — M. Fleig.

Des effets de refroidissement du sang irriguant le bulbe pendant la polypnée thermique. — MM. Garrelon et Langlois.

Cause de la menstruation chez la femme. — MM. Ancel et Villemin.

De la forme et des connexions que présentent les fibro-cartilages du genou chez quelques singes d'Afrique. — M. Retterer.

Sur une hémogrégarine du macrosciaque. — M. Laveran.

Le diamant du poulet. Développement morphologique. — M. Branca.

Sur l'existence d'une cinquième et d'une sixième poche endodermique chez l'embryon humain. — MM. Tourneux et Soulié.

Sur la présence d'amibes dans le pus d'abcès de la région malaire. — MM. Verdun et Bruyant.

Action des agressines. — M. Turro.

Spectres d'absorption ultra-violets des globulines. — M. Dhéré.

La respiration du lézard ocellé. — M. Fr. Franck.

De l'hérédité des infections à trypanosomes chez les hôtes intermédiaires. — M. Brumpt.

Polymorphisme du muguet. — M. Sartory.

Sur la formation du lab pancréatique. Spécificité du calcium. — M. Delezenne.

LIVRES NOUVEAUX

Syphilis et tuberculose (1), par Emile Sergent.

La tuberculose et la syphilis sont incontestablement les deux grands fléaux morbides de notre époque; elles sont les plus répandues, les plus fréquentes des maladies infectieuses chroniques. Il n'est donc point étonnant que nous les trouvions souvent associées chez le même sujet. Elles ne sont point incompatibles. Aussi est-il indispensable d'étudier leurs relations réciproques. C'est ce que vient de faire un médecin réputé, M. le docteur Sergent. Sa monographie est divisée en deux parties : la première, intitulée *Syphilis ou tuberculose*, traite du diagnostic différentiel de ces deux affections, et envisage les diverses éventualités dans lesquelles ce diagnostic peut se poser. La seconde, beaucoup plus importante, s'appelle *Syphilis et tuberculose*. L'auteur y étudie d'abord les *relations étiologiques générales de la syphilis et de la tuberculose*. Un individu atteint de syphilis acquise peut contracter la tuberculose, soit par inoculations bacillaires au niveau des

(1) In-8. — Paris, Masson.

ulcérations cutanées ou muqueuses, soit à la faveur de la déchéance organique que produit la syphilis; d'autre part, le « terrain syphilitique » se transmet par l'hérédité et l'on sait la fréquence, soit de la phtisie, soit des tuberculoses locales chez les hérédo-syphilitiques. Mais quels sont, à proprement parler, les *modes d'association de la syphilis et de la tuberculose*? M. Sergent, à ce sujet, distingue deux grandes classes de faits, selon qu'il s'agit de manifestations locales de la syphilo-tuberculose (*scrofulate de vérole, syphilo-scrofulose*) ou de manifestations viscérales de la syphilo-tuberculose. Dans le premier cas, la syphilo-scrofulose peut venir se greffer sur une syphilis aucienne ou récente, ou encore sur une scrofulo-tuberculose préexistante, elle peut aussi consister en manifestations hybrides. Dans le second, tantôt la syphilis survient chez un tuberculeux, tantôt la tuberculose éclate chez un syphilitique. On a même fréquemment signalé la fréquence de la tuberculisation pulmonaire chez les hérédo-syphilitiques et M. le professeur Hutinel, dans son enseignement clinique, insiste depuis longtemps sur ce fait que les cavernes pulmonaires tuberculeuses du jeune âge ne s'observent que chez cette catégorie de malades. Après avoir envisagé minutieusement toutes ces éventualités qui montrent l'intérêt d'un diagnostic exact, l'auteur consacre au *pronostic général* et au *traitement* les dernières pages de son remarquable travail, dont nous recommandons tout particulièrement la lecture au praticien.

L. BABONNEIX.

L'ataxie tabétique, ses origines, son traitement par la rééducation des mouvements (1), par le docteur H. S. FRENKEL, directeur de l'établissement pour la rééducation motrice à Heiden (Suisse), traduit de l'allemand par le docteur van BIERVLIET (de Bruxelles), préface de M. le professeur RAYMOND.

Le livre que M. le docteur S. Frenkel publie aujourd'hui sur « l'ataxie tabétique » est le résultat de longues et patientes études poursuivies pendant des années. Il contient la substance, le résumé des importants travaux qu'à diverses reprises l'auteur a consacrés à cette question.

L'ouvrage se divise en deux grands chapitres. Dans le premier, partie générale, sont passés en revue successivement, après l'historique du traitement par l'exercice, les formes de l'ataxie tabétique, la coordination; l'idée d'appropriation dans les mouvements du corps, la définition de l'ataxie; ses causes, les divers modes d'exploration des sensibilités superficielles et profondes, la recherche de l'ataxie; l'hypotonie musculaire dans les tabes; l'influence sur l'attitude; l'importance diagnostique de l'hypotonie; le rapport entre les troubles sensitifs et l'ataxie, la théorie de l'ataxie tabétique. En fait, ce chapitre comporte une série de notions théoriques des plus intéressantes.

Le deuxième chapitre est la partie technique du livre, il a surtout pour but de fournir au médecin des données pratiques qu'il puisse utiliser lui-même.

Le docteur Frenkel a été le promoteur de la méthode nouvelle. Ses consciencieuses études, mises au point dans ce livre ont fait faire un progrès notable au traitement des tabétiques. Nous ne saurions trop engager les médecins soucieux de se tenir au courant de l'importante question du tabes, à le lire et à le méditer. Cette lecture sera tout profit pour eux.

L. GAYARD.

(1) Gr. in-8° avec 132 fig. dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, Félix Alcan.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 23 juillet 1907, ont été promus dans le cadre auxiliaire du corps de santé :

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Manceau, Planche, Bauzan, Cache, Noyon, Mazurier, Polle, Régnier, Querneau, Bosc, Faure, Pellerin, Dauphin, Couturier, Guyotte, Vieillard, Cornil, Landrevie, Virtely, Cassel, Orjuben, Morisseau, Mougeot, Goizet, Caplet, Fournier, Degosse, Narbonne, Leduc, Louis, Pauzier, Médard, Bégué, Masson (R.), Bled, Meunier, Zuber, Masson (M.), Mathieu, Courties, Alric-Bourgès, Dauban, Glaize, Héritier, Weill (A.), Sauze, Trouilhet, Sondaz, Galliot, Lamarche, Terral, Faucompré, Belohous, Lefer, Bisquerra. Pellegrin, Calbat, Horveno, Hélouin, Camiade, Morard, Bricard, Lapeyre, Caizergues, Boutron, Etterlen, Pamard, Capette-Laplène, Mossé, Blagny, Gautret, Rauzier, Vallery, Amouroux, Castaing, Roy, Hubert, Baylac, Fauvel, Virevaux, Audigé, Ducos, Bulliod, Coorevits, Ménetrel, Bodin, Husson, Mathéné, Dubief, Weill (L.), Lacoste (J.), Kelle, Faure (J.), Crépinet, Boulaud, Guibert, Jarsaillon, Clermont, Guichard, Lallement, Bouvet, Brochard, Abrant, Viller, Bernheim, Richon, André, David, Rivemale, Payan, Hoummel, Bécue, Collet, Carbonell, Beringuier, Lamy, Dropet, Bantigny, Berne, Loiseau, Moiret, Gadreau, Colmaire, Bidault, Veyrat, Blasart, Beaugrand, Forquin, Bertrou, Alaux, Auréjac, Bessière, Carnus, Béra, Poinot, Borrel, Bleynie, Bazex, Savin, Escoube, Robilliard, Jacquet, Renaud, Gayraud, Pons, Thil, Bouquet, Nuel, Ader, Canonne, Lamotte, Pailhon, Rieu, Mézangeau, Bertucat, Nicolas, Madru, Gentin, Giry, Mareschal, Delisle, Félix, Monel, Humbert, Castaing, Estourneau de Tersannes, Eloy (O.), Bridoux, Cler, Burot, Loisel, Etienne, Ogé, Coulomb, Méresse, Pipet, Gille, Remy, Abiamovitsch, Blanchard, Sellerier, Bische, Sempé, Wanwtberge, Tondeur, Musy, Fourcaud, Thieux, Fabre, Lecoq, Coste, Peyrot, Bassaget, Clavel, Tabary, Malbois, Gomot, Blanc, Quentin, Richard, Frézières, Caussade, Abt, Voizot, Rongier, Rollet, Romand-Monnier, Ravon, Vialle (E.), de Ricker, Gross, Tessier. Bonnat, Caquille, Béra, Martin, Clément, Garcie, Aroud, Nicolas (A.), Hugot, Philippot, Favre-Gilly, Achard, Roux de Badilhac, Gailly, Le Gueut, Andrieu, Barde, Cade, Dessaigne, Gallet, Arsac, Daday, Mathieu, Dargein, Duparc, Brizard, Vincent, Borderie, Lalanne, Duhamel, Cros, Plancke, Gennatas, Monmayou, Briuguet, Souc, Maillard, Chantemille, Delcamp, de Vallandé, Paublan, Neumayer, Demaldent, Carpentier, Broustet, Louvet, Diemer, Tel, Baldensperger, Froment, Daudé, Pouech, Broussais, Ranson, Barrois, Gauzy, Dumont, Baqué, Pothiez, Gaillardon, Chavanne, Haret, du Clot, Delord, Le Goniat, Boda, Feuillade, Capelle, Dauzats, Bernay, Lhoste, Henriot, Defrain, Huriez, Dubar, Gilbert, Lefebvre, Meinard, Pédeprade, Mathieu, Dardeau, Houpert, Damotte, Debets de Lacrousille, Fumouze, Robin, Guérin, Riollet, Lassudrie-Duchêne, Valentin, Grenié, Jacquot, Tribaudeau, Malartic, Auvray, Pellizza, Roux, Bonne, Barbin, Etienne, Poncin, Gros, Dupuy, Bruneau, Bire, Perrin, Aillet, Jamin, Daguzan, Lalande, Simon, Bahans, Rivière, Dupuy, Mir, Reverdy, Piollet, Gilles, Maury, Brisson, Varay, Spire, Mayoud, Laffargue, Hautefeuille, Mermier, Mauté, Monod, Gimbal, Bajon,

Ecoffet, Heitz, Weber, Quemet-Bancel, Deshusses, Rigaux, Bousquet, Courcoux, Gonnet, André, Joly, Damaye, Violet, Broudic, Boissat et Perrin (M.).

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Vivien, Sarrouy, Leriche, Catrou, Lowenthal, Kaplan, Pauchet, Callais, Goujon, Hubrecht, Dreyfus, Mouillé, Méheux, Moret, Doucet, Levillain, Laisney, Mermillod, Gatay, Serre, Maraval, Renon, Poncet, Cabanes, Cornebart, Guéneau, Bonnaud, Michel, Lemichez, Frappier, Decrette, Tellier, Parquet, Baudon, Jumelais, Gieure, Craponne, Lemaire, Rosain, Brucher, Paris, de Sévédavy, Sourisse, Hurtrel, Daday, Pichot, Merle, Evesque, Villanova, Guibert, Haie, Greslé, Guillou, Guyader, Gamblin, Guériteau, Heuzard, Jeunet, Lemoine, Poirier, Fabre, Augereau, Lucas, Rondot, Delbecque, Stopin, Ducroquet, Brâmel de Cléjoulx, Roussel, Cosson, Pouzin, Castellant, Belaubre, Le Chevallier, Logerot, Ozanne, Bernay, Guillois, Boivin, Pomerais, Maradeix, Mazoyer, Lemoine de Vernon, Raine, Rey, Hugé, Deboulet, Néret, Champion, Albert, Pasquier, Ruais, Fabre (M.), Bigeard, Chartier, Abd-el-Nour, Fournier, Gilbert, Lamy, Courtois, Angelergues, Boulogne, Delmas, Ripert, Cacaud, Le Clère, Mérop, Nobécourt, Bernard-Lapommeray, Bluzat, Sauvage, Bouvier, Vial, Legros, Robert, Borie, Gaumerais, Benoist, Cantin, Baraillaud, Plauchu, Lafforgue, Sutter, Ramonet, Thomas, Oriot, Ducatte, Jouany, Corneille, Debuchy, Grillon, Jacq, Lemoine (J.), Hautefeuille, Surrel, Marmasse, Desbonnets, Calandraud, Arago, Carcassonne, Charpentier, Calvet, Molinié, de Nittis, de Bessière, Brisard, Carpentier (A.), Harispe, Benoist (P.), Poujet, Cauvy, Thibault, Arrivé, Traverse, Champollion-Lanaute, Jean, Prévost-Maisonnay, Gruzu, Warin, Henrot, Perrin (J.), Abeilhou, Rambaud, Fédou, Altman, Robine, Lanthier, Sainton, Quiret, Brot, Robert (E.), Wateau, Moussard, Ulmann, Berton, de Casteras, Tassiguy, Cadot, Kuhn, Montagnier, Fougères, Bernard, Proust, Carre, Desanti, Gaunet, Petibon, Méplaux, Morin, Dujarrier, Surtouques, Mauger, Froussard, Ouazana, Gondrand, Picard, Latour, Pelletier, Roglet, Labussière, Soulier, Maillard (E.), Bufnoir, Rigot, Bonnet, Clavé, Bellissen, Lafargue, Garrigues, Bonnetblanc, Chambon, Fontaine, Ruelle, Mercier, Tournemelle, Salignat, Mauger, Louis, Jacomet, Chérut, Michaut, Roy, Frumussann, Barthout, Bouzoud, Harlez, Coulloume-Labarthe, Pesquerel, Bournisien de Valmont, Chaffal, Chimot, Servel, Montagard, Portier, Bert, Dupuy, Raoux, Rozières, Golesuano, de Keating Hart-Walter, Leroy, Monsseaux, Jeandelize, Grivot, Delestre, Schwartz, Combres et Thévenard.

— Corps de santé des troupes coloniales. — Par décret du 24 juillet 1907, ont été nommés dans la réserve du corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin principal de deuxième classe retraité Arami.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe retraités Recoules, Le Guen, Pinard, Morel et Bouyssou.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin-major de deuxième classe démissionnaire Montel.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de première classe démissionnaire Giraudon.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 29 juin 1907.) Zavitzianos : Sur l'hygiène des armées. — Cousot : Note sur l'innervation respiratoire.

Archives des maladies de l'appareil digestif de la nutrition. — (N° 7, juillet 1907.) M. Labbé : Les hydrates de carbone dans le régime des diabétiques. — A. Mathieu et J.-Ch. Roux : L'aortite abdominale et les douleurs gastro-entéralgiques. — P. Lereboullet : La cholémie simple familiale.

Bulletin général de thérapeutique. — (15 juillet 1907.) A. Robin : Traitement de la maladie de Bright chronique. — (23 juillet.) E. Rochard : Traitement des plaies du poumon. — Bardet : Régime stimulant dans l'hyposthénie gastrique simple ou accompagnée de fermentations anormales.

Bulletin médical. — (N° 55, 17 juillet 1907.) Faisans : Le professeur Grancher. — Janicot : Grancher. — Trousseau : Des soins à donner aux opérés de la cataracte. — Métin et Guillon : Sur un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. — (N° 56, 20 juillet.) E. Lesné et L. Dreyfus : Du rôle du pancréas dans le diabète sucré. — Marcel Briand : Intoxication oxycarbonée collective, en automobile par les gaz du moteur. — (N° 57, 24 juillet.) Sur Grancher (éloges par MM. Letulle, Mérys, Labbé et de Fleury). — Chantemesse : L'ophtalmo-diagnostic de la fièvre typhoïde.

Écho médical du Nord. — (N° 28, 14 juillet 1907.) F. Curtis : Comment faut-il inclure la paraffine des pièces riches en tissu conjonctif? — A. Calmette, M. Breton, Painblan et G. Petit : Sur l'utilisation pratique de l'ophtalmo-réaction pour le diagnostic de la tuberculose chez l'homme. — Maupaté et Nollen : Contribution à l'étude de l'alcoolisme chez la femme dans le Nord.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 28, 14 juillet 1907.) J. Sabrazès : Polychromatophilie et hématies à granulations basophiles dans le sang de sujets ayant du plomb dans l'organisme à la suite de coups de feu. — Ch. Gineste : Méthodes et conceptions biologiques (*fin*).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 28, 14 juillet 1907.) P. Carles : Le gaz carbonique dans l'industrie, la médecine et les terrains volcaniques. — Gautrelet : De la matière à la vie. — Fraikin et Grenier de Cardenal : Fiche d'examen dans la gymnastique de développement.

Journal des praticiens. — (N° 26, 20 juillet 1907.) P. Reclus : Evaluation des incapacités. — Huchard : Fausses cardiopathies.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 28, 13 juillet 1907.) G. Eustache : La Maternité de la Faculté libre de médecine de Lille (1881-1907). — Poitau : Péritonite herniaire, simulant l'étranglement, causée par une appendicite à distance.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 29, 18 juillet 1907.) G. Derscheid : L'ophtalmo-réaction à la tuberculine; sa valeur au point de vue du diagnostic de la tuberculose. — Decroly et Boulenger : L'éducation des enfants infirmes et estropiés.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Billets simples de France en Espagne. — Les principales gares du réseau P.-L.-M. (Paris, Dijon, Lyon, Marseille, etc.) délivrent des billets directs simples pour Barcelone. Consultez le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M.

N° 87. — JEUDI 1er AOUT 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 1er AOUT 1907. — N° 87.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décrets en date du 20 juillet 1907 :

M. Prenant, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est nommé professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris.

M. Bar, agrégé des facultés de médecine, chargé d'un cours de clinique annexe à la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de clinique obstétricale à ladite Faculté.

M. Quénu, agrégé des facultés de médecine, chargé d'un cours de clinique annexe à la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur d'opérations et appareils à ladite Faculté.

M. Ballet (Gilbert), agrégé des facultés de médecine, chargé d'un cours de clinique annexe à la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie, à ladite Faculté.

— Par décret en date du 27 juillet 1907 :

M. Nicolas, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision du 25 juillet, les mutations suivantes ont été prononcées dans le personnel du cadre auxiliaire du service de santé, savoir :

M. le médecin-major de deuxième classe de réserve Le Renard passe à la 9e région.

M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale Glover passe à la 9e région.

MM. les médecins aides-majors de première classe de réserve Défos, passe à la 13e région ; Sondaz, à la 14e région.

MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Clavey et Chérut, passent à la 10e région ; de Combes, à la 3e région ; Houel, à la 19e région ; Fabre, à la 15e région ; Jocqs, au gouvernement milit. de Paris ; Leloutre, à la 9e région ; Le Même, à la 14e région ; Rémignon, à la 17e région.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Bétoulières, passe à la 15e région ; Casteix, au gouvernement milit. de Paris ; Conte, à la 12e région ; Coste, à la 2e région ; Fournial, à la 12e région ; Français, au gouvernement milit. de Paris ; Herpain, à la 4e région ; Jartel, à la 10e région ; Laudet, à la 8e région ; Leroux, à la 25e région ; Letorey, à la 8e région ; Lippmann, au gouvernement milit. de Paris ; Loewenard et Merle, à la 9e région ; Monod, à la 15e région ; Musy, à la 13e région ; Pavy, aux troupes coloniales ; Pollet, à la 1re région ; Testé, à la 8e région ; Vincent, à la 4e région.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Maury, passe au gouvernement militaire de Paris ; Sauvan, à la 3e région.

LE IVe CONGRÈS DE CLIMATOTHÉRAPIE ET D'HYGIÈNE URBAINE se tiendra à Biarritz du 20 au 25 avril 1908 (semaine de Pâques) sous la présidence du professeur Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Les questions suivantes sont dès à présent mises à l'ordre du jour et feront l'objet de rapports spéciaux :

« Indications et contre-indications du climat océanien dans les états neurasthéniques. » Rapporteur : Docteur Régis,

professeur des maladies mentales à la Faculté de médecine de Bordeaux;

« De l'action combinée du climat marin et de la médication chlorurée-sodique dans la tuberculose ganglionnaire. » Rapporteur : Docteur Richardière, médecin des hôpitaux de Paris;

« La cure marine et la cure chlorurée-sodique dans le rachitisme. » Rapporteur : Docteur Denucé, professeur de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de médecine de Bordeaux;

« Les bureaux municipaux d'hygiène et les règlements sanitaires dans les stations climatiques. » Rapporteur : Docteur Mosny, médecin des hôpitaux de Paris, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France;

« Climatologie du golfe de Gascogne. » Rapporteur : Docteur Camino, médecin du sanatorium d'Hendaye.

Le Comité d'organisation du Congrès a son siège à Biarritz où l'on peut adresser toute demande de renseignements au docteur F. Gallard, secrétaire général.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 7, juillet 1907.) PAUTRIER et FAGE : Sur un nouveau type d'érythrodermie exfoliante généralisée à mode urticarien. — CARLE et BOULUD : Etude sur les pommades de savon.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 7, juillet 1907.) JACQUES et GAUDIER : Diagnostic et traitement des tumeurs malignes primitives du sinus maxillaire. — BOTEY : La trépanation de l'oreille et du crâne au tour électrique.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 28, 11 juillet 1907.) GOLDSCHEIDER : Sur la percussion du cœur. — FRIEDLÄNDER et MAYER : Sur le tétanos céphalique de Rose. — KAREWSKI : Sur le traitement des ruptures du quadriceps fémoral. — BÖCKER : Sur la luxation paralytique de la hanche; sa cause et son traitement. — KEIMER : Sur la question de l'ostéomyélite aiguë des os plats du crâne. — — NEUHÄUSER : Sur les hémorragies après la néphrolithotomie. — SCHERBER : Clinique et étiologie des formes nécrosantes de la stomatite. — BOSSE : L'anesthésie lombaire dans sa forme instantanée.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 29, 21 juillet 1907.) MOURE : Considérations cliniques sur les laryngosténoses. — LAFON et TEULIÈRE : Kératite parenchymateuse traitée par la tuberculine T. R.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (25 juillet 1907.) J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Traitement des plaies de poitrine. — VEAU : Les accidents causés par le panier de Graefe. — CAMESCASSE : Traitement des hémorragies du post-partum par les lavements d'eau ordinaire. — LEBEAUPIN : Les faux diabètes, diagnostic, traitement.

Lyon médical. — (N° 28, 14 juillet 1907.) DUVERNAY : Névrites périphériques toxiques liées à la rétention gastrique.

Marseille médical. — (N° 14, 15 juillet 1907.) IMBERT : La question du sérum antitétanique. — ARNAUD : Rapport sur le service de la buanderie.

Medizinische Blatter. — (N° 28, 13 juillet 1907.) COHN : Le traitement de l'appendicite.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 29, 16 juillet 1907.) PFAUNDLER : Sur le traitement de la débilité congénitale. — MAGNUS : L'action constipante de la morphine. — JOLLASSE : Sur l'état actuel du diagnostic radiologique dans les affections gastriques et intestinales. — KIENBÖCK, SELIG et BECK : Recherches sur des nageurs. — MANDELBAUM : Sur l'action du tauro-cholate de soude et de la bile animale sur le pneumocoque, le streptococcus mucosus et les autres streptocoques. — SCHWAB : Les résultats du traitement par les pessaires dans la pratique gynécologique. — SITTLER : Recherches thérapeutiques comparatives dans le rachitisme. — KÄMMERER : Tabes et sclérose pseudo-combinée. — MAIER : Sur le traitement de la septicémie. — GROSSKOPF : Une modification de la canule de Killian pour le nettoyage du sinus maxillaire. — HILDEBRANDT : Sur la question de savoir si l'action physiologique différente du digalène peut être causée par son état amorphe. — BEITZKE et ROSENTHAL : Sur le diagnostic différentiel des streptocoques pathogènes pour l'homme.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 28, 14 juillet 1907.) PREISZ : Sur l'état de la virulence de la bactéridie charbonneuse. — KISS : La chimie physique dans la médecine.

Presse médicale. — (N° 57, 15 juillet 1907.) G. KEIM : Pathogénie de la phlegmatia alba dolens puerpérale. — René DE LANGENHAGEN : Nécessité et possibilité d'un diagnostic précoce dans le cas de cancer du col utérin. — (N° 58, 20 juillet.) P. DESFOSSES : Examen clinique de la région lombaire. — (N° 59, 24 juillet.) A. BAUER : Recherches sur le foie cardiaque. — F. JAYLE : La forme des petites lèvres. Le pli paranymphéal. Les plis commissuraux. — P. HARTENBERG : Les nouvelles idées sur l'hystérie.

Revue scientifique. — (N° 2, 13 juillet 1907.) JOFFROY : Alcool et alcoolisme. — Jules GLOVER : Les moyens de culture physique de la voix au Conservatoire national de musique et de déclamation de Paris. — L. FABRE : L'enseignement de la chimie industrielle en Allemagne. — (N° 3, 20 juillet.) P. GUÉRIN : Les plantes à acide cyanhydrique. — Pierre BONNIER : La physiologie au Conservatoire. — BRIDOU : Mécanisme de la détente et du laisser-aller dans l'émotion. Siège organique du phénomène. — (N° 4, 27 juillet.) NICOLARDOT : Tantale. — M. HALLOPEAU : Sur un danger de la médication par l'atoxyl et l'obligation qu'il impose. — GUÉRIN : Les plantes à acide cyanhydrique (*suite*). — DE BEAUCHAMP : La faune des eaux douces.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 27, 6 juillet 1907.) Solis COHEN : Extirpation par les procédés modernes des tumeurs malignes intrinsèques du larynx. — (N° 28, 13 juillet.) Gherardo FERRERI : Un cas d'adénôme kystique myxomateux du septum cartilagineux nasal. — TRÉTROP : L'angine bénigne, point de départ d'infection grave. — SIEBENMANN : Ostéomyélite et surdité.

Semaine gynécologique. — (N° 29, 16 juillet 1907.) PICHEVIN : Ablation des annexes par la voie vaginale.

Semaine médicale. — (N° 29, 17 juillet 1907.) LEJARS : Les torsions chroniques et les torsions incomplètes des pédicules utéro-annexiels. — (N° 30, 24 juillet.) R. DE BOVIS : Tendinites et péritendinites.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 28, 11 juillet 1907.) STOERK : La cirrhose hépatiqne expérimentale sur une base tuberculeuse. — JAGIĆ : Sur la cirrhose tuberculeuse du foie. — BARTEL : Sur les modifications inflammatoires chroniques dans les tissus organiques au cours de la tuberculose expérimentale. — NEUMANN : Sur des recherches hématologiques ultra-microscopiques au moment de la résorption des graisses chez les normaux et les malades.

DÉGÉNÉRESCENCE CANCROIDALE DES BRULURES

(ET DES LÉSIONS SYPHILITIQUES)

Par M. JABOULAY,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Quand un cancer se développe, il n'a pas l'habitude de donner les raisons de son choix, et l'on ne sait s'expliquer le plus souvent pourquoi tel organe, jusqu'alors sain chez tel sujet indemne de toute hérédité, est soudain frappé à mort. C'est que l'on sacrifie trop d'ordinaire à la théorie constitutionnelle, pas assez à la théorie parasitaire du cancer; c'est que, dans les hasards d'une infection, on veut trop rechercher la prédisposition du terrain. Mais il ne faudrait aller trop loin en sens inverse, et méconnaître les causes occasionnelles provocatrices ou localisatrices de l'infection néoplasique. Au premier rang d'entre elles, se placent les irritations locales persistantes en général. Comme c'est même là le seul point de prophylaxie anticancéreuse sur lequel on soit jusqu'ici tombé d'accord, il vaut d'être signalé.

Eviter toutes les causes d'irritation locale, programme louable, mais compliqué et insuffisant. A défaut d'importance pratique, cette notion offre tout au moins quelque intérêt spéculatif. Pour nous en tenir aux cancers ectodermiques, vous savez ce qu'on a dit du tabac pour les lèvres, des chicots pour la langue, de l'eczéma du mamelon dans la maladie de Paget, du smegma des phimosiques, etc. Le lupus parfois, les ulcères variqueux, les vieux foyers ostéomyélitiques dégénèrent en néoplasmes. Les lésions syphilitiques et les vieilles plaies de brûlures appellent tout particulièrement le cancer. C'est un exemple de cet ordre que je vais vous montrer aujourd'hui; mais laissez-moi d'abord vous en rappeler un premier en quelques mots.

Vous souvenez-vous de cet homme de trente-deux ans qui vint au milieu de l'année dernière nous consulter pour une grosse tumeur ulcérée de la face interne du coude et à qui nous avons dû désarticuler l'épaule? Il nous raconta que les larges cicatrices de brûlures qui, bien au delà des limites de la tumeur, lui sillonnaient et crispaient bras et avant-bras, dataient de vingt ans. Il avait mis des mois à guérir, mais enfin la plaie s'était refermée toute seule, en totalité, sans nécessiter de greffes, et ne s'était pas rouverte depuis.

L'année qui précéda son entrée à l'hôpital, il contracta la syphilis; et si l'existence du chancre induré n'est pas douteuse, celle des accidents consécutifs, moins bien surveillés, est malheureusement moins établie. Quoi qu'il en soit, quelque sept ou huit mois après le chancre, la vieille cicatrice de brûlure se fend en son milieu et bientôt se développe en ce point une petite ulcération. Pensant à la syphilis récente, un médecin prescrit des cautérisations au nitrate d'argent que le malade pratique larga manu pendant deux mois. Le résultat ne se fait pas attendre et six mois après le début, à l'entrée du malade, la tumeur a la forme d'un gros gateau circulaire bourgeonnant, sanieux et sanguinolent, de 20 centimètres de diamètre sur un à deux travers de doigt de hauteur. Chose curieuse, deux petits noyaux accessoires se sont développés à 2 ou 3 centimètres de distance de la tumeur et en aval d'elle, par une véritable greffe cutanée ou par lymphangite rétrograde. Nous avons administré le traitement spécifique mixte; nous essayons en même temps le sérum de chèvre quininisée, l'arsenic et la radiothérapie. Tout ceci par acquit de conscience, car la syphilis n'avait fait que passer la main au cancer. L'expérience nous a appris qu'aucune infection ne prédispose autant au cancer que la syphilis, et le cancer était d'une forme contre laquelle se brisent les armes de notre thérapeutique médicale actuelle. Sans perdre un temps précieux, j'ai donc pris le bistouri, et pratiqué une désarticulation de l'épaule rendue nécessaire par l'adhérence de la tumeur aux muscles et au squelette et par l'envahissement des ganglions de l'aisselle. J'ai perdu depuis le malade de vue et ne puis vous en donner de nouvelles récentes.

Voici donc un premier cas très démonstratif de dégénérescence d'une cicatrice fermée de brûlure, sous l'influence de la syphilis, qu'il y ait eu ou non lésion locale spécifique. Car c'est de bien des façons et en bien des organes, que la syphilis appelle le cancer. Et n'y a-t-il pas de fait une similitude étrange entre les deux maladies? Chacune ne commence-t-elle pas par un accident primitif local qui n'infecte que secondairement l'organisme, mais si précocement que l'ablation chirurgicale reste d'ordinaire impuissante? Ne sont-elles pas toutes deux parmi les affections parasitaires les plus certaines, cliniquement parlant, et celles en même temps dont l'agent pathogène n'est pas encore officiellement reconnu et classé? Cet agent pathogène lui-même, d'après des recherches diverses, ne revêtirait-il pas dans les deux maladies des formes singulièrement voisines? Mais laissons là ces aperçus et occupons-nous maintenant, dans la personne de notre malade d'aujourd'hui, d'un second exemple de dégénérescence d'une cicatrice de brûlure ancienne, celle-ci restée ouverte.

Ce pauvre cultivateur de la Drôme, âgé de trente-huit ans, et si atrocement défiguré, a été, il y a onze ans, victime d'un attentat au vitriol. Il en a rapporté ce que vous voyez. La face est déformée par les nombreuses cicatrices qui lui couturent les joues en tous sens, entraînant un ectropion des paupières et des lèvres à un degré extrême, accompagné d'épiphora et de taie de la cornée. De la lèvre inférieure à l'ombilic, une coulée d'acide a laissé sa trace sous forme d'une longue et épaisse bride en saillie qui maintient la tête un peu fléchie à l'état de repos et n'en permet l'extension complète qu'après attraction de la peau de l'abdomen. Une coulée plus large a de même arrosé le membre supérieur droit en y laissant une brûlure étendue de l'épaule au milieu de l'avant-bras sur la demi-circonférence du membre. Cette vaste plaie a été de toutes la plus longue à guérir et la plus gênante. Elle a nécessité un séjour de plus d'un an à l'hôpital, suivi de plusieurs tentatives de greffes, tant pour recouvrir l'ulcère atone persis-

tant que pour redresser le coude immobilisé en flexion. Toutes ces tentatives ont à peu près complètement échoué et toujours l'articulation du coude est restée ankylosée en flexion obtuse, et jamais le centre de la brûlure ne s'est épidermisé.

Or, voici qu'il y a deux ans, cette ulcération prend un autre caractère. Il s'y développe un petit bouton à la partie postéro-externe du coude, que le malade gratte et qui saigne, et qui grossit insensiblement sans troubler l'insouciance du porteur. Son insouciance a du moins cet avantage qu'il ne se traite pas comme l'autre et ne fouette pas son cancer par des cautérisations intempestives, ce qui est déjà quelque chose, mais il le laisse pousser pendant deux ans jusqu'au volume actuel, avant de s'en émouvoir.



Vous voyez cette ulcération d'un rouge vineux, aux bords déchiquetés et décollés, au fond granuleux, friable, sanguinolent et sanieux. C'est là l'épithélioma cutané végétant. Elle nous rappelle la forme du premier cancer dont je vous parlais tout à l'heure; mais elle n'en a pas le fond surélevé ni les greffes de voisinage. Elle est de plain pied avec les parties environnantes. Développée au-dessus de l'épicondyle et des muscles épicondyliens, elle descend sur 2 à 3 centimètres de large à 10 centimètres au-dessous de cette saillie à laquelle elle adhère. L'immobilité du coude ne permet pas de vérifier le jeu des muscles; mais la résistance de la tumeur aux tentatives de mobilisation prouve assez qu'ils sont englobés et envahis sur une large surface par le néoplasme. Autour et surtout au-dessus de lui, réaction inflammatoire avec léger œdème et rougeur de la peau. Le ganglion susépitrochléen est perceptible, mais l'on ne sent point de ganglions dans l'aisselle ni dans le creux sus-claviculaire. J'aurai achevé quand je vous aurai dit que, si l'examen viscéral complet du malade ne nous révèle rien d'anormal, du moins son état général est déjà assez atteint, comme vous l'indique son facies jaunâtre et blafard. Mais il ne faut pas y voir que la teinte cachectique du néoplasme et renoncer à toute intervention de ce chef, ou se contenter d'une opération de propreté. Les hémorragies répétées et l'infection au niveau de la plaie cancéreuse y sont pour beaucoup et deviennent des raisons nouvelles d'intervenir.

Quelle intervention allons-nous pratiquer? Nous avons promis au malade de tenter de lui conserver l'avant-bras; mais il consent éventuellement à l'amputation qui est ici absolument nécessaire. Une ablation locale nécessiterait l'extirpation de la moitié des parties molles de l'avant-bras, et la rugination du squelette sinon une résection plus ou moins étendue, et comment demander pour cette énorme brèche l'étoffe voulue à une peau qui a déjà tant prêté? Piètre résultat esthétique et fonctionnel pour une intervention si peu radicale! Combien l'amputation du bras n'est-elle pas supérieure qui, coupant à distance du mal, permettra de renvoyer le malade guéri tout au moins pour un temps, toute plaie cicatrisée, au bout de huit à dix jours.

N. B. — Six mois plus tard, une récidive m'a contraint de pratiquer une désarticulation de l'épaule comme au premier malade. Ces deux derniers cas et d'autres plus anciens dont le détail m'échappe, prouveraient la malignité plus grande de ces épithéliomas, à type ordinairement végétant, développés sur de vieux foyers de brûlures, de phlegmon ou d'ostéomyélite. L'envahissement des plans profonds pris ici, par définition, en même temps que la peau qui leur adhère, est l'explication la plus naturelle de cette évolution plus rapide.

A PROPOS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

MENSURATIONS COMPARÉES DES MEMBRES

Par le docteur MASINI,
Interne des hôpitaux de Marseille.

Le médecin expert est souvent amené, en matière d'accidents du travail, à pratiquer des mensurations comparées. Il nous a semblé qu'il n'était pas inutile, à ce point de vue, de rechercher quelles sont les différences que l'on peut rencontrer à l'état normal chez le même sujet.

Nos mensurations ont porté sur 207 malades pour le mollet et sur 230 pour les bras. Nous avons obtenu un total de *63m81* pour le mollet droit, et pour le mollet gauche *63m575*, soit une moyenne de *30c826* pour le mollet droit et *30c712* pour le mollet gauche, on obtient donc une différence de 0c114 en faveur du mollet droit.

Sur *207 malades*, **69** ont le mollet gauche plus fort que le droit et parmi ces derniers on a : 8 domestiques femmes, 9 cuisinières, 2 journalières, 1 repasseuse, 1 lingère, 1 piqueuse, 1 artiste, 1 tailleuse, 2 servantes infirmières, 3 sans professions; — 9 marins, 6 journaliers, 2 pâtissiers, 2 chaudronniers, 1 jockey, 2 cultivateurs, 1 cordonnier, 1 marchand ambulant, 1 peintre, 1 mineur, 1 charbonnier, 1 chauffeur, 1 terrassier, 1 charretier, 1 laitier, 1 employé P.-L.-M., 1 maçon, 1 commerçant, 1 tonnelier, 1 garçon de bar, 1 colleur de papiers peints, 3 sans profession avouée.

13 ont les deux mollets égaux.

Ce sont : 1 mécanicienne, 1 revendeuse, 1 artiste, 2 ménagères; 2 journaliers, 1 corroyeur, 1 marin, 1 charretier, 1 menuisier, 1 sans profession avouée,

Enfin **125** ont le mollet droit plus fort que le gauche.

Sur 100 malades :

60,387 ont le mollet droit plus fort que le gauche;
33,333 ont le mollet gauche plus fort que le droit;
6,280 ont les deux mollets égaux.

La plus forte différence qu'on ait notée est de *deux centimètres* en faveur du mollet droit, chez un journalier (mollet droit : 29; mollet gauche : 27).

Pour le même les mesures du bras sont : bras droit : 23,5; bras gauche : 21. Il faut avouer que c'est un vieillard de soixante-douze ans qui garde le lit depuis six mois.

Parmi les autres, la plus forte *différence est de* 1c5.

Les mensurations du bras pratiquées au milieu du biceps, le membre étant dans l'extension et la main ouverte en avant, ont porté sur 230 malades se divisant comme suit :

209 droitiers;
21 gauchers, soit une proportion de *10,047* p. 100.

Parmi les 209 droitiers, **174** ont le bras droit plus fort que le gauche, soit une proportion de *83,253* p. 100;

16 ont le bras gauche plus fort que le droit, soit *7,655* p. 100;

19 ont les deux bras égaux, soit une proportion de *9,090* p. 100.

Les 230 bras nous ont donné un total de :

Pour *174* droitiers ayant le bras droit plus fort que le gauche :

40m635mm pour le bras droit } = 23c353 = D
39m505mm pour le bras gauche } = 23c704 = G

soit une différence de 0c649 pour le bras droit (la plus forte différente en faveur du bras droit étant de 1c5).

Pour *16* droitiers dont le bras gauche est plus fort que le droit :

3m70 pour le bras droit } 23c125 = BD
3m81 pour le bras gauche } 23c812 = BG

soit 0c687 pour le bras gauche.

Pour *19* droitiers dont les bras ont la même mesure :

4m355mm } Pas de différence.
4m355mm }

Pour *21* gauchers :

4m91 pour le bras droit } soit 23c380 = BD
5m095 pour le bras gauche } soit 24c261 = BG

soit 0c881 en faveur du bras gauche.

Chez tous les gauchers le bras gauche est plus fort que le bras droit, sauf pour deux malades dont l'un a onze mois de séjour au lit et l'autre une fracture ancienne du bras gauche.

Sur 100 malades :

89953 sont droitiers;
10047 sont gauchers.

Sur 100 malades droitiers :

83 253 ont le bras droit plus fort que le bras gauche; les deux plus fortes différences sont : 2c5 chez un malade déjà cité et 1c5 chez un journalier de vingt-cinq ans.

7653 ont le bras gauche plus fort que le bras droit (la plus forte différence est de 1c5).

9090 ont les deux bras égaux. Parmi ceux-ci, la plupart ont un séjour au lit assez prolongé.

Sur *16* malades droitiers ayant le bras gauche plus fort que le droit :

13 n'accusent rien de particulier;
1 a eu une fracture du bras droit;
1 du rhumatisme articulaire du membre supérieur droit;
1 est au lit depuis quatre mois.

Les journaliers, les ménagères sont dans une forte proportion parmi les malades ayant le bras gauche plus fort que le bras droit.

Enfin nous avons obtenu la plus forte mesure de mollet chez un journalier de quarante-six ans :

Mollet droit, 40 cent.
Mollet gauche, 39c5.

Chez le même :

Le bras droit a 28c5,
Le bras gauche a 26c5 (les quatrième et cinquième métacarpiens ont été amputés).

Nous avons obtenu la plus forte mesure de bras chez un journalier de vingt-huit ans et gaucher :

Bras droit = 30c5,
Bras gauche = 31c5.

Chez le même :

Mollet droit = 36 cent.
Mollet gauche = 35c5.

En résumé sur 100 personnes :

60, soit un peu moins des deux tiers, ont le mollet droit plus fort que le gauche (un dixième de cent. en moyenne, soit : 0,114);

33, soit le tiers, ont le mollet gauche plus fort que le droit (trente centièmes de cent. en moyenne, soit : 0,032);

7, soit le quinzième, ont les deux mollets égaux.

Sur 100 individus :

90 p. 100 sont droitiers et 10 p. 100 sont gauchers.

Sur 100 droitiers :

83 ont le bras droit plus fort que le bras gauche, avec une moyenne de 0,649 en faveur du bras droit ;

8 ont le bras gauche plus fort que le bras droit avec une moyenne de 0,687 en faveur du bras gauche;

9 ont les deux bras égaux.

On est surpris de constater que sur 260 personnes, 16 droitiers ont le bras gauche plus fort que le bras droit ; nous n'avons rien trouvé ni dans l'interrogatoire ni dans l'examen de ces malades qui puisse nous expliquer une pareille anomalie.

Nos mensurations ont porté, il est vrai, sur des sujets pathologiques, sur des sujets sains les moyennes doivent être plus élevées; mais la moyenne des différences conserve toute sa valeur, c'est surtout cette considération qui nous a guidé dans ces mensurations, pensant qu'elles pouvaient offrir quelque utilité pour la rédaction de certains rapports médico-légaux, surtout au point de vue des accidents du travail.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 JUILLET 1907)

Sur la coagulation des albumines par l'action de la lumière ultra-violette et du radium. — MM. DREYER et Olav HANSSEN ont examiné l'action de la lumière sur différentes solutions albumineuses. Voici les résultats de leurs recherches :

1° Tant l'albumine de sérum que l'albumine d'œuf se coagulent sous l'action d'un éclairage intense et prolongé ; l'effet se produit le plus facilement dans une solution acide, mais il a lieu aussi, quoique à un degré bien moindre, dans une solution neutre ou alcaline. La globuline se coagule beaucoup plus facilement que les deux autres ;

2° Pour le fibrinogène, qui reste clair pendant l'éclairage, la faculté de coagulation en diminue sensiblement, si l'on chauffe après l'éclairage ;

3° Le sérum de cheval, qui a une couleur jaune paille prononcée, ne se coagule que faiblement; tandis qu'en opérant l'éclairage après avoir ajouté l'acide acétique jusqu'à la réaction acide faible, on obtient une coagulation très prononcée ;

4° La syntonine ne se coagule ni en solution acide ni en solution alcaline ;

5° Une solution de peptone limpide reste claire pendant l'éclairage, en prenant une teinte jaune paille, dont ils n'ont pas encore examiné l'origine. Une solution de caséine claire ne se coagule pas non plus et subit le même changement de teinte;

6° De tous les corps qu'ils ont examinés, c'est la vitelline qui coagule le plus facilement. Il paraît que, par un éclairage continu, elle se précipite quantitativement;

7° Une solution de lécithine jaune se décolore à l'éclairage tout en restant claire. Aucune odeur de triméthylamine ne se laisse constater;

8° La preuve qu'à l'éclairage il s'agit d'une véritable coagulation, non pas d'une simple précipitation, c'est que les substances précipitées donnent les réactions ordinaires des albumines, étant insolubles dans des solutions salines fortes ou faibles, ainsi que dans des solutions étendues acides et alcalines ;

9° C'est, avant tout, aux rayons ultra-violets et retenus par le verre qu'est due la coagulation produite par la lumière;

10° Si l'on éclaire les substances qui se coagulent à la lumière dans des chambres plates à une grande surface libre, celle-ci se couvrira d'une membrane d'albumine dont l'épaisseur variera suivant la distance. Il faut voir, sans doute, dans cette membrane, l'expression d'une forte augmentation, due à l'éclairage, de la viscosité de surface qui, suivant les recherches de Ramsden, s'y trouve toujours;

11° L'albumine le plus coagulable à la lumière, la vitelline, se coagule aussi à l'éclairement de radium. Ils n'ont trouvé rien de semblable pour la globuline, le fibrinogène, ni pour des solutions de ricine, de trypsyne, de présure, de coliagglutine, quoique pour toutes ces substances le pouvoir d'agglutiner le sang et les bactéries et l'action enzymatique s'affaiblissent aussi — plus ou moins suivant les cas, c'est vrai — à l'éclairement de radium.

Sur l'origine des dépôts de la matière colorante des vins rouges. — Dans tous les essais que M. MARTINAND signale, la précipitation de la matière colorante est faite dès que le moût ou le vin mis en expérience subit l'action de l'air et des agents oxydants. Or, d'après ses expériences de 1898 et celles de M. Trillat, il faut un temps assez long pour que les aldéhydes formés réagissent sur la matière colorante. Ceux-ci ne font donc qu'ajouter leur action immédiate à celle des oxydants, et ne sont pas eux-mêmes la cause principale de la casse proprement dite du vin. Ce rôle doit être dévolu à l'oxydation directe des polyphénols contenus dans le vin. Les aldéhydes au contraire sont les principaux agents du vieillissement des vins rouges et blancs et les dépôts qui en résultent diffèrent de ceux dus à l'oxydation par l'air de la matière colorante.

Rôle destructeur de la rate à l'égard des trypanosomes. — MM. A. RODET et G. VALLET ont annoncé en 1906 que les trypanosomes du nagana se détruisent dans la rate au cours de l'infection, et par suite d'une propriété trypanolytique de cet organe, MM. Laveran et Thiroux (1) s'étant récemment élevés contre leurs conclusions, ils ont cru pouvoir déclarer que les nombreuses observations et les nouvelles expériences qu'ils ont poursuivies depuis près d'un an n'ont fait que les confirmer dans leur opinion :

« I. Pour affirmer la destruction des trypanosomes dans la rate, nous nous sommes basés, moins sur la rareté des parasites dans les préparations de cet organe que sur la présence en grand nombre de noyaux libres de trypanosomes. Ce fait ressortait déjà pour nous avec une entière évidence des préparations faites par frottis. Les coupes ne nous ont pas donné satisfaction : elles ne valent pas les frottis en ce qu'elles sont loin de montrer aussi nettement tant les parasites intacts que leurs débris.

Nous croyons donc devoir maintenir notre assertion que les parasites se détruisent dans la rate, en invoquant non pas un fait négatif, l'absence ou la rareté des trypanosomes dans cet organe, mais un fait positif, la présence de débris dans le parenchyme splénique.

Rien ne prouve que la rate se borne à retenir les parasites altérés dans les vaisseaux. Nous avons nous-mêmes envisagé cette hypothèse, et nous croyons devoir la repousser, parce

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 78, p. 928.

que ce sont les rates prises au moment où le sang est le plus chargé de parasites intacts qui donnent les préparations les plus riches en noyaux libres, et cela non seulement chez le chien ou le cobaye, mais chez le chat, qui, comme on ne sait, ne présente pas de crises trypanolytiques.

Nos nouvelles observatious nous confirment aussi dans cette idée que, dans cette destruction intra-splénique, la phagocytose ne joue qu'un rôle effacé. Dans nos préparations faites suivant notre dernière technique, les noyaux nus se montrent pour la très grande majorité très nettement *libres*, extra-cellulaires : en parcourant les préparations, en observant un grand nombre de cellules spléniques, fort belles, bien conservées, à contour très net, on réussit à trouver de très rares débris de trypanosomes inclus, mais le nombre en est infime par rapport à ceux qui sont épars dans les espaces intercellulaires. Nous persistons donc à croire qu'il s'agit d'un processus d'abord huméral et que c'est par *trypanolyse* (quel que soit d'ailleurs le rôle d'une phagocytose secondaire, quel que soit aussi, bien entendu, le rôle des cellules pour fournir les substances trypanolytiques), que l'organisme s'efforce de se débarrasser des trypanosomes, soit incessamment dans la rate, soit dans les vaisseaux au moment des crises : à ce point de vue nous sommes heureux de constater que MM. Laveran et Thiroux, par l'expression de *crises trypanolytiques*, semblent accepter cette manière d'interpréter les crises.

II. En ce qui concerne l'action de la rate *in vitro*, nous avions, au cours de nos premières expériences, suivi par le microscope la destruction progressive des trypanosomes, d'une part, dans le sang défibriné pur, d'autre part, dans du suc de rate additionné de sang infecté : nous avions vu qu'ils s'altéraient plus vite dans le suc de rate. Depuis lors, nous avons varié nos expériences, en choisissant un critérium différent : plaçant dans des conditious identiques le sang et la rate d'un sujet infecté, nous avons cherché au bout de combien de temps l'un et l'autre perdent leur pouvoir infectant. Les premiers résultats que nous avons obtenus nous montrent que la rate cesse d'être infectante bien avant le sang. Il y a lieu de remarquer que, dans ces nouvelles expériences, il s'agissait, non de rate normale, mais de rate prise au cours de l'infection.

III. MM. Laveran et Thiroux invoquent d'intéressantes expériences concernant l'influence de la splénectomie sur l'évolution du surra expérimental. Sans relever le désaccord entre leurs résultats et ceux qu'ont obtenus d'autres expérimentateurs, nous ferons remarquer qu'un résultat négatif ne saurait suffire à refuser à la rate un rôle de défense; car la rate n'est pas seule à posséder un pouvoir destructeur à l'égard des trypanosomes, elle partage cette propriété avec l'ensemble des tissus lymphoïdes, et l'on conçoit que ceux-ci puissent la suppléer.

Conclusions. — Les nouvelles observations et expériences que nous avons faites en vue d'élucider le rôle de la rate dans les infections à trypanosomes nous permettent d'affirmer à nouveau que, au cours de l'infection par le *trypanosoma Brucei*, la rate détruit activement les parasites qu'elle retient; la phagocytose n'intervient que comme facteur secondaire de cette destruction, qui résulte surtout d'une trypanolyse extracellulaire. »

Les sérums artificiels à minéralisation complexe et à sels insolubles, injectables dans les veines. — M. Fleig, en présence des résultats fournis par les sérums artificiels à composition minérale voisine de celle du sang, s'est demandé s'il n'y aurait pas intérêt, dans le but de répondre à certaines indications spéciales, à introduire dans ces milieux divers éléments à action spécifique, en particulier le fer. Mais lorsque, à ces solutions complexes, on vient à ajouter un sel de fer, il devient impossible d'avoir une liqueur qui ne précipite pas, même en utilisant les sels de fer organiques.

Cette impossibilité absolue de solubiliser le fer de façon stable dans un liquide contenant toutes les substances minérales du plasma sanguin a amené l'auteur à reconnaître que les injections intra-veineuses de fer insoluble, en suspension dans le sérum complexe sous une forme appropriée, ne produisent aucun effet nocif.

Ce sérum peut être injecté, chez l'animal, en grande quantité et avec une vitesse très rapide sans produire le moindre trouble.

La même innocuité du sérum se constate chez des animaux qui viennent d'être soumis à des saignées plus ou moins abondantes, chez lesquels par conséquent l'augmentation de coagulabilité du sang faciliterait la coagulation intra-vasculaire.

Chez l'homme, dans divers cas d'anémie, des injections intra-veineuses de 500 centimètres cubes et au delà du même sérum, répétées deux à trois fois par semaine, n'ont jamais provoqué la moindre gêne respiratoire ni la moindre complication du côté du système vasculaire. De même à la suite de l'administration par la voie sous-cutanée ou intra-musculaire.

L'innocuité des injections intra-veineuses de fer insoluble s'explique par l'état physique très spécial du précipité d'hydrate ferrique, corps gélatineux, dont les particules doivent s'écraser facilement dans les fins capillaires et sont, comme les globules rouges, déformables et élastiques en quelque sorte. Elles ne pourraient produire d'embolies que si elles étaient injectées en masse énorme et en émulsion trop épaisse.

On ne doit plus accepter aussi rigoureusement qu'on l'a fait jusqu'à aujourd'hui les données classiques sur la production d'embolies et de coagulations intra-vasculaires mortelles par introduction de corps insolubles dans les veines. Bien plus, l'administration de certaines substances, et en particulier du fer, à l'état insoluble par la voie intra-veineuse non seulement n'a pas d'effet nocif dans les conditions qu'on a indiquées, mais présente encore certains avantages sur les injections solubles. Ainsi que l'ont montré des séries de dosages de fer dans les organes, le fer insoluble introduit dans le sang séjourne beaucoup plus longtemps dans l'organisme que s'il est injecté sous forme soluble : son état insoluble l'empêche de filtrer en nature à travers l'épithélium des glandes éliminatrices et provoque à un haut degré l'intervention phagocytaire qui exerce peu à peu une action de solubilisation et probablement aussi de transformation en fer organique. Le sérum sanguin et le sang total peuvent cependant dissoudre par eux-mêmes une petite quantité de l'hydrate ferrique, ainsi qu'on l'a vu par des expériences *in vitro*, mais cette action dissolvante n'est pas assez intense pour solubiliser en peu de temps tout l'oxyde injecté dans les veines.

Les sérums à minéralisation complexe tenant en suspension du fer insoluble paraissent un moyen excellent d'agir simultanément sur la nutrition générale et sur la nutrition spéciale du système hématopoïétique; en particulier, l'injection intraveineuse de fer insoluble d'une part, prolonge de beaucoup l'action du fer dans l'organisme, et d'autre part le met en contact rapidement avec celui-ci tout entier, soit directement grâce au pouvoir solubilisant du sang et des humeurs, soit indirectement par la collaboration de l'action leucocytaire.

Sous l'influence de ce traitement, on a vu, chez une chlorotique entre autres, les globules rouges s'élever, au bout d'un mois, de 3150000 à 4950000 et la valeur globulaire de 0,60 à 0,85; chez une anémique, les globules sont montés en trois semaines de 1400000 à 3800000.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 30 JUILLET 1907)

Cette dernière séance (l'Académie entrant en vacances jusqu'au 1er octobre) a été presque entièrement consacrée à des rapports de prix ou autres : Rapports de M. Raymond sur le prix Herpin, et de M. Netter sur l'emploi de nouveaux sérums thérapeutiques, de M. Widal sur un travail de M. Rosenthal, de M. Yvon sur les eaux minérales, de M. Pozzi sur un travail présenté par M. Keating Hart. Ce dernier mérite une attention spéciale.

Un nouveau traitement du cancer. — Dans l'une des dernières séances, M. Keating Hart (de Marseille) donnait lecture d'un travail sur le traitement du cancer par les courants de hautes fréquences. Volontiers un peu sceptiques à l'égard de tout nouveau traitement du cancer, nous avions écouté d'une oreille un peu distraite l'exposé de M. Keating Hart. Nous avons eu tort. Ce travail a été renvoyé à l'examen de M. Pozzi qui a fait des expériences dans son service de Broca, et voici les conclusions très intéressantes du professeur Pozzi :

Après avoir exposé les expériences faites sous ses yeux dans son service de l'hôpital Broca, et soumis les observations présentées par l'auteur à un examen détaillé, M. Pozzi conclut ainsi :

« Ces réserves faites, mes conclusions se rapprochent sensiblement de celles du docteur Keating Hart.

Avec lui je reconnais que l'étincelle de haute tension et de haute fréquence est hémostatique et anti-douloureuse, et paraît avoir une action modificatrice spéciale et immédiate sur le tissu cancéreux; qu'en outre elle est éliminatrice, et rapidement cicatrisante.

Que dire des résultats plus ou moins lointains obtenus par cette méthode? Il me paraît certain qu'elle a produit sur des cas extrêmement graves, où la chirurgie livrée à ses seuls moyens refusait d'intervenir, des effets que nulle autre méthode à mon sens n'eût pu obtenir.

Est-ce à dire que ces résultats soient définitifs et que le moyen de guérir le cancer soit enfin trouvé? Il serait peu scientifique d'y prétendre, et je ne saurais mieux faire que d'approuver la réserve de l'auteur même de la méthode qui s'en remet au temps et à d'autres expérimentateurs d'en décider.

Mais avoir obtenu, pour une durée importante, la cicatrisation d'un cancer volumineux du rectum, accompagné de cachexie, avoir fait disparaître un carcinome à évolution rapide du front et du frontal, un encéphaloïde ulcéré du sein, adhérent aux côtes et aux muscles, etc., et cela à l'aide de simples et incomplètes énucléations à la curette ou au bistouri, précédées et suivies de projections d'étincelles, tout cela constitue en médecine ce que j'appellerai des faits nouveaux d'un haut intérêt pour nous.

Enfin avoir utilisé en thérapeutique un agent physique hémostatique et analgésiant, joignant à une grande puissance destructive des effets vitalisants et cicatrisants pour les tissus sous-jacents, et dont l'application en dehors du traitement anti-cancéreux peut avoir d'heureuses conséquences en médecine, méritait d'attirer toute l'attention de l'Académie sur les travaux de notre confrère marseillais. »

Décortication pulmonaire, guérison. — M. Picqué communique une observation de fistule pleurale ayant nécessité une décortication pulmonaire qui a été suivie de guérison.

A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

ANALYSES

MEDECINE

Les glandules parathyroïdes dans la paralysie agitante. (R. L. Thompson. *The Journ. of med. research.*, vol. XV. n° 3, nouv. série, vol. X, n° 3, déc. 1906, p. 399-423.) — Comme on a attribué les troubles de la paralysie agitante à des lésions, des glandules parathyroïdes, l'auteur a voulu vérifier cette assertion et a examiné comparativement l'état de ces glandules dans neuf cas de paralysie agitante, et chez d'autres sujets morts d'affections diverses.

Il n'a découvert rien d'anormal chez ces neuf malades.

Au point de vue du nombre il a trouvé 3 glandules dans trois cas, 5 dans trois cas, et 5 chez les trois derniers. Le volume moyen des glandules semblait un peu plus petit chez les malades atteints de paralysie agitante.

Au microscope rien de particulier dans huit cas, dans deux cas un peu d'hypertrophie du tissu interstitiel, et dans un autre de la graisse, mais ces particularités se retrouvaient dans bien d'autres affections, c'est ainsi que la graisse était en quantité considérable chez un diabétique.

Les cellules glandulaires, principales et fonctionnelles, ne présentaient rien d'anormal.

Thompson conclut qu'on ne peut dire que morphologiquement les glandules parathyroïdes soient suffisantes dans la parrlysie agitante, mais comme la clinique montre que la paralysie agitante doit relever d'une hypo-parathyroïdisation chronique et progressive, on doit admettre seulement des troubles fonctionnels : soit que la sécrétion soit anormale, soit qu'une substance destinée à neutraliser les poisons du sang ne soit plus sécrétée, soit que « la relation spécifique entre ces glandules et les autres organes soit bouleversée ».

Le travail de Thompson ouvre le champ le plus large à toutes les hypothèses sans éclairer la question. M. LANCE.

Etude sur la gastro-électrothérapie au point de vue physiologique, expérimental et thérapeutique. (L. Rabinovici. Th. de Paris, 1907; Bonvalot-Jouve, édit.) — La gastro-électrothérapie est un bon moyen thérapeutique; elle n'agit pas par suggestion, exception faite pour des cas où l'on se propose d'agir par ce dernier moyen.

La gastro-électrothérapie ne doit pas être employée isolément, sauf quand les indications se posent dans ce sens. On doit, pour traiter les malades, employer tous les moyens thérapeutiques, l'électricité n'excluant pas les autres médications.

Pour agir sur la sécrétion gastrique on emploiera ou bien la gastro-faradisation percutanée, pendant au moins quinze minutes, ou bien la galvanisation du pneumogastrique.

La gastro-galvanisation externe et la gastro-électrisation

interne doivent être abandonnées : la première comme inefficace, la seconde comme inefficace, ennuyeuse, fatigante, difficile à réaliser et dangereuse.

Pour agir sur la motricité gastrique on emploiera la galvano-faradisation percutanée.

En cas d'insuccès, on pourra faire usage de la galvano-faradisation du pneumogastrique.

La gastro-électrisation interne et l'électrisation intra-gastro-pariétale doivent être abandonnées : la première comme inefficace, toutes les deux comme ennuyeuses, fatigantes, difficiles à réaliser et dangereuses.

Pour agir sur la sensibilité gastrique on emploiera la galvanisation percutanée ou la galvanisation du pneumogastrique, chacune ayant ses indications.

La gastro-électrisation interne, quoique efficace, doit être mise de côté, pouvant être facilement remplacée par les méthodes précécentes, qui ne présentent pas ses inconvénients.

La gastro-électrothérapie a ses indications particulières dans un grand nombre d'affections gastriques, de même que les autres médications. L. GAYARD.

PSYCHIATRIE

Les enfants indisciplinés : procédés médico-pédagogiques qui leur sont applicables. (Berillon. Société d'hypnologie et de psychologie, séance annuelle du mardi 18 juin 1907.) — La suggestibilité, la réceptivité aux idées ambiantes sont le propre de l'enfance. Les idées bonnes et les idées mauvaises y trouvent donc un terrain également favorable. Il faut par conséquent convenir que les suggestions de l'entourage joueront un rôle prepondérant dans la formation du caractère de l'enfant.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un enfant indocile, se montrant rétif, porté à la désobéissance, on doit se demander si ces dispositions d'esprit ne résultent pas d'une mauvaise influence qui aura été exercée sur son esprit. Comme l'a dit justement J.-J. Rousseau, le caprice des enfants n'est jamais l'ouvrage de la nature, mais celui d'une mauvaise discipline.

Cela est vrai non seulement pour les enfants dont la tendance à l'indicipline a son point de départ dans une mauvaise éducation, mais même pour ceux dont l'impulsivité est symptomatique d'une névrose. Chez les enfants atteints d'hystérie, d'épilepsie, de chorée et même de dégénérescence mentale, l'indocilité peut toujours être rattachée à des vices de l'éducation. En effet, l'éducation doit être d'autant plus ferme que les dispositions de l'enfant à l'impulsivité sont plus apparentes. C'est généralement le contraire qui arrive.

Quand l'indocilité est confirmée, quand l'enfant se montre véritablement réfractaire à la direction familiale ou scolaire, il convient, pour le transformer, de recourir à des procédés médico-pédagogiques, au premier rang desquels il faut placer la suggestion hypnotique. Par elle, dans l'état d'hypnose il devient possible de cultiver le réflexe de l'obéissance qui par beaucoup d'aspects présente des analogies frappantes avec le réflexe de la suggestibilité que nous avons précédemment étudié, il est même très remarquable d'observer avec quelle intensité le réflexe d'obéissance se manifeste dans l'état d'hypnotisme chez des sujets qui à l'état de veille en paraissaient dépourvus. A la culture du réflexe de l'obéissance, il convient d'ajouter d'autres interventions suggestives. En particulier il faudra par des suggestions appropriées modifier les dispositions à la vanité et à un certain égoïsme dans lesquels l'indocilité trouve son principal fondement. L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Les indiscrétions de l'histoire, 4[e] série (1),
par le docteur Cabanès.

L'hystérie de sainte Thérèse, l'appendicite de Madame Henriette d'Angleterre, le tempérament excessif du général Hoche, le suicide de Beaumarchais, le régime alimentaire de Napoléon à Sainte-Hélène, les victimes du grand roi, une tragédie mondaine sous Louis-Philippe, tels sont les problèmes médico-historiques que M. Cabanès cherche à résoudre dans cette quatrième série des *Indiscrétions de l'histoire*. C'est toujours de la part de cet auteur médico-littéraire le même souci de l'exacte documentation, de la vérité historique et scientifique, c'est toujours le même style impeccable, correct et charmeur, qui lui permet de tout dire sans offusquer personne, de traiter les sujets les plus délicats sans choquer les plus chatouilleuses susceptibilités.

Pour M. Cabanès, la vierge d'Avila ne fut pas une vulgaire hystérique. C'était une névropathe, douée d'une haute intelligence et d'une ferme résolution ; c'était, en outre, une paludique et chez elle la cachexie paludique a pu « préparer le lit de la névrose ».

Madame a-t-elle succombé à un empoisonnement par le sublimé, comme le prétend notre confrère Legué, — à une appendicite, à la rupture d'une grossesse intra-utérine comme le veut le professeur Pozzi ou à une péritonite foudroyante consécutive à la perforation d'un ulcère de l'estomac ? C'est à cette dernière hypothèse que se rallie M. Cabanès, en ajoutant que Madame était tuberculeuse et en se demandant s'il n'existait pas une relation entre l'ulcère gastrique et cette tuberculose. M. Cabanès se livre, dans ce chapitre particulièrement intéressant, à une discussion très serrée des nombreux documents qu'il a pu consulter.

On a, tour à tour, accusé bien des gens d'avoir fait empoisonner le général Hoche. Après une étude et une discussion approfondie de tous les documents connus et inconnus, M. Cabanès conclut à la mort par phtisie pulmonaire. C'est aussi l'avis de M. Debove, consulté par M. Cabanès.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre l'auteur dans ses recherches passionnantes de la vérité scientifique dans l'histoire. Ce livre, comme les précédents, ne peut pas être analysé en quelques lignes, il doit être lu d'un bout à l'autre et à le lire on trouvera, en même temps qu'un grand profit instructif, un véritable plaisir littéraire. Dr BROCHIN.

Une nouvelle méthode de diagnostic de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine de Koch. Sa valeur clinique, par MM. A. Moeller, E. Lœwenstein et E. Ostrovsky. Troisième édition. In-8 de 32 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Poinat.

(1) In-12. — Prix 3 fr. 50. — Paris, librairie Mondiale, 10, rue de l'Université.

NOTES POUR L'INTERNAT

VEINES JUGULAIRES [1]

RAPPORTS DE LA JUGULAIRE INTERNE. — La veine jugulaire interne de la base du crâne jusqu'à son embouchure avec la veine sous-clavière est entourée d'une gaine aponévrotique (gaine vasculaire du cou). Cet étui fibreux a été envisagé différemment suivant les auteurs : deux opinions sont classiques. Pour Sébileau l'aponévrose cervicale moyenne quittant le muscle omo-hyoïdien se fixe aux tubercules antérieurs des vertèbres cervicales; de la face profonde de la lame fibreuse se détache une expansion se portant en dedans, par conséquent allant vers la ligne médiane; cette cloison rencontre un premier obstacle, la veine jugulaire interne, flanquée sur son bord interne de la carotide; la cloison se dédouble pour engainer les vaisseaux et ensuite former la gaine viscérale du cou.

Pour Jonnesco, la gaine vasculaire est sans rapports avec l'aponévrose cervicale moyenne, mais se rattache au contraire à la gaine péritrachéo-œsophagienne. Il est bien évident que l'épaisseur de la gaine varie suivant le point considéré. C'est ainsi qu'à la partie inférieure de la région cervicale, la gaine s'infiltre de graisses, et sur la partie externe de l'étui on aperçoit un bourrelet graisseux, dit « coussinet adipeux de Merkel ».

Les rapports proprement dits se distinguent en :

A. **Rapports de la région céphalique.** — La veine jugulaire interne occupe la région sous-parotidienne postérieure : elle partagera donc les rapports des organes contenus dans la région. On trouve :

1° En avant d'elle, comme rapport immédiat la cloison fibro-musculaire constituée par les muscles styliens ; ceux-ci en procédant de dedans en dehors sont le stylo-pharyngien se portant sur la paroi du pharynx qu'il pénètre entre le constricteur supérieur et le constricteur moyen, puis le stylo-glosse, et enfin à la partie la plus externe le stylo-hyoïdien ; ces muscles sont entourés d'une gaine fibreuse, appelée encore aponévrose stylo-pharyngienne ou ailerons latéraux du pharynx : en avant de ces muscles se trouve le prolongement pharyngien de la parotide. La glande salivaire est donc bien plus antérieure à la veine que ne le disent les classiques. En outre, directement sur la face antérieure, la veine jugulaire interne est croisée perpendiculairement à sa direction par deux filets nerveux : le *rameau auriculaire du pneumogastrique* et l'*anse de Haller* qui unit le facial au glosso-pharyngien.

2° En dedans la veine jugulaire répond au tronc du nerf spinal, celui-ci étant situé à la partie la plus externe du trou déchiré postérieur; en dedans du spinal le pneumogastrique, et ses deux renflements ganglionnaires : ganglions jugulaire et plexiforme. Le dixième donne déjà des rameaux cardiaques des filets pharyngiens : enfin à la partie la plus interne, le neuvième, il faut remarquer que onze, dix, neuf, sont anastomosés les uns avec les autres. C'est sur sa face interne que la veine jugulaire prend contact avec la carotide interne, mais celle-ci lui est à la fois plus antérieure et plus interne et elle est entourée par un plexus nerveux venu du sympathique. Normalement la veine jugulaire interne est assez éloignée de la paroi du pharynx, mais dans des cas pathologiques les polypes naso-pharyngiens peuvent comprimer la veine, de même au cours d'épithélioma du pharynx on a décrit des thromboses du vaisseau. La paroi du pharynx ne présente que peu de détails importants. On y trouve les branches artérielles venues de la pharyngienne ascendante, des veines pharyngées, des nerfs fournis par le pneumogastrique, le sympathique;

3° En arrière le nerf *spinal* se porte obliquement de haut en bas, de dedans en dehors; on a vu qu'au niveau du trou déchiré le onzième était interne par rapport à la veine, il lui devient secondairement postérieur; les anomalies sont assez fréquentes, le spinal peut passer en avant du vaisseau; le *grand hypoglosse* est également postérieur, mais aussi plus interne; il se porte en avant et en bas, puis il changera de direction; se portant en avant il devient horizontal.

Quoi qu'on en ait dit, le sympathique n'a pas de rapport immédiat avec la veine jugulaire interne, il est plutôt rétro-carotidien, mais le ganglion cervical supérieur donne par son pôle supérieur un rameau jugulaire qui fournit des anastomoses aux nerfs du trou déchiré postérieur; le rameau carotidien va dans le canal carotidien; le plan le plus postérieur est constitué par la région vertébrale. La veine par l'intermédiaire du muscle long du cou repose sur les apophyses transverses des vertèbres cervicales;

4° En dehors, la veine jugulaire interne répond à deux artères : l'occipitale et l'auriculaire postérieure; ces deux vaisseaux donnent en effet des branches profondes pour la mastoïde et la face profonde du sterno-cléido-mastoïdien, puis on trouve ce muscle enveloppé par l'aponévrose cervicale superficielle; à la face profonde du muscle pénètre le spinal, à la hauteur d'une ligne horizontale menée par l'angle de la mâchoire (Tillaux).

B. **Rapports de la portion cervicale.** — Sur toute la hauteur de ce segment qui vient de passer sous le ventre postérieur du digastrique. La veine appartient à la région carotidienne.

En dehors de la veine jugulaire interne est la masse musculaire du sterno-cléido-mastoïdien; celui-ci est oblique en arrière et en haut. On sait que dans les opérations sur le cou, la tête étant dans la position de l'extension, la veine jugulaire se présente la première. Le muscle est enveloppé par la gaine qui lui est propre : il faut rappeler que sous la face profonde du muscle l'aponévrose cervicale moyenne se termine soit sous le bord antérieur ou sous le bord postérieur du muscle. Mais le sterno-cléido-mastoïdien présente un véritable plexus nerveux, constitué par la branche externe du spinal anastomosée avec le troisième nerf cervical. C'est ainsi que se constitue l'anse de Maubrac. On trouve encore la longue chaîne ganglionnaire sous-sterno-mastoïdienne. On compte de seize à vingt ganglions, il ne faut pas croire qu'ils sont exactement placés en dehors de la veine; on en trouve en avant du vaisseau, même sur la paroi antérieure de l'artère, ou bien des nodules s'interposent entre l'artère et la veine. Enfin c'est directement en dehors de la paroi veineuse que passe la branche veineuse de la troisième ou de la quatrième cervicale destinée à s'anastomoser avec la branche descendante de l'hypoglosse.

En dedans, en procédant de haut en bas on trouve le *nerf grand hypoglosse*, presque immédiatement au-dessous du ventre postérieur du digastrique, le nerf est verticalement descendant, il est fréquemment caché par des ganglions lymphatiques recevant les vaisseaux de la langue. L'hypoglosse devient horizontal, donne sa branche descendante que l'on peut appeler satellite de la veine jugulaire; en dedans de l'hypoglosse, on aperçoit le tronc de la carotide externe. L'artère donne des collatérales, mais seules l'auriculaire postérieure, l'occipitale, se portant en arrière et en haut, croisent la jugulaire interne.

Plus bas c'est la bifurcation carotidienne, la carotide interne étant d'abord externe et postérieure à la carotide externe, le nerf laryngé supérieur étant lui-même beaucoup plus en dedans; puis on trouve le tronc principal, la carotide primitive; il ne faut pas croire que les deux vaisseaux : veine et artère, sont sur un même plan. En effet, le bord antérieur de la jugulaire dépasse fréquemment le bord correspondant de l'artère, mais aussi lui reste postérieur chez d'autres sujets, et comme le fait remarquer Merkel, cité par Charpy, ces deux états peuvent se rencontrer à droite et à gauche sur le même sujet. Quoi qu'il en soit, c'est la carotide qui sépare la veine jugulaire de l'appareil laryngo-trachéal et du nerf récurrent; à gauche les rapports avec ce nerf sont encore plus éloignés qu'à droite, le récurrent étant placé dans la gouttière trachéo-œsophagienne. Le corps thyroïde a des rapports avec la carotide.

En avant, on rencontre de haut en bas des filets venus de la portion horizontale de l'hypoglosse, et destinés au thyro-hyoïdien; puis des filets cardiaques venus du pneumogastrique

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 84, p. 1006.

cervical. Une masse ganglionnaire accolée au bord supérieur du ventre antéro-supérieur de l'homo-hyoïdien, c'est encore l'anse nerveuse (constituée par la branche descendante du douzième et la branche du plexus cervical profond) qui innerve les muscles omo-hyoïdien, sterno-cléido-hyoïdien, sterno-thyroïdien.

En arrière, la veine jugulaire interne repose encore sur la région prévertébrale, mais entre les ganglions lymphatiques, on voit le sympathique; celui-ci est situé un peu en dehors et en arrière ; le sympathique donne des filets cardiaques, il présente à la hauteur de la quatrième ou cinquième cervicale un renflement très variable comme aspect, le ganglion cervical moyen. Celui-ci est en arrière de la veine; mais les rapports sont compliqués par la présence de l'artère thyroïdienne inférieure; ce vaisseau venu du tronc thyro-bicervico-scapulaire de la sous-clavière, a été d'abord ascendant, puis horizontal; c'est précisément ce segment qui croise perpendiculairement la direction de la veine jugulaire interne, immédiatement après, par conséquent en se rapprochant de la paroi pharyngée, la thyroïdienne inférieure se bifurque, puis se trifurque pour enlacer le récurrent; et en outre le sympathique donne des filets pour toutes les branches artérielles. Le nerf pneumogastrique est postérieur par rapport à la jugulaire, mais en même temps lui est interne, le pneumogastrique étant satellite de l'artère peut s'éloigner de la veine; il est admis actuellement que le cordon nerveux a une gaine propre.

C. **Rapports de la portion terminale.** — En avant, la veine répond à l'interstice qui sépare le chef sternal du chef claviculaire du sterno-cléido-mastoïdien. Poulsen a établi que souvent dans cette région venaient s'ouvrir les collections suppurées de la gaine du muscle. C'est un rapport dont il faut se souvenir dans les interventions. La jugulaire chez le vieillard déborde fréquemment en dehors le sterno, elle apparaît sous le bord postérieur du muscle dans la région sus-claviculaire.

En arrière, la veine répond aux faisceaux les plus inférieurs du scalène antérieur, s'attachant aux tubercules antérieurs des quatrième, cinquième, sixième cervicales, puis repose sur la face antérieure de l'artère sous-clavière, elle en est séparée par trois cordons nerveux; en procédant de dedans en dehors on voit le pneumogastrique à droite donnant le récurrent qui enlace la sous-clavière, puis le sympathique se dédoublant pour entourer l'artère formant l'anse de Vieussens; enfin à la partie la plus externe le phrénique s'anastomosant avec le sympathique et donnant un filet allant rejoindre le nerf du sous-clavier.

En dehors, les faisceaux du scalène antérieur séparent la veine jugulaire interne des cordons du plexus brachial.

En dedans, la carotide primitive sépare la veine de l'appareil trachéo-œsophagien, mais la veine se place de plus en plus en avant. *(A suivre.)*

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON MÉDITERRANÉE. — *Fête de l'Assomption.* — A l'occasion de l'Assomption, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 8 août, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 21 août 1907, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue la conserveront.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 88. — SAMEDI 3 AOUT 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 3 AOUT 1907. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Par arrêté ministériel, en date du 31 juillet 1907, le préfet de la Seine est autorisé à recruter par un concours spécial les médecins des asiles d'aliénés de la Seine.

Seront admis à prendre part au concours les médecins en chef et les médecins adjoints des asiles publics, asiles privés faisant fonction d'asiles publics, à la condition qu'ils aient occupé effectivement un poste dans un de ces établissements pendant une période d'au moins deux ans.

Les conditions du concours et la composition du jury seront fixés par un arrêté ministériel.

MARINE. — M. le médecin principal Arène, du port de Lorient, actuellement en service à Toulon, est désigné pour embarquer le 16 août 1907, sur le cuirassé *Patrie*, dans l'escadre de la Méditerranée, en remplacement de M. le docteur Barthélemy, qui a reçu une autre destination.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Il a été attribué, pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique, les récompenses ci-après :

Médaille d'or. — M. le docteur Thulié, vice-président du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Médaille d'argent. — M. le docteur Peaucellier (d'Amiens).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Cournol (de Cusset), Gache (de Villefranche-Saint-Phal) et David (d'Angoulême).

CONGRÈS DES PRATICIENS. — COMITÉ DE VIGILANCE. — A la séance du 15 juin, M. Reymond a rendu compte du résultat négatif de la démarche faite auprès de M. Briand par le groupe médical parlementaire pour demander l'adjonction d'un certain nombre de confrères à la commission ministérielle.

Puis la question de l'autonomie des Facultés et Ecoles de médecine fut abordée. M. Le Fur a fait remarquer que l'existence des Universités, créées par la loi de 1896 est une gêne pour l'autonomie des Facultés.

En effet, Facultés et Ecoles dépendant de l'Université sont obligées de verser des fonds à ladite Université et sont obligées de s'en référer à elle pour l'emploi des fonds.

En résumé une section a été nommée pour traiter de l'enseignement complémentaire ; elle se compose de MM. Belot, Bazot, Quidet, Ramonat, Barbarin.

Puis M. Gillet expose les grandes lignes du rapport qu'il a rédigé sur le P. C. N.

— Après la séance de la sous-commission a eu lieu une réunion générale de la commission, sous la présidence de M. Dubuisson.

M. Coppens expose les motifs du vœu qu'il a rédigé d'accord avec M. Declercq et demande que ce vœu soit mis aux voix. Le vœu est adopté.

Un appel du Comité de vigilance. — Le Comité de vigilance, issu du Congrès des praticiens,

Considérant :

1° Qu'il a pour mission de poursuivre la réalisation des vœux exprimés par le Congrès ;

2° Que son action aura d'autant plus de force que la cohésion médicale sera plus générale à la fois et plus étroite ;

Considérant d'autre part :

1° Que la diffusion des idées d'union, de solidarité et de défense nécessaire est liée, pour une grande part à la propagande active, incessante, de la presse professionnelle ;

2° Que certains organes médicaux, loin de servir la cause du praticien, ont opposé — soit en critiquant soit un ignorant, d'une manière systématique, le soulèvement médical, le Congrès et ses travaux — une hostilité de principe à ses aspirations les plus légitimes,

Conclut :

Tout médecin-praticien, syndiqué ou non, est instamment prié, dans l'intérêt supérieur de la démocratie médicale, de ne plus accorder de subsides, sous forme d'abonnements, à une presse qui le dédaigne en attendant qu'elle le trahisse, et par contre, de donner tout son appui aux organes dévoués qui ont ouvertement pris sa défense.

M. Declercq demande que les procès-verbaux des séances soient envoyés avant chaque nouvelle séance aux membres de la commission.

M. Leredde déclare que le possible sera fait.

HOMMAGE A M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Les amis et les élèves de M. Lucas-Championnière, désirant célébrer sa promotion au grade de commandeur dans l'ordre de la Légion d'honneur, ont décidé de lui offrir une plaquette dont l'exécution a été confiée à M. Paul Richer, membre de l'Institut, ancien interne de M. Lucas-Championnière.

Les cotisations sont reçues chez M. Georges Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne. — Tout souscripteur d'une somme de 25 francs aura droit à une plaquette de bronze.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trentième semaine, 866 décès, au lieu de 771 pendant la semaine précédente et au lieu de 855, moyenne ordinaire de la saison.

Les maladies épidémiques sont plus fréquentes.

La fièvre typhoïde a causé 9 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 25 (au lieu de 32 la semaine précédente et au lieu de la moyenne 28).

La variole a causé 4 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 11 au lieu de 15 pendant la semaine précédente (moyenne 13).

La rougeole a causé 14 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente (moyenne 13). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 316 (au lieu de 372 précédemment et au lieu de 184, moyenne des quatre dernières années).

La scarlatine a causé 6 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 426; il s'élevait à 583 pendant la semaine précédente (moyenne 89). Les arrondissements où l'épidémie sévit avec plus de force sont ceux de Popincourt (66 cas), de Montmartre (51 cas) et de Ménilmontant (42 cas).

La coqueluche a causé 8 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 6).

La diphtérie a causé 3 décès (moyenne 6); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 57, au lieu de 50 pendant la semaine précédente (moyenne 76).

La diarrhée infantile a causé 38 décès de 0 à 1 an, au lieu de 21 la semaine précédente (moyenne 64).

En outre, 12 enfants sont morts de débilité congénitale.

INSTITUT DE MÉDECINE LÉGALE ET DE PSYCHIATRIE. — MÉDECINE LÉGALE. — *Cours théorique de médecine légale.* — Ce cours sera professé les lundi, mardi, jeudi, vendredi et samedi de chaque semaine, à la Faculté (amphithéâtre de pharmacologie), à quatre heures : 1° en novembre et en décembre 1907, par M. le professeur Thoinot; 2° en janvier et février 1908, par M. Balthazard, agrégé. Le 1er cours aura lieu le lundi 11 novembre 1907.

Cours pratique de médecine légale — Ce cours commencera à la Morgue, le mercredi 13 novembre 1907, à deux heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Les mercredis : M. le professeur Thoinot; — les vendredis : M. Descoust, chef du laboratoire de médecine légale; — les lundis : M. Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Conférences de médecine légale pratique. — M. le professeur Thoinot, assisté de M. Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux, de M. Demoulin, chirurgien des hôpitaux, et de MM. les docteurs Dervieux et Paul, moniteurs, dirigera les mardis et vendredis, de neuf heures à midi, des exercices pratiques, portant sur toutes les questions médico-légales : autopsies; expertises au criminel, au civil et en matières d'accidents du travail. Les conférences auront lieu soit à la Morgue, soit à la Faculté, soit à l'hôpital Laënnec. Suivant les sujets, le lieu de réunions sera indiqué au fur et à mesure pour chaque conférence. MM. Ogier, Vibert, Descoust feront chaque semaine, au laboratoire de toxicologie, des conférences et des exercices pratiques de chimie et de microscopie appliqués à la toxicologie et aux recherches médico-légales.

PSYCHIATRIE. — *Cours clinique de psychiatrie.* — M. le professeur Joffroy commencera ce cours à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, le samedi 16 novembre 1907, à dix heures du matin, et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

Cours théorique de psychiatrie. — MM. Dupouy et Charpentier, chefs de clinique des maladies mentales, commenceront ce cours à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, le jeudi 7 novembre 1907, à neuf heures, et le continueront les samedis, lundis et jeudis suivants, à la même heure.

Cours théorique de psychiatrie médico-légale. — M. le docteur N..., agrégé, commencera ce cours le lundi 3 février 1908, à dix heures et quart, à l'amphithéâtre des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, et le continuera les jeudis et lundis suivants, à la même heure.

Examen des malades et rédactions d'observations ou de rapports. — MM. Dupouy et Charpentier, chefs de clinique des maladies mentales, dirigeront ces exercices pratiques, qui se feront à la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, les lundis et jeudis à dix heures et commenceront le lundi 11 novembre 1907, à la même heure.

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE

DIAGNOSTIC DES HÉPATOMÉGALIES CHRONIQUES

Par M. LÉVI-SIRUGUE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Envisagées en général les hépatomégalies chroniques sont dues à des tumeurs (cancers, kystes hydatiques) ou des cirrhoses. Si au temps de Laënnec cirrhose du foie était en effet presque synonyme de petit foie rétracté, on a depuis décrit tant de cirrhoses à gros foies qu'on serait tenté de regarder comme une forme rare le vrai type de cirrhose de Laënnec. La plupart des états morbides chroniques du foie sont donc hépatomégaliques. Des néoplasies, cancers, kystes hydatiques aboutissent à l'hypertrophie du foie, et on en comprend facilement le mécanisme; de même on s'explique bien que le dépôt de graisse dans les cellules hépatiques qui en sont gonflées produise un gros foie comme on en obtient dans les engraissements artificiels de certains animaux. Mais comment des infections ou intoxications chroniques telles que l'alcoolisme, la syphilis, qui sont des processus sclérosants, peuvent-elles aboutir à des cirrhoses hypertrophiques dans certains cas, à des formes atrophiques, dans d'autres, ou à des formes mixtes, atropho-hypertrophiques? L'explication de ces différences nous est fournie par l'étude histologique du foie qui nous montre à un degré plus ou moins prononcé dans le premier cas une régénération de la cellule hépatique dont la prolifération compensatrice tend à suppléer les îlots qu'a étouffés la prolifération conjonctive. Cette hypertrophie compensatrice peut n'être que restreinte, elle forme alors les adénomes étudiés autrefois par Sabourin dans la cirrhose de Laënnec; elle peut être diffuse et rend compte alors de l'hépatomégalie. On comprend que ces cirrhoses hépatomégaliques évoluent plus lentement à condition cependant que les cellules ne soient pas atteintes de dégénérescences graisseuses trop marquées.

L'augmentation de volume du foie est facilement mise en évidence à la *palpation* de l'organe qui doit se faire en déprimant doucement, progressivement, la paroi abdominale avec la pulpe des doigts et en remontant à la recherche du bord tranchant qu'on peut quelquefois suivre très nettement et qu'on sent mobile avec les mouvements respiratoires. Cette palpation n'est gênée que si la paroi abdominale est très chargée de graisse et surtout s'il y a de l'ascite. Souvent alors on ne peut constater l'état du foie qu'après ponction.

Pour délimiter complètement l'organe il faut à la palpation joindre la *percussion* qui permet d'en fixer les limites supérieure et latérale. On sait que normalement le foie donne lieu à une matité qui en haut vers la gauche vient se perdre dans la matité cardiaque et vers la ligne axillaire droite atteint le quatrième ou cinquième espace intercostal droit. En bas sur les lignes scapulaire et axillaire cette matité suit la onzième côte, et sur la ligne mammaire le bord inférieur des fausses côtes, qu'elle dépasse de façon à couper la ligne médiane à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xiphoïde; à gauche elle se perd dans la matité cardiaque à l'union des septième et huitième cartilages costaux (Debove et Sallard). Il est intéressant de noter en outre qu'avant l'âge d'un an le foie déborde souvent les fausses côtes.

A ces moyens d'investigation, il faut ajouter la *phonendoscopie* de Bianchi, surtout pour l'examen du lobe gauche, et la *radioscopie*, surtout utile dans les cas de kystes.

Hypertrophié le foie de par son poids a naturellement tendance à se développer par en bas et alors que normalement chez l'adulte, il ne dépasse jamais le rebord costal, on le voit s'abaisser notablement au-dessous jusqu'à atteindre même quelquefois la crête iliaque.

Le foie hypertrophié doit être distingué du foie abaissé par le fait d'un épanchement de liquide ou de gaz dans la plèvre droite, par l'emphysème ou le relâchement des liens suspenseurs, constituant l'hépatoptose décrite dans la thèse de J.-L. Faure. Dans ce dernier cas, le foie forme une masse réductible par la position couchée et l'examen de la matité montre qu'il n'y en a pas là où elle existe normalement.

L'hépatomégalie peut rester isolée; souvent la même cause qui a agi sur le foie porte son effet sur la rate, quelquefois même il y a prédominance de la *splénomégalie* comme dans les formes splénomégaliques de la maladie de Hanot décrites par Gilbert et Fournier. Au point de vue du diagnostic l'association de la splénomégalie est un fait capital, car elle peut tout de suite diriger l'attention sur certains états morbides où la splénomégalie est un fait constant, tels que le paludisme, la leucémie.

La modification de couleur du tégument externe est aussi un élément précieux de diagnostic; on sait que l'*ictère* fait partie intégrante du cortège symptomatique de la maladie de Hanot, tandis que le gros foie des cirrhoses diabétiques pigmentaires s'accompagne d'une coloration bronzée spéciale des téguments qui fait dénommer cet état morbide diabète bronzé.

L'*ascite* avec sa conséquence la circulation collatérale de l'abdomen, généralement moins accentuées ici que dans les cirrhoses à petit foie, est encore un élément utile.

I

A. **Hépatomégalies de l'adulte.**— I. Gros foies avec ictère prédominant. — Dans les états morbides où le gros foie s'accompagne d'ictère celui-ci est dû, soit comme dans la cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot au catarrhe des canalicules biliaires, dont l'obstruction amène la rétention de la bile, soit comme par exemple dans les cancers du pancréas ou des voies biliaires, à la rétention de la bile par l'obstruction des gros canaux biliaires. Tandis que dans le premier cas il n'y a pas de décoloration des matières, ou que du moins elle n'est que passagère, la bile passant toujours en partie dans l'intestin, dans

le second la décoloration est généralement absolue. C'est là une notion des plus importantes pour le diagnostic.

a. *Gros foies avec ictère sans décoloration des selles.* — Dans ce groupe d'hépatomégalies rentrent diverses angiocholites chroniques dont le type le plus caractéristique est celui qui porte le nom de *maladie de Hanot ou cirrhose biliaire hypertrophique.* Passager au début l'ictère devient plus tard persistant mais d'intensité variable selon les moments. A côté de l'ictère le symptôme dominant est l'hépatomégalie, le foie est notablement hypertrophié un peu en haut comme le montre la matité remontant jusqu'à la cinquième côte, et surtout en bas comme le fait constater le palper abdominal, qui fait sentir le bord tranchant abaissé jusqu'à l'ombilic. L'hypertrophie est lisse et uniforme ; il y a souvent de la sensibilité à la palpation. Enfin la splénomégalie est le troisième élément de la triade symptomatique, Tantôt elle va presque de pair avec l'hépatomégalie et alors on a affaire à la forme ordinaire de Hanot. Tantôt elle fait défaut, et MM. Gilbert et Castaigne ont décrit des cas de cette *forme hépatomégalique* pure ; tantôt au contraire la splénomégalie l'emporte sur l'hépatomégalie et alors il s'agit de la *forme hypersplénomégalique* décrite par MM. Gilbert et L. Fournier. Dans cette forme plus fréquente chez les jeunes sujets, où le foie dépasse de peu le rebord costal alors que la rate descend en bas jusqu'à la fosse iliaque et atteint en dedans la ligne médiane, il y a généralement aussi à noter l'adénomégalie. Même dans les formes ordinaires de la maladie de Hanot le début paraît souvent se faire par la rate comme par exemple dans le cas publié par Landrieux et Milian (1) où le malade accusa d'abord des douleurs à l'hypocondre gauche qu'expliquait la splénomégalie. Plus tard seulement apparurent l'ictère et l'hépatomégalie (2).

De ces formes splénomégaliques avec légère hépatomégalie de la cirrhose biliaire, il convient de rapprocher *les ictères chroniques splénomégaliques* décrits par Hayem (3) et son éléve Lévy (4). Chez leurs malades ces auteurs ont observé un ictère chronique à paroxysmes, une hépatomégalie modérée, le foie lisse débordant les fausses côtes au plus de trois travers de doigt, hépatomégalie variant parallèlement avec l'intensité de l'ictère comme au début de la maladie de Hanot (*foie en accordéon*), alors que la splénomégalie beaucoup plus forte restait constante. Ce qui différenciait surtout cet état morbide de la maladie de Hanot c'était « la durée longue, pour ainsi dire indéfinie de la maladie, sans cachexie malgré l'anémie, avec bon état de la nutrition générale, conservation des forces et possibilité pour les malades de vaquer à leurs occupations ». Chez un des malades l'affection durait depuis dix-neuf ans.

Les hépatomégalies que nous venons de voir avec leur ictère variable mais constant, l'absence d'ascite constituent un groupe bien caractérisé et nettement différencié des hépatites calculeuses, où l'ictère est toujours foncé, avec franche réaction de Gmelin des urines et du sang, où les fèces sont constamment décolorées, où le foie le plus souvent se rétracte au lieu de s'hypertrophier, où la splénomégalie est nulle ou toujours moindre.

La syphilis tertiaire peut créer un type d'*hépatite syphilitique hypertrophique avec ictère chronique*, comme l'a observé Hanot (1). L'hypertrophie du foie se fait surtout aux dépens du lobe droit ; l'organe est un peu bosselé ; la rate est grosse ; le teint est nettement ictérique. Le tableau morbide ressemble donc à celui de la maladie de Hanot ; les antécédents syphilitiques montrent seuls la voie thérapeutique à suivre. D'après un cas de Peon la tuberculose pourrait produire un tableau analogue.

Les *cancers nodulaires du foie*, qu'il s'agisse de cancer primitif ou secondaire, s'accompagnent presque toujours d'ictère, qui ne manquerait que dans un tiers des cas (Hanot et Gilbert), mais il est le plus souvent léger. Quelquefois il s'accompagne d'ascite légère. Le gros foie est ici *bosselé* et le volume des bosselures augmente rapidement. L'âge du malade et la rapide cachexie distinguent cette hépatomégalie des précédentes ; souvent la rate est grosse mais ne dépasse guère les côtes.

b. *Gros foies avec ictère accompagné de décoloration des selles.* — Dans les cas que nous venons de voir, l'ictère ne s'accompagne pas de vraie décoloration des fèces. Il n'en est pas de même dans ceux que nous avons à mentionner maintenant où il s'agit d'un véritable ictère par rétention.

Dans le *cancer de la tête du pancréas* le foie est souvent hypertrophié ; son bord atteint l'ombilic, et quelquefois la rate aussi augmente de volume ; il est dans certains cas possible de sentir la vésicule sous forme d'une petite tuméfaction dure, arrondie. Les selles sont décolorées et riches en matières grasses.

La symptomatologie du *cancer de l'ampoule de Vater* est assez analogue. Le foie est gros, ainsi que la vésicule biliaire, la rate est hypertrophiée. La décoloration des fèces est complète ; pour le différencier en clinique, Hanot a mis en lumière deux signes utiles : l'intermittence de l'ictère et la diarrhée (Soc. méd. des hôp., 24 avril 1896).

Dans la *lithiase biliaire chronique*, le foie est souvent rétracté, mais il peut cependant être hypertrophié. Cette hypertrophie s'accompagne de tous les signes d'obstruction chronique des grosses voies biliaires : ictère chronique, grosse vésicule, décoloration des fèces, rarement lorsqu'il n'y a qu'obstacle partiel au flux biliaire, conservation de leur couleur normale. En tout cas, l'étude des antécédents et l'examen des selles pour la recherche de débris calculeux permettront d'arriver au diagnostic.

Signalons enfin, mais à titre de rareté, l'hépatomégalie avec ictère par rétention de *kystes hydatiques comprimant les voies biliaires*.

(1) Soc. méd. des hôp., 6 avril 1900.

(2) Voir pour plus de détails : Levi-Sirugue. Relations morbides de la rate et du foie, Rev. in *Gaz. des hôp.*, 25 fév. 1905.

(3) *Presse méd.*, 9 mars 1898.

(4) Thèse Paris, 1899.

(1) Hanot, *Presse méd.*, 1896.

II. Gros foies avec ascite prédominante accompagnée ou non d'ictère. — L'ascite a ici un degré variable, elle peut être peu abondante comme dans les cirrhoses alcooliques hypertrophiques étudiées par Hanot et Gilbert, où l'ascite est bien moindre que dans la maladie de Laënnec et se reproduit bien moins vite après la ponction, elle peut au contraire être abondante, se reformer vite dans des cas de gros foie cardiaque. Souvent elle s'accompagne de subictère, rarement d'ictère vrai.

Le gros foie cardiaque, aboutissant des crises répétées d'asystolie des cardiopathies qui ont dépassé le stade de compensation, surtout des lésions mitrales, s'accompagne d'ascite notable, quelquefois énorme, qui vient ajouter à la dyspnée déjà due à d'autres causes ; comme à toute ascite importante tenant à l'état du foie, il s'y joint le développement d'une circulation collatérale de l'abdomen; lorsque, après la ponction on peut limiter le foie, on le sent débordant les fausses côtes de quatre à cinq travers de doigt, animé de pulsations, très sensible à la palpation ; la rate est grosse mais modérément ; elle dépasse rarement le rebord costal et son hypertrophie n'est le plus souvent décelée qu'à la percussion : il y a du subictère et de la cyanose des pommettes et des lèvres. Enfin la dyspnée, hors de proportion avec l'ascite, vient encore attirer l'attention vers le cœur.

Il y a des *gros foies alcooliques avec ascite*. C'est la *cirrhose hypertrophique alcoolique* avec légère ascite que Hanot et Gilbert ont opposée à la cirrhose à petit foie de Laënnec avec ascite toujours plus abondante, marche plus rapide et plus grave. Ce sont ces formes hypertrophiques qui constituent les cirrhoses curables déjà depuis longtemps décrites par Millard et d'autres auteurs, fait qu'explique la régénération de la cellule hépatique possible dans les cas où l'action toxique a été moins brutale. La rate, dans ces cas, est plus grosse que dans la maladie de Laënnec. L'ascite peut même manquer ; c'est alors *la forme anascitique* de la cirrhose alcoolique hypertrophique (Gilbert).

Dans la *syphilis tertiaire du foie*, l'ascite est la règle, M. Fournier l'a toujours observée. Elle peut être très abondante, se reproduire très vite. Hutchinson l'a vue récidiver trente fois, mais elle est remarquablement influencée par le traitement spécifique ioduré. Par contre, l'ictère est rare et pour ainsi dire accidentel, dû à la compression des canaux biliaires par des brides fibreuses ou des ganglions hilaires. Le foie est gros et souvent *inégalement hypertrophié*, l'hypertrophie portant surtout sur le lobe droit ; cette hypertrophie inégale est considérée par Lancereaux comme un signe important. La rate est souvent grosse, quelquefois même relativement plus que le foie (Ménétrier). Enfin le traitement spécifique a une remarquable influence sur l'ascite et l'état du foie, l'iodure de potassium étant, comme l'a montré Mauriac, le médicament par excellence de la syphilis tertiaire du foie.

III. Gros foies sans ascite importante cliniquement ni ictère vrai. — Ces gros foies sans ascite, sans ictère véritable, peuvent se diviser en deux groupes, ceux où le foie est seul hypertrophié, ceux où à l'hépatomégalie s'ajoute une notable splénomégalie, c'est-à-dire où la rate dépasse notablement les fausses côtes.

a. *Hépatomégalie seule*. — Le *diabète bronzé* réalise une hypertrophie souvent considérable du foie; il s'agit toujours là de diabètes graves à marche rapide et qui ont comme caractère principal, la couleur spéciale enfumée ou cendrée quelquefois, généralisée mais portant surtout sur la face, les organes génitaux. Cette mélanodermie moindre que celle de la maladie d'Addison est bien différente du teint ictérique, et se rapproche plutôt du teint bistre des anciens paludéens. Mais ici la grande polyurie (3 à 4 litres), et l'abondante glycosurie (150 à 200 grammes) permettront facilement le diagnostic. Il s'agit d'ordinaire de sujets de quarante à soixante ans. Le foie, gros, lisse et dur, dépasse sensiblement le rebord des fausses côtes et peut atteindre le niveau de l'ombilic. C'est là un état rapidement mortel.

Chez certains *dyspeptiques* et *goutteux*, Hanot et son élève Boix ont vu un gros foie sans ascite ni circulation collatérale et sans ictère. Ce gros foie est remarquable par son extrême dureté qui donne au toucher la sensation du bois (Hanot et Boix).

Dans le *foie cardiaque*, lorsque les lésions sont encore au stade congestif et n'ont pas atteint celui de cirrhose, on trouve chez un malade dyspnéique et œdématié un gros foie douloureux sans ascite. A cette période, l'hépatomégalie est susceptible de régression par le traitement.

Dans la tuberculose chronique, surtout *chez les tuberculeux alcooliques*, on trouve souvent une notable hépatomégalie. On sait combien à l'autopsie des tuberculoses les plus banales il est fréquent de trouver un gros foie gras. Chez ces sujets, l'examen clinique du foie montre une hypertrophie lisse, uniforme, molle, pâteuse, et la percussion renseigne alors plus exactement sur l'hypertrophie que la palpation. Il n'y a ni douleur, ni ascite, ni ictère, ni splénomégalie vraie. Les urines sont fortement chargées d'urobiline et la glycosurie alimentaire est de règle. De cette *stéatose simple du foie*, il faut rapprocher une lésion plus rare, mais plus nettement différenciée en clinique, la *cirrhose hypertrophique graisseuse des tuberculeux*, décrite par Hutinel (1), Sabourin (2), et dans la thèse de Bouygues (3). Il s'agit de tuberculeux, grands alcooliques, qui ont un gros ventre, dont l'état général décline rapidement, et qui finissent par tomber dans un véritable état typhique avec du subictère, du purpura, des hémorragies. Le foie est sensible, lisse, uniformément gros et dépasse de plus de quatre travers de doigt les côtes. La rate est hypertrophiée, mais elle ne dépasse guère le rebord costal; sa matité atteint en longueur 8 à 10 centimètres. Gilbert et Castaigne ont observé aussi chez des tuberculeux alcooliques une forme analogue de cirrhose ; le foie était très gros, lisse ; la rate était légè-

(1) Hutinel. *France médicale*, 1881.
(2) Sabourin. *Arch. phys.*, 1881.
(3) Bouygues. *Thèse de Paris*, 1889.

rement hypertrophiée; l'ascite existait, mais avait peu d'importance clinique, puisqu'elle ne nécessita jamais la ponction et ne dépassait guère 6 à 9 litres; il y avait constamment du subictère. L'ascite n'est d'ailleurs ici qu'un phénomène terminal, précédant la mort de deux à trois mois à peine.

Le *cancer massif primitif du foie* donne lieu à une augmentation lisse du foie, surtout du lobe droit. Le foie peut devenir énorme, descendre dans la fosse iliaque. Fait important pour le diagnostic, cette *hépatomégalie augmente pour ainsi dire à vue d'œil*, et si on prend soin de mesurer régulièrement le foie en marquant ses limites au nitrate d'argent, on voit qu'au bout de quinze jours à trois semaines seulement la limite s'est fortement abaissée. Ici le foie est lisse, non pas bosselé, comme dans le cancer nodulaire; il n'y a ni ictère, ni ascite, ni splénomégalie. La rate est moins souvent hypertrophiée que dans le cancer nodulaire. La douleur est généralement légère.

Le *sarcome* mélanique qui est rare s'accompagne d'hépatomégalie souvent énorme; la tumeur du foie est secondaire à une autre tumeur mélanique (peau, œil), etc.

Une autre espèce de tumeur du foie est susceptible d'hypertrophier l'organe, c'est le *kyste hydatique*. L'hépatomégalie a ici une forme spéciale variable selon que le kyste se développe en avant ou qu'il pointe en bas. Dans le premier cas, le plus ordinaire, il y a au niveau du foie une voussure notable siégeant au flanc droit si la tumeur est au lobe droit, à l'épigastre si le kyste est développé dans le lobe gauche. On sent nettement au palper une tuméfaction rénitente, élastique, indolore quelquefois, rarement fluctuante, très rarement présentant le fameux frémissement hydatique. Le kyste va-t-il pointer en bas, alors on sent une tuméfaction sous-hépatique se continuant directement avec le foie sans interposition de zone tympanique et surtout mobile avec les mouvements respiratoires. La radioscopie et la radiographie peuvent rendre un réel service dans le diagnostic des tumeurs hydatiques.

b. *Hépatomégalie avec splénomégalie.* — Le *gros foie des paludéens* est la principale, la plus fréquente des hépatomégalies de ce groupe. Les anciens paludéens à la période de cachexie palustre ont toujours un gros foie et une grosse rate, mais ici la splénomégalie énorme dépasse de beaucoup l'hépatomégalie. Le foie a un volume très variable selon les moments, tantôt il peut paraître atrophié, tantôt hypertrophié [Mongour (1)]; et alors qu'il déborde souventpeu les fausses côtes, la rate vraiment monstrueuse peut remplir tout le côté gauche de l'abdomen et atteindre en dedans la ligne médiane. La rate est en outre plus douloureuse que le foie, une ascite modérée n'est pas rare ; par contre, il n'y a pas d'ictère vrai, mais le teint a cette couleur terreuse bistrée, spéciale aux anciens paludéens. Les poussées fébriles viennent compléter ce tableau clinique bien particulier, suffisamment éclairé d'ailleurs par le passé paludéen. Lorsque chez ces sujets le teint est particulièrement sombre, on peut soupçonner qu'il s'agit d'une cirrhose paludéenne pigmentaire, qu'on observe quelquefois chez les malades dont l'infection est très ancienne.

(1) Mongour, Acad. méd., 13 juin 1905.

Dans les diverses formes de *leucémie*, qu'il s'agisse de leucémie vraie ou de lymphadénie aleucémique (lymphomatose aleucémique de Weill et Clerc), il y a hypertrophie du foie avec notable hypertrophie de la rate, mais ici le plus souvent on note aussi l'adénomégalie. L'examen du sang viendra éclairer le diagnostic, montrant, selon les cas, une myélémie mononucléaire ou une polynucléose avec ou sans éosinophilie et quelquefois myélémie légère.

La *syphilis tertiaire* peut, à côté des formes d'hépatomégalie avec ictère ou avec ascite décrites plus haut, donner lieu à une hépato-splénomégalie sans ascite ni ictère vrai. Le foie très gros, pouvant atteindre la crète iliaque est dur, inégal. Cette forme a une très longue durée [Gerhardt, de Berlin (1)].

La syphilis tertiaire peut encore, ainsi que quelques autres infections pyohémiques chroniques, en tête desquelles vient la tuberculose, provoquer une dégénérescence du foie qui se traduit par une hépatomégalie régulière, lisse, souvent avec splénomégalie, c'est l'*amyloïde* du foie, accompagnée d'ordinaire de lésion semblable de la rate (splénomégalie) et du rein (albuminurie). Le foie a une consistance pâteuse spéciale.

On peut enfin observer une forme rare de *foie cardiaque avec splénomégalie*. Oulmont et Ramond (2) ont vu chez deux jeunes sujets sans signes apparents d'asystolie un gros foie douloureux débordant les fausses côtes sur la ligne mammaire de 4 centimètres et une rate énorme allant jusqu'à l'ombilic. Ces malades étaient très anémiés. Par là, ces faits ressemblaient à la maladie de Banti, avec cette différence qu'ici le foie était hypertrophié.

II

B. **Hépatomégalies du nourrisson et de l'enfant.** — Nous avons surtout envisagé les hépatomégalies de l'adulte. Mais chez les nourrissons et dans la seconde enfance, le diagnostic présente certaines particularités qu'il est utile d'indiquer.

Chez le nourrisson presque constamment le gros foie est associé à une grosse rate et quelquefois celle-ci est proportionnellement bien plus hypertrophiée. Chez le nourrisson et dans la première enfance il y a trois grandes causes d'hypertrophie du foie. Ce sont le *paludisme*, l'*hérédo-syphilis*, la *leucémie*. Si le *paludisme* ne s'observe guère dans nosrégions, il n'en est pas de même partout. Il y a même en France des contrées où le paludisme est endémique; à plus forte raison en est-il ainsi en Italie dans les régions de malaria et en Algérie, etc. Ces enfants dont le développement se fait mal ont un teint bistré particulier, analogue à celui des vieux paludéens cachectiques ; ils sont sujets à des accès fébriles qui

(1) Gerhardt (de Berlin). *Sem. méd.*, 1898.
(2) Oulmont et Ramond. *Presse méd.*, 25 décembre 1901.

rappellent les accès de fièvre intermittente de l'adulte ; leur ventre gros contraste avec l'amaigrissement du reste du corps ; il y a souvent un peu d'ascite, le foie déborde notablement les fausses côtes et l'hypertrophie de la rate est généralement considérable. Le diagnostic ne présenterait de difficulté que si on était amené à observer un de ces enfants transporté hors de la région où a eu lieu l'infection palustre. L'examen des parents sera souvent des plus utiles ; enfin la recherche, dans le sang, au moment des poussées fébriles de l'hématozoaire de Laveran, vient confirmer le diagnostic.

L'*hérédo-syphilis* est avec la leucémie la grande cause d'hépatomégalie du nourrisson. La syphilis du foie est chez le nouveau-né bien plus fréquente que chez l'adulte. L'enfant souvent porteur d'autres lésions d'hérédo-syphilis (pemphigus, maladie de Parrot ou décollements épiphysaires, coryza, rhagades anales, kératite, etc.) se présente comme un cachectique, comme un athrepsique. Le ventre est gros par suite de l'hypertrophie du foie et de la rate, car si dans la syphilis de l'adulte la rate ne s'hypertrophie guère, son hypertrophie est au contraire à peu près constante chez le nourrisson (*hérédo-syphilis à forme spléno-hépatique de Chauffard*). Quelquefois il y a en outre de l'ascite, mais ce n'est pas la règle ; l'ictère est rare ; c'est la teinte bistre qu'on observe. Le foie gros, lisse, peut atteindre en bas la crête iliaque ; il est d'une dureté ligneuse ; le palper en est douloureux. La rate grosse est d'ordinaire proportionnellement moins volumineuse.

Ce tableau n'est pas sans présenter des analogies avec celui de la *leucémie* du nourrisson. En France Hayem et son élève Luzet, à l'étranger Von Jaksch ont observé chez des nourrissons un tableau morbide qu'ils ont décrit sous le non d'*anémie infantile pseudo-leucémique* marqué par la pâleur des téguments, le développement du ventre. L'hépatomégalie est modérée ; il n'y a pas d'ascite. La rate est appréciable à la palpation. C'est l'examen du sang qui fournit la clef du diagnostic. Les globules rouges sont diminués en nombre, il y a diminution du taux de l'hémoglobine. Il y a un peu de poikilocytose, de nombreux globules rouges à noyaux. Quelquefois avant la mort on note un état leucémique du sang.

Dans la *seconde enfance* le tableau clinique des hépatomégalies se rapproche beaucoup de celui de l'adulte. La maladie de Hanot, quoique plus rare que chez l'adolescent, peut s'observer chez l'enfant ; assez souvent elle y revêt la forme splénomégalique. Ce qu'il y a de plus particulier à cet âge ce sont les hépatomégalies qu'on observe chez les enfants tuberculeux [Laure et Honorat (1), Hutinel (2), Moizard et Jacobson (3)]. On a vu chez des enfants dont l'âge variait de 6 à 12 ans, atteints de tuberculose sans aucune tare alcoolique, une *hepatite tuberculeuse graisseuse hypertrophique* à marche plus lente que celle de l'adulte et marquée par l'hypertrophie lisse du foie et de la rate sans ictère, avec urobilinurie, ascite. Chez ces enfants il y avait de la cyanose de la face et des signes de dilatation cardiaque. Le plus souvent il y a de la péricardite tuberculeuse qui aboutit très volontiers chez l'enfant à la symphyse. La conséquence de cette symphyse est de créer dans le foie des lésions de foie cardiaque avec quelques lésions disséminées de tuberculose. Ces lésions du *foie cardio-tuberculeux* (Hutinel) assez spéciales à l'enfance donnent lieu à un tableau clinique qui ressemble à celui de la péritonite tuberculeuse à forme ascitique, mais après la ponction de l'ascite qui est abondante et récidivante, il est facile de sentir le foie gros, douloureux ; la rate est hypertrophiée aussi ; de plus la cyanose, la dyspnée, la déformation fréquente des ongles en baguettes de tambour sont autant de signes qui éveilleront l'attention du côté du cœur, dont les lésions s'accusent plutôt par les troubles de la circulation périphérique que par l'auscultation qui ne révèle souvent qu'un assourdissement des bruits avec augmentation de la matité précordiale.

Nous croyons utile en terminant de rappeler dans le tableau d'ensemble suivant les causes multiples qui engendrent l'hypertrophie du foie.

Chez l'*adulte* :

- I. *Gros foies avec ictère dominant.*
  - a. *Ictère sans décoloration absolue et permanente des selles...*
    - Maladie de Hanot.
    - Ictères splénomégaliques chroniques d'Hayem et Lévy.
    - Hépatite syphilitique tertiaire.
    - Cancers nodulaires du foie.
  - b. *Ictère avec décoloration complète des matières....*
    - Cancer de la tête du pancréas.
    - Cancer de l'ampoule de Vater.
    - Lithiase biliaire chronique.
    - Kyste hydatique (forme très rare).
- II. *Gros foies avec ascite prédominante* accompagnée ou non d'ictère ....
  - Foie cardiaque (lésion cirrhotique).
  - Cirrhose hypertrophique alcoolique.
  - Syphilis tertiaire du foie (forme ordinaire).
- III. *Gros foies sans ascite importante cliniquement, ni ictère vrai......*
  - a. *Hépatomégalie seule..*
    - Diabète bronzé.
    - Foies dyspeptiques et goutteux.
    - Foies tuberculo-alcooliques.
    - Cancer massif primitif.
    - Kyste hydatique (forme ordinaire).
    - Foie cardiaque (congestion).
  - b. *Hépatomégalie avec splénomégalie.........*
    - Foie paludéen.
    - Foie leucémique.
    - Syphilis tertiaire.
    - Amyloïde.
    - Forme rare d'asystolie spléno-hépatique.

Chez le *nourrisson*, splénomégalie presque constante :

Foie paludéen.
Hérédo-syphilis du foie.
Leucémie.

Chez l'*enfant*, les hépatomégalies les plus fréquentes sont :

Maladie de Hanot (forme splénomégalique).

(1) Laure et Honorat. *Rev. mens. mal. enf.*, 1887.

(2) Hutinel. *Bull. méd.* 1889 ; — *Rev. mal. enf.*, déc. 1893 et nov. 1894.

(3) Moixard et Jacobson. *Arch. méd. enf.*, juil. 1898.

Hépatite tuberculeuse graisseuse hypertrophique et foie cardio-tuberculeux.
Hérédo-syphilis du foie.
Kyste hydatique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 31 JUILLET 1907)

Luxation du semi-lunaire en avant. — M. DEMOULIN fait un rapport très détaillé sur deux observations de M. Rouvillois, relatives à des cas de luxation du semi-lunaire en avant avec fracture du scaphoïde, observations accompagnées de radiographies.

Il rappelle les communications de MM. Delbet, Berger sur le même sujet. C'est une étude complète de ces luxations que présente M. Demoulin.

Après avoir rappelé les différents faits qui ont été communiqués à la Société de chirurgie, les avis discutés et analysés, M. Demoulin arrivant aux symptômes de ces fractures, les divise en trois groupes : 1° groupe à symptômes basés sur l'examen du squelette du poignet ; 2° groupe à symptômes tirés de l'attitude du poignet et des doigts ; 3° groupe à symptômes d'ordre nerveux.

M. le rapporteur passe en revue chacun de ces signes. Il arrive ensuite à la conduite à tenir et discute la valeur de l'intervention sanglante et celle de la réduction.

L'intervention sanglante consiste, ici, à enlever le semi-lunaire seul ou accompagné du fragment du scaphoïdien qui s'est déplacé avec lui.

Dans les deux cas de M. Rouvillois, la réduction a pu être obtenue facilement dans un cas, sept jours après le traumatisme, assez péniblement dans l'autre vingt-cinq jours après. Mais il y a des cas où la réduction a pu être obtenue bien plus longtemps après l'accident, dix-huit jours, vingt-deux jours, vingt-cinq jours et même, dans quelques cas, un bon mois après l'accident. Toutefois la réduction n'est pas toujours possible et l'intervention sanglante s'impose alors.

M. Demoulin s'étend sur la technique de la réduction non sanglante; pour l'obtenir il fait tirer sur la main en hyperextension et avec les deux pouces, refouler le semi-lunaire dans sa loge.

En somme, pour M. Demoulin, la réduction non sanglante est un traitement de choix et l'on ne doit recourir qu'exceptionnellement à l'ablation.

M. DELBET attache une grande importance à l'état du grand os dont on ne parle pas assez dans les descriptions de ces cas de luxations du semi-lunaire, avec ou sans fracture du scaphoïde. Dans les cas où le grand os est intéressé, il y a généralement un raccourcissement du carpe, allant de 5 millimètres à 2 centimètres. Dans les observations où le grand os n'est pas signalé on peut conclure qu'il est remonté, qu'il s'est rapproché du radius, M. Demoulin attache une grande importance à la fracture du scaphoïde, mais le fragment scaphoïdien n'empêche pas la réduction.

Au point de vue des inductions, c'est surtout le degré du déplacement du semi-lunaire qui doit les dicter : quand le déplacement est très considérable, il ne faut pas s'attarder à tenter la réduction ; il n'y a qu'une chose à faire, l'ablation. Chaque fois que la réduction est possible et facile, il faut la tenter. Souvent cette réduction est incomplète et les résultats éloignés sont bien moins satisfaisants que ceux qu'aurait donnés l'extraction.

M. PICQUÉ fait un rapport sur deux observations adressées par M. Robert Picqué. Il s'agit d'aliénés qui ont fait des chutes sur la tête qui ont été suivies d'hématomes de la région frontale et chez lesquels M. Robert Picqué a pratiqué immédiatement un lambeau explorateur. Chez l'un il n'y avait eu aucun signe de fracture du crâne et il y en avait une; chez l'autre au contraire, il y avait eu des signes, du coma, et pas de fracture. On peut, de ces faits, déduire l'importance de l'exploration qui conduit à une intervention immédiate, curatrice ou prophylactique.

M. Picqué cite l'exemple d'un alcoolique qui, dans son délire alcoolique, prend peur de ses voisins en chemin de fer, ouvre la portière et se précipite sur la voie. Il ne se fait aucune blessure grave, il paraissait, après quelques jours, guéri et ne présentait plus qu'un léger état impressionnel. M. Picqué fait un lambeau explorateur, trouve une large fente de la région frontale, avec deux fissures, l'une en haut, l'autre en bas; il fait une large craniectomie comprenant les deux fissures et trouve un foyer de suppuration entre la boîte crânienne et la dure-mère. Ce malade a très bien guéri.

Dans un autre cas, où il s'agissait d'une fracture par coup de feu, survient un délire infectieux, avec une température de 40 degrés. Après la trépanation, la température tombe.

Sarcome malin de l'ovaire. Pseudo-hermaphrodisme. — M. HARTMANN analyse une observation de M. Chaumel (de Quimper); il s'agit d'un jeune matelot de quinze ans qui fut pris de douleurs abdominales vives, qui firent croire à une appendicite. Ce malade était un pseudo-hermaphrodite avec toutes les apparences extérieures d'un garçon; la laparotomie, qui fut pratiquée plus tard chez lui, montra qu'il avait des ovaires, pas d'utérus. Il portait un énorme sarcome malin de l'ovaire, qui fut enlevé. La récidive ne tarda pas à se faire, et le malade succomba.

Ostéosarcome de l'humérus. — M. PICQUÉ présente une jeune fille à laquelle il a dû pratiquer une désarticulation interscapulo-humérale pour ostéosarcome de l'humérus.

Splénectomie. — M. DAUDET présente un malade chez lequel il a pratiqué une splénectomie pour rupture complète de la rate.

Hépatico-duodénostomie. — M. DELBET montre une malade qui était atteinte d'une énorme tumeur de la tête du pancréas, d'une dureté ligneuse, accompagnée de ganglions de voisinage. Le canal cystique était oblitéré, la vésicule rétractée. M. Delbet fit une anastomose latérale entre le canal hépatique et le duodénum. L'ictère a disparu.

Pleurésie purulente. — M. TUFFIER présente un malade qui était atteint d'une pleurésie purulente totale, le poumon étant rétracté sur son hile. Après l'empyème, on appliqua chaque jour une grande ventouse qui attirait le poumon vers la paroi thoracique, ainsi que le montrait la radioscopie. Il y a là une amélioration de la technique de l'empyème sur laquelle M. Tuffier attire l'attention de ses collègues.

M. DELBET obtient le même résultat à l'aide d'un siphon muni d'un long tube.

DOCUMENTS OFFICIELS

LOI PORTANT ORGANISATION DU CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE I

STATUTS ORGANIQUES

ARTICLE PREMIER. — Le corps de santé de la marine a pour mission d'assurer le service médical et le service pharmaceutique à bord des bâtiments de l'Etat, dans les ports militaires, dans les établissements de la marine hors des ports et les points d'appui de la flotte aux colonies.

Il est également chargé de l'enseignement dans les écoles de médecine navale.

Les officiers de ce corps demeurent placés sous le régime des lois des 19 mai 1834, 5 et 17 août 1879, concernant l'état des officiers.

ART. 2. — Le corps de santé de la marine, service médical et service pharmaceutique, est composé ainsi qu'il suit :

Service médical.

Médecin général de première classe	1
Médecins généraux de deuxième classe	6
Médecins en chef de première classe	14
Médecins en chef de deuxième classe	15
Médecins principaux	65
Médecins de première classe	140
Médecins de deuxième classe	100

Médecins de troisième classe. (Nombre variable selon les besoins du service).

Service pharmaceutique.

Pharmaciens en chef de première classe	4
Pharmaciens en chef de deuxième classe	4
Pharmaciens principaux	9
Pharmaciens de première classe	20
Pharmaciens de deuxième classe	12

Pharmaciens de troisième classe. (Nombre variable selon les besoins du service.)

ART. 3. — Les grades des officiers de santé du corps de la marine correspondent aux grades ci-après désignés dans la hiérarchie des officiers de marine et de l'armée de terre :

Médecin général de première classe, vice-amiral ou général de division;

Médecin général de deuxième classe, contre-amiral ou général de brigade;

Médecin et pharmacien en chef de première classe, capitaine de vaisseau ou colonel;

Médecin et pharmacien en chef de deuxième classe, capitaine de frégate ou lieutenant-colonel;

Médecin et pharmacien principal, ancien grade de capitaine de corvette ou chef de bataillon;

Médecin et pharmacien de première classe, lieutenant de vaisseau ou capitaine;

Médecin et pharmacien de deuxième classe, enseigne de vaisseau ou lieutenant;

Médecin et pharmacien de troisième classe, aspirant de première classe ou sous-lieutenant.

ART. 4. — Il ne pourra, dans aucun cas, être accordé de grades honoraires ni être fait, en temps de paix, de nominations en dehors du cadre.

Lorsqu'en temps de paix, et par suite de nominations faites en raison de circonstances de guerre, l'effectif des cadres dépassera les limites fixées par l'article 2, la réduction s'opérera comme suit :

1° Pour les médecins généraux et les médecins en chef de première classe, il ne pourra être fait qu'une nomination sur deux vacances;

2° Pour les autres grades, il ne pourra être fait que deux promotions sur trois vacances.

ART. 5. — Les nominations et promotions dans le corps de santé de la marine sont faites par décret.

Elles sont immédiatement rendues publiques et effectives par voie d'insertion au *Journal officiel*.

ART. 6. — L'emploi est distinct du grade.

Aucun officier ne peut être privé de son grade que dans les cas et suivant les formes déterminées par la loi.

ART. 7. — Les rangs et préséances des officiers du corps de santé de la marine relativement aux corps d'officiers de la marine et de l'armée de terre sont déterminés par décret.

L'uniforme des officiers du corps de la santé de la marine est réglé par décret.

L'ordre de service et de l'embarquement de ces officiers est fixé par le ministre de la marine.

ART. 8. — Les officiers du corps de santé reçoivent les pensions de retraite prévues par les lois en vigueur pour les officiers de marine du grade correspondant.

Il est compté pour la retraite quatre années de services, à titre d'études préliminaires, aux officiers admis avec les diplômes universitaires dans le corps de santé de la marine, à compter de la mise en vigueur du décret du 24 juin 1886.

Les médecins et pharmaciens actuellement en service qui sont entrés dans le corps de santé de la marine antérieurement au décret du 24 juin 1886, ne bénéficient que de deux années de services au même titre.

ART. 9. — Les officiers du corps de santé autres que les officiers généraux sont admis à la retraite afférente à leur grade dès qu'ils atteignent l'âge fixé ci-après :

Médecin et pharmacien en chef de première cl.	60 ans.
Médecin et pharmacien en chef de deuxième cl.	58 —
Médecin et pharmacien principal	56 —
Médecin et pharmacien de première classe	53 —
Médecin et pharmacien de deuxième classe	52 —

ART. 10. — Peuvent être admis d'office à la retraite avant l'âge déterminé à l'article 9, les officiers du corps de santé de la marine, qui, ayant acquis des droits à une pension, ne seraient plus en état de remplir les fonctions qui peuvent leur être dévolues.

Si la mise à la retraite d'office est motivée par l'état de santé de l'officier, la constatation en est faite dans les formes prescrites par un décret.

ART. 11. — Nul officier du corps de santé de la marine admis à la retraite ne peut être replacé dans le cadre de l'activité.

ART. 12. — Les médecins généraux du service de santé forment un cadre qui se divise en deux sections : la première section comprend l'activité ; la deuxième section comprend la réserve, c'est-à-dire les officiers généraux qui cessent de faire partie de la première section par application de l'article 15 ci-après.

Les officiers généraux du corps de santé ne peuvent être mis en non-activité pour infirmités temporaires.

Les officiers généraux du corps de santé sans emploi occupent la position de disponibilité prévue à l'article 3 de la loi du 19 mai 1834.

Les dispositions de la loi du 19 mai 1834 sur l'état des officiers sont applicables aux officiers généraux de la deuxième section.

ART. 13. — En temps de paix, les emplois d'activité dévolus aux officiers généraux du corps de santé de la marine sont

exclusivement conférés aux officiers généraux faisant partie de la première section.

En temps de guerre, les officiers généraux de la deuxième section peuvent être appelés à remplir des fonctions actives.

Art. 14. — Le médecin général de première classe à l'âge de soixante-cinq ans accomplis, les médecins généraux de deuxième classe, à l'âge de soixante-deux ans accomplis, cessent d'appartenir à la première section pour passer dans la deuxième section.

Sont placés par anticipaiton et sans condition d'âge dans la deuxième section, sur leur demande ou d'office, et par décision du chef de l'Etat rendue sur un rapport du ministre de la Marine, les médecins généraux qui sont reconnus ne pouvoir être maintenus dans la première section, à raison d'infirmités ou de blessures graves constatées par une commission de santé.

Art. 15. — Les officiers généraux du corps de santé de la marine ne sont admis à la retraite que sur leur demande. Ils ne peuvent être mis à la retraite d'office qu'après l'accomplissement des formalités prescrites par la loi pour la mise en réforme.

TITRE II

RECRUTEMENT

Art. 16. — Le corps de santé de la marine se recrute parmi les élèves du service de santé de la marine.

Art. 17. — Les élèves du service de santé de la marine, dont le grade correspond à celui d'aspirant de deuxième classe, ne jouissent pas du bénéfice de la loi du 19 mai 1834 sur l'état des officiers.

Ils sont nommés par le ministre de la marine à la suite d'un concours dont la forme et le programme sont fixés par un règlement ministériel.

Des écoles annexes de médecine navale sont organisées dans les ports pour faciliter aux candidats la préparation à ce concours.

Les conditions d'âge et d'aptitude requises pour être admis à subir les épreuves de ce concours — auquel peuvent se présenter aussi bien les élèves desdites écoles annexes que les étudiants en médecine et en pharmacie provenant des facultés de médecine ou des écoles de médecine de plein exercice ou des écoles préparatoires de médecine — sont déterminées par un arrêté ministériel. Le nombre des admissions est annuellement fixé par le ministre de la marine selon les besoins du service.

TITRE III

AVANCEMENT

Art. 18. — Nul ne peut être nommé au grade de médecin ou de pharmacien de troisième classe s'il n'a satisfait aux examens de sortie de l'école principale du service de santé de la marine et s'il n'a obtenu le diplôme de docteur en médecine ou le diplôme de pharmacien universitaire de première classe.

Art. 19. — Nul ne peut être promu au grade de médecin ou de pharmacien de deuxième classe s'il n'a satisfait aux examens de sortie de l'école d'application.

Le rang d'ancienneté est, lors de la nomination, déterminé par le numéro de classement de sortie de l'école d'application.

Art. 20. — Les nominations au grade de médecin ou de pharmacien de première classe ont lieu, trois quarts à l'ancienneté, un quart au choix.

Nul ne peut être promu au grade de médecin de première classe s'il ne réunit trois années de services, dans le grade de médecin de deuxième classe, et s'il n'a accompli dans ce grade soit une année d'embarquement, soit une année de service à terre dans un poste où le temps de services compte comme campagne.

Nul ne peut être promu au grade de pharmacien de première classe s'il ne compte au moins trois années de services dans le grade de pharmacien de deuxième classe.

Art. 21. — Les nominations au grade de médecin principal ou de pharmacien principal ont lieu moitié à l'ancienneté, moitié au choix.

Nul ne peut être promu au grade de médecin principal s'il ne réunit trois années de grade de médecin de première classe et s'il n'a accompli dans ce grade soit deux années d'embarquement, soit deux années de services à terre, dans un poste où le temps de service compte comme campagne.

Nul ne peut être promu au grade de pharmacien principal s'il ne compte au moins trois années de services dans le grade de pharmacien de première classe.

Art. 22. — Les nominations au grade de médecin en chef de deuxième classe ou de pharmacien en chef de deuxième classe ont lieu au choix.

Nul ne peut être promu au grade de médecin en chef de deuxième classe s'il ne réunit trois années de grade de médecin principal et s'il n'a accompli dans ce grade soit une année d'embarquement, soit une année de services à terre dans un poste où le temps de service compte comme campagne.

Nul ne peut être nommé au grade de pharmacien en chef de deuxième classe s'il ne compte au moins trois années de services dans le grade de pharmacien principal.

Art. 23. — Les nominations au grade de médecin en chef de première classe et de pharmacien en chef de première classe ont lieu au choix.

Nul ne peut être promu au grade de médecin en chef de première classe ou de pharmacien en chef de première classe s'il ne réunit au moins trois années de services dans le grade de médecin en chef de deuxième classe ou de pharmacien en chef de deuxième classe.

Art. 24. — Les nominations au grade de médecin général de deuxième classe ont lieu au choix.

Nul ne peut être promu au grade de médecin général de deuxième classe s'il ne réunit au moins trois années de services dans le grade de médecin en chef de première classe.

Art. 25. — Le grade de médecin général de première classe est conféré au choix.

Le médecin général de deuxième classe qui est l'objet de ce choix doit réunir au moins trois années de services dans son grade.

Art. 26. — Le rang d'ancienneté des officiers du corps de santé est déterminé par la date de leur nomination.

Les officiers promus le même jour à un même grade sont classés d'après le rang qui leur était assigné par la liste d'ancienneté dans le grade immédiatement inférieur.

Art. 27. — Toutes les dispositions qui régissent l'avancement à l'ancienneté sont obligatoires en temps de guerre comme en temps de paix.

Le temps de service exigé pour passer au choix d'un grade à un autre peut être réduit de moitié pendant les campagnes de guerre.

Il ne peut être dérogé aux règles énoncées au présent article que pour actions d'éclat dûment justifiées et constatées par le décret de promotion, lequel sera inséré sans délai au *Journal officiel*.

TITRE IV

OFFICIERS DU CORPS DE SANTÉ DE RÉSERVE

Art. 28. — Les officiers, appelés conjointement avec les officiers du corps de santé du cadre d'activité à assurer les besoins du service en cas de mobilisation totale ou partielle, sont dénommés officiers du corps de santé de réserve.

Ils sont choisis :

1° Parmi les officiers généraux du corps de santé de la deuxième section;

2° D'office, parmi les officiers du corps de santé retraités

depuis moins de cinq ans, par application de la loi du 5 août 1879;

3° Sur leur demande, parmi les officiers du corps de santé de la marine démissionnaires encore astreints aux obligations du service militaire, soit dans l'armée active, soit dans l'armée territoriale; les officiers du corps de santé de la marine démissionnaires qui ne sont plus astreints aux obligations du service militaire, et les officiers du même corps retraités depuis plus de cinq ans.

Art. 29. — Les officiers du corps de santé de réserve appelés au service reçoivent, pendant tout le temps qu'ils y sont maintenus, la solde et les accessoires de solde alloués aux officiers du corps de santé du même grade du cadre d'activité; ils sont soumis pendant le même temps aux lois et règlements touchant la discipline militaire.

Art. 30. — Les officiers du corps de santé de réserve qui se sont distingués, soit au cours d'une campagne de guerre, soit au cours d'une période de service à terre ou à la mer à bord des bâtiments de l'Etat, peuvent obtenir des distinctions et récompenses honorifiques.

Ils jouissent, dans ce cas, des avantages attachés à ces distinctions et récompenses dans les mêmes conditions que les officiers du cadre d'activité.

Art. 31. — Pour les blessures qu'ils reçoivent, ou infirmités qu'ils contractent pendant qu'ils sont au service, les officiers du corps de santé de réserve sont traités, quant au droit à la pension, de la même manière que les officiers du même grade du cadre d'activité.

La même règle s'applique aux veuves et aux orphelins mineurs des officiers du corps de santé de réserve.

Le rappel à l'activité pour le temps de guerre des officiers du corps de santé retraités ne peut ouvrir des droits à la revision de la pension, sauf dans le cas des paragraphes 1 et 2 du présent article.

Art. 32. — Un décret rendu en conseil d'Etat règle l'état des officiers du corps de santé de réserve, leur mise hors cadres, les punitions disciplinaires dont ils sont passibles lorsqu'ils sont dans leurs foyers.

Un règlement ministériel règle toutes les dispositions de détail, concernant l'organisation, les cadres, les répartitions, l'emploi des officiers du corps de santé de réserve, ainsi que leur radiation des cadres de la réserve.

TITRE V

DISPOSITIONS TRANSITOIRES GÉNÉRALES

Art. 33. — Les dispositions transitoires qui sont l'objet de l'article 4 du décret du 1er décembre 1900, constituant de nouveaux cadres dans différents corps de la marine, demeurent en vigueur.

Les nouvelles règles concernant la mise à la retraite par limite d'âge ne seront applicables qu'aux officiers promus postérieurement à la présente loi.

Art. 34. — Sont abrogées toutes les dispositions contraires à la présente loi.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 27 juillet 1907.

A. FALLIÈRES.

Par le président de la République,
Le ministre de la Marine,
GASTON THOMSON.

Thérapeutique médicale d'urgence, par Edgard Hirtz, médecin de l'hôpital Necker, et Clément Simon, interne des hôpitaux de Paris. In-18 jésus, cart. parchemin, tranches couleurs, de 300 p. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 89. — MARDI 6 AOUT 1907. 80e ANNÉE. MARDI 6 AOUT 1907. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-ETIENNE. — Il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 17 février 1908, un concours public pour une place de médecin suppléant de ses établissements.

Ce concours se composera de cinq épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, rue Valbenoite, n° 40, à Saint-Etienne.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — Un concours pour une place de chef de clinique des maladies mentales et nerveuses s'ouvrira le vendredi 25 octobre 1907.

— TOULOUSE. — M. le docteur Audebert, agrégé des Facultés de médecine, chargé d'un cours de clinique obstétricale, à la Faculté de médecine de Toulouse, est nommé professeur de clinique obstétricale à ladite Faculté.

GUERRE. — CONCOURS POUR L'ADMISSION A DES EMPLOIS DE MÉDECIN ET DE PHARMACIEN AIDES-MAJORS DE DEUXIÈME CLASSE DES TROUPES COLONIALES EN 1907. — Un concours s'ouvrira le 3 décembre prochain, à neuf heures du matin, à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales, à Marseille, pour l'admission de docteurs en médecine et de pharmaciens de première classe à des emplois de médecin et de pharmacien aides-majors de deuxième classe des troupes coloniales.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Être nés ou naturalisés Français ;

2° Avoir eu moins de trente-deux ans au 1er janvier de l'année du concours ;

3° Avoir satisfait aux obligations de la loi de recrutement et avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée, en France et aux colonies (1). Cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de deuxième classe au moins ;

4° Souscrire un engagement de servir pendant six ans au moins dans le corps de santé de l'armée active à partir de leur nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

I. POUR LES DOCTEURS EN MÉDECINE. — 1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;

4° Interrogation sur l'hygiène.

II. POUR LES PHARMACIENS DE PREMIÈRE CLASSE. — 1° Composition écrite sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ;

2° Interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie ;

3° Préparation d'un ou plusieurs médicaments inscrits au Codex et détermination de substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés) ;

4° Épreuve de chimie analytique : Recherche des acides et

(1) Instruction du 22 octobre 1905 sur l'aptitude physique service militaire.

des bases renfermés dans deux ou plusieurs sels solides ou dissous.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées, avec les pièces à l'appui, constatant les conditions énumérées au premier paragraphe, au ministre de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) avant le 15 novembre prochain. — Les pièces à fournir sont :

I. Avant le concours. — 1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi ;

2° Diplôme, ou à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe (cette pièce devra être produite au plus tard le jour de l'ouverture des épreuves) ;

3° S'il y a lieu, certificats dûment légalisés permettant de constater les titres qui donnent droit à des majorations de points ;

4° Certificat d'aptitude au service militaire, établi l'année du concours ;

5° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou état signalétique et des services ;

6° Indication du domicile.

II. Après l'admission. — Engagement de service pendant six ans au moins, au titre de l'activité, dans le corps de santé des troupes coloniales à partir de la nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens stagiaires admis à la suite du concours sont nommés aides-majors de deuxième classe et vont suivre, à Marseille, pendant huit mois, les cours de l'École d'application du service de santé des troupes coloniales. Ils portent l'uniforme des aides-majors de deuxième classe du service de santé de ces troupes et perçoivent une solde mensuelle de 217 fr. 50 ; il leur est en outre alloué une première mise d'équipement de 575 francs reversible au Trésor dans le cas où ils n'accompliraient pas les six années effectives de service à partir de leur nomination, à moins qu'ils n'aient été réformés pour cause de maladie.

Ils concourent à la fin de l'année d'études avec les aides-majors de leur promotion provenant des écoles du service de santé et prennent rang avec eux, sur la liste d'ancienneté dans le grade de médecin ou de pharmacien aide-major, dans l'ordre de classement de sortie.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Girard (de Cassy-les-Forges), Guillaume (de Ceton), Vichet (de Montpellier), et de M. le professeur Schlagdenhauffen (de Strasbourg).

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

TUBERCULIDES PAPULO-NÉCROTIQUES

Par J. BRAULT,

Professeur de clinique dermatologique à l'École de médecine d'Alger.

Messieurs,

On emploie le terme de tuberculides pour désigner toute une série de lésions cutanées, très variables au point de vue clinique, mais ayant toutes des points de rapprochement avec la tuberculose; c'est d'ailleurs cette propriété commune qui justifie le nom que leur a donné Darier.

Toutefois, il faut reconnaître que ces lésions ne renferment pas le bacille de Koch, puisque jusqu'à présent, ni les recherches microscopiques, ni les inoculations n'ont pu déceler ce microorganisme.

Je ne veux pas entrer aujourd'hui dans la description de toutes les formes de tuberculides, dont la liste est déjà singulièrement longue, puisqu'on y comprend depuis le lichen scrofulosorum, jusqu'à certaines formes d'engelures; le lupus érythémateux, l'érythème induré, l'angio-kératome, le pityriasis rubra, etc., ne sont pas autre chose que des tuberculides.



Photographie montrant à la fois les tuberculides papulo-nécrotiques des avant-bras et les déformations très accentuées de certains doigts.

Dans cette clinique, je ne m'occuperai que d'une seule forme de tuberculides, dont nous avons eu à diverses reprises un exemple dans notre service, je veux parler des *tuberculides papulo-nécrotiques*.

Ces lésions ont été baptisées de divers noms : *folliclis*, *granulomes innominés*, *hydrosadénites disséminées suppuratives*, etc.; elles sont bien connues depuis le mémoire de Bœck qui résuma, il y a dix ans, les observations plus ou moins éparses.

Voici, tout d'abord, l'observation de notre malade :

S. S..., âgé d'une quinzaine d'années, a fait plusieurs séjours dans notre salle Hardy; la maladie qui a nécessité ces entrées est toujours la même, c'est une éruption qui occupe les deux membres supérieurs et s'accompagne de déformations très accentuées des doigts. (Voir la photographie ci-jointe.)

Les renseignements fournis par le malade sont assez imprécis; il a perdu son père, mais il ne sait pas de quelle maladie; sa mère aveugle a été recueillie dans un asile.

Comme antécédents personnels, on relève les faits suivants : au dire de S..., à la suite d'une rougeole, il lui serait survenu des abcès ganglionnaires au cou et à l'aine du côté gauche; les abcès ont été incisés, il y a d'ailleurs des cicatrices qui en témoignent. A la même époque, des sortes de panaris apparurent, et dès lors, il fut en proie aux accidents qu'on observe encore aujourd'hui.

La peau des avant-bras et d'une partie des bras est blanche et cicatricielle, elle est en outre considérablement épaissie, et il y a là, à n'en pas douter, un certain degré d'hypertrophie pseudo-éléphantiasique.

Sur ces nappes blanchâtres, on voit, surtout à droite, un véritable semis de papules, plus ou moins grosses, tantôt disséminées, tantôt quelque peu conglomérées en petites inflorescences.

Ces papules qui donnent quand on les presse la sensation de grains enchâssés dans la peau, ont des dimensions qui varient du volume d'une tête d'épingle à un pois. Plus ou moins aréolées, leur coloris est variable et va du rouge terne à la teinte violâtre.

L'évolution des lésions est la suivante : le centre de la papule, au bout d'un certain temps, devient comme translucide et prend un peu l'aspect d'un grain de tapioca cuit, la petite éminence crève, une squame-croûte s'établit, puis la scène se termine par une cicatrice d'abord rougeâtre, puis blanche et déprimée.

A droite, le médius et l'annulaire ont leurs phalangettes fléchies et bridées; sur l'annulaire, on voit encore des ulcérations dont la cicatrisation est extrêmement lente. A gauche, la dernière phalange du médius présente des brides cicatricielles et se trouve fléchie à angle droit sur la deuxième.

A tous ces doigts déformés les ongles sont dystrophiques.

Le jeune homme en question ne présente aucune trace de syphilis héréditaire ou acquise.

En raison de son origine espagnole et des déformations des mains qui sont d'ailleurs un peu acro-asphyxiques, il avait été soupçonné de lèpre ; rien ne peut corroborer cette hypothèse toute gratuite ; il n'y a pas d'antécédents nets ; en outre, on ne trouve aucun stigmate de la maladie, la sensibilité est indemne et l'examen du mucus nasal, répété à plusieurs reprises, a toujours été absolument négatif, de même que l'étude du pus et des coupes.

Nous avons fait plusieurs biopsies ; des fragments de peau contenant des papules caractéristiques, du pus provenant des ulcérations des doigts, ont été tour à tour et à maintes reprises inoculés à des cobayes, soit à notre laboratoire de l'hôpital, soit à notre laboratoire des écoles supérieures, sans que ceux-ci aient présenté la moindre trace d'infection tuberculeuse.

Le malade d'ailleurs présente bien le facies strumeux sur lequel je ne veux pas insister, mais d'autre part, actuellement, on chercherait en vain des lésions tuberculeuses appréciables, en train d'évoluer ; l'auscultation qui a été pratiquée avec soin, à plusieurs reprises, ne révèle absolument rien.

Au microscope, l'étude des coupes nombreuses que nous avons faites, nous a donné les résultats suivants : du côté de l'épiderme, par places, la couche de Malpighi semble diminuée de hauteur, alors que la couche cornée est hyperkératinisée et notablement épaissie. Dans le derme, *on voit, principalement autour des vaisseaux dont la lumière semble plus ou moins oblitérée, de vastes amas de cellules fixes et lymphatiques ; dans quelques points, mais très rarement, nous avons rencontré de petits amas de cellules épithélioïdes ; nulle part, nous n'avons vu de cellules géantes, ou de bacilles de Koch.*

Le traitement a été le suivant : pour les lésions ouvertes pansements et applications d'emplâtre de Vidal, ou d'emplâtre à l'acide salicylique, attouchements au galvano-cautère ; à l'intérieur nous avons prescrit, à la place de l'huile de foie de morue qui avait été refusée, du sirop d'iodure de fer, de l'arrhénal et des glycéro-phosphates.

Cette observation, que nous venons de faire passer sous vos yeux, cadre absolument avec ce que nous savons des tuberculides papulo-nécrotiques, nous y trouvons les signes caractéristiques de cette affection.

Comme vous venez de le voir chez ce jeune homme, la maladie est caractérisée par une éruption quasi indolente, à poussées successives. Les efflorescences cutanées que vous observez sur les membres supérieurs de notre sujet sont des papules nodulaires de grosseur variable, variant d'une tête d'épingle à un pois ; ces papules aréolées par une zone inflammatoire varient du rouge terne à la teinte violacée.

Il me faut en outre appeler votre attention sur l'évolution desdites papules qui se vésiculisent, ou même se pustulisent, pour se recouvrir ensuite d'une squame-croûte et aboutir à un processus cicatriciel contribuant peu à peu à former les vastes nappes blanchâtres à l'aspect un peu vermoulu que vous avez pu voir chez notre malade.

Enfin pour parachever le tableau, je dois, en dehors de l'état pseudo-éléphantiasique des zones cicatricielles, vous mentionner encore les déformations des mains qui présentaient d'ailleurs une teinte un peu cyanotique ; vous avez vu la dystrophie des ongles, les déformations extrêmes des doigts (médius et annulaire droits, médius gauche) ; ces déformations font partie du cortège symptomatique des tuberculides papulo-nécrotiques, mais il est rare de les observer à un semblable degré. Ce sont ces dernières choses qui avaient pu donner le change et avaient sans doute fait porter avant l'entrée à l'hôpital le diagnostic de lèpre.

Je viens de vous dire comment nous avons pu éliminer ce diagnostic, que la nationalité du malade, d'origine espagnole, avait peut-être aussi un peu contribué à faire naître.

Vous le savez, c'est l'Espagne et Malte qui nous fournissent la grande majorité de notre clientèle de lépreux, ce n'est que rarement que nous voyons s'y adjoindre un de nos indigènes, tels que le Kabyle si profondément atteint d'éléphantiasis des Grecs, que nous possédons en ce moment (salle Hardy).

Notre jeune malade ne présentait aucun de ces stigmates cardinaux de la lèpre, que vous êtes si habitués à voir dans notre service, sa sensibilité était intacte, l'examen de son mucus nasal est toujours resté parfaitement négatif, de même que les recherches pratiquées soit dans le pus, soit dans les diverses coupes.

Les auteurs font aussi le diagnostic différentiel avec d'autres maladies : acné, hydroa vacciniforme, lupus érythémateux ; mais la localisation de la maladie, ses poussées, son évolution, son aspect sont si nets que nous ne saurions nous arrêter à tout cela.

Au point de vue anatomo-pathologique et expérimental, notre cas n'est pas moins typique. Comme c'est l'habitude, toutes nos inoculations ont échoué ; à l'aide de biopsies larges, nous avons pu étudier complètement le processus et vous pouvez voir sur nos préparations un amincissement assez appréciable de la couche de Malpighi, alors qu'il existe un peu d'épaississement de la couche cornée, mais c'est surtout le derme qu'il faut explorer, là vous distinguez de vastes amas de cellules autour des vaisseaux quasi oblitérés ; nulle part on ne rencontre de bacilles ou de cellules géantes, mais en revanche vous pouvez voir par places de petits amas de cellules épithélioïdes qui sont là comme une ébauche vague du corpuscule tuberculeux réduit à sa plus simple expression.

Si notre malade ne présente momentanément aucun signe de tuberculose avérée, il a néanmoins tous les attributs de la strume, et en le voyant on sent immédiatement qu'il s'agit d'un prédisposé à la tuberculose ; c'est chez de semblables sujets, ou surtout chez des individus atteints par ailleurs d'une façon manifeste, que vous verrez de temps à autre fleurir les tuberculides du genre de celles que nous étudions en ce moment ; vous savez d'ailleurs, que pour les uns, ces efflorescences cutanées seraient la résultante de toxines émises par des foyers placés à distance, que pour d'autres au contraire, les tuberculides seraient le produit du bacille lui-même, plus ou moins disparu (Jadassohn).

C'est cette parenté étroite avec la tuberculose qui fait la gravité de l'affection, c'est elle qui est une

menace permanente qui doit tenir le dermatologiste en éveil.

Que faire en pareil cas? On conseille les pansements à l'eau blanche, au sublimé et divers emplâtres : Vigo, Vidal, etc., la galvano-cautérisation; c'est ce que nous avons fait, et nous avons obtenu une amélioration notable, mais cela, bien entendu, avec la combinaison du traitement interne. Ce dernier consiste dans l'emploi des toniques, nous les avons administrés d'une façon continue à notre observé

Dans un autre milieu, vous pourrez en outre penser au traitement hydro-minéral par les eaux chlorurées sodiques et arsenicales. Je ne vous parle pas ici du traitement par la photothérapie que nous ne possédons pas, ni du traitement par les rayons de Röntgen, car ces derniers ne semblent pas avoir donné jusqu'à présent des résultats bien probants dans les tuberculides papulo-nécrotiques.

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE

PAR

L'OPHTALMO-RÉACTION

Par M. PROUFF (de Morlaix).

La communication de M. Calmette sur l'ophtalmoréation a fait sur tous les praticiens une impression extraordinaire. Les injections sous-cutanées de tuberculine, pour grande qu'en soit la valeur scientifique, ne sont pas entrées dans la pratique courante. Le criterium clinique des tuberculoses douteuses était encore à trouver.

La méthode de Calmette, l'instillation d'une goutte de tuberculine à 1 p. 100 dans un œil, était d'une simplicité et d'une élégance idéales. Etait-elle également fidèle? La rougeur de l'œil se produisait-elle chez tous les tuberculeux, rien que chez les tuberculeux?

Notre première expérience fut déconcertante. On avait pris comme sujets quatre cas de tuberculose chirurgicale ouverte, ganglionnaire ou osseuse, et comme témoins quatre adultes sains d'apparence. L'un, M..., âgé de trente-huit ans, hémiplégique droit depuis l'âge de vingt-six ans, syphilitique probable et ivrogne notoire, très vigoureux d'ailleurs, était dans le service pour un écrasement grave de la main droite.

Les quatre tuberculeux réagirent nettement.

Les quatre témoins réagirent non moins nettement.

L'impression fut défavorable, mais elle ne dura pas longtemps.

Dès le surlendemain, quatre tuberculeux avérés réagirent positivement, tandis que, sur sept témoins pris au hasard parmi des sujets bien portants ou atteints de maladies autres que la tuberculose, six réagirent négativement, un seul eut l'œil rouge.

Bien mieux, l'un des quatre témoins de la première série, M..., celui qui était en traitement pour un écrasement de la main, injecté pourtant dès la troisième heure au sérum antitétanique, contracta le tétanos au dix-neuvième jour et mourut au bout de cinq jours malgré des doses répétées de sérum antitétanique et 15 grammes de chloral par jour.

A l'autopsie, on ne trouva d'abord que des adhérences assez étendues des plèvres droites sans lésion des poumons ni du mésentère. Mais, guidé par la pleurésie ancienne, on reprit l'examen plus minutieusement, et sur le bord droit de la trachée, à 2 ou 3 centimètres de la bifurcation, on découvrit un ganglion caséeux, en partie crétacé, de la grosseur d'un petit pois, et un deuxième semblable, un peu plus gros, dans le hile, en avant de la veine pulmonaire.

Faute d'outillage, l'injection aux cobayes ne fut pas faite, à notre grand regret. La valeur de ce cas n'est donc pas absolue, mais on ne contestera pas qu'elle soit considérable. Et en même temps quelle preuve de l'extraordinaire sensibilité de l'ophtalmo-réaction! Les trois compagnons d'expérience de M... peuvent se consoler d'être tuberculeux, s'ils le sont à la même échelle que lui.

Depuis ces deux séries, nous avons fait en tout soixante-dix instillations, au hasard des bonnes volontés qui s'offraient, pour contrôler la valeur de la méthode. Tous les tuberculeux avérés ont réagi, sauf un moribond. Nous dirons donc après Calmette, après Letulle, etc., que la réaction de Calmette existe chez tous les tuberculeux.

Est-il aussi bien établi que les non-tuberculeux ne réagissent jamais?

Nous dirons de suite que cette preuve nécessaire ne nous paraît pas faite jusqu'alors, mais en même temps, nous apporterons un commencement de démonstration.

Il n'y a qu'une catégorie de sujets qui soit sûrement, ou presque sûrement, exempte de tuberculose : ce sont les nouveau-nés. Il faut donc que, chez eux, l'ophtalmo-réaction soit négative, constamment négative. Or, il paraît bien en être ainsi.

Nous avons instillé trois enfants de deux jours, un d'un jour, deux d'un mois. Aucun d'eux n'a réagi. Disons incidemment que deux des mères ont réagi positivement.

Notre première expérience nous a appris à nous défier des séries, des petites séries, et nous ne conclurons pas. Aussi bien l'expérience se poursuit en grand sous le contrôle de Calmette lui-même.

Que si le nouveau-né ne réagit jamais à la tuberculine, sera-t-on en droit, dès maintenant, d'en déduire que dans certaines circonstances tout hypothétiques, probablement très rares, un sujet non tuberculeux ne pourra pas présenter la réaction de Calmette? Pas tout à fait. Mais l'expérimentation et la clinique auraient bientôt délimité les causes d'erreur exceptionnelles.

Cette admirable méthode, en sa forme actuelle, est-elle déjà exempte de tout inconvénient! Après Comby, nous dirons que la réaction — au moins quatre à cinq fois à notre connaissance — a été vraiment intense pendant trois jours et plus, et que la rougeur, sous forme d'episclérite partielle, a duré une fois jusqu'à quatre semaines. C'est le seul inconvénient, bientôt évitable sans doute, que nous ayons constaté.

Pour terminer, formulons un vœu. La tuberculine en *ophtalmo-réaction* sera demain d'un emploi journalier; il serait nécessaire que les praticiens pussent se la procurer sous la forme d'une solution stérile et exactement dosée pour une seule expérience.

ANALYSES

MEDECINE

Sur l'innervation respiratoire. (Cousot. *Acad. royale de méd. de Belgique*, 29 juin 1907.) — Lorsqu'on excite le bout central du nerf vague coupé, tantôt on voit la respiration ralentie et amplifiée reprendre sa fréquence normale, tantôt on voit la respiration s'arrêter en inspiration, tantôt, au contraire, en expiration.

L'excitation des fibres du vague peut donc agir sur les deux périodes de l'acte respiratoire. De là l'hypothèse de deux sortes de fibres, les fibres inspiratrices et les fibres expiratrices, dont l'excitation successive intervient dans le rythme respiratoire : l'inspiration appelle l'expiration, l'expiration appelle l'inspiration.

« L'excitation mécanique du tissu pulmonaire, dit Hédon, donne lieu au réflexes les plus intéressants. Hering et Breuer ont démontré que, lorsqu'on distend mécaniquement le poumon, en insufflant de l'air ou même un gaz inerte comme l'azote dans la trachée, l'animal réagit par une expiration; que lorsqu'on produit, au contraire, l'affaissement du tissu pulmonaire par l'ouverture de la plèvre, ou provoque de la part de l'animal un réflexe inspiratoire; et que ces effets sont abolis par la section des pneumo-gastriques. Ainsi le resserrement du poumon excite les fibres expiratrices du vague. On peut donc dire qu'à l'état physiologique, l'inspiration appelle l'expiration et vice-versa. »

Cette conception n'est pas d'ailleurs admise par tous les physiologistes. Pour la justifier, on a recours à des preuves expérimentales directes.

Pour établir l'existence des fibres expiratrices, on se base surtout sur les effets de l'insufflation pulmonaire. Après celle-ci il y aurait une action expiratoire. Cette affirmation est contredite par de nombreuses expériences dans lesquelles à l'insufflation succède exclusivement un arrêt respirntoire. On peut rejeter l'insufflation avec l'air ordinaire, mais les effets d'inhibition sont surtout nets lorsqu'on pratique la dilatation pulmonaire avec l'oxygène. Au contraire, les effets sont nuls ou fugaces si l'on recourt à l'anhydride carbonique. Il y a là une preuve de l'ifluence primoardiale du centre bulbaire excité par la composition même des gaz respirés, partant de la proportion de CO_2 et O dans le sang. L'expérience prouve l'existence et l'importance de cette action d'arrêt due à la dilatation des alvéoles pulmonaires et sous la dépendance des fibres sensibles du nerf vague, car ces phénomènes disparaissent avec la section des nerfs vagues.

Les expériences directes qui permettaient d'affirmer l'action des fibres inspiratrices consistent dans l'ouverture des plèvres; après cette opération surviennent des convulsions inspiratoires et, dit-on, celles-ci n'apparaîtraient pas lorsque les nerfs vagues sont sectionnés. C'est une erreur. Les respirations convulsives surviennent dans les deux cas. La rétraction pulmonaire qui succède à l'ouverture des plèvres crée des phénomènes d'asphyxie aussi bien avant qu'après la section des vagues, et les respirations convulsives font partie du cortège des troubles de l'asphyxie. On peut, d'ailleurs, produire la rétraction pulmonaire, et partant l'excitation des soi-disant fibres inspiratrices, en faisant une forte aspiration par la trachée à l'aide d'une petite pompe pour faire le vide. Dans cette expérience on ne voit point survenir d'effets spéciaux dus à des fibres inspiratrices qui seraient excitées par la rétraction pulmonaire.

Conclusions : 1° Il n'existe pas dans le nerf vague des fibres expiratrices et inspiratrices spéciales;

2° L'excitation due à la dilatation inspiratoire produit un effet d'inhibition du centre respiratoire;

3° Cette inhibition est subordonnée à l'action du centre respiratoire excité par la composition du sang en CO_2 et O;

4° La doctrine qui fait intervenir l'action des fibres inspiratrices et expiratrices pour expliquer la succession des actes respiratoires ne peut être maintenue. L. GAYARD.

Sur la cirrhose biliaire d'origine éberthienne. (Charles Odon. Th. de Paris, 1906; Jules Rousset, édit.) — Le bacille d'Eberth, de même que les bactéries normales des voies biliaires, semble capable de donner naissance aux diverses formes anatomo-pathologiques de l'angiocholite, c'est-à-dire aux formes catarrhales, purulentes, lithogènes et cirrhogènes.

L'existence d'angiocholites catarrhales et purulentes, d'origine éberthienne, et celle d'une lithiase biliaire due à cette même cause sont actuellement bien prouvées. La cirrhose biliaire paraît susceptible elle aussi de relever de l'action du bacille typhique (Gilbert et Lereboullet).

Les observations réunies par l'auteur montraient en effet la fièvre typhoïde précédant à plus ou moins long intervalle, les premiers symptômes de la cirrhose biliaire; par son intensité, elle constituait un antécédent important, parfois même le seul noté; dans certains cas, l'apparition des symptômes de cirrhose a suivi de peu la cessation de la fièvre typhoïde, dans d'autres, un long intervalle s'est écoulé, mais cet intervalle n'est nullement contraire à l'hypothèse de son rôle étiologique. Parfois, en effet, le bacille d'Eberth peut rester des mois et des années dans l'organisme, sans y déterminer de troubles apparents et sans perdre sa vitalité. Certains faits d'ostéomyélite post-typhique, plusieurs cas de lithiase post-ébertienne établissent nettement ce point.

On peut, pour préciser l'influence de la fièvre typhoïde, faire appel au séro-diagnostic nettement positif dans un cas. On conçoit d'ailleurs que la propriété agglutinante du sérum, réaction d'infection et non d'immunité, ne se constate point dans quelques cas, l'infection légère et localisée au foie pouvant ne pas entraîner de modifications humorales.

La fièvre typhoïde ne paraît pas toutefois la seule à invoquer dans le développement de ces cas de cirrhose biliaire, et la cirrhose ne se produit le plus souvent qu'à la faveur d'une prédisposition familiale ou personnelle; lorsque celle-ci fait défaut ou est peu accusée, le rôle de la fièvre typhoïde n'en apparaît que plus nettement.

A côté des cirrhoses biliaires, on peut observer des faits d'ictère chronique simple, consécutifs à la fièvre typhoïde. Dans ces faits, et notamment dans celui rapporté par MM. Gilbert et Lereboullet, l'apparition de l'ictère, presque aussitôt après la fièvre typhoïde, met en évidence l'influence de celle-ci dans la production de l'angiocholite, cause de l'ictère.

Pour ces faits, comme pour ceux de cirrhose biliaire, on peut se demander s'il y a eu hétéro-infection secondaire à la fièvre typhoïde. Mais dans l'une et l'autre hypothèse, le rôle

de la diothiénenterie n'en est pas moins important à retenir. Ces faits contribuent, en effet, à bien établir que toutes les formes d'angiocholécystite peuvent être la conséquence directe ou indirecte de l'infection typhique. L. GAYARD.

CHIRURGIE

Sur la technique de la laminectomie. (Harry M. SHERMAN. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. XLVIII, n° 10, 9 mars 1907, p. 843-845.) — En orthopédiste conservateur, Sherman avait été séduit par la description des procédés ostéoplastiques de laminectomie. Ayant trouvé un cas de tumeur de la moelle cervicale avec symptômes très marqués, il répéta l'opération sur le cadavre et pratiqua sur le vivant l'opération suivante : Taille d'un lambeau quadrilatère à base supérieure comprenant la peau, l'aponévrose, les muscles et les lames de la troisième et de la quatrième cervicales. Il fut impossible de sectionner les muscles profonds au bistouri parce qu'ils fuyaient devant le bistouri, glissaient de côté ou devenaient contracturés. Il fallut les immobiliser avec des pinces et les couper aux ciseaux. L'hémorragie fut abondante. Lorsque le lambeau eut été taillé, il semblait qu'il résultait d'un hachage des tissus, par suite de la rétraction très inégale des divers muscles. Il fallut couper les lames avec un costotome. La scie de Doyen ne put servir à cause de la profondeur de la plaie. Il fallut réséquer les lames de la cinquième et de la sixième cervicales ce que l'on fit sans plus essayer d'ostéoplasties. Quand on rabattit le lambeau, les lames retombèrent en place, mais il fut impossible de suturer exactement les muscles. Jamais les muscles du cou ne semblèrent être fouillis aussi inextricable. On sutura à peu près ; le trapèze fut réuni avec soin. Sherman déclare franchement qu'une laminectomie simple eût mieux valu ; économie de temps, de tissu et aussi de fonction. Les lames des troisième et quatrième cervicales ne valent pas tant de peine.

Toutefois, il faut distinguer, au point de vue laminectomie, la région dorsale d'une part, et les régions cervicale et lombaire d'autre part ; à la région dorsale, la colonne est convexe postérieurement aux deux autres, elle est concave. Dans ces dernières, les muscles qui vont d'une vertèbre à l'autre forment les cordes d'un arc ; si l'on résèque des lames, ces muscles resteront encore les cordes du même arc et leur fonctionnement ne pourra être troublé ; dans une région cyphotique, au contraire, les muscles emploient les os intermédiaires comme des poulies autour desquelles ils se réfléchissent. Si l'on enlève les lames dans une région ainsi conformée, on enlève aux muscles leurs points d'appui ; on leur permet de s'enfoncer trop profondément ; leur fonctionnement est troublé, et si la résection est étendue, ils peuvent même devenir fléchisseurs de la colonne, d'extenseurs qu'ils étaient. Et, si au lieu de la cyphose normale, on a une cyphose pathologique avec ankylose, comme cela se voit dans le mal de Pott, les muscles, en se déprimant en même temps qu'ils se contractent, viendront appuyer sur la moelle elle-même si l'on a enlevé les lames par laminectomie simple d'où l'indication de la méthode ostéoplastique dans ces cas, mais dans ces cas seulement.

Ceci n'est pas une vue de l'esprit. Un cas de Sherman est fort intéressant à ce point de vue. Il s'agissait d'une jeune fille paralysée depuis plus d'un an par suite de la compression exercée par une tuberculose dorsale supérieure ankylosée à angle droit. La laminectomie ostéoplastique fut essayée encore ici ; malheureusement la soudure intime des lames rendit impossible toute section à la soie ou au costotome et il fallut se contenter d'enlever les lames par fragments à la pince gouge. La guérison opératoire fut obtenue sans incidents. Le lendemain de l'opération, la paralysie avait déjà considérablement diminué. Mais chaque fois que la malade a quitté son lit, non muni d'un appareil réalisant l'extension de la colonne vertébrale, la paralysie s'est reproduite instantanément pour redisparaître dans la position couchée. Une opération ostéoplastique eût été bien préférable.

Mais, à part cette classe de cas, une simple laminectomie est meilleure ; elle respecte mieux la fonction, car elle ne divise pas les muscles. Dans le cas opéré par Sherman sur la région cervicale, l'équilibre de la tête sur la colonne vertébrale fut sérieusement troublé par l'opération. C'est aussi l'avis de la plupart des chirurgiens américains, d'autant plus qu'un cas de Cushing démontre la possibilité de la régénération des lames après résection sous-périostée. Si, en plus de la conservation du périoste, on ménage, comme Abbe, les apophyses épineuses, on est en droit d'attendre des résultats satisfaisants. F. GARDNER.

Des fractures pathologiques du maxillaire inférieur. (L. MILLIOT. Th. de Paris, 1907 ; Bonvalot-Jouve, édit.) — Il existe, en dehors des fractures directes, des fractures indirectes dites secondaires ou pathologiques ou spontanées.

Ces fractures sont dues soit à l'état général du sujet, soit à une lésion locale infectieuse du maxillaire inférieur.

Elles sont indolores, peuvent passer longtemps inaperçues. Dans tous les cas où la responsabilité du stomatologiste sera mise en cause par suite d'une fracture du maxillaire, il sera indispensable au médecin légiste de se rendre compte et de l'état général du sujet et de l'état local antérieur du maxillaire.

L. GAYARD.

Absence congénitale de l'appendice et péritonite pelvienne suppurée chez un garçon. (Irving S. HAYNES. *Amer. Journ. of Surg.*, vol. XXI, n° 5, mai 1907, p. 149-150.) — Un jeune garçon de quatorze ans, après avoir pratiqué à l'excès le sport du traîneau sur une colline à pente raide avec un butoir en bas qui lançait le traîneau et ses occupants trois ou quatre mètres en l'air avant de le faire retomber (les occupants du traîneau reposant à plat ventre dessus), est pris de crampes abdominales violentes, fièvre, mauvais état général. Flexion des deux cuisses ; signes de péritonite ; pas de vomissements. A l'incision, on ne trouve pas d'appendice ; à la place de cet organe, il y a une petite masse graisseuse, analogue à une frange épiploïque, large d'environ deux centimètres et demi, sans aucune structure intestinale, mais pourvue d'un petit mésentère spécial avec une petite artère. La convergence des bandes du cæcum, la proximité de la valvule iléo-cæcale, la présence du repli avasculaire de Trèves ne laissaient aucune place pour le doute. Auprès de ce vestige de l'appendice, il y avait une zone de paroi cæcale rouge d'à peu près un pouce de diamètre. On le mit hors d'état de nuire en l'enfouissant. En cherchant plus vers la ligne médiane, on trouva tous les intestins agglutinés, et en les séparant, on arriva sur une cavité d'où il s'évacua une centaine de grammes de pus épais et très fétide. Drainage. Guérison. Cette pelvi-péritonite était absolument indépendante de la fosse iliaque droite. Hayner l'attribue au passage des microbes de l'intestin à travers les parois intestinales froissées par l'abus du traîneau.

Les cas d'absence de l'appendice sont rares ; quelques-uns (six, dont trois trouvailles anatomiques et trois constatées au

cours d'opérations pour appendicite supposée) sont cités ici, mais l'auteur n'a pas fait de recherches bibliographiques complètes. F. GARDNER.

OBSTÉTRIQUE

Contribution à l'étude des grossesses extra-utérines doubles. (J. PECHER. Th. de Paris, 1907; A. Michalon, édit.) — Les grossesses extra-utérines doubles sont rares; nous n'avons pu en trouver que 9 cas.

Leur existence peut s'expliquer par la bilatéralité pour ainsi dire constante des inflammations des trompes.

Diagnostiquer une grossesse tubaire double, rompue de l'un ou de l'autre côté, d'avec une grossesse tubaire simple, rompue, est en général impossible.

Au cours d'une laparotomie pour une grossesse extra-utérine diagnostiquée simple, il faut toujours examiner les annexes du côté opposé : on pourra y trouver un fœtus du même âge, ou un fœtus conçu un laps de temps variable auparavant, momifié ou en partie résorbé dans ce cas.

L'ablation des annexes des deux côtés s'impose. Faite en temps opportun, elle donne généralement de très bons résultats. L. GAYARD.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Un cas de rein unique congénital. (DIAMANTIS. *Bull. de la Soc. anat.*, 1907, p. 43.) — Il s'agit d'un cas de rein unique occupant sa place normale (à droite), et non du rein en fer à cheval, dû à la coalescence des deux reins. Ce cas présente des particularités spécialement intéressantes; à gauche, non seulement le rein faisait défaut, mais il n'y avait aucune trace ni de son pédicule vasculaire, ni de l'urètre. Le rein droit, seul existant, pèse 160 grammes. Ses dimensions : $12^{c}5 \times 4 \times 4$, sa structure est normale. Les principaux viscères présentent une hypoplasie remarquable.

L. ALQUIER.

Cytologie de la méningite cérébro-spinale épidémique. (SPERONI. *Bull. de la Soc. anat.*, 1907, p. 33.) — L'auteur signale, dans l'exsudat, des macrophages, et décrit toute une série de transitions entre ces éléments et les cellules conjonctives de l'adventice des vaisseaux sanguins. L. ALQUIER.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la chorée de Sydenham par l'exalgine. (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 14 oct. 1906, n° 123.) — Après avoir étudié la nature, le siège anatomique probable et la pathogénie de la chorée M. Imerio MONTEVERDI expose comme suit les résultats du traitement de cette affection par l'exalgine.

L'exalgine par ses propriétés analgésiques et aseptiques est absolument indiquée contre une névrose d'origine toxique et infectieuse comme la chorée.

Le meilleur mode d'administration consiste à donner des doses réfractées d'une solution alcoolique. Pour éviter des accidents d'intoxication ou des phénomènes d'intolérance, il est bon d'habituer graduellement l'organisme par des doses progressivement croissantes, jusqu'à ce qu'on atteigne celle qui suffit à faire disparaître les mouvements choréiques.

L'action de l'exalgine ainsi administrée est toujours rapide, efficace et, comparée aux bromures, à l'antipyrine, à l'arsenic, elle abrège sensiblement la durée de l'affection. Ses effets favorables se manifestent en effet dès les premières doses et on obtient quelquefois une diminution des mouvements choréiques dès le second, le troisième ou le quatrième jour. Il est plus rare qu'il faille attendre jusqu'au sixième.

Cette action bienfaisante s'exerce aussi bien dans les cas rebelles aux autres traitements que dans les formes récidivantes. A. GAULLIEUR L'HARDY.

LIVRES NOUVEAUX

Névroses et psycho-névroses (1), par F. RAYMOND.

M. Raymond vient de réunir en un volume les leçons qu'il a professées cette année à la Salpêtrière sur les névroses et les psycho-névroses. C'est à la fois un travail de mise au point et l'exposé d'une conception originale basée sur la grande expérience de l'auteur.

Dans une première leçon, M. Raymond définit ce qu'on entend par névrose et montre que la signification de ce terme, beaucoup trop compréhensif autrefois, s'est précisée peu à peu. Il faut séparer des grandes névroses non seulement le goître exophtalmique, la chorée, la paralysie agitante, etc., mais aussi l'épilepsie, et même la neurasthénie qui n'a point droit à l'autonomie clinique et n'est qu'un syndrome; les grandes névroses sont constituées par la psychasthénie et par l'hystérie.

Toutes deux sont justiciables d'un traitement surtout psychique, ce traitement sera d'ailleurs très différent dans un cas et dans l'autre, les deux psycho-névroses répondant à des manières d'être très dissemblables.

Une deuxième leçon est consacrée à la neurasthénie, syndrome qui est avant tout une dépression générale des facultés psychiques, créée parfois de toutes pièces, survenant chez les prédisposés et traduisant la faiblesse irritable, l'hypofonctionnement du système nerveux; c'est donc un simple syndrome, indiquant un état transitoire, curable, et bien différent de la grande psycho-névrose constitutionnelle qu'est la psychasthénie.

Celle-ci fait l'objet de deux leçons que l'auteur a réunies en un seul chapitre; il y expose sa conception si personnelle de cette psycho-névrose qu'avec Pierre Janet il a constituée sur le modèle de l'hystérie, il en décrit les manifestations cliniques si diverses et termine par une définition qui en met en relief les caractères fondamentaux.

Le dernier chapitre, comprenant également deux leçons, est consacré à l'hystérie. M. Raymond rappelle les principales définitions et théories de Pitres, Sollier, Bernheim, Janet, Grasset, Babinski, etc.; après avoir mis en lumière ce qui dans chacune de ces conceptions peut être considéré comme acquis et ce qui est hypothétique et partant contestable, il expose ses vues personnelles sur la question; il montre que l'hystérique en raison d'une prédisposition héréditaire ou acquise réagit d'une manière spéciale; ce qu'il y a chez lui surtout c'est une modification particulière du dynamisme nerveux, caractérisée par un trouble plus ou moins durable du régime des réflexes cérébraux laissant ceux-ci fonctionner à faux, sans contrôle; ainsi sont créés des syndromes nerveux plus ou moins durables dans les divers domaines que règlent ces réflexes.

M. Raymond passe en revue les manifestations multiples de la névrose et insiste sur l'existence des troubles circulatoires

(1) In-8 de 171 pages. — Paris, Delarue.

et trophiques; il rappelle entre autres cas, l'histoire clinique d'un pemphigus hystérique, qu'il a eu récemment l'occasion d'observer.

Il termine par des considérations sur le traitement de l'hystérie; il montre que malgré la légitime faveur dont elle jouit, la « psychothérapie » ne résume pas en elle seule tout le traitement : il y a en effet un traitement prophylactique constitué par une hygiène à la fois physique, intellectuelle et morale et un traitement curatif dont l'isolement hors du milieu familial, le repos au lit, ainsi que la rééducation tant psychique que physique sont les principaux facteurs, mais dont il ne faut pas exclure de parti-pris les modificateurs de l'état général.

On voit l'intérêt de ce livre, qui sous un format restreint, est le résultat de recherches cliniques longtemps poursuivies et, peut-on dire, fixe l'état actuel de nos connaissances sur la question si intéressante et si discutée des névroses et des psycho-névroses.

L. BABONNEIX.

La police des mœurs devant la Commission extra-parlementaire du régime des mœurs (1), par le docteur Louis Fiaux.

Le docteur Louis Frain vient de publier à la librairie Félix Alcan, un important ouvrage qui intéresse au plus haut point l'administration et l'hygiène publique, et à un point de vue général la sociologie contemporaine : *La police des mœurs devant la Commission extraparlementaire du régime des mœurs.* Tout le monde sait que, bien avant l'affaire Forissier et surtout depuis, la question de la police des mœurs est passée avec acuité devant l'opinion. Le gouvernement a nommé en juillet 1903 une Commission extraparlementaire composée en presque totalité de personnages officiels, professeurs de facultés de droit et de médecine, magistrats, préfets, administrateurs, etc., pour étudier la réforme de cette police. Reprenant l'appréciation du chef de la délégation française, le professeur Gailleton (de Lyon) à la Conférence internationale tenue à Bruxelles en 1902 et composée des délégués officiels des gouvernements d'Europe et d'Amérique, cette commission qui vient de terminer ses travaux a déclaré la police des mœurs *irréformable*, en a demandé l'abolition complète et en propose le remplacement par une organisation uniquement basée sur une hygiène rationnelle, le régime du droit commun, le respect de la santé d'autrui, et de l'ordre dans les voies et endroits publics. La Commission extra-parlementaire a considéré que la prétention de réaliser l'ordre et l'hygiène, comme le faisait la police des mœurs, par un régime d'exceptions, unilatéral, ne s'adressant qu'à une classe restreinte de la société, les femmes, et plus particulièrement aux malheureuses sur lesquelles la police met plus ou moins la main, est une utopie à laquelle il faut renoncer. Au point de vue de l'hygiène particulièrement il a paru inconcevable à la Commission que la police spéciale ait espéré l'assurer d'une façon intégrale, en négligeant de s'occuper des hommes. La Commission a écarté radicalement le système de la police des mœurs d'ailleurs fort ébranlé et l'a remplacé par un ensemble de dispositions hospitalières, administratives et juridiques qui sont le contraire du régime actuel et figurent dans la conclusion de ses travaux, un projet de loi *concernant la prostitution et la prophylaxie des maladies spéciales.*

En matière d'hygiène, la Commission demande l'ouverture d'office de tous les hôpitaux généraux du territoire français et de toutes consultations hospitalières, sans conditions de séjour et de domicile (telles que les exige actuellement l'Assistance publique), pour les malades; elle professe que le meilleur moyen d'éteindre ces maladies, si nocives pour l'espèce, est de les soigner désormais largement et sans préjugés; elle proclame l'existence pénale d'un « délit de contamination », destiné à rappeler « aux malades des deux sexes », que c'est un véritable crime de la part d'un malade contagieux quel qu'il soit, informé de son état, de contaminer autrui; elle réclame d'ailleurs une plus complète application du même délit au point de vue civil (dommages-intérêts), déjà entré dans la jurisprudence des cours et tribunaux; elle réclame l'instruction et l'éducation sexuelles des adolescents afin de les prémunir et de les moraliser; elle réclame également des poursuites contre les médecins charlatans dont les affiches mensongères encombrent les édicules des villes et pipent les malades sans les guérir. Au point de vue de l'ordre extérieur la Commission demande que les troubles de la rue provoqués par les « personnes des deux sexes » soient désormais déférés aux tribunaux de simple police, et en cas de récidive aux tribunaux correctionnels; enfin, et cette réforme capitale est une des critiques les plus décisives de la police des mœurs qui inscrivait sur ses listes de femmes, des fillettes de quinze, douze et même onze ans! — la Commission, dans un des titres les plus imposants du projet de loi, demande aux pouvoirs publics d'assurer la protection des jeunes filles en danger d'immoralité publique, soit en instituant un ensemble d'établissements publics appropriés, d'écoles de réforme, qui recevraient ces enfants après jugement, soit en les plaçant dans des établissements privés, autorisés et surveillés. Ce titre du projet de loi vient d'être voté par le Sénat en première délibération.

L'œuvre de la Commission est d'autant plus notable que toutes ces réformes ont été présentées, non par ceux de ses membres antérieurement connus, selon la formule, comme abolitionnistes (tels que M. Yves Guyot, Mme Avril de Sainte-Croix) mais par des magistrats et des professeurs des Facultés de droit et de médecine, par des administrateurs qui se sont montrés ainsi les plus décidés réformistes. L'auteur de l'ouvrage, M. Louis Fiaux qui fut, on le sait, membre du Conseil municipal de Paris, a accompagné la publication des procès-verbaux complets des séances de la Commission, collationnés avec le texte officiel, d'études critiques sur des rapports particuliers et généraux, de chapitres intercalaires sur la réforme de la police des mœurs en Italie, les débats élevés au Conseil municipal de Paris et de la Société des prisons sur ce sujet, enfin d'une *Introduction* historique et documentaire de 440 pages, qui font de cet ouvrage considérable un véritable tableau de la question au commencement du XXe siècle.

L. GAYARD.

L'otite moyenne purulente aiguë et son traitement (1), par le docteur Georges Laurens.

L'otite moyenne purulente aiguë est une affection des plus fréquentes et qui réserve maintes surprises au malade et au médecin; il importe donc de la bien connaître et s'il n'est pas possible, comme dit l'auteur, de la supprimer du cadre nosologique, on peut du moins en diminuer la fréquence et en rayer presque toutes les complications.

Dans cette remarquable monographie où il fait abstraction de toute idée théorique et doctrinale, l'auteur met sa haute

(1) Deux vol. in-8 de 1 200 pages chacun. — Prix : 30 fr. — Paris, F. Alcan.

(1) In-8 de 200 p. avec fig. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

compétence clinique et son habituelle clarté d'exposition au service du médecin praticien.

La longueur de chaque chapitre est proportionnée à l'intérêt direct qu'il peut présenter pour ce dernier et lorsqu'on aura lu l'ouvrage on se rendra compte que s'il y a tout ce qu'il faut savoir il n'y a que ce qu'il faut savoir. C'est là le critérium qui permet de reconnaître les livres bien faits parmi ceux destinés à la diffusion scientifique, et sous ce rapport il ne saurait y avoir mieux que celui que nous présentons aujourd'hui à nos confrères. A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

DE L'ÉPILEPSIE

De toutes les affections nerveuses graves, l'épilepsie constitue sans contredit la plus fréquente.

Nous ne parlons pas seulement de la grande crise type où le malade tombe brusquement, convulsé, asphyxique, écumant, mais aussi et surtout des formes innombrables, si bien décrites par Legrand du Saulle, des épilepsies partielles ou jacksonnienne où les convulsions se localisent à un membre ou à une seule partie du corps ; nous parlons aussi de ces fureurs plus frustes encore où les convulsions cloniques font défaut, où tout se passe et se localise dans le cerveau : absences, vertiges, impulsions irrésistibles et irraisonnées qui poussent les malheureux malades à entreprendre inconsciemment des voyages lointains, qui les poussent au suicide, voire même à l'homicide.

Les fureurs partielles de l'épilepsie ont longtemps constitué la grande majorité des cas. On peut les attribuer assez souvent à une lésion ou à une irritation locale donnant naissance, à distance, à des mouvements réflexes, comme par exemple une esquille osseuse, une balle, des vers intestinaux, etc. Ces cas sont essentiellement curables par la suppression médicale ou chirurgicale de la cause et on peut, à bon droit, se demander s'ils ne devraient pas former une catégorie à part et en dehors de l'épilepsie. La ressemblance n'est qu'extérieure et apparente.

L'épilepsie vraie dépend de causes plus profondes, d'une altération des cellules du parenchyme cérébral elles-mêmes, que ces lésions soient primitives ou secondaires.

Elles sont secondaires lorsqu'elles résultent de l'irritation et de la prolifération du tissu conjonctif qui, par son exubérance même, aboutit à des troubles de compression et d'atrophie du parenchyme.

Les poisons et les intoxications agissent ainsi sur l'encéphale, directement sur les cellules nobles, ou indirectement par le tissu conjonctif. Ces causes agissent souvent non sur l'individu intoxiqué lui-même mais sur les descendants, par hérédité.

Les progrès de la médecine et de la chirurgie tendent à restreindre de plus en plus le champ de l'épilepsie partielle ou jacksonienne.

L'alcoolisme, l'absinthisme, la syphilis, etc., tendent, au contraire, à augmenter sans cesse le nombre des épileptiques par intoxication ou par dégénérescence héréditaire. Les statistiques devront être revues et corrigées.

Ces notions sommaires indiquent suffisamment les difficultés de traitement de l'épilepsie essentielle en même temps que le sens général dans lequel il faut le diriger. Il est évident que, en général, et à titre de maladie largement répandue et à certains égards évitable, la prophylaxie est du domaine des pouvoirs publics. L'État seul pourrait, en effet, prendre des mesures visant à modérer l'usage de l'alcool sous toutes ses formes, à restreindre les méfaits des maladies vénériennes ou tuberculeuses et des intoxications professionnelles telles que le saturnisme. Mais il lui faudrait pour cela infiniment de bonne volonté et beaucoup de temps. Il y aurait plus d'importance encore à agir sur la masse du peuple par l'éducation et la diffusion à l'école et dans les cours d'adultes des notions d'hygiène appropriées.

L'on est heureux de constater que tous sont d'accord sur la plupart de ces points et que l'agitation réformiste est commencée.

Au point de vue thérapeutique proprement dit, le rôle du médecin consiste à essayer de prévenir le mal chez les individus ; à essayer de le guérir une fois qu'il s'est manifesté.

Or, il faut reconnaître que la prophylaxie est ici illusoire. Le public ne fait jamais appeler le médecin qu'alors que la maladie est bien établie et bien manifeste.

Par la force même des choses, le traitement est presque toujours symptomatique et les résultats très peu satisfaisants. On s'est adressé aux bromures, isolés on associés, en vue de diminuer l'impressionnabilité cérébrale et d'anémier les centres moteurs ; aux sédatifs ou aux stupéfiants minéraux ou végétaux, aux antispasmodiques, etc.

Plus récemment, au cours d'essais de traitements comparatifs nous avons employé les pastilles de convulsine du docteur Weil. Nous devons à la vérité de dire qu'elles nous ont donné des résultats plus rapides et plus complets que les autres préparations usuelles. La convulsine a été préparée en vue de répondre à la plupart des indications des cas ordinaires. Elle associe aux sédatifs antispasmodiques des diurétiques et des toniques nervins puissants. Elle lave et purifie le sang et les tissus et en même temps répare leur usure. L'on comprend, dès lors, qu'elle doit donner des résultats très satisfaisants, très durables, à condition de reprendre de temps à autre la cure, sans attendre le retour des phénomènes morbides. Il est intéressant de noter que la convulsine déprime beaucoup moins les malades que les bromures et qu'elle est mieux tolérée par l'estomac. La dose moyenne est de trois pastilles par jour, entre les repas.

L'on y adjoindra avec utilité les soins hygiéniques ordinaires, les frictions, les douches, le régime tonique sans être excitant, la vie calme et bien réglée.

Nous avons là, en somme, un progrès réel dans la thérapeutique pratique de l'épilepsie et c'est à ce titre que nous avons cru utile de le signaler. R. SUZOR.

Traité de thérapeutique comprenant la pharmacodynamique et les éléments de pharmacologie, par M. IDE, professeur à l'Université de Louvain. Deuxième édition revue et augmentée. In-8 de 500 pages. — Prix : 12 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Les tumeurs malignes du larynx, préface de M. le professeur MOURE. In-8 avec fig. — Prix : 12 francs. — Paris, A. Maloine.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 218, 25 juillet 1907.) GAIFFE : Sur les méthodes et instruments de mesure dans l'application et la production des courants de haute fréquence. — BELOT et LAQUERRIÈRE : Du rôle du médecin électrologiste et radiologiste dans les accidents du travail. — GALLOT : Service radiologique de M. le professeur Dominguez à l'hôpital Reina-Mercédès (La Havane).

Archives générales de médecine. — (N° 7, juillet 1907.) LUTAUD : De l'urétéro-cysto-néostomie dans le traitement des fistules uretéro-vaginales et uretéro-cervicales; ses autres indications. — SALAGHI : L'énergie cinétique (force vive) du courant sanguin et son importance dans les données sphygmomanométriques, d'après la théorie du mouvement des liquides (avec 2 tracés). — MICHELEAU : Pemphigus et déchloruration.

Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 4, juillet-août 1907.) BEZOLD : Elimination d'un séquestre labyrinthique chez un phtisique à la suite d'une cautérisation de la caisse du tympan. Considérations physiologiques et pratiques. — SIEUR : Trois cas d'abcès du cerveau et considérations relatives au traitement chirurgical des complications endocraniennes d'origine otitique. — SCHMIEGELOW : De l'œsophago-trachéo et bronchoscopie. — GLOVER : Laryngites traumatiques consécutives au tubage et rétrécissements laryngiens chez l'enfant. — BALLENGER : De l'étiologie des affections inflammatoires du nez et du sinus. — JOUTY : Complications des affections du rhino-pharynx chez l'enfant. — GOLDSTEIN : Traitement des perforations de la cloison nasale. — DE CIGNA : L'épistaxis prémonitoire. — BARLATIER, RABOT et SARGNON : Rétrécissements laryngés consécutifs au tubage et à la trachéotomie (*suite*). — RICHARDSON : Perforation de la cloison nasale. — MÉNÉTRIER et CLUNET : Laryngite aiguë phlegmoneuse à entérocoques chez une femme enceinte de huit mois et demi. Trachéotomie, guérison. Accouchement prématuré spontané. Septicémie à entérocoques chez l'enfant. — RANJARD : Luxation laryngo-trachéale. Résection du premier anneau de la trachée. Guérison. — PISANO : Sur un cas de rhinolithe. — SIEBENMANN : Des altérations labyrinthiques dans un cas de surdi-mutité avec rétinite pigmentaire. — PROTA : Sur les altérations du centre de Krause à la suite de la destruction d'une corde vocale. — GELLÉ : Etude expérimentale des causes prochaines de l'asphyxie ou de la pression intra-thoracique et intra-cardiaque dans les sténoses des voies respiratoires. — VON STEIN : Nouveau dynamométrographe universel et nouvel ergographe et leur importance pour le diagnostic des désordres du labyrinthe (*suite*). — CHANOZ et SARGNON : Pression et vitesse de l'air dans la trachée chez les enfants. — LAURENS : Seringue laryngienne stérilisable. — ROSENBERG : Recherches historiques. — CHAUVEAU : Gubler. Son rôle en pathologie pharyngée. — MYRIAL : Education et rééducation vocales d'après la physiologie expérimentale (*suite*). — GOLESCEANO : Contribution aux faits cliniques de diphtérie primitive du nez. — COMPAIRED : Nouveau cas d'épithéliome naso-pharyngé avec invasion de toute la voûte palatine et des sinus sphénoïdaux. Opération. — STUCKY : Traumatisme de l'ethmoïde : abcès du cerveau; mort pendant l'intervention; autopsie. — CHAUVEAU : Manuel Garcia. Son influence sur la laryngologie et l'art du chant. Livre de Tapia (de Madrid). — DROUOT : L'éducation des sourds-muets aveugles en Suède (*suite*). — Les consonnes; leur rôle dans la formation de la voix parlée et chantée; leur influence sur l'émission vocale (*suite*).

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVI, n° 25, 20 juin 1907.) Cecil Kent AUSTIN : Sur les ascensions des montagnes pour les grimpeurs professionnels (avec 6 fig.). — George H. MONKS : Sur le lavage de l'intestin par des orifices multiples d'entérotomie (avec une observation). — (Vol. CLVII, n° 1, 4 juillet.) W. P. GRAVES : La rétroversion et son traitement, avec l'analyse de 500 cas consécutifs recueillis à une consultation gynécologique. — Howard A. LOTHROP : Les névralgies du nerf maxillaire supérieur. Sur une opération périphérique pour atteindre les branches dentaires. — Louis HOAG : « L'organisme *x* » probablement du groupe des « corynebacteries ». Sa différenciation du bacille de la diphtérie et des organismes associés; sa provenance chez l'homme, surtout dans la broncho-pneumonie, et sa relation avec la paralysie générale et la folie (avec 1 tableau). — E. W. TAYLOR : Accouchement indolore. Description d'un cas dû à une lésion destructive de la moelle. — (Vol. CLVII, n° 2, 11 juillet.) J. F. Alleyne ADAMS : Les dangers de l'accumulation des tuberculeux. — Elliott P. JOSLIN : L'acidité chez les diabétiques. — Richard FROTHINGHAM O'NEIL : Quelques remarques sur les calculs rénaux. — Isador H. CORIAT : Les paralysies nocturnes.

Medizinische Blatter. — (N° 29, 20 juillet 1907.) HIRSCH : Importance de la diététique dans la balnéothérapie. — COHN : Traitement de l'appendicite.

Montpellier médical. — (N° 24, 16 juin 1907.) BOSSAN : Médication fibrolytique, sclérolytique; — La-Motte-les Bains près Grenoble. — (N° 25, 23 juin.) O. MARTIN : Raction d'entretien et régimes alimentaires.

Nord médical. — (N° 307, 15 juillet 1907.) G. LEMOINE : Dilatation de l'estomac.

Pédiâtrie pratique. — (N° 13, 1er juillet 1907.) CALOT : Luxation congénitale de la hanche.

Pester medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 29, 21 juillet 1907.) KISS : La chimie physique en médecine.

Province médicale. — (N° 28, 13 juillet 1907.) GRASSET et RIMBAUD (de Montpellier) : L'ophtalmo-réaction à la tuberculine. Premières applications de la méthode. — DUBROLLE (de Lyon) : La fièvre typhoïde dans l'armée (historique et étiologie).

Revue médicale de l'Est. — (N° 14, 15 juillet 1907.) H. ZILGIEN : Hématomyélie cervicale traumatique. — A. FRUHINSHOLZ : De quelques restrictions à la thérapeutique intra-utérine chez les nouvelles accouchées. — BARTHÉLEMY : Etude comparative des appareils à chloroforme de Ricard et Harcourt.

Tribune médicale. — (N° 28, 13 juillet 1907.) Ch. DAVID : De l'endoscopie utérine au moyen d'un hystéroscope à éclairage interne.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 13, 15 juillet 1907.) LENGLET : L'éducation médicale en Allemagne (*fin*).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 29, 18 juillet 1907.) VAN DE VELDE : Sur l'hébotomie. — FRIEDBERGER : La méthode de la déviation du complément a-t-elle une importance pour le diagnostic de la rage. — RICHTER : Inflammation circonscrivant un corps étranger opérée comme une tumeur. — STOERCK et HAHNDEL : Un cas de tænia nana en Autriche.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Dastre, professeur à la Faculté des sciences de Paris; — Gross, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Borrel, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; — Goudrin (de la Boissière-de-Montaigu); — Hugounenq, doyen de la Faculté de médecine de Lyon.

— Les récompenses honorifiques suivantes ont été accordées pour services rendus à la mutualité aux médecins dont les noms suivent :

Médaille d'or. — M. le docteur Servaux (de Paris).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Basset (de Toulouse), Poulain (de la Ferté-Macé), Crauk (de Paris), Husson (d'Offranville), Rainguet (de Poitiers), Spindler, médecin-major de deuxième classe.

Mention honorable. — M. le docteur Fourcade, médecin aide-major de première classe.

UN MÉDECIN COMMUNAL. — Le conseil municipal d'une commune qui ne possède pas de médecin peut il tenter d'attirer un docteur en médecine en proposant d'offrir à celui qui viendra s'y établir un traitement fixe pendant quelques années?

Une commune de la Haute-Garonne avait pris cette initiative. Mais plusieurs contribuables ont demandé au Conseil d'Etat de la déclarer illégale et ils viennent d'obtenir gain de cause.

Le Conseil d'Etat a jugé en effet que la loi ne permet aux conseils municipaux que d'organiser l'assistance médicale gratuite des indigents conformément à la loi du 15 juillet 1893.

S'ils peuvent, dans des circonstances exceptionnelles, intervenir pour procurer des soins médicaux aux habitants qui en sont privés, ce n'est pas le cas dans la commune. Il en résulte donc que le conseil municipal a excédé ses pouvoirs en allouant un traitement annuel à un médecin chargé de soigner gratuitement tous les habitants, pauvres ou riches, indistinctement. (*Le Temps.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — RÉPARTITION DES STAGIAIRES DANS LES SERVICES HOSPITALIERS. — I. *Inscription et classement des stagiaires.* — Le choix des services hospitaliers, pour la période de stage comprise entre le 1er novembre 1907 et le 1er mars 1908, aura lieu les 22, 23 et 24 octobre 1907, de neuf à onze heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté. Seront seuls inscrits d'office pour être appelés à choisir, MM. les étudiants en cours régulier d'études, c'est-à-dire ayant pris à la Faculté de médecine de Paris, en juillet 1907, les quatrième, huitième ou douzième inscriptions. Ne seront appelés que sur leur demande écrite : MM. les étudiants soumis au stage, se trouvant dans l'une des situations suivantes : 1° Elèves en cours irrégulier d'études; 2° Elèves libérés du service militaire; 3° Elèves sortant d'une Faculté ou école des départements. Les demandes d'inscription devront parvenir à M. le doyen avant le 15 septembre. Une lettre de convocation individuelle sera adressée aux élèves inscrits.

II. *Dispositions relatives aux internes et externes des hôpitaux.* — Le stage de spécialité, imposé aux élèves de quatrième année par l'article 1er du décret du 20 novembre 1893, n'est pas exigé des internes et externes titulaires des hôpitaux. Toutefois, en consignant pour la première partie du cinquième examen, MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux doivent justifier d'un stage de deux mois au moins dans un service d'accouchement. Le certificat à produire doit être revêtu de la signature du chef de service d'accouchement et du directeur de l'hôpital, ainsi que du visa de M. le secrétaire général de l'Assistance publique.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Cartes de circulation à demi-place départementales.* — La Compagnie délivre des cartes nominatives et personnelles valables pendant six mois ou un an et donnant le droit d'obtenir des billets à demi-tarif pour des parcours exclusivement P.-L.-M. entre toutes les gares d'un même département.

Les départements desservis par le réseau P.-L.-M. sont répartis en trois catégories, selon l'importance kilométrique des lignes qui les sillonnent.

Les cartes sont délivrées moyennant le paiement préalable des prix suivants :

A. Cartes donnant droit à des billets à demi-tarif de toutes classes, pendant six mois : 1re catégorie, 60 francs ; 2e catégorie, 50 francs ; 3e catégorie, 40 francs ; — un an : 1re catégorie, 80 francs ; 2e catégorie, 65 francs ; 3e catégorie, 55 francs.

B. Cartes donnant droit à des billets à demi-tarif de 2e et 3e classes, pendant six mois : 1re catégorie, 40 francs ; 2e catégorie, 32 francs ; 3e catégorie, 25 francs ; — un an : 1re catégorie, 50 francs ; 2e catégorie, 40 francs ; 3e catégorie, 32 francs.

C. Cartes donnant droit à des billets à demi-tarif, de 3e classe seulement, pendant six mois : 1re catégorie, 25 francs ; 2e catégorie, 20 francs ; 3e catégorie, 15 francs ; — un an : 1re catégorie, 30 francs ; 2e catégorie, 25 francs ; 3e catégorie, 20 fr.

Il sera perçu, en outre, à chaque voyage, la moitié du prix d'un billet simple (place entière) de la classe demandée par le voyageur pour le parcours qu'il veut effectuer.

Les cartes courent du 1er et du 15 de chaque mois et doivent être demandées au moins cinq jours à l'avance.

Consulter le livret-guide-horaire P.-L.-M., vendu au prix de 50 centimes dans toutes les gares du réseau.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 59, 31 juillet 1907.) DIEULAFÉ : Sur la topographie du médiastin postérieur. Applications chirurgicales.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 29, 18 juillet 1907.) BIER : Influence d'injections de sang d'une espèce différente dans les tumeurs malignes. — FRANKE : Diagnostic et traitement des affections articulaires chroniques. — CITRON : Sur des tentatives de fixation des compléments dans les maladies infectieuses et post-infectieuses. — STRAUSS et LEVA : Sur une nouvelle forme d'examen de la motilité de l'estomac. — MARCUS : Recherches sur deux cas de goutte. — CARO : Guérison d'un cas avancé de maladie de Banti par la splénectomie. — VÖRNER : Sur un cas d'œdème factice de la peau. — BÖCKER : Sur la luxation paralytique de la hanche, sa pathogénie et son traitement. — (N° 30, 25 juillet.) BICKEL : Sur la pathogénie et le traitement de l'hyperchlorhydrie. — BASSENGE et KRAUSE : Sur l'obtention de substances préservatrices venant des bactéries pathogènes. — MÜHLENS : Contribution à l'étude de la syphilis expérimentale de la cornée du lapin. — PLEHU : Sur la question de l'unité des parasites de la malaria. — FRANKE : Diagnostic et traitement des arthropathies chroniques. — KETTNER : Sur les blessures d'automobiles. — HELLER : Sur les modifications de la peau dans le diabète bronzé. — AXMANN : Traitement du lupus par la lampe « Uviol ». — CITRON : Un saccharomètre pouvant servir à l'examen de beaucoup d'urines de diabétiques. — EVALD : Sur la percussion du cœur.

Écho médical du Nord. — (N° 29, 21 juillet 1907.) LE FORT : Genu valgum des adolescents. — ARQUEMBOURG : Comparaison des méthodes colorimétriques de Sahli et de Fleischl pour le dosage de l'hémoglobine. — (N° 30, 28 juillet.) THOORIS : Considérations sur la nature, l'origine et la résorption de l'épanchement traumatique du genou.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 29, 21 juillet 1907.) J. SABRAZÈS et R. DUPÉRIÉ : Contribution à l'étude de la valeur diagnostique de l'ophtalmo-réaction à la tuberculine. — H. DELAUNAY : Le rôle du foie dans la régulation de la tension vasculaire. — (N° 30, 28 juillet.) BRUNETIÈRE : L'ophtalmo-réaction ; son emploi en oculistique. — J. DUVERGEY : Statistique des opérations d'urgence pendant la durée d'un clinicat (service de clinique chirurgicale de M. le professeur Lannelongue, nov. 1903-1906).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 30, 28 juillet 1907.) CABANNES : Des relations de la rétinite pigmentaire fruste avec la névrite optique rétro-bulbaire héréditaire.

Journal des praticiens. — (N° 30, 27 juillet 1907.) A. TROUSSEAU : Le larmoiement. — H. HUCHARD : Fausses cardiopathies. Maladies du cœur.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 28, 13 juillet 1907.) EUSTACHE : La Maternité de la Faculté libre de Lille, 1881-1907 (*suite et fin*). — (N° 30, 27 juillet.) DESPLATS : Ophtalmo-réaction. — FIÉVET : Cancer du sein droit. Adénite secondaire de l'aisselle correspondante. Adénite tuberculeuse de l'aisselle opposée.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 30, 25 juillet 1907.) D. BODDAERT, DE BUSSHER et DE RAEVE : Rupture totale du rein gauche. Néphrectomie par voie lombaire, guérison. — DE BERSAQUES et E. BODDAERT : Note sur un cas de cancer du rein. — DECROLY et BOULENGER : L'éducation des enfants infirmes et estropiés.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 7, 25 juillet 1907.) GALTIER : A propos d'un cas d'érysipèle chez un nicotinique.

Lyon médical. — (N° 29, 21 juillet 1907.) CAUSSE : Le plomb au point de vue chimique et hygiénique. — (N° 30, 28 juillet.) CAUSSE : Le plomb au point de vue chimique et hygiénique (*suite*).

Marseille médical. — (N° 15, 1er août 1907.) PLUYETTE et PIÉRI : Pyloro-gastrectomie pour cancer du pylore. — LIVON : Expulsion de l'œuf en bloc.

Semaine gynécologique. — (N° 30, 23 juillet 1907.) PICHEVIN : Laparotomie avec gants. — (N° 31, 30 juillet.) PICHEVIN : Des kystes malins de l'ovaire.

Tribune médicale. — (N° 29, 20 juillet 1907.) BERNARD : Etude critique sur la ligne blanche dite surrénale. — (N° 30, 27 juillet.) BROCA : Phimosis avec troubles de la miction. — SCHWARTZ : Lésions prononcées de la troisième frontale, des noyaux gris centraux et de l'insula de Reil.

LE TRAITEMENT DES ATROPHIES MUSCULAIRES

PAR LA

Méthode des « Résistances progressives »

ET L'ÉLECTRO-MÉCANOTHÉRAPIE

Par MM. ROCHARD,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis,
et PAUL DE CHAMPTASSIN.

Dans la communication que nous avons faite à l'Académie de médecine le 20 mars 1906, nous avons nettement posé la question des atrophies musculaires et de leur traitement sur des bases originales et nouvelles.

L'analyse théorique et expérimentale de la contraction musculaire élémentaire, l'étude physiologique du développement musculaire normal, les recherches cliniques sur l'atrophie musculaire avec le contrôle de notre traitement, nous ont amené à considérer l'atrophie et l'hypertrophie comme les deux stades fonctionnels extrêmes du muscle normal.

La vieille théorie classique sur laquelle est basée toute méthode de traitement des atrophies musculaires : hydrothérapie, massage, électricité, est la théorie trophique. Un muscle atrophié, c'est un muscle mal nourri, aussi le traitement, quel qu'il soit, doit tendre à activer la circulation dans ce muscle et par suite à favoriser sa nutrition.

On a donc recours au massage, à l'électrisation, surtout galvanique (car la faradisation a une action trophique moins intense), et accessoirement aux autres actions réflexes : hydrothérapie, ventouses, révulsion, etc. Tous ces traitements ont pour résultat commun une hyperhémie temporaire, mais facile à reproduire, et par suite une action trophique.

A cette théorie trophique, nous avons substitué une théorie physique qui trouve son explication en grande partie dans les lois de l'osmose et de la diffusion.

Cette théorie physique montre l'inutilité, trop souvent constatée dans la pratique, des traitements basés sur la théorie trophique ; aussi de toutes parts l'on cherche à adapter à la nouvelle doctrine les anciens modes thérapeutiques.

Les électrothérapeutes ont été les premiers à effectuer cette transformation et ils présentent, sous le nom d'électro-mécanothérapie, une nouvelle technique d'électrisation qui n'est qu'une adaptation pure et simple de notre théorie et de notre technique. C'est pourquoi nous tenons à affirmer et à prouver notre droit de priorité.

A l'excitation volontaire (mode normal et physiologique de la contraction musculaire), les électrothérapeutes ont substitué l'excitation électrique sous forme d'un courant croissant et décroissant progressivement, simili-volontaire.

Cette forme d'excitation n'a pour nous rien de nouveau, car nous l'utilisons depuis longtemps dans des expériences de laboratoire sur le muscle isolé.

Mais dans la thérapeutique, le courant destiné à produire la force des contractions que nous obtenons par « l'excitation volontaire » aurait besoin d'être d'une intensité telle qu'il serait inapplicable, autant par suite des phénomènes douloureux que par la diffusion inévitable dans les antagonistes, ce qui empêcherait la mobilisation et par suite le travail en contraction dynamique.

Nous montrerons plus loin que les électrothérapeutes n'ont fait qu'adapter à la technique électrique toute notre technique, et que l électro-mécanothérapie n'est pas autre chose que notre méthode des « résistances progressives ». Le mode d'excitation seul diffère, ce qui paraît assez naturel puisqu'il s'agit d'électrothérapeutes, mais nous laissons aux résultats, ne voulant pas pour le moment faire une démonstration physiologique et mécanique, le soin de démontrer la grande infériorité de l'excitation électrique sur l'excitation volontaire.

Jusqu'à présent, en vertu de la théorie trophique, le courant électrique, sous quelque forme que ce soit, était appliqué sur le membre immobile, le muscle étant en *contraction statique*. Nous avons été les premiers à dire que le muscle atrophié devait être traité comme le muscle normal que l'on veut hypertrophier, et qu'il fallait prendre « comme règle d'application clinique, les modes d'excitation, d'action et de réaction du muscle normal » ; qu'il fallait par conséquent mettre le membre dans une position telle que le muscle atrophié ait à se contracter, sous l'excitation volontaire, en effectuant ou en tendant à effectuer le mouvement qu'il doit normalement faire accomplir. Enfin séparant nettement les trois formes de la contraction musculaire, nous avons cliniquement démontré que la contraction statique était inutile et nulle, a fortiori la contraction frénatrice, et que seule la contraction dynamique avait une action sur le développement du muscle atrophié, normal ou hypertrophié.

A notre exemple, l'électro-mécanothérapie met le membre dans la position utile pour faire accomplir au muscle l'effort normal. L'électricité n'agit plus ainsi statiquement, mais *dynamiquement*, en luttant contre la résistance représentée par le segment du membre à mobiliser. L'amplitude du mouvement est d'ailleurs très limitée, *et il ne peut en être autrement*, mais nous ne voulons pas faire ici le procès de la méthode ainsi adaptée, et il nous suffit de constater l'adoption intégrale de la théorie physique du développement musculaire.

Bien mieux, la notion de résistance, jusqu'alors inconnue, s'impose dans la technique électrique, et c'est strictement notre méthode des « résistances progressives » que l'électro-mécanothérapie met en application et expose comme sienne. En effet, dès que la résistance fournie par le segment du membre paraît insuffisante (nous disons paraît) on fait contracter le muscle électriquement contre une résistance supplémentaire, représentée par « des poids d'abord insignifiants, puis de plus en plus lourds, au fur et à mesure que l'état d'amélioration le permet ».

Nous sommes très heureux que la technique électrique se transforme aussi radicalement en adoptant toutes les théories et toutes les techniques que nous

avons exposées, c'est-à-dire pour nous résumer, l'excitation du muscle en contraction dynamique, c'est-à-dire *mobilisation active*; excitation progressive contre une résistance de plus en plus grande, c'est-à-dire *résistances progressives*.

La théorie classique sur la trophicité du muscle atrophié nous paraissait trop enracinée pour que nous puissions espérer une acceptation aussi rapide et aussi intégrale de nos idées. Nous ne dirons pas ici les raisons et les expériences qui nous permettent de considérer que la substitution de l'agent électrique, comme pouvoir moteur du muscle, est très inférieure à l'excitation volontaire et par suite tout à fait insuffisante comme action thérapeutique.

Nous voulons simplement, après avoir montré le plaisir que nous cause la transformation opérée dans la technique électrique par l'électro-mécanothérapie, affirmer hautement notre priorité et la valeur toute personnelle des théories et de la pratique que l'électro-mécanothérapie voudrait peut-être un jour revendiquer.

Si les considérations théoriques qui précèdent ne suffisaient pas, il serait facile, par l'analyse chronologique des quelques travaux parus sur la question, d'établir la filiation des faits.

Comme appareil permettant l'application de la méthode, malgré un essai de rhéostat ondulant en 1894 et un appareil d'induction à balancier en 1897, le premier appareil produisant réellement un courant croissant et décroissant, imitant la contraction volontaire, a été présenté en septembre 1906 (1).

Mais même plus tard, en avril 1906, l'auteur du premier travail sur l'électro-mécanothérapie préconisait comme traitement des atrophies musculaires (post-hydarthrose) la faradisation à gros fils à interruptions espacées, et encore ce procédé était-il considéré comme un progrès (2).

Ce n'est qu'en juin 1907 (3) qu'a été exposée pour la première fois la nouvelle technique dénommée électro-mécanothérapie, qui, nous le redisons après l'avoir démontré, n'est que l'adaptation « électrique » de notre méthode du « travail musculaire en contraction dynamique avec progression des résistances ».

Si l'on rapproche les dates de nos travaux, on pourra voir que la théorie des « résistances progressives » a été exposée pour la première fois dans la thèse de l'un de nous en avril 1904 (4), et que, en outre de divers articles parus sur la question dans la *Presse médicale* et le *Bulletin général de thérapeutique* (5), notre communication à l'Académie de médecine a été faite le 20 mars 1906 (1) et le rapport du professeur Berger le 12 avril 1907.

Nous n'insisterons pas davantage, car ces preuves (et nous pourrions en apporter d'autres) nous paraissent suffisantes pour montrer que l'électro-mécanothérapie n'est que l'application, plus modeste dans ses résultats, bien que plus compliquée dans sa pratique, de ce que nous avons appelé la « mécanothérapie par moteur humain ».

(1) LAQUERRIÈRE. *Archives d'électricité médicale*, 10 sept. 1906.

(2) LAQUERRIÈRE. *Bulletin officiel de la Société française d'électrothérapie*, juin 1906.

(3) LAQUERRIÈRE. *Ibid.*, juin 1907.

(4) Paul DE CHAMPTASSIN. *Considérations sur l'entraînement athlétique*, Th. de Bordeaux, 15 avril 1904.

(5) Paul DE CHAMPTASSIN. Traitement des dystrophies musculaires et des dystrophies générales par les mouvements actifs, *Presse méd.*, 8 avril 1905. — ROCHARD et Paul DE CHAMPTASSIN. Généralités sur le muscle dans ses divers états (atrophique, normal, hypertrophique), *Bull. gén. de thérap.*, 8 juillet 1906. — Paul DE CHAMPTASSIN. Des résistances progressives dans le développement des muscles, *Bull. gén. de thérap.*, 23 mai 1907.

(1) ROCHARD et Paul DE CHAMPTASSIN. Du traitement des atrophies musculaires consécutives aux épanchements articulaires (et en particulier à l'hydarthrose) par la méthode du travail musculaire avec progression des résistances, Communication à l'Académie de médecine, 20 mars 1906.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 JUILLET 1907)

Sur le diagnostic précoce de la tuberculose par l'ophtalmo-réaction à la tuberculine. — M. A. CALMETTE. Dans une précédente note (v. *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 72, p. 857), M. Calmette a montré que, lorsqu'on instille une goutte d'une solution à 1 p. 100 de tuberculine sèche (précipitée par l'alcool) sur la conjonctive oculaire des sujets sains, il ne se produit aucune réaction, tandis que les sujets porteurs de lésions tuberculeuses, quelles que soient la localisation et l'étendue de celles-ci, présentent constamment, de six à vingt-quatre heures après, une rougeur conjonctivale très caractéristique qui permet d'établir avec précision le diagnostic de tuberculose dans les cas douteux.

M. Calmette a entrepris ces expériences vers la fin de mai 1907, à la suite de la communication de Von Pirket à la Société de médecine de Berlin sur la cuti-réaction, et elles lui avaient été suggérées par la constatation d'une réaction oculaire semblable avec le venin des serpents.

Avant la publication de ces premiers résultats, Alfred Wolf-Eissner (de Vienne), toujours à propos de la cuti-réaction de Von Pirket, annonçait le 3 juin, à la Société de médecine de Berlin, qu'une goutte de tuberculine brute, diluée au dixième, produisait sur l'œil une réaction inflammatoire, mais qu'il ne pouvait encore rien affirmer au sujet de sa valeur diagnostique.

A la même date du 17 juin, M. Vallée (d'Alfort) communiquait à l'Académie des sciences quelques essais positifs d'application de cette méthode à la recherche de la tuberculose chez les bovidés. Il concluait que « la réaction oculaire ne présente qu'un intérêt diagnostique restreint » et que « la douleur et les conséquences qui peuvent en résulter feront écarter sa recherche en médecine humaine ».

M. Calmette inclinait au contraire à penser que l'ophtalmo-réaction présente un intérêt très grand pour les cliniciens parce qu'il avait pu se convaincre avec ses élèves Breton, G. Petit et Painblan, qu'elle est inoffensive (à la condition d'employer la tuberculine sèche précipitée par l'alcool, au lieu de la tuberculine brute glycérinée), qu'elle est facilement acceptée par les malades et qu'elle permet de déceler l'existence de lésions cliniquement insoupçonnées.

Depuis sa première note sur ce sujet M. Calmette a fait, avec ses collaborateurs, un large usage de l'ophtalmo-réaction

et près d'un millier d'observations lui ont déjà été transmises par des médecins ou chirurgiens d'hôpitaux, tant de Paris que de province. Toutes sont concordantes et montrent que la nouvelle méthode de diagnostic s'applique avec une égale précision à toutes les formes de tuberculose. Seuls les cachectiques très avancés et moribonds ne réagissent qu'exceptionnellement.

Chez les enfants, on peut l'utiliser avec certitude pour dépister la nature tuberculeuse de lésions ganglionnaires ou osseuses, alors qu'aucun signe clinique n'est encore apparent. Chez l'adulte elle éclaire le diagnostic de certaines formes particulièrement obscures, telles que le rhumatisme articulaire tuberculeux de Poncet, les néphrites tuberculeuses et les tuberculoses pulmonaires au début, bien avant qu'il existe des phénomènes de congestion avec expulsion de bacilles.

Les enfants nouveau-nés ne réagissent pas. Prouff (de Morlaix) [v. *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 89, p. 1 061] a constaté que deux femmes tuberculeuses et récemment accouchées ont présenté la réaction, alors que leurs enfants ne la présentaient aucunement.

On peut donc vraisemblablement affirmer que ces deux enfants sont nés indemnes.

La muqueuse oculaire seule paraît susceptible de réagir ainsi vis-à-vis de la tuberculine.

Cette substance, même en solution plus concentrée, ne provoque, d'après nos expériences, aucune rougeur appréciable sur la muqueuse pharyngée ni sur la muqueuse génitale chez les tuberculeux.

L'ophtalmo-réaction se montre dans tous les cas beaucoup plus fidèle que la cuti-réaction de von Pirket, dont Arami et Et. Burnet ont récemment prouvé l'inconstance. Elle ne s'accompagne d'aucun trouble de la santé générale et ne produit aucune fièvre. Dans quelques cas seulement on a constaté qu'elle se prolongeait pendant plusieurs jours sans qu'il en résultât d'ailleurs aucune gêne sensible pour les malades.

Elle peut rendre manifestement les plus grands services pour effectuer le diagnostic précoce de la tuberculose chez les enfants et chez les adultes, pour sélectionner les malades curables qu'il y a lieu d'envoyer dans les sanatoriums, et pour écarter de l'armée ou de la marine les sujets porteurs de lésions latentes.

Elle permet aux œuvres de préservation contre la tuberculose de trier, avec plus de certitude encore que par l'auscultation, les enfants sains de ceux qui sont déjà contaminés, de *sauver la graine*, comme le réclamait Grancher.

Elle assure enfin, mieux qu'aucune autre méthode, le diagnostic de la guérison chez les anciens tuberculeux.

A ces titres divers, l'ophtalmo-réaction mérite d'entrer dans la pratique médicale courante. Elle doit être considérée comme un moyen d'information simple, fidèle et inoffensif.

Trypanosomiase. — M. Laveran identifie un nouveau trypanosome du Soudan.

En collaboration avec M. Thiroux, il publie de nouveaux faits qui confirment ses expériences antérieures démontrant que les crises trypanolytiques se produisent chez les animaux dératés comme chez les animaux normaux.

Mode de répartition du glycogène musculaire chez les sujets alimentés et inanitiés. Influence des saisons sur la richesse des muscles en glycogène. — M. F. Maignon. Il résulte des expériences de l'auteur que la répartition du glycogène dans les différentes portions d'un même muscle est très irrégulière, au point qu'il est impossible de trouver deux fragments voisins ayant, d'une façon certaine, la même teneur en glycogène. Sous l'influence de l'inanition, la répartition tend à s'uniformiser.

Le taux du glycogène musculaire est très variable suivant les époques de l'année, il passe par un maximum, vers les mois de février, mars, à la limite de l'hiver et du printemps, et par un minimum, en été, au moment des fortes chaleurs, vers le mois de juillet.

ANALYSES

MEDECINE

La prophylaxie de la néphrite scarlatineuse. (Herbert G. Thompson. *The Edinb. med. Journ.*, vol. XXI, n° 2, fév. 1907, p. 103.) — Cette étude repose sur le traitement de 300 cas de scarlatine dans les hôpitaux d'Edimbourg entre les années 1900 et 1906. Thompson est arrivé aux conclusions suivantes :

La néphrite est une complication et non une séquelle nécessaire de la scarlatine. Un traitement prophylactique bien entendu doit la supprimer presque entièrement.

Ce traitement comprend une diète alimentaire sévère : lait et farineux pendant trois semaines, repos au lit pendant trois semaines, plus deux semaines à la chambre jusqu'à cessation de la desquamation, usage prolongé des diurétiques. Toutes les voies d'excrétion doivent être soigneusement entretenues : lavages et gargarismes de la gorge, pratiqués avec douceur pour éviter l'infection de la trompe d'Eustache; bains chauds et frictions de la peau fréquentes, laxatifs suffisants pour éviter la constipation, mais modérés pour éviter l'hypotension.

En plus l'auteur, à la suite de Widowitz, de Patschkowski, Buttersack, Thompson, a utilisé comme médicament prophylactique l'emploi systématique de l'urotropine.

Les résultats, de même que chez les autres auteurs, ont été excellents, puisque sur 47 cas il n'a pas eu une seule néphrite et seulement un cas d'albuminurie passagère.

Par mesure d'économie, il a essayé de la même façon l'hexaméthylenetétramine et la métramine. La première lui a donné de mauvais résultats, le nombre des néphrites étant plus nombreux chez les malades qui en prenaient, que chez ceux qui n'absorbaient aucun médicament. Le métramine ne semble avoir donné aucun résultat.

L'urotropine est donc indiquée pendant toute la durée de la scarlatine à la dose de 30 centigrammes par jour en trois fois chez les enfants jusqu'à douze ans, et de 50 centigrammes audessus de cet âge.

Le médicament est très dilué daus l'eau, et son usage sera prescrit pendant un mois. M. Lance.

CHIRURGIE

Les ruptures artérielles traumatiques. (P. Picquet. Th. de Paris, 1906; G. Steinheil, édit.) — Les ruptures traumatiques des artères se rencontrent dans des circonstances très différentes.

Tantôt elles se produisent par attrition directe, quand le choc vient porter en plein sur le trajet d'un vaisseau; elles s'observent dans les blessures par armes à feu, dans les contusions graves qui résultent des broiements ou des écrasements des membres. Les violences considérables qui entrent alors en jeu, déterminent d'ordinaire des désordres

concomitants au niveau des parties molles, des os ou des jointures.

Tantôt elles se font à distance du point frappé par le traumatisme; elles s'accompagnent encore nécessairement de fractures ou de luxations, car la coudure ou l'étirement des vaisseaux sont leurs conditions indispensables et toute violence extérieure qui tend à les produire doit triompher d'abord de la résistance du squelette et des ligaments articulaires.

Les ruptures artérielles pourraient succéder enfin à des mouvements trop brusques ou trop étendus et de grands efforts.

Elles se produisent par l'un des mécanismes suivants : arrachement, écrasement, éclatement, qui interviennent isolément ou se combinent pour agir. Le plus important de tous est l'arrachement, d'abord parce qu'il joue un rôle dans tous les cas, ensuite parce que ce rôle est d'ordinaire prépondérant.

Quelle que soit la diversité des causes des ruptures artérielles et la complexité de leur mécanisme, il est possible de les réunir dans une étude d'ensemble à un triple point de vue.

Anatomiquement, quel que soit le mécanisme, un fait est constant : c'est la tunique interne qui cède la première. Les lésions commencent toujours à l'endartère; quand elles ne dépassent pas la tunique moyenne, la rupture est incomplète: si l'adventice se trouve à son tour intéressée, la rupture est complète. L'oblitération secondaire du vaisseau est la règle dans les ruptures incomplètes. L'obstruction artérielle est possible également dans les ruptures complètes; ou bien, et c'est l'éventualité la plus fréquente, une hémorragie se produit et aboutit à la formation d'un hématome.

Cliniquement, les ruptures artérielles établissent une analogie très remarquable entre des traumatismes qui sont à d'autres points de vue bien différents. Qu'il s'agisse d'une contusion, d'une fracture, ou d'une luxation, ce qui est important, ce qui domine d'emblée la situation, c'est la lésion d'une grosse artère, en raison des accidents graves qu'elle déterminera à brève échéance : sphacèle et mutilation au point de vue local, complications septiques et infection au point de vue général. Il y a donc intérêt à connaître les signes d'arrêt circulatoire qui permettent dans tous les cas de faire le diagnostic de cette redoutable lésion : disparition du pouls au-dessous du point lésé, pâleur et refroidissement du membre blessé, perte de la sensibilité, paralysie des muscles ischémiés.

Le pronostic est d'une extrême gravité : la guérison est possible quand la circulation se rétablit par les voies collatérales, mais elle est exceptionnelle et en tous cas toujours incomplète : l'atrophie des muscles, l'œdème permanent de tout le membre, empêchent le ralentissement intégral de la fonction.

La gangrène est la conséquence ordinaire des ruptures artérielles; tantôt elle est humide, envahissante, diffuse avec phénomènes généraux graves, tantôt elle est sèche et circonscrite. Elle s'explique par la thrombose étendue du vaisseau principal, par l'altération des branches collatérales, par l'existence de fragments emboliques projetés dans les artères périphériques, et fréquemment enfin par la présence d'un hématome, qui peut exercer sur tout le système circulatoire une compression parfois considérable.

Le traitement obéit à des règles générales en dépit de la diversité des aspects cliniques. Hormis le cas de complications septiques menaçant de suite l'existence même du blessé, il faut se garder de toute amputation et de toute désarticulation immédiates : opérer pendant la phase initiale du shock, ou pendant la période de résistance amoindrie qui la suit, c'est condamner le blessé à une mort à peu près certaine; d'autre part, l'intervention pratiquée d'emblée demande un sacrifice trop large.

Le premier soin du chirurgien consistera à désinfecter minutieusement le membre blessé et à l'envelopper avec soin. Dans la majorité des cas, il ne tentera rien de plus; toute opération plus complexe, suture, résection artérielle, ligature même, est toujours inutile et risque souvent d'être dangereuse. Seule, la présence d'un foyer d'attrition étendu et d'un épanchement sanguin abondant justifiera l'opération, qui consistera simplement à inciser l'hématome et à le vider de son contenu. Si rien ne saigne, il sera tout à fait inutile d'aller à la recherche du vaisseau lésé pour le lier. Cette ligature devra naturellement être pratiquée quand l'artère totalement rompue sera le siège d'une hémorragie.

A une période éloignée du début des accidents on devra amputer dès que les complications septiques deviendront menaçantes; quand elles auront cessé de planer sur le blessé et quand la gangrène sera limitée d'une manière définitive, la période des opérations complémentaires s'ouvrira.

L. GAYARD.

Drainage des abcès de la prostate à travers la fosse ischio-rectale. (William C. LUSK. *Ann. of Surg.*, vol. XLV, n° 1, janv. 1907, p. 103-109.) — La voie latérale est avantageuse dans certains cas d'abcès prostatiques. En voici la technique : Incision partant de la partie antérieure de la saillie de la tubérosité de l'ischion sur sa face interne, ce point se trouve à peu près sur une ligne transversale passant par le point antérieur de l'orifice anal à l'état d'occlusion. De là elle se dirige en arrière et en dedans sur le plancher de la fosse ischio-rectale dans l'intervalle qui sépare les fibres du sphincter externe de celles du grand fessier. La partie antérieure de cette incision qui se trouve juste à la face interne de la tubérosité de l'ischion est creusée jusqu'à ce qu'elle s'étende jusqu'à 1,5 ou 2 centimètres au-dessus du niveau de l'extrémité de cette tubérosité; à ce moment, le doigt est introduit dans la plaie et passant le long de la surface lisse de l'aponévrose obturatrice qui recouvre la face interne de la tubérosité pénètre dans une loge aponévrotique distincte, située à la partie externe de la fosse ischio-rectale. D'ordinaire, il n'y a pas de vaisseaux qui traversent cette loge. Sa limite externe est, nous l'avons déjà dit, l'aponévrose obturatrice dont la surface lisse est le point de repère du doigt qui pénètre dans la loge. La pointe de cette loge se prolonge un peu en avant en passant par-dessus une bande à direction transversale, bande qui suit le contour de la base du ligament triangulaire et contient les vaisseaux et nerfs transverses du périnée. Alors on ponctionne avec soin le sommet de la loge au-dessus de cette bande transversale en donnant au bistouri une direction horizontale d'arrière en avant, et on introduit le doigt dans un plan de clivage situé au-dessus de l'aponévrose moyenne du périnée le long des fibres antérieures du releveur de l'anus. Lorsqu'on ponctionne le sommet de la loge, le seul danger à éviter est l'artère honteuse externe.

Celle-ci est un peu en dehors de l'endroit où l'on ponctionne et serait intéressée si l'on incisait en se dirigeant en dehors. Après avoir dilaté le plan de clivage avec le doigt, on peut sentir l'abcès sous forme d'une tuméfaction arrondie et saillante et l'inciser avec un bistouri à lame étroite.

Dans cette incision, on ne peut guère blesser l'artère pros-

tatique qui aborde la glande par son angle postéro-latéral. Les branches de l'artère hémorroïdale moyenne, quand elles existent, cheminent sur la face antéro-latérale du rectum et seraient refoulées en arrière hors de danger par le développement de l'abcès.

Cette opération est recommandée pour les cas d'abcès non ouverts dans l'urètre ou le rectum. Pour ceux ouverts dans ces cavités la périnéotomie est nécessaire. Mais, là où elle est praticable, l'incision latérale est plus simple, ainsi que le traitement post-opératoire; la vessie n'est pas exposée à l'infection; il n'y a pas de fistule urinaire consécutive. C'est d'ailleurs une voie d'évacuation naturelle suivie parfois par les abcès prostatiques. La cicatrice est petite et peu visible.

Eviter les substances irritantes pour les irrigations. L'eau oxygénée ou le chinosol sont les meilleurs antiseptiques. Diminuer rapidement la longueur des mèches pour laisser la plaie se combler. Dès qu'elle granule et suppure moins, cesser les lavages. F. GARDNER.

Résultats éloignés du traitement des hémorroïdes par le procédé de Whitehead. (Charles COURCIÈRES. Th. de Paris, 1907; Jules Rousset, édit.) — L'exérèse totale ou cure radiale suivant le procédé de Whitehead, ou suivant la technique d'un de ses dérivés, est le traitement simple qui convient le mieux aux hémorroïdes volumineuses, internes ou externes, lorsqu'elles occupent tout le pourtour de l'anus; surtout lorsqu'elles ont un retentissement considérable sur l'état général du malade.

Le procédé de Whitehead est mieux indiqué encore lorsqu'il s'agit d'hémorroïdes complètes, à la fois internes et externes.

Les critiques qu'on a adressées à l'incision totale lui paraissent exagérées. Puisque nous savons être propres même au niveau de la région ano-rectale, les rétrécissements, les hémorragies ne se produiront pas : l'atonie du sphincter ne sera que passagère, si on a bien soin d'observer les règles pré et post-opératoires dont l'auteur a parlé.

L'opération de Whitehead, supprimant la totalité muqueuse malade, met à l'abri des récidives. Les autres méthodes, au contraire, laissant des portions malades, permettent à ces îlôts d'être, dans la suite, l'origine de poussées hémorroïdaires nouvelles.

Les opérés par le procédé de Whitehead sont et restent guéris. Les résultats éloignés de la méthode sont aussi satisfaisants que les résultats immédiats. Souvent même, si on n'était prévenu, on ne saurait croire que les opérés ont subi une intervention.

L'auteur accorde d'ailleurs tout crédit aux procédés d'excision partielle, d'ignipuncture, etc., lorsqu'il s'agit de bourrelets isolés, et facilement pédiculisables. L. GAYARD.

Opération plastique pour luxation congénitale habituelle de la rotule. (Charles A. ELSBERG. *New-York surg. Soc.*, 13 fév. 1907.) — Chez un garçon de quatorze ans, dont la rotule se luxait chaque fois qu'il pliait la jambe à 45 degrés au plus, de telle sorte qu'après s'être immobilisé un moment sur le condyle externe, l'os se déplaçait subitement en dehors et en arrière, venant se loger à la partie externe du creux poplité, Elsberg eut recours à la méthode de Krogius avec un plein succès. On attribue cette luxation à une saillie insuffisante du condyle externe ou à un défaut des muscles ou des aponévroses. La méthode de Krogius se propose de renforcer les tissus rotuliens externes en raccourcissant les tissus rotuliens internes. Pour ce faire, la rotule est mise à nu par une longue incision courbe s'étendant du milieu de la cuisse à la partie supérieure de la jambe. On sépare la peau des tissus sous-jacents. On taille aux dépens des tissus situés à la partie interne de la rotule, un long lambeau allant du milieu de la cuisse à la partie supérieure du tibia. On taille ce lambeau d'au moins 5 centimètres de largeur, on le laisse adhérent en haut et en bas et on lui fait comprendre tous les tissus depuis l'aponévrose jusqu'à la synoviale articulaire incluse. On fait passer la partie moyenne de ce lambeau au-devant de la rotule et on en suture les deux bords aux deux lèvres d'une incision pénétrant jusque dans l'articulation et tracée à la partie externe de la rotule. La brèche laissée au côté interne de la rotule par le déplacement du lambeau est suturée.

L'opération d'Elsberg date de dix mois. Aujourd'hui même dans la flexion la plus brusque et la plus violente de la jambe, la rotule reste solidement sanglée en place.

F. GARDNER.

PÉDIATRIE

Prophylaxie des gastro-entérites des nourrissons; la suralimentation et son remède. (F. BLAIRON. Th. de Paris, 1906; A. Michalon, édit.) — La cause essentielle sinon unique de la gastro-entérite des nourrissons, exclusivement nourris au lait, est la suralimentation, en particulier dans l'allaitement artificiel; c'est en effet un fait avéré que les mères et même la plupart des médecins ont une fâcheuse tendance à donner aux nourrissons des doses de lait beaucoup trop considérables sous prétexte qu'il est stérilisé.

Toute la prophylaxie consiste à combattre cette suralimentation :

En favorisant par tous les moyens possibles l'allaitement maternel qui est une barrière naturelle contre la suralimentation, en s'efforçant de le faire durer sinon pendant toute la première année, au moins pendant les six ou sept premiers mois, durée indispensable et suffisante, pour donner à l'enfant dans la plupart des cas la vitalité nécessaire. Et pour cela il convient d'abandonner toutes les demi-mesures (crèches sans mères et sans nourrices, municipales et privées, distributions de lait, œuvres philanthropiques du bon lait et tous les établissements similaires quel que soit leur nom) qui ne peuvent que nuire à l'allaitement maternel et favoriser l'allaitement artificiel;

En surveillant attentivement les enfants qu'il est impossible d'élever au sein, surveillance qui doit être exclusivement médicale et basée sur les bons conseils et les encouragements de toute nature prodigués aux mères.

Parmi les œuvres qui se sont efforcées d'atteindre ce but : *ne pas séparer la mère de l'enfant*, l'auteur considère comme excellentes les consultations de nourrissons annexées aux maternités et les consultations d'enfants des hôpitaux à la condition qu'elles soient sévèrement dirigées dans cet esprit de l'allaitement maternel et que les médecins qui en ont la responsabilité aient à la fois l'expérience de l'éducateur et du pédiatre. D'autre part toutes ses sympathies vont aux crèches d'usines dont les créateurs ont fait plus pour la classe ouvrière que tous nos parlementaires socialistes réunis. Enfin les pouponnières, les œuvres de l'allaitement maternel, sont un encouragement précieux aux initiatives privées, seules ressources sur lesquelles on puisse compter.

L'auteur émet toutefois le vœu que les pouvoirs publics tiennent la main à l'application rigoureuse des lois déjà existantes pour la protection de l'enfance (loi Roussel en particulier); qu'ils songent à remédier à leur insuffisance par des dispo-

sitions nouvelles destinées à réprimer la traite des enfants bien plus grave que celle des blancs ou des noirs, qu'ils protègent enfin la femme devenue mère contre la loi de l'homme, contre la nécessité si fréquente du travail, en s'inspirant du décret de la Convention. L. GAYARD.

NEUROLOGIE

Des amyotrophies consécutives aux traumatismes légers dans les accidents du travail. (P. CIBRIE. Th. de Paris, 1907; F. Levé, édit.) — Consécutivement à des traumatismes légers, il se produit assez souvent des atrophies musculaires; fait important à connaître pour la pratique de la médecine des accidents du travail.

On peut invoquer des théories différentes pour expliquer la production de ces amyotrophies selon que le traumatisme, cause occasionnelle, a intéressé un muscle, une articulation ou un nerf mixte.

Un examen attentif est souvent nécessaire pour découvrir cette atrophie au début. La recherche des symptômes demande à être faite avec méthode. On pourra procéder dans l'ordre suivant : interrogatoire, inspection, palpation, mensuration, examen électrique, dynamométrie, examen de la sensibilité.

a. Le pronostic exigé par la loi du 9 avril 1898 peut être impossible à formuler au début. On devra dans ce cas user de formules dubitatives et ne pas hésiter à déclarer qu'il pourra seulement être fixé à une date ultérieure.

b. Chez les alcooliques, en présence d'amyotrophies post-traumatiques, il faudra presque toujours compter avec une incapacité permanente partielle très légère le plus souvent il est vrai.

c. Des réserves spéciales doivent aussi être faites dans les cas d'hystéro-traumatismes.

La consolidation effectuée, il est souvent difficile au médecin d'évaluer, dans une fraction, la réduction de capacité ouvrière subie par le sujet. Nous croyons qu'une certaine expérience personnelle est indispensable, les « tables de réduction de capacité » dressées jusqu'à ce jour en France et à l'étranger étant incomplètes d'abord, et présentant ensuite sur certains points des différences d'évaluation marquées.

Il est nécessaire de traiter rapidement ces amyotrophies. Dans ce traitement, exception faite pour les cas d'hystéro-traumatismes, donner une large place aux agents physiques : massage, électricité, et au besoin mécanothérapie.

L. GAYARD.

PSYCHIATRIE

Un sommeil de trente ans. (Paul FAREZ. Société d'hypnologie et de psychologie, séance annuelle du mardi 12 juin 1907.) — Bénita F... est née en 1843. En 1876, elle est poursuivie, avec ses enfants, par un taureau furieux. Bouleversée par cette émotion, elle se plaint de céphalée violente. Un rebouteur lui annonce les plus grands maux : elle cesse de parler, de manger, s'alite, reste immobile, comme endormie. Elle ne présente pas un sommeil hystérique, avec dissociation des diverses activités sensorielles, suspension des unes et inhibition des autres, comme chez Gésine ou chez Argentina. Il s'agit d'une obnubilition psychique à peu près complète, consécutive à un certain état mental, accompagnée des seules manifestations physiologiques suivantes : sortes de grognements ou mouvements du bras, pour demander à boire, et déglutition de 125 grammes d'eau par jour. C'est un nouveau cas de jeûne, plus prolongé toutefois que ceux, déjà nombreux, relatés jusqu'ici. Au bout de trente ans Bénita se lève, parle, se souvient des personnes et des choses; pour toute nourriture, elle se contente d'un peu de lait et d'eau. L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau traité de médecine et de thérapeutique (1), publié sous la direction de MM. P. BROUARDEL et A GILBERT. Fascicules VII et XV.

Le fascicule VII est entièrement consacré aux *maladies vénériennes*. Depuis 1896, époque à laquelle M. Balzer écrivait ce même article dans la première édition du *Traité de médecine et de thérapeutique*, d'immenses progrès ont été accomplis dans l'étude de ces maladies. La bactériologie du chancre simple a été plus complètement étudiée, l'étiologie, la pathogénie et l'anatomo-pathologie de la syphilis ont été entièrement renouvelées par la découverte de Schaudinn. Aussi les différentes parties de l'œuvre de M. Balzer ont-elles été profondément modifiées, de nouveaux chapitres sont venus s'ajouter aux descriptions anciennes et compléter aussi bien qu'on le pouvait souhaiter l'étude si claire et si précise du distingué médecin de l'hôpital Saint-Louis. De nombreuses figures nouvelles, consacrées à la bactériologie de la syphilis et du chancre simple, facilitent encore la compréhension de ces questions parfois un peu ardues pour le praticien.

L'étude des *maladies de la bouche*, *du pharynx et de l'œsophage* forme le XVe fascicule. Les affections de la bouche et du pharynx avaient été décrites dans la première édition du traité par MM. J. Teissier et G. Roque. M. Roque a cette fois seul assumé la charge de présenter au public cette nouvelle édition, ou pour mieux dire, cette nouvelle et très personnelle étude des maladies de la bouche et du pharynx. De nombreux chapitres sont venus s'ajouter au cadre des descriptions classiques : la stomatite ulcéro-membraneuse à symbiose fuso-spirillaire de Vincent occupe cette fois une place à part; la stomatite impétigineuse, les maladies de la langue (langue géographique, langue noire, etc.) y sont décrites pour la première fois.

Enfin, comme en 1897, c'est M. Gaillard qui a décrit les affections de l'œsophage; là encore un nouveau chapitre à signaler, concernant l'étude des diverticules de l'œsophage, qui vient heureusement compléter l'œuvre si claire et si consciencieuse de M. Gaillard.

Nul doute que ces deux fascicules ne trouvent auprès des étudiants, comme aussi auprès des praticiens, le même succès que leurs devanciers. L. LE SOURD.

Thérapeutique des maladies nerveuses (2), par J. GRASSET. (Encyclopédie scientifique publiée sous la direction du docteur TOULOUSE.)

Parmi les collaborateurs du docteur Toulouse, nul n'était plus qualifié que M. le professeur Grasset pour étudier la thérapeutique des maladies du système nerveux. Pour arriver à donner au lecteur une idée claire de ce qu'il aura à faire en présence d'une affection nerveuse déterminée, M. Grasset commence son livre par un chapitre d'*analyse critique* qui décompose la maladie en ses *éléments*. Ces éléments permet-

(1) In-8. Fascicule VII. Prix : 6 francs; — Fascicule XV. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8. — Paris, O. Doin.

tent de poser le diagnostic *fonctionnel* ou *physiologique*, c'est-à-dire de déterminer celles des diverses fonctions nerveuses qui sont troublées. De ces symptômes, on fait un faisceau qui indique un *siège* d'altération, et par suite permet de poser un diagnostic *anatomique*, un diagnostic *étiologique* et *nosologique*. Les éléments sont donc une source d'*indication* thérapeutique, l'indication étant l'*agendi insinuatio* (Galien). Ces indications peuvent être remplies de deux façons, par la médication *préventive* et par la médication *symptomatique*. La première peut être individuelle, familiale ou sociale. Quant à la seconde, elle met en jeu, suivant les cas, les médications psychiques (psychothérapie), physiques ou physiothérapie (hydro, électro, mécanothérapie, massage, eaux minérales et climatothérapie, radio et photothérapie), les médicaments (pharmacothérapie), les médications étiologiques et nosologiques, et, enfin, la thérapeutique sociale. M. le professeur Grasset étudie successivement ces diverses médications et nous fait connaître, au sujet de chacune d'elles, les résultats de sa vaste expérience clinique.

L. BABONNEIX.

Compte rendu pour 1905 des travaux du dispensaire antituberculeux, 61, boulevard Garibaldi, à Paris (1), publié sous la direction du docteur BOUREILLE, directeur du dispensaire, avec la collaboration des médecins et assistants du dispensaire.

Cette étude comprend l'examen social, médical et bactériologique de 1752 personnes indigentes parmi lesquelles 483 tuberculeux, habitant presque toutes le XVe arrondissement de Paris (Vaugirard).

Les observations sociales prises par le docteur Boureille, directeur, et M. Desclefs, assistant social, ont porté sur l'habitation, l'alimentation, les conditions de travail et les ressources, l'immigration. Elles montrent que ces 1752 personnes habitent des logements où l'air et le soleil ne pénètrent presque jamais et que leurs ressources sont souvent insuffisantes. Qu'il nous suffise de citer les deux points suivants parmi les nombreuses statistiques de ce travail.

1° Presque toutes les personnes examinées habitent les étages inférieurs de maisons de cinq et six étages, entourées elles-mêmes de maisons semblables. L'étendue de l'espace respirable et lumineux y est presque toujours insuffisant; 2° nous trouvons 185 chômeurs sur 483 tuberculeux. Les salaires de ceux qui travaillent ne dépassent pas, dans 58 cas sur 71, 8 0 francs par tête et par an, et dans 229 sur 370, 2 francs par jour et par tête.

L'étude sociale en bloc des quartiers où habitent ces 1752 personnes montrent qu'elles ne sont pas l'exception, mais une simple moyenne dans ce milieu.

L'examen médical pratiqué par MM. les docteurs Guilloteau, chirurgien, Acheray, Beauvy et Boutès, médecins du dispensaire, fait assister aux signes constatés chez les 483 reconnus tuberculeux. L'examen bactériologique et clinique fait sous la direction de M. Sautier, chef du laboratoire, montre un nombre relativement faible de bacillaires.

Enfin, les auteurs font constater les résultats obtenus : distribution de 218 crachoirs, désinfection de 326 logements, désinfection hebdomadaire du dispensaire, isolement des contagieux, déménagement de 76 familles, améliorations obtenues dans 93 immeubles, congés accordés à des militaires, congés payés par le patron à 41 malades, réduction des heures de travail, salubrité des ateliers, envoi d'enfants à la campagne, 43 conférences dans les quartiers contaminés, secours accordés à 121 familles, 82 malades envoyés à la campagne, 11 en sanatorium, 15 dans les services spéciaux de tuberculeux, 24 enfants envoyés un ou plusieurs mois en colonies de vacances.

Telle est l'œuvre surtout sociale accomplie par le dispensaire-préventorium du 61, boulevard Garibaldi, à Paris. Ce préventorium parisien est affilié à la Fédération antituberculeuse française et subventionné par la Ville de Paris, le Conseil général de la Seine et la présidence de la République.

L. GAYARD.

(1) In-8 de 48 p., illustré de 37 cartes et de nombreux graphiques. — Paris, chez l'auteur, 61, boulevard Garibaldi.

Guide formulaire moderne. Médicaments nouveaux. Formules pratiques (1), par S. REBOW (de Lausanne); traduction française par DE LA HARPE (de Lausanne).

M. Rebow s'est proposé de condenser, dans un espace restreint, le plus de renseignements pratiques possible. C'est dire qu'à côté des remèdes classiques, dont l'expérience a prouvé l'efficacité, il a réservé une place importante aux médications nouvelles, afin, dit-il justement, « que le médecin ne soit pas obligé, en face d'un livre nouveau, de demander des indications au pharmacien, ou même, chose fréquente, qu'il ne se trouve pas moins bien informé que ses clients, qui prennent leurs renseignements à la quatrième page des journaux. » L'idée était bonne puisque le *Formulaire* de M. Robow est arrivé à la 37e édition et a été traduit en plusieurs langues. La traduction française, qu'en donne aujourd'hui M. de la Harpe, nous permet de mieux juger des mérites du livre, que d'heureuses dispositions typographiques rendent particulièrement facile à lire et dans lequel on trouve une foule de documents qui ne trouvent pas habituellement place dans les ouvrages d'histoire.

L. GAYARD.

L'évaluation des incapacités permanentes basée sur la physiologie des fonctions ouvrières des diverses parties du corps (2), par Ch. RÉMY.

On sait toute l'importance qu'ont acquises dans ces dernières années les questions relatives aux accidents du travail. Aussi faut-il féliciter M. le docteur Rémy, qui a déjà consacré plusieurs ouvrages à ces intéressantes questions, d'y revenir aujourd'hui dans son livre intitulé : *L'évaluation des incapacités permanentes*. Il est bien difficile de faire l'analyse complète d'un pareil ouvrage. Contentons-nous donc d'en citer les principaux chapitres : *Conditions et moyens d'évaluation ou d'incapacité*; *physiologie des fonctions ouvrières*; *pertes d'aptitude du travail en général*; *causes de variations d'évaluation*. Un grand nombre d'exemples et de tableaux illustrent le texte de ce livre bien fait.

L. BABONNEIX.

La situation matérielle du médecin et les lois nouvelles, par M. le docteur M. CHOPINET. In-8 raisin, de 280 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

(1) In-8. — Paris, 1907. A. Maloine.
(2) In-8, 63 fig. — Paris, Vigot frères.

NOTES POUR L'INTERNAT

VEINES JUGULAIRES [1]

AFFLUENTS DE LA JUGULAIRE INTERNE. — Peuvent se distinguer en affluents de la portion céphalique et affluents du segment cervical; les premiers sont : *a.* le *sinus pétreux inférieur* s'ouvre dans la partie interne de la veine jugulaire : il est à remarquer que dans cette portion terminale, le sinus est devenu horizontal, passe en avant du nerf glosso-pharyngien, du nerf pneumogastrique, du nerf spinal : il est fréquent de trouver un dédoublement de ce sinus. L'abouchement se fait tantôt dans le golfe ou au-dessous de la fosse jugulaire; *b.* la *veine condylienne antérieure* émergeant du trou condylien antérieur avec la douzième paire cranienne se porte en avant et en bas; elle atteint la paroi postérieure de la veine jugulaire interne; *c.* le *sinus pétro-occipital* encore dénommé sinus d'Englisch. Ce petit sinus comble exactement la dépression pétro-occipitale : on l'envisage comme une anastomose entre le sinus caverneux et le tronc jugulaire; *d.* les *veines de l'aqueduc* du limaçon et du sinus carotidien qui sont toujours à l'état rudimentaire ne peuvent être décrites d'une façon précise; *e.* les *veines du pharynx*; il ne faut pas croire que celles-ci forment un système bien isolé : en effet, sur toute la paroi du pharynx existe un plexus anastomosé en avant avec les veines amygdaliennes et linguales; en haut avec les veines péritubaires, en bas avec les veines thyroïdiennes; pour admettre la veine pharyngienne il faut donc admettre une ou plusieurs branches isolées, qui, lorsqu'elles existent, s'abouchent soit dans la veine jugulaire ou un affluent de la portion cervicale, veine faciale, veine linguale.

Les *affluents de la région du cou* sont les plus intéressants par leur importance et leur disposition anatomique; plusieurs cas peuvent se présenter; on trouve de haut en bas, dans un espace restreint, limité en haut par le ventre postérieur du digastrique, en bas par le bord supérieur de l'omo-hyoïdien, d'abord la *veine faciale*, passant, d'après Launay, à la face superficielle ou profonde de la glande sous-maxillaire; la *veine linguale*, très courte, représente un tronc assez court, elle est formée par les veines profondes de la langue, par les veines canines; la *veine thyroïdienne supérieure* se dirige en arrière, en haut, en dehors. Comme l'ont montré Farabeuf et Launay, ces trois veines sus-indiquées ne sont pas indépendantes, elles se jettent dans un tronc commun appelé tronc thyro-linguo-facial. Celui-ci répond topographiquement à l'os hyoïde, recouvre la carotide externe à son origine, et peut masquer le premier segment de l'artère linguale. Parfois le tronc se complique; il reçoit une veine pharyngée. Le tronc est alors désigné sous le nom de thyro-pharyngo-linguo-facial.

En descendant vers l'embouchure de la jugulaire on voit que le vaisseau ne reçoit plus de collatérales sur une hauteur de 4 à 5 centimètres, puis la veine est abordée par une veine thyroïdienne moyenne et par le groupe des veines thyroïdiennes inférieures latérales, les veines thyroïdiennes médianes allant se déverser dans le tronc veineux brachio-céphalique gauche. Normalement, la séparation en veines thyroïdiennes moyenne et inférieure est nette, mais chez d'autres sujets on trouve des veines thyroïdiennes accessoires émergeant du lobe latéral du corps thyroïde.

Anomalies de la veine jugulaire interne sont rares : lorsqu'elle est peu développée elle est suppléée par une jugulaire antérieure ou la jugulaire externe; c'est la persistance de l'état fœtal. La jugulaire a été vue dédoublée, en position antérieure par rapport à la carotide primitive ou présentant une situation superficielle en avant des muscles sous-hyoïdiens.

Anatomie comparée. — En se basant sur les rapports de la carotide et de la veine jugulaire interne on a essayé d'identifier les deux vaisseaux : c'est ainsi que la portion céphalique de la veine jugulaire interne devient l'équivalente de l'artère carotide interne (région sous parotidienne). La veine carotide externe serait représentée par une anastomose joignant le tronc de la jugulaire interne à la portion intra-parotidienne de la veine jugulaire externe, et la veine jugulaire externe des classiques représenterait dès lors un simple canal veineux collatéral.

D. **Veine jugulaire postérieure.** — Il faut reconnaître que de tous les systèmes jugulaires c'est le plus inconstant; en effet elle est souvent remplacée par des veines isolées; elle est fréquemment dédoublée, ou bien elle forme plexus; en réalité il existe une disposition très complexe, le territoire de la jugulaire postérieure se confondant avec les veines cervicales profondes, vertébrales postérieures. La veine jugulaire naît entre l'occipital et l'atlas de l'espace occipito-atloïdien postérieur, reposant sur le ligament homonyme; elle est toujours entourée de filets nerveux venus du nerf sous-occipital, elle est en avant du muscle grand oblique (ce muscle va des faces laterales de l'apophyse épineuse de l'axis à la face inférieure des masses latérales de l'atlas); la veine arrive ainsi à l'apophyse épineuse de l'axis, elle a donc été plus ou moins oblique en bas et en dedans. Jusqu'alors elle a été difficile à isoler, car elle est constituée par un plexus sous-occipital ou confluent occipito-vertébral. Il est même très difficile de dire où commence la veine jugulaire postérieure; en effet ce plexus reçoit des veines de la région occipitale, des veines musculaires, des veines mastoïdiennes, des veines émissaires du trou occipital, les veines condyliennes postérieures.

La veine jugulaire postérieure devenue descendante se trouve à 1 centimètre environ de la ligne des apophyses épineuses; elle glisse dans un plan musculaire, recouverte en arrière par le muscle grand complexus, reposant en avant sur le muscle transversaire épineux. Avec celle du côté opposé la jugulaire postérieure suivant la comparaison de Charpy, forme un X « dont les branches supérieures sont plus courtes que les branches inférieures ».

De plus, entre ces branches existent des anastomoses obliques, ou même on voit à égale distance des branches descendantes une veine exactement médiane, véritable azygos cervicis. Cette dernière semble prendre origine dans le plexus sous-occipital.

Dans sa portion terminale, la veine jugulaire passe entre les apophyses transverses de la septième cervicale et de la première dorsale, et va après avoir glissé sous la face inférieure de l'artère sous-clavière, se jeter dans le tronc innominé, souvent par un tronc commun avec la veine vertébrale. La jugulaire postérieure ne nous présente que des affluents musculaires et ligamenteux.

ANASTOMOSES DU SYSTÈME DES VEINES JUGULAIRES. — Il faut envisager les anastomoses des veines jugulaires entre elles et avec les systèmes avoisinants.

a. La JUGULAIRE EXTERNE communique avec la jugulaire antérieure par des rameaux qui croisent le sterno cléido-mastoïdien; avec la jugulaire interne, par la **communicante intraparotidienne**, on a vu plus haut que cette anastomose était variable comme importance, elle rejoint directement le tronc de la jugulaire interne ou la veine faciale, plus rarement la linguale; la jugulaire externe communique avec le système veineux superficiel du bras par l'anastomose jugulo-céphalique; enfin par ses branches d'origine veines occipitales profondes, elle se met en rapport avec la circulation rachidienne.

b. La JUGULAIRE ANTÉRIEURE communique surtout avec les affluents de la veine jugulaire interne, c'est-à-dire veines thyroïdiennes supérieures; faciale, veines labiales;

c. La JUGULAIRE INTERNE entre les anastomoses précitées, s'unit à la veine vertébrale, au niveau de la base du crâne;

d. La JUGULAIRE POSTÉRIEURE envoie des anastomoses aux couches veineuses que l'on trouve sous le muscle trapèze, entre le splenus et le complexus, entre le complexus et le transversaire épineux; enfin elle s'unit par des branches grêles aux veines des trous de conjugaison de la colonne cervicale. Le nombre et l'importance de ces anastomoses nous expliquent comment on a pu lier et réséquer une portion de veine jugulaire (Zaufal).

STRUCTURE DES VEINES JUGULAIRES. — Au point de vue *macroscopique*, la jugulaire externe possède ordinairement deux paires de valvules, anormalement on en compte jusqu'à trois : la première est à la hauteur du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien; la seconde la plus importante siège à l'embouchure dans la veine sous-clavière. La jugulaire anté-

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 84, p. 1006, et n° 87, p. 1042.

rieure est avalvulée. L'appareil valvulaire de la jugulaire interne est le plus constant et le plus développé. Il existe habituellement une seule valvule ou une paire de valvules au point d'union avec la veine sous-clavière.

Pour Charpy, il est rare que les deux valvules soient également développées; cet auteur a trouvé trois valvules ou une seule valvule qui était alors à 20 millimètres au-dessus du confluent veineux. Ces valvules ont une face concave regardant le cœur; elles sont insuffisantes; on sait en effet que la jugulaire interne s'injecte facilement dans les deux sens par les veines axillaires ou les veines caves, ou bien par le sinus longitudinal supérieur. Quant à la veine jugulaire postérieure, elle est sans valvules.

L'histologie montre que les petites veines du cou, ainsi que la portion supérieure de la jugulaire interne ont des fibres musculaires; les parties moyenne et terminale de celle-ci en sont dépourvues; on y trouve l'endothélium aplati, polygonal; en dehors de lui, des fibres conjonctives, la zone moyenne présente une charpente élastique très importante avec fibres sinueuses réunies entre elles par des fibres unitives; à la périphérie, le tissu conjonctif l'emporte sur le tissu élastique.

PHYSIOLOGIE. — La circulation dans les veines jugulaires est favorisée par plusieurs causes :

1° Les veines sont normalement béantes; l'étude des rapports aponévrotiques montre que ces vaisseaux ne peuvent revenir sur eux-mêmes, étant donné l'importance des gaines aponévrotiques qui les entourent, et comme ces gaines vasculaires sont toutes en rapport, ou même en continuité avec les gaines musculaires, on conçoit que les gaines des muscles agiront sur les gaines des vaisseaux, lors d'un mouvement d'élévation du thorax. La première côte est élevée, ainsi que le sternum et les aponévroses s'y attachant; il y a donc dilatation des vaisseaux adjacents, c'est ainsi que s'explique l'entrée possible de l'air dans les veines;

2° Le cœur appelle le sang veineux; le fait a été montré par Barry, introduisant un manomètre dans la veine jugulaire d'un cheval; il y a aspiration propre du cœur, et on voit que si l'oreillette est une poire de caoutchouc contractée au moment de la systole, c'est une poire qui se détend au moment de la diastole. L'action de l'oreillette s'étend très loin;

3° L'inspiration thoracique joue un rôle de premier ordre, comme le montre encore l'expérience de Barry; on voit lors de l'inspiration le liquide du manomètre s'abaisser, s'élever au contraire dans l'expiration;

4° Il y a encore des causes adjuvantes : battements des vaisseaux voisins, surtout les carotides; contractions des muscles, action de la pesanteur. Quoiqu'il en soit, la pression diminue à mesure que l'on approche du cœur. Sur le trajet de la jugulaire, elle est d'un millimètre de Hg, à l'embouchure, elle tombe à o.

Par leurs nombreuses anastomoses, les veines jugulaires forment un système inséparable; dès qu'un tronc est oblitéré, les anastomoses se développent. C'est pourquoi les opérations telles que ligature ou résection entre ligatures d'un segment de veines ont été supportées par les opérés.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 91. — SAMEDI 10 AOUT 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 10 AOUT 1907. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. le docteur Bureau, ancien suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur de thérapeutique.

— Rennes. — Un concours sera ouvert devant la Faculté de Paris le 6 juillet 1908, pour un emploi de professeur suppléant de pathologie et de chirurgie chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris un mois avant l'ouverture du concours, et y déposer leur acte de naissance, leur diplôme, l'indication de leurs titres universitaires, et, s'il y a lieu, un exemplaire au moins des publications scientifiques dont ils seraient les auteurs.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promu ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de première classe Péthellaz.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Lafaye de Michaux et Onimus.

M. le médecin-major de deuxième classe Roubaud.

LE CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE s'est tenu à Genève et à Lausanne du 31 juillet au 6 août. Il y avait près de deux cents membres.

Nous en donnerons le compte rendu dans un prochain numéro.

L'une des parties les plus importantes a été le rapport de M. le professeur Gilbert Ballet, sur l'expertise médico-légale et la question de responsabilité.

Le vœu suivant a été adopté comme conclusion pratique de ce rapport :

« Le Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, réuni à Genève et Lausanne,

Considérant :

1° Que l'article 64 du Code pénal, en vertu duquel les experts sont commis pour examiner les délinquants ou inculpés suspectés de troubles mentaux, dit simplement qu'il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action; que le mot responsabilité n'y est pas écrit;

2° Que les questions de responsabilité, qu'il s'agisse de la responsabilité morale ou de la responsabilité sociale, sont d'ordre métaphysique ou juridique, non d'ordre médical;

3° Que le médecin, seul compétent pour se prononcer sur la réalité et la nature des troubles mentaux chez les inculpés, et sur le rôle que ces troubles ont pu jouer sur les déterminations et les actes desdits inculpés, n'a pas à connaître de ces questions;

Emet le vœu :

Que les magistrats dans leurs ordonnances, leurs jugements ou leurs arrêts, s'en tiennent au texte de l'article 64 du Code pénal et ne demandent pas au médecin expert de résoudre lesdites questions qui excèdent sa compétence. »

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE (*Rome, 13 octobre 1907*). — Règlement de l'exposition. — Une exposition spéciale de physiothérapie sera annexée au Congrès. Elle comprendra tous les appareils de mécanothérapie ou d'orthopédie; les instruments d'électrothérapie, de photothérapie, de balnéothérapie; des échantillons d'eaux thermales, et tous renseignements et appareils concernant la captation, le pompage et l'exploitation des sources; des photographies, plans, descriptions de stations hydrologiques et climatériques et d'instituts de thérapeutique physique; des échantillons de produits d'alimentation hygiénique et d'eaux minérales naturelles, etc.

En conséquence, MM. les propriétaires d'établissements thermaux, d'instituts médicaux, MM. les constructeurs d'ap-

pareils, d'instruments, etc., sont priés de se faire inscrire comme membres associés, à raison de 15 francs. Adresser les adhésions à M. le docteur Weil, 21, rue d'Edimbourg, Paris.

L'exposition sera ouverte le même jour que le Congrès (13 octobre 1907). Elle sera fermée le 25 octobre. L'emplacement d'un mètre carré coûte 25 francs. On ne peut prendre moins de 2 mètres carrés. Les objets à exposer doivent être adressés à M. Carlotti, douane de Rome, et envoyés par le chemin de fer (non pas en colis postal). Ils doivent arriver avant le 20 septembre. Le Comité n'est pas responsable des objets qui arriveraient après cette date. Les envois doivent être faits franco. Le bordereau des colis, avec indication des numéros et marques, et nomenclature des objets contenus dans lesdits colis, doit être envoyé par lettre à M. Carlotti, via Plinio, 1, Rome. — On pourra mettre en vente, durant l'exposition, les objets exposés. Ces objets peuvent également être assurés contre tout risque, sur la demande du propriétaire, et par les soins de M. Carlotti, le Comité n'étant pas responsable des dégâts, accidents, incendie, vol, etc. — Dans le délai d'un mois après la clôture de l'exposition, tous les objets seront retournés aux propriétaires, et à leurs frais, par les soins du Comité.

Le Comité français de propagande et d'organisation est présidé par M. le professeur Landouzy.

Pour tous renseignements concernant les travaux du Congrès et l'exposition, s'adresser, pour la France, au docteur Maurice Faure, à La Malou (Hérault).

Voir les notes précédemment publiées, relativement aux facilités de voyage et au programme des travaux.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente et unième semaine, 826 décès, au lieu de 866 pendant la semaine précédente et au lieu de 855, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc normal. Toutefois, la scarlatine dépasse la moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 8 décès, au lieu de 9 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 34 (au lieu de 25 la semaine précédente et au lieu de la moyenne 28).

La variole a causé 1 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 10 au lieu de 11 pendant la semaine précédente (moyenne 13).

La rougeole a causé 16 décès, au lieu de 14 pendant la semaine précédente (moyenne 13). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 257 (au lieu de 316 précédemment et au lieu de 184, moyenne des quatre dernières années).

La scarlatine a causé 11 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 375; il s'élevait à 426 pendant la semaine précédente (moyenne 89).

La coqueluche a causé 7 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente (moyenne 6).

La diphtérie a causé 2 décès (moyenne 6); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 54, au lieu de 57 pendant la semaine précédente (moyenne 76).

La diarrhée infantile a causé 50 décès de 0 à 1 an, au lieu de 38 la semaine précédente (moyenne 64). Il est à craindre, en raison des chaleurs actuelles, que cette maladie ne devienne plus fréquente. Les familles doivent donc surveiller avec le plus grand soin l'alimentation des enfants.

En outre, 16 enfants sont morts de débilité congénitale.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Medizinische Blatter. — (N° 30, 27 juillet 1907.) WINTERNITZ : Remarques sur l'hydrothérapie comme sujet d'enseignement clinique. — HIRSCH : Importance de la diététique dans la balnéothérapie.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 30, 23 juillet 1907.) MEUGE : Sur les indications des opérations ayant pour but d'élargir les bassins. — PLAUT : Sur l'état actuel des preuves sérologiques de la syphilis dans les affections du système nerveux consécutives à la syphilis. — FORNET et SCHERESCHEWSKY : Séro-diagnostic dans la syphilis, le tabes et la paralysie par les précipités spécifiques. — LÖHLEIN : Sur les opsonines de Wright et leurs applications thérapeutiques dans les maladies infectieuses. — PANKOW : Pourquoi l'appendice doit être enlevé au cours des opérations gynécologiques. — GEIGEL : Importance du pavillon de l'oreille pour l'audition. — TINTEMANN : Psychoses en rapport avec l'assurance des travailleurs. — BERNDT : Sur l'opération du cancer du gros intestin. — FREITZEL : Sur un symptôme diagnostic de l'appendicite. — ENGEL : Sur l'application clinique de la fixation de l'albumine dans l'urine par le procédé de Buchner. — BEWERSDORFF : Sur un cas de pyohémie puerpérale traité par le sérum antistreptococcique de Menzer. — PFAUNDLER : Sur le traitement de la débilité congénitale. — KIENBÖCK, SELIG et BECK : Recherches sur des nageurs. — (N° 31, 30 juillet.) ROLLY : Sur le diagnostic de la tuberculose urogénitale. — MORO : Sur l'épreuve clinique de l'alexine. — SEEL : Sur les combinaisons fixes et stables des phénols et sur leurs avantages pour la pratique. — GEIGEL : La respiration vicariante. — REINECKE : Sur l'éclampsie sans contractures. — LOEHLEIN : Un abcès cérébral à streptothrix. — DÖLGER : Ce qui nous autorise après examen des fonctions de l'ouïe à conclure à la simulation ou à l'exagération. — ERB : Sur ma statistique de blennorragies. — TEUFFEL : Un nouvel urinal pour nourrissons du sexe masculin. — HORNUNG : L'air chaud comme moyen de traitement des engelures dans la médecine populaire. — BEITZKE et ROSENTHAL : Sur le diagnostic différentiel des streptocoques pathogènes pour l'homme. — PFAUNDLER : Sur le traitement de la débilité congénitale.

Province médicale. — (N° 30, 27 juillet 1907.) JEANNEL : Méthode de Michel. Technique opératoire. — FINCK : De la cystinurie.

Presse médicale. — (N° 60, 27 juillet 1907.) SOUBYRE : Les états scléreux otiques dans leurs rapports avec l'artériosclérose. — BARTHÉLEMY et DUFOUR : L'anesthésie dans la chirurgie de la face. — (N° 60, 31 juillet.) BEURMANN et GOUGEROT : Sporotrichoses.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 29, 20 juillet 1907.) HENNEBERT : Thrombophlébite sinuso-jugulaire otitique. — BELLISSEN : Adénome de la trachée chez un malade atteint d'adéno-lipomatose généralisée. — (N° 30, 27 juillet.) PERCEPIED : Sur un cas d'ozène laryngo-trachéal. — VAQUIER : Rareté du cancer en Tunisie.

Revue de la tuberculose. — (N° 3, juin 1907.) VILLARET et TIXIER : Hémorragies méningées au cours de la méningite tuberculeuse.

Semaine médicale. — (N° 31, 31 juillet 1907.) LÉPINE : Existe-t-il une méningite urémique?

REVUE GÉNÉRALE

LES NÉPHRITES TUBERCULEUSES

Par M. J. TINEL,
Interne des hôpitaux de Paris.

Il semble actuellement légitime de décrire, sous le nom de *néphrites tuberculeuses*, toute une série de syndromes rénaux, que la clinique, la bactériologie et l'anatomie pathologique permettent de rattacher à l'action directe de la bacillose, mais qui diffèrent essentiellement de la tuberculose rénale classique.

Il s'agit de malades qui se présentent cliniquement, non pas comme des urinaires mais comme des rénaux, des néphritiques; de même à l'autopsie, il s'agit de reins sur lesquels on constate, non pas les lésions spécifiques de la phtisie rénale avec ses granulations, tubercules ou cavernes, mais au contraire des lésions banales en apparence, allant du gros rein blanc amyloïde au petit rein rouge de la néphrite interstitielle.

Ces faits légitiment l'opposition, depuis longtemps classique, entre le *rein tuberculeux* et le *rein des tuberculeux*, entre la *phtisie rénale* et les *néphrites tuberculeuses*, entre les *lésions spécifiques* et les *réactions banales* du rein, mais il importe de faire remarquer dès à présent :

Qu'il existe entre ces deux groupes toute une série d'intermédiaires;

Que sur le même rein peuvent coexister les deux sortes de lésions, comme chez le même malade les deux ordres de symptômes;

Enfin que si cette opposition est légitime au point de vue clinique et anatomique, elle ne semble pas répondre à une différenciation pathogénique véritable.

I

Historique. — On peut décrire trois étapes successives à la notion des néphrites tuberculeuses.

Après avoir mis en lumière les lésions et les symptômes de la tuberculose rénale, Royer (1840) consacre un chapitre entier aux rapports de la néphrite albumineuse et de la phtisie; il remarque la gravité toute spéciale de cette association morbide. Après lui, nombre d'auteurs en signalent la fréquence et en dégagent les différentes formes : on décrit la dégénérescence lardacée (Rokitansky) ou amyloïde (Virchow) du rein; on note des formes parenchymateuses ou interstitielles; les auteurs discutent sur la fréquence relative de ces diverses lésions au cours de la tuberculose, ou en décrivent les symptômes cliniques. C'est dans cet esprit que sont faits les travaux de Lecorché, Pernice, Renon, etc., les thèses de Piedallu (1878), Gauché (1879), Torkomian (1884), Le Noir (1890), etc. C'est en quelque sorte la période clinique de la question, la phase des *néphrites chez les tuberculeux*.

Dans une seconde phase apparaissent les conceptions pathogéniques :

En même temps que les notions cliniques se précisent, que par exemple Landouzy et Léon Bernard démontrent cliniquement l'existence d'une néphrite parenchymateuse chronique chez les tuberculeux, on tente d'interpréter le mécanisme de ces lésions. Aux notions générales sur les poisons microbiens s'ajoutent de nombreuses expériences qui reproduisent les divers types de néphrite au moyen de diverses toxines (Bouchard, Charrin, Claude, etc.) ou même de tuberculine (Grancher et Martin, Arloing et Courmont, Ramond et Hulot, Carrière, etc.).

Quelques cas cliniques viennent démontrer l'influence possible de la tuberculine (Chauffard, Burckhardt, Rosenbach, etc.) et tendent à faire admettre d'une façon exclusive l'origine toxique de ces lésions rénales [Th. de Daunic (1893), Chrétien (1896), Pissavy (1898), Cahen (1904), etc].

A la notion clinique de coexistence a succédé la conception pathogénique des *néphrites tuberculineuses*.

Mais de nouvelles recherches viennent bientôt démontrer l'influence plus directe encore du microbe.

De minutieux procédés de laboratoire permettent de retrouver le bacille de Koch dans les urines ou dans le rein lui-même (Jousset) et de reconnaître ainsi la nature bacillaire de diverses néphrites en apparence primitives, et en particulier de certaines néphrites aiguës (Castaigne, Lavenant).

Les recherches expérimentales de L. Bernard et Salomon confirment cette hypothèse, et permettent de démontrer l'action directe et immédiate du bacille tuberculeux ainsi que Coffin, en 1870, l'avait déjà soutenu.

Si cette hypothèse n'est pas exclusive et fait néanmoins, dans certains cas, une large part à l'intoxication tuberculineuse, elle réserve cependant la place prépondérante à l'action de présence du bacille de Koch au niveau du rein. C'est la dernière étape de la question, aboutissant à la notion des *néphrites tuberculeuses*.

On voit par cet historique rapide que l'on a pu classer parmi les néphrites tuberculeuses des syndromes cliniques très variables, auxquels correspondent des lésions complexes : dégénérescence amyloïde, nécroses épithéliales, sclérose interstitielle ou lésions glomérulaires. A la vérité, ces diverses lésions coexistent presque toujours, mais en proportions assez variables pour donner lieu, suivant la prépondérance de l'une d'elles, à toutes les modalités des lésions rénales.

Nous décrirons successivement :

Les NÉPHRITES CHRONIQUES, à type *épithélial*, *interstitiel* ou *amyloïde*;

Les NÉPHRITES AIGUES;

Les albuminuries simples, répondant vraisemblablement à des NÉPHRITES ATTÉNUÉES.

Avec chacune de ces formes cliniques, isolées, on le comprend, d'une façon quelque peu artificielle et forcément schématique, nous décrirons les lésions qui les caractérisent habituellement, puis nous terminerons l'exposé de ces formes anatomo-cliniques par une vue d'ensemble sur la pathogénie probable de ces lésions banales produites sur le rein par la tuberculose.

II

Formes anatomo-cliniques. — Néphrite chronique amyloïde. — Décrite par Rokitansky en 1842, étudiée par Virchow, Bartels, Charcot, Vulpian, etc., la dégénérescence amyloïde du rein serait, selon Lecorché et Brault, la lésion la plus fréquente chez les tuberculeux. En somme elle n'est vraiment fréquente que chez les tuberculeux cavitaires à la période terminale; elle se rencontre également au cours des autres tuberculoses osseuses ou viscérales, à la période d'ouverture, de suppuration et de cachexie.

Ce n'est du reste pas une lésion spéciale à la tuberculose, mais une réaction banale, puisqu'elle peut se rencontrer dans toutes les suppurations prolongées, dans la syphilis, la dysenterie, etc. Cependant elle est assez fréquente au cours de la tuberculose pour que Brault ait pu lui faire jouer le rôle primordial dans toutes les néphrites tuberculeuses (1).

Symptômes. — La dégénérescence amyloïde se traduit cliniquement par un syndrome très spécial :

Une *polyurie* considérable atteignant couramment deux à trois litres; des *urines claires*, transparentes, présentant souvent une teinte jaune verdâtre, et contenant des quantités considérables d'*albumine*, 10, 20 grammes ou même davantage. La perméabilité rénale est conservée, souvent même augmentée (Achard et Lœper).

A ces symptômes urinaires s'ajoutent assez souvent des œdèmes et de l'anasarque, d'autres fois une diarrhée séreuse abondante en rapport avec la dégénérescence amyloïde de l'intestin.

Le foie, la rate, peuvent être gros, fermes et lisses, atteints des mêmes lésions d'amylose viscérale.

Il n'existe ni hypertrophie cardiaque, ni hypertension artérielle, ni manifestation urémique; l'affection évolue rapidement vers la cachexie finale.

La netteté du syndrome rend le diagnostic facile, et comme le fait remarquer Brault, lorsqu'on se trouve, chez un tuberculeux cachectique, en présence de polyurie claire, d'albuminurie considérable et de diarrhée séreuse, on peut affirmer l'amylose rénale.

Anatomie pathologique. — Dans les cas anciens et typiques, l'autopsie révèle l'existence de gros reins blancs, atteignant 250 à 300 grammes et se décortiquant facilement. Ils présentent à la coupe une consistance ferme, pâteuse, non élastique, comparée à celle de la meringue, ou d'un bloc de cire (Chauffard); une couleur d'un blanc jaunâtre sur laquelle se dessinent les stries violacées des pyramides; enfin la réaction caractéristique de l'amylose, c'est-à-dire sous l'influence d'une liqueur iodée, apparition d'une couleur brun acajou, virant au violet par l'acide sulfurique.

Au microscope on constate la dégénérescence amyloïde des glomérules qui apparaissent volumineux et translucides, des artères corticales, du tissu conjonctif même, qui, sur une coupe colorée au violet de méthyle, et montée dans la glycérine, se détachent en rouge pourpre sur le fond bleu.

(1) Brault. Action de la tuberculose sur le rein, *Presse méd.*, 1901, p. 157.

Le plus souvent les lésions amyloïdes sont inégalement réparties dans le rein; elles prédominent toujours au niveau de la substance corticale. Dans quelques cas elles sont assez discrètes pour que l'examen microscopique seul puisse en révéler l'existence. La dégénérescence amyloïde n'atteint jamais les épithéliums, mais ceux-ci présentent presque toujours des lésions très accusées de néphrite banale, auxquelles on a voulu accorder une importance prépondérante, et qui, en tous cas, peuvent parfois modifier beaucoup le tableau clinique.

Néphrite chronique épithéliale. Néphrite parenchymateuse chronique. — La coexistence fréquente de la néphrite parenchymateuse et de la tuberculose avait été notée déjà par un grand nombre d'auteurs depuis les travaux de Bright et de Rayer, mais à peu près seuls Bartels et Lancereaux voyaient dans cette association morbide un rapport de cause à effet.

Le professeur Landouzy et L. Bernard (1), en se basant sur les seules constatations cliniques, affirmèrent les premiers la possibilité de son origine tuberculeuse.

Depuis, de nombreuses recherches de laboratoire ont confirmé l'hypothèse clinique, et permis de constater dans les urines et le rein la présence du bacille de Koch ou de reproduire expérimentalement les lésions observées.

Symptomatologie. — Le tableau clinique en est assez variable, mais se rapproche toujours de la néphrite épithéliale classique, néphrite subaiguë, néphrite hydropigène.

Contrairement à ce qu'on observe dans la dégénérescence amyloïde, il s'agit assez rarement de phtisiques avancés et cavitaires, mais plus souvent de tuberculeux latents, dont les manifestations pulmonaires, peu accusées ou masquées par les symptômes rénaux, demandent à être recherchées.

Les urines sont denses, foncées, déposant par sédimentation de nombreux cylindres et leucocytes, et renferment une quantité notable d'albumine variant entre 2 et 10 grammes. Elles sont plus abondantes cependant que dans la plupart des autres néphrites épithéliales; cette polyurie relative est assez spéciale à la tuberculose.

La perméabilité rénale au bleu de méthylène, à l'urée, aux phosphates, est souvent augmentée; par contre il existe plutôt de la rétention chlorurée.

Le malade présente des œdèmes, parfois considérables; souvent de l'anasarque et de l'ascite; presque toujours des troubles digestifs, vomissements et diarrhée, en rapport avec l'urémie lente œdémateuse.

Le poumon est atteint de lésions tuberculeuses très variables; mais en outre on constate très souvent des réactions congestives ou œdémateuses du parenchyme pulmonaire, qui rentrent dans le cadre des bronchites albuminuriques de Lasègue.

La néphrite épithéliale tuberculeuse se distingue assez nettement des néphrites banales : par l'absence

(1) Landouzy et L. Bernard. Néphrite parenchymateuse chronique des tuberculeux. *Presse méd.*, 1901, p. 121.

de symptômes nerveux d'urémie, sauf parfois un peu de céphalée; et par l'absence aussi d'hypertension vasculaire et de bruit de galop.

L'évolution de cette forme clinique est assez rapide, justifiant le nom de subaiguë qu'on lui attribue quelquefois. Assez souvent on voit survenir au cours de son évolution des poussées congestives du côté du rein, traduites par des hématuries irrégulières et intermittentes.

Anatomie pathologique. — A l'autopsie, on rencontre encore un gros rein blanc, mais d'un blanc plus crayeux, strié de rouge, et d'un volume moins considérable que le rein amyloïde.

Au microscope, les lésions prédominent sur les épithéliums.

Dégénérescence vitreuse ou granuleuse, quelquefois dégénérescence graisseuse décelable à l'acide osmique; disparition ou coloration pâle des noyaux; abrasement de l'extrémité libre des cellules qui, réduites à une mince lame de protoplasma se trouvent accolées à la paroi du tube, tandis que la lumière est obstruée par de volumineux cylindres; telles sont les principales lésions que peuvent présenter les tubes urinifères.

Mais à ces lésions épithéliales se joignent presque toujours des lésions interstitielles ou glomérulaires, de la sclérose et surtout de l'infiltration embryonnaire. Le tissu interstitiel se trouve en effet envahi par des lymphocytes en nombre considérable, qui tantôt disséminés forment une véritable infiltration embryonnaire diffuse, tantôt agglomérés en amas, en bandes, forment de véritables follicules tuberculeux microscopiques et caractérisent la « néphrite folliculaire tuberculeuse » de Bernard et Salomon.

Enfin très souvent s'associe à ces lésions, une dégénérescence amyloïde plus ou moins accusée des artères glomérulaires, et c'est sans doute à cette association que se rapporte un syndrome urinaire très fréquent dans la tuberculoee : les urines sont assez denses, opalines, légèrement troubles, quelquefois même un peu teintées de sang, mais il existe cependant une polyurie manifeste, qui traduit en quelque sorte la coexistence de la néphrite amyloïde et de la néphrite épithéliale, et établit la transition entre les deux types cliniques.

Néphrite chronique interstitielle. — La tuberculose peut-elle également reproduire la néphrite interstitielle?

Cette question est beaucoup plus discutée.

A la vérité, il est fréquent de rencontrer chez les tuberculeux des lésions de sclérose rénale; mais comme il s'agit le plus souvent de malades âgés, arthritiques, scléreux, et atteints de tuberculose pulmonaire à forme fibreuse, on a pu légitimement rattacher les lésions rénales à l'artério-sclérose généralisée.

Cependant quelques auteurs admettent qu'il puisse exister encore dans ces cas une influence directe de la tuberculose. « Le rein contracté, écrit Lancereaux, domine dans la tuberculose au même titre que dans toutes les maladies chroniques. » De plus les quelques observations de néphrite interstitielle chez des tuberculeux jeunes, indemnes de tout passé rénal, recueillies par Lacombe, Le Noir, Gauché, Potain, Torkomian, Cahen, etc., sont en faveur d'une action purement tuberculeuse. L'examen systématique des reins granuleux de néphrite interstitielle chez les phtisiques, a permis à Heyn (1) de rencontrer dans 70 p. 100 des cas des lésions tuberculeuses en activité ou cicatrisées et d'y constater la présence du bacille de Koch. Les cas, très rares, il est vrai, de tuberculose rénale avec réaction fibreuse, démontrent la possibilité de sclérose rénale provoquée par le bacille de Koch; enfin les recherches de Jousset constatant le microbe, les expériences de Bernard et Salomon reproduisant les lésions, permettent de croire à l'origine tuberculeuse de certaines néphrites scléreuses.

Mais il est à remarquer en tout cas que ces formes ne se rencontrent que sur des terrains spéciaux, dans les cas de tuberculose pulmonaire fibreuse. Bennett, cité par Grancher et Barbier, a pu dire que la néphrite interstitielle est toujours à prévoir chez les tuberculeux guéris.

Symptomatologie. — Il s'agit donc en somme de tuberculeux chroniques et souvent latents, chez lesquels apparaissent insidieusement des symptômes de néphrite interstitielle : symptômes urinaires avec polyurie claire, pollakyurie, albuminurie très légère, rétention d'urée; symptômes toxiques reproduisant les petits signes de brightisme. Quant au syndrome cardio-vasculaire d'hypertension, il est exceptionnel chez les tuberculeux; Potain le signale, Torkomian, Le Noir en citent des cas, mais il manque le plus souvent.

Comme symptômes un peu spéciaux on a cité l'absence de sueurs, la fréquence des hématuries; quelques-uns des cas de néphrite hématurique, cités par G. Michaux, semblent bien rentrer dans ce groupe.

Nous devons noter enfin la rareté extrême des symptômes d'urémie nerveuse. Si les signes de phtisie sont ordinairement discrets, on a signalé pourtant la fréquence des hémoptysies, et surtout la constance des symptômes pulmonaires d'urémie dyspnéique, chez ces malades dont la tuberculose à forme fibreuse prend déjà si souvent le masque de l'asthme ou de l'emphysème.

Dans ces conditions, on comprend que la mort survienne rarement par urémie ou par tuberculose, mais souvent par l'asystolie des emphysémateux.

Anatomie pathologique. — L'autopsie montre assez rarement le petit rein rouge typique, contracté et granuleux. Le plus souvent on trouve le petit rein « bigarré », marbré de rouge et de blanc, assez spécial aux tuberculeux.

On y rencontre bien en effet la sclérose interstitielle prédominante, mais en même temps des lésions épithéliales manifestes, associées même parfois, mais très rarement pourtant, à de la dégénérescence amyloïde.

(1) Heyn. De la néphrite bacillaire disséminée des tuberculeux sans tubercules rénaux, *Arch. f. path. Anat.*, 1901, t. CLXV, p. 42-80.

Les glomérules sont toujours très altérés, présentant souvent une dégénérescence très nette du bouquet glomérulaire; celui-ci apparaît amorphe, pâle, sans noyaux, presque homogène; il se soude bientôt à la capsule de Bowman, par une sorte de symphyse glomérulo-capsulaire; et il donne ainsi, entouré qu'il est d'une couronne de sclérose embryonnaire ou adulte, l'illusion d'un véritable tubercule.

Nous n'insisterons pas sur la présence du tissu fibreux, entourant les glomérules, dissociant les tubes, infiltrant le rein de bandes scléreuses, isolant des îlots de parenchyme à peu près sain. Ce sont les lésions banales de toute néphrite interstitielle.

L'infiltration embryonnaire est discrète, souvent absente, et ne revêt que rarement la disposition folliculaire que nous signalions tout à l'heure.

Néphrites aigues tuberculeuses. — La notion des néphrites aiguës tuberculeuses est d'acquisition toute récente. Torkomian, Cahen, Vignerot en avaient signalé quelques cas, mais ce sont en somme les travaux de J. Castaigne et de Jousset, la thèse de Lavenant, qui les ont mis en lumière.

Tandis que pour les autres formes, les notions cliniques avaient à elles seules permis de soupçonner leur origine tuberculeuse, ce sont uniquement les recherches de laboratoire qui ont pu déceler la nature de ces néphrites aiguës.

Symptômes. — Il s'agit assez souvent d'une néphrite aiguë survenant d'emblée chez un sujet indemne en apparence de toute affection tuberculeuse. Elle revêt alors les allures de la néphrite grippale ou de la néphrite dite *a frigore*. On constate l'apparition brusque de malaises, de céphalée, de fièvre, s'accompagnant de vagues douleurs lombaires. Le visage est bouffi, les membres inférieurs sont envahis par un œdème qui peut atteindre le tronc et les viscères, provoquer de l'anasarque, des transsudations séreuses ou des râles fins d'œdème pulmonaire.

Le pouls est petit, rapide, le plus souvent hypotendu, contrairement à la règle habituelle au cours des néphrites.

Les urines sont denses, sales, foncées, troubles, presque toujours hématuriques, contenant beaucoup d'albumine, pauvres en chlorures et en urée, et laissant déposer par sédimentation une couche abondante de cylindres, de leucocytes et d'hématies. Elles sont ordinairement assez abondantes, et cette polyurie coïncidant avec l'hypotension vasculaire, est un des caractères assez frappant des néphrites tuberculeuses; il semble possible de le rattacher, ainsi que les hématuries, à la congestion intense du rein.

Dans d'autres cas, ces néphrites apparaissent au cours d'une tuberculose pulmonaire avérée; elles reproduisent à peu près les mêmes symptômes, mais leur début serait plus insidieux.

De toute façon l'évolution est presque toujours fatale. Le plus souvent elle aboutit rapidement à la mort avec phénomènes urémiques et œdèmes viscéraux; d'autres fois on observe leur passage à l'état chronique vers la néphrite parenchymateuse ou vers la tuberculose rénale franche; pour être plus lointain le pronostic n'en est alors pas moins sévère. Il nous faut cependant signaler quelques guérisons obtenues par traitement chirurgical dans des cas de néphrite unilatérale (1) ou partielle (2).

Anatomie pathologique. — L'autopsie pratiquée pendant la période aiguë montre le plus souvent un mélange de lésions spécifiques et de réactions banales.

Les lésions banales se présentent, selon les cas, sous deux formes assez différentes (Lavenant) :

Forme congestive, avec gros reins rouges, foyers hémorragiques, distension des capillaires et surtout des glomérules; la cavité glomérulaire et le tissu interstitiel sont infiltrés par des globules rouges auxquels s'associent souvent des leucocytes, quelquefois réunis en amas.

Forme dégénérative, plus rare, avec le gros rein blanc des intoxications aiguës et dégénérescence des épithéliums dont les noyaux ne se colorent plus, ou dont les cellules, vitreuses, amorphes, sont abrasées ou même à peu près disparues.

Les lésions spécifiques consistent en granulations tuberculeuses, tantôt visibles à l'œil nu, tantôt reconnaissables seulement au microscope sous forme de follicules embryonnaires.

Dans presque tous les cas, l'examen des coupes ou l'inoculation au cobaye permet de démontrer la présence du bacille de Koch.

La prédominance de tel ou tel ordre de lésions permet de décrire en somme toute une série de formes intermédiaires entre les granulies à prédominance rénale ou même strictement localisées au rein (3), et les néphrites aiguës à lésions banales.

Néphrites atténuées. — A côté des groupes de faits que nous venons d'étudier, et que les relations cliniques ou les constatations anatomiques nous ont permis de considérer comme des dégénérescences amyloïdes, des néphrites aiguës ou des néphrites chroniques d'origine tuberculeuse, il existe encore au cours de la tuberculose un certain nombre de syndromes rénaux dont l'interprétation est encore incertaine. Telles sont en particulier la *polyurie*, la *phosphaturie* et surtout l'*albuminurie*.

Nous n'insisterons pas sur la *polyurie* qui paraît dans la plupart des cas due à une simple réaction congestive des reins.

La *phosphaturie*, si fréquente au début de la tuberculose et sur laquelle Gouraud a attiré l'attention, semble un phénomène lié bien plus aux modifications de la nutrition générale qu'à des troubles organiques ou fonctionnels du rein.

Il n'en est pas de même de l'*albuminurie*. On connaît la fréquence de ce symptôme chez les tuberculeux. Les différentes statistiques donnent des chiffres assez variables : 20 p. 100 selon Gaucher, 6 p. 100 pour Lacombe, 30 p. 100 d'après Le Noir, 15 p. 100 d'après Bernard. Mais en somme, si au lieu d'envisager la proportion de malades actuellement

(1) Obs. J. Castaigne. Th. Lavenant, Obs. IX.
(2) Atwood Beaver. *The Lancet*, 21 déc. 1889, Th. Lavenant.
(3) Chauffard et Castaigne. Th. Lavenant, Obs. IV.

albuminuriques dans une salle d'hôpital, on recherche parmi les tuberculeux le nombre de ceux qui présentent, ou ont présenté autrefois ce symptôme, on en trouve un nombre beaucoup plus considérable. « Il n'est pas un seul phtisique, écrit Talamon, qui ne soit albuminurique, ne serait-ce que d'une façon minime et peu durable. »

Il est évident que, parmi ces albuminuries, un grand nombre rentrent dans les groupes que nous avons étudiés tout à l'heure. Mais en dehors de ces cas, l'albuminurie peut se présenter dans des circonstances nombreuses et assez bien déterminées.

La plus fréquente est l'albuminurie passagère, coexistant avec les périodes fébriles de la phtisie. Cette *albuminurie fébrile* est d'observation courante, et semble pouvoir se rattacher, non seulement aux modifications de la température, mais encore à l'élimination par le rein des toxines ou souvent même des bacilles tuberculeux. Jousset a démontré en effet la présence du bacille dans le sang et dans les urines, au cours de ces états fébriles.

On a décrit plusieurs cas d'albuminurie permanente, peu abondante, variant entre 1 et 1g50, et ne s'accompagnant d'aucun autre signe de néphrite. C'est l'*albuminurie isolée* de Léon Bernard, qui paraît rentrer dans le cadre des « néphrites albumineuses simples » si fréquentes au cours de toutes les maladies infectieuses ou toxiques.

L'*albuminurie prétuberculeuse*, décrite par Teissier, se rencontre chez de jeunes garçons, de souche bacillaire. Il s'agit d'une albuminurie intermittente, à type matinal, s'accompagnant d'urines abondantes, hypertoxiques et denses; elle coexiste avec des symptômes généraux d'anémie, de faiblesse et d'amaigrissement; elle persiste quelque temps, puis disparaît quand surviennent les premiers symptômes d'une tuberculose pulmonaire à évolution souvent rapide.

Dans quelques cas enfin, il semble que des hématuries d'ordre congestif puissent se joindre à ces albuminuries, et qu'il soit possible de comprendre ainsi quelques-unes des néphrites passagères hématuriques, décrites par Michaux.

Il est évident que pour tous ces faits manque le plus souvent la confirmation anatomique qui justifierait l'hypothèse de néphrites atténuées. Cependant la fréquence des lésions rénales, quelquefois généralisées, plus souvent partielles ou même parcellaires, que l'on rencontre aux autopsies des tuberculeux, semble en faveur de cette conception. Pissavy a justement insisté sur ces lésions de néphrite légère, qui même parfois, pendant la vie, n'avaient été traduites par aucun symptôme.

Il est juste de tenir compte des simples troubles fonctionnels du rein, d'ordre congestif. Mais tout ce que l'on sait de l'état du rein au cours de toutes les maladies infectieuses ou toxiques, l'élimination démontrée du bacille de Koch par le rein sans lésions persistantes de l'organe, la fréquence du microbe dans les urines des tuberculeux, tout en somme nous semble légitimer cette hypothèse, et le terme même de *néphrites atténuées* sous lequel nous avons tenté de grouper ces faits.

III

Diagnostic. — Si maintenant nous considérons l'ensemble de ces formes anatomo-cliniques, décrites sous le nom de néphrites tuberculeuses, nous pouvons remarquer qu'en somme, ni au point de vue symptomatique, ni au point de vue anatomique, elles ne diffèrent sensiblement des néphrites infectieuses banales.

En dehors des arguments fournis par une tuberculose antérieure ou concomitante, bien peu de signes nous paraissent permettre l'affirmation de leur origine.

Cependant il est quelques points communs qui méritent d'attirer l'attention.

Au point de vue clinique il faut insister sur :

L'*hypotension vasculaire* et l'absence d'hypertrophie du cœur; c'est un symptôme contraire à la règle habituelle dans la plupart des néphrites, et qui paraît relever directement de la tuberculose;

La *polyurie*, paradoxale en apparence, puisqu'elle coïncide avec l'hypotension artérielle; il est vraisemblable qu'elle se rattache à des troubles congestifs du rein;

La fréquence plus grande peut-être des *hématuries*, qui peuvent être de même nature congestive;

L'abondance relative de l'albumine;

Enfin l'absence de manifestations d'urémie nerveuse, contrastaant avec la fréquence des accidents d'urémie pulmonaire ou gastro-intestinale; c'est un caractère sur lequel Teissier, Cahen ont appelé récemment l'attention, et qui paraît relever chez les tuberculeux de causes multiples, encore assez mal élucidées, mais parmi lesquelles on peut faire rentrer l'hypotension.

P. Teissier fait encore remarquer que l'urémie chez les tuberculeux, au lieu d'affecter successivement plusieurs modalités cliniques, comme au cours des autres néphrites, garde au cours de toute son évolution le type clinique qu'elle affectait dès le début (1).

De même au point de vue anatomique, toutes les lésions que nous avons énumérées, depuis la dégénérescence amyloïde jusqu'à la sclérose interstitielle, sont des lésions banales, communes à la tuberculose et à un grand nombre d'autres affections. Elles ne présentent aucune marque spécifique de leur origine. Cependant, en dehors des cas, assez nombreux du reste, où quelques lésions tuberculeuses franches coexistent avec la néphrite, on peut invoquer quelques caractères en faveur de la tuberculose;

C'est l'aspect macroscopique un peu spécial du rein, le mélange de lésions épithéliales et de lésions congestives qui lui donnent un aspect bigarré;

C'est, au microscope, l'abondance de l'infiltration embryonnaire, et surtout la fréquence d'agglomérations lymphocytaires formant comme une ébauche de follicule tuberculeux.

IV

Pronostic. — On conçoit facilement que le pronos-

(1) P. TEISSIER. L'urémie chez les tuberculeux, *Presse méd.*, 28 nov. 1906.

tic de la tuberculose soit singulièrement assombri par la coexistence d'une néphrite, qui diminue la résistance de l'organisme, le prédispose à de nombreuses complications, et peut nécessiter, pour parer aux accidents urémiques de rétention, un régime assez débilitant.

D'autre part, en tant que néphrites, les néphrites tuberculeuses semblent évoluer d'une façon particulièrement rapide, constante et progressive.

Cette double constatation justifie absolument la remarque de Rayer sur la gravité toute particulière de cette association pathologique.

Le traitement en effet se réduit à peu de choses.

Nous avons signalé les rares guérisons obtenues par la néphrectomie dans quelques cas de néphrite aiguë strictement unilatérale. C'est là une thérapeutique d'exception; presque toujours l'affection est du domaine médical. Eviter les accidents urémiques par un régime approprié au mode des rétentions rénales; traiter la tuberculose par les pratiques habituelles d'hygiène, de repos et d'alimentation, en supprimant toute médication qui puisse retentir sur le rein, comme la créosote par exemple, c'est à quoi se réduit en somme toute la thérapeutique.

Il faut surtout éviter de se laisser effrayer par l'albuminurie. En elle-même, la présence d'albumine ne constitue ni un danger, ni une indication thérapeutique, et ce serait une erreur grave que d'instituer pour ce seul fait un régime lacté toujours déprimant. L'albumine n'a de valeur que parce qu'elle attire l'attention sur le rein, et permet ainsi de constater les viciations fonctionnelles de l'élimination rénale, et d'instituer un régime en rapport avec les rétentions chlorurées, azotées ou autres. Il y a longtemps qu'on l'a dit, ce qui importe ce n'est pas ce qui passe en excès dans l'urine, mais ce qui n'y passe pas.

V

Pathogénie. — Après avoir envisagé la série des syndromes anatomo-cliniques qui constituent les néphrites tuberculeuses, il nous faut maintenant rechercher la pathogénie probable des lésions qui les caractérisent : dégénérescence amyloïde, nécroses épithéliales, sclérose interstitielle, infiltration embryonnaire diffuse ou agglomérée en follicules.

Deux théories sont en présence : action de la toxine, action du microbe.

Dans le premier cas il s'agirait de l'action toxique et lointaine exercée sur le rein par des poisons solubles du bacille de Koch, plus ou moins analogues à la tuberculine. C'est la théorie toxique.

Suivant la seconde hypothèse, il y aurait action directe, immédiate et prochaine du microbe lui-même s'éliminant par le filtre rénal; il semble logique de rattacher cette action de présence aux poisons adhérents du bacille tuberculeux. C'est en somme la théorie infectieuse.

Action de la toxine. — C'est, nous l'avons vu, à l'action de la toxine qu'on a dès le début tenté de rattacher les lésions rénales.

Les premiers essais de vaccination tentés sur les animaux à l'aide de cultures atténuées ou des divers poisons tuberculeux, démontrèrent en effet la fréquence des lésions rénales : congestions intenses, hémorragies diffuses ou dégénérescences variées.

De même l'expérimentation de la tuberculine de Koch a donné des résultats à peu près constants aux observateurs successifs : Dujardin-Beaumetz, Arloin, Rodet et Courmont, Enriquez, Daunic, et particulièrement Carrière (1), Salomon (2).

L'injection répétée de petites doses de tuberculine a provoqué, d'après Carrière, des lésions variant de la simple hyperhémie glomérulaire à la nécrose épithéliale. Salomon remarque que les intoxications massives déterminent plutôt des nécroses épithéliales avec congestions généralisées, tandis que les intoxications chroniques réalisent surtout des lésions de sclérose péri-artérielle et péri-tubulaire.

Mais comme l'ont fait remarquer Arloing et Bancel, il est probable que la tuberculine extraite par Koch des cultures artificielles n'a que des rapports lointains avec les poisons élaborés dans l'organisme. C'est pour se mettre à l'abri de cette cause d'erreur que Ramond et Hulot (3), puis Salomon ont réalisé l'intoxication tuberculeuse par le procédé du sac de collodion, qui, renfermant la culture de bacilles et placé dans le péritoine de l'animal, laisse diffuser les poisons solubles.

Ces expériences ont provoqué des lésions plus variables et surtout plus discrètes que les injections de tuberculine, mais qui en somme se superposent assez bien aux premières.

Dans toutes ces expériences il nous faut noter la disproportion entre les doses de tuberculine et les résultats obtenus. Pour provoquer des lésions graves, il faut en somme des doses relativement énormes de poisons solubles, et il semble difficile que la clinique puisse réaliser fréquemment ces conditions.

Il est certain en effet que chez les tuberculeux les reins éliminent des poisons solubles, mais en quantité infinitésimale. Charrin et Le Noir (4) ont pu retrouver dans l'urine des phtisiques, une substance vaso-dilatatrice, comparable à l'ectasine isolée par Bouchard dans la tuberculine; mais en somme l'action toxique n'apparaît nettement en clinique que dans des cas exceptionnels. C'est tout particulièrement à l'occasion d'injections artificielles de tuberculine, et même d'injections en quantité excessive, qu'on a décrit des accidents rénaux. Guyon et Albarran ont noté l'albuminurie et les hématuries; Burckhardt, Boinet, Jeannel, Rosenbach ont signalé des lésions de néphrite aiguë; l'observation la plus concluante est certainement celle de Chauffard (5); il s'agit d'un malade qui, traité par de nombreuses injections de tuberculine dont chaque série détermi-

(1) Carrière. Etude expérimentale des altérations histologiques du foie et des reins par les toxines tuberculeuses, *Arch. méd. expér.*, 1897, p. 65.

(2) Salomon. Th. de Paris, 1904.

(3) Ramond et Hulot. Soc. de biol., oct. 1900.

(4) Charrin et Le Noir. Soc. de biol., 22 juillet 1893.

(5) Chauffard. *Bull. méd.*, 1892.

nait des accidents graves, entre à l'hôpital après avoir reçu en quelques mois 44 milligrammes de tuberculine; il présentait une albuminurie de 8 à 15 grammes par litre, une polyurie assez abondante, 2 litres et demi d'urines foncées, troubles et sanguinolentes; l'autopsie démontra des lésions de glomérulo-néphrite diffuse avec dégénérescence amyloïde des glomérules et des artères intertubulaires.

En somme, on voit que la tuberculine peut produire sur le rein toutes les lésions que nous avons signalées : nécroses épithéliales, scléroses diverses et même dégénérescence amyloïde. Mais étant donné les doses considérables nécessaires à la production des lésions expérimentales, on peut croire que l'action des poisons solubles est pratiquement peu importante et assez rarement en cause.

Il paraît cependant légitime d'en tenir compte dans certains cas, et particulièrement peut-être dans la pathogénie des lésions scléreuses et amyloïdes.

Il faut rapprocher de cette théorie toxique, l'action possible des intoxications et infections secondaires, à laquelle on peut souvent rattacher la dégénérescence amyloïde apparaissant chez les cavitaires comme au cours de toute suppuration prolongée.

Action du bacille. — Si la théorie toxique ne satisfait pas pleinement l'esprit, de nombreux arguments tendent au contraire à faire admettre l'action directe du bacille dans la pathogénie des lésions banales des néphrites tuberculeuses.

Ces arguments sont d'ordre anatomique, bactériologique et expérimental.

Il y a longtemps déjà que l'on avait noté la coexistence constante de lésions banales de néphrite dans les reins atteints de tuberculose caractérisée.

En 1890, Coffin signalait dans la granulie, l'hyperplasie conjonctive et la dégénérescence des épithéliums; Brissaud, Albarran, et bien d'autres à leur suite, ont remarqué la constance, non seulement des lésions banales autour des tubercules, mais encore des symptômes de néphrite associés aux signes de tuberculose rénale. Le plus souvent il s'agit de néphrite épithéliale avec infiltration embryonnaire, beaucoup plus rarement de réactions scléreuses.

D'autre part, les inoculations en série, les patientes recherches au microscope, l'inoscopie, ont permis de démontrer la présence du bacille de Koch dans le sang, dans les urines, dans les reins des tuberculeux. Etant donné ce que l'on sait de la présence habituelle du bacille dans le sang au cours des poussées fébriles, rien n'est plus logique que d'admettre son élimination par le rein, qu'il lèse par son passage ou par sa fixation. Le microscope permet même, dans ce dernier cas, de saisir l'évolution des lésions épithéliales : « Quand un tube urinifère est envahi par les bacilles, les cellules, après une phase d'irritation très courte, se gonflent, deviennent vitreuses, puis caséeuses, et forment ultérieurement une masse protoplasmique sans séparation distincte, au centre de laquelle se trouvent quelquefois des bacilles tuberculeux plus ou moins altérés (1). »

(1) J. Castaigne. *Maladies des reins et capsules surrénales.*

Enfin Bernard et Salomon ont réalisé de précieuses démonstrations expérimentales (1). Etudiant d'abord les lésions produites dans le rein par les poisons adhérents du bacille tuberculeux, ils ont pu opposer la constance et l'intensité des lésions ainsi produites à la variabilité des lésions provoquées par la tuberculine et les autres toxines solubles. Ils ont montré l'influence différente des extraits éthérés et chloroformiques du bacille de Koch. Tandis que l'éthéro-bacilline détermine une dégénérescence vitreuse ou caséeuse du parenchyme rénal, circonscrite par une infiltration embryonnaire diffuse, sans aucune tendance à la transformation scléreuse; au contraire, la chloroformo-bacilline provoque autour du foyer nécrotique une réaction fibreuse qui tend à la cicatrisation du nodule.

Par l'inoculation du bacille, Bernard et Salomon ont obtenu des résultats encore plus démonstratifs. L'inoculation par voie artérielle produit au niveau des reins des lésions assez variables; tantôt on constate une prédominance de lésions spécifiques, granulations ou tubercules; tantôt domine l'infiltration embryonnaire conglomérée en nodules, à laquelle les auteurs ont donné le nom de *néphrite tuberculeuse folliculaire* et qui s'accompagne de lésions dégénératives des épithéliums.

L'injection intra-veineuse, et surtout l'inoculation intra-péritonéale ou sous-cutanée, provoquent des réactions qui s'écartent davantage encore des lésions tuberculeuses spécifiques. On constate une infiltration, diffuse de cellules lymphoïdes, s'accompagnant de lésions épithéliales et souvent scléreuses, et réalisant une véritable *néphrite embryonnaire interstitielle diffuse.*

Dans tous ces cas il est possible de retrouver le bacille de Koch au niveau du rein.

Nous voyons ainsi démontrée la possibilité de lésions épithéliales et interstitielles dues à l'action directe du bacille. Cette action de présence peut-elle intervenir également dans la dégénérescence amyloïde? Il est difficile de l'affirmer; cependant Daunic fait remarquer que, chez le faisan, les tubercules des différents organes s'entourent d'une zone épaisse de tissu conjonctif qui subit toujours la dégénérescence amyloïde. Il semble donc vraisemblable qu'elle puisse aussi dans certains cas résulter de l'action directe du bacille tuberculeux.

Il est donc démontré que sur le rein, comme au niveau du foie ou d'autres organes, la tuberculose peut, suivant des conditions encore mal déterminées, provoquer des lésions spécifiques, hautement différenciées, ou bien se traduire par des réactions banales, purement « inflammatoires », suivant le mot de Poncet. Mais c'est là en somme un caractère commun à toutes les infections qui, elles aussi, peuvent déterminer des lésions spécifiques, comme les abcès miliaires du rein staphylococciques par

(1) L. Bérard et M. Salomon. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1903, p. 884, et 1904, p. 303; — *Arch. de méd. expérim.*, nov. 1905, p. 708.

exemple, ou bien toute la série des lésions banales, épithéliales, interstitielles ou amyloïdes.

D'autre part, en ce qui concerne ces lésions banales, il semble que la tuberculose puisse les provoquer par ses toxines, et elle se rapproche ainsi d'un certain nombre de maladies microbiennes toxiques, la diphtérie par exemple; plus souvent elle paraît agir par la présence directe du microbe, et ceci la relie à la plupart des maladies infectieuses septicémiques.

Si bien qu'en somme, par le nombre et la variété des formes anatomo-cliniques, par l'évolution possible suivant le mode banal ou le mode spécifique, par la complexité de leur pathogénie, les néphrites tuberculeuses nous apparaissent comme le type le plus achevé et l'exemple le plus complet des néphrites infectieuses.

LIVRES NOUVEAUX

L'auto-intoxication intestinale (1), par le docteur COMBE (de Lausanne).

M. Combe s'est attaché à l'étude d'une grosse question et a essayé, avec l'autorité que lui confère sa longue expérience, de lui donner une allure scientifique. Après avoir séparé des intoxications des auto-intoxications, il distingue, dans ce dernier groupe, les auto-intoxications dyscrasiques (histogéniques ou organopathiques) de l'auto-intoxication gastro-intestinale. Celle-ci est un syndrome englobant des états divers et se trouve conditionnée par l'intervention des microbes dans la digestion. M. Combe a étudié longuement les phases de la désagrégation de la molécule d'albumine et se livre à d'assez copieuses considérations physiologiques sur les défenses anti-toxiques de l'organisme. L'étiologie de l'auto-intoxication intestinale comprend : 1° des causes engendrant un excès d'entérotoxines. D'ordre exclusivement microbien elles sont les plus nombreuses (dyspepsies alimentaires, stases stomacales, intestinales, entérites, appendicites chroniques, etc.); 2° des causes qui entravent la destruction des entérotoxines, moins évidentes que les premières. La symptomatologie de l'auto-intoxication intestinale perd cette rigueur scientifique sur laquelle M. Combe avait essayé d'étayer la preuve de l'existence du syndrome qu'il décrit. L'auto-intoxication intestinale se présente sous trois formes cliniques. La forme larvée générale : c'est vraiment la grande simulatrice, car elle est constituée d'une gamme des symptômes des plus variés chez des sujets dont le tube digestif fonctionne en apparence normalement. A côté d'elle existent des formes larvées locales : céphalalgique, neurasthénique, pseudoméningitique, cardiaque, fébrile, etc. La seconde forme clinique est la forme fruste où aux symptômes ci-dessus énumérés viennent s'ajouter des troubles fonctionnels de l'appareil digestif. La troisième forme est la forme gastro-intestinale « où les signes digestifs sont des plus nets » et se constituent de crises de vomissements et de diarrhée. L'auteur passe alors en revue la longue théorie des symptômes constituants de l'auto-intoxication, l'habitus extérieur, les troubles circulatoires, respiratoires, nerveux, digestifs; les selles dont toujours la flore microbienne est inversée : forte diminution des aérobies et anaérobies facultatifs (bacillus coli, lacti aerogenes), prédominance des anaérobies stricts protéolytiques (putrificus, perfringens). L'urine aussi est l'objet d'une longue étude chimico-scientifique. Le diagnostic, s'il est des plus faciles dans les formes complètes franchement intestinales, se fera dans les formes larvées par le copro et l'uro-diagnostic.

Mais la partie de beaucoup la plus intéressante du livre de M. Combe est le traitement. L'indication primordiale est de diminuer la putréfaction azotée de l'intestin. Le régime lacto-farineux s'impose. On supprimera donc l'alimentation carnée qui augmente la putréfaction intestinale, ainsi que l'albumine de toutes espèces et les graisses. Il importe d'acidifier le milieu alcalin de l'intestin grêle pour arrêter l'action putréfiante des anaérobies protéolytiques. Le lait est antiputride grâce à la lactose qu'il contient et que transforment en acide succinique deux microbes aérobies, le coli et lacti aerogenes. De même les laits aigres (lait caillé, petit lait, babeurre, koumys, képhir). Les aliments farineux entravent aussi le processus de putréfaction. Les meilleurs sont les farines de céréales et leurs dérivés, le riz, les pâtes alimentaires. Après d'autres, M. Combe recommande la séparation des liquides et des solides : il ne faut pas boire en mangeant ni manger si l'on absorbe des boissons. L'auteur donne toute une série de menus et de régimes très intéressants à consulter. Nous voulons bien croire que ces régimes peuvent être rigoureusement suivis, quoi qu'il en pense, dans d'autres pays que la Suisse. Nous croyons aussi qu'on peut encore trouver en France des Vatels assez consciencieux pour suivre les indications culinaires des médecins. ARMAND LÉVY.

(1) In-8°. — Paris, J.-B. Baillière.

Hygiène individuelle du travailleur. Etude hygiénique, sociale et juridique (1), par le docteur René MARTIAL, préface de M. le sénateur STRAUSS.

Le livre très intéressant du docteur René Martial que M. Letulle présente au public médical dans une très élogieuse préface médicale est le premier paru d'une longue série d'ouvrages, dont la rédaction sera confiée à des auteurs différents, et dont l'ensemble constituera une « Encyclopédie internationale d'assistance, de prévoyance et d'hygiène sociale ». La direction de cette nouvelle collection appartient au docteur A. Marie (de Villejuif). Cette bibliothèque résumera l'état actuel des institutions d'assistance publique ou privée, de prévoyance et d'hygiène sociale; les travaux publiés seront basés sur les faits et l'exposé des documents positifs fournis par l'expérience des institutions diverses existant en France et à l'étranger. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Guide pratique des maladies de la gorge, du larynx, des oreilles et du nez (cavités accessoires comprises), par MM. les docteurs E.-J. MOURE, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Bordeaux, et A. BLINDEL, aide-clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux. In-8 écu, cart. toile, de 700 pages avec 358 figures, dont une partie en couleurs, dans le texte. — Prix : 9 fr. — Paris, O. Doin.

(1) In 8 de XIII-351 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, Giard et Brière.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages internationaux à itinéraires facultatifs.* — Toutes les gares des grands réseaux français et certaines agences de voyages délivrent, toute l'année, des livrets de voyages internationaux à itinéraires établis au gré des voyageurs et pouvant comporter à la fois des parcours :

a. Sur les lignes des grands réseaux français, des réseaux algériens et tunisiens et du réseau corse;

b. Sur certaines lignes maritimes;

c. Sur les lignes de chemins de fer de l'Europe à l'exclusion des chemins de fer anglais, espagnols, portugais et russes.

L'itinéraire des voyages commencés en France, en Algérie, en Tunisie, en Corse ou en Italie, doit comporter obligatoirement des parcours étrangers. L'itinéraire doit, dans tous les cas, ramener le voyageur à son point de départ.

Parcours minimum taxé : 600 kilomètres.

Validité : 60 jours jusqu'à 3 000 kilomètres, 90 jours de 3 001 à 5 000 kilomètres et 120 jours au-dessus de 5 000 kilomètres.

Les livrets donnent aux voyageurs la faculté de s'arrêter à toutes les gares situées sur l'itinéraire.

Les demandes de livrets internationaux sont satisfaites le jour même aux gares de Paris et de Nice et dans les agences de voyages lorsqu'elles arrivent à ces gares et agences avant midi. Pour toutes les autres gares, les demandes doivent être faites au moins quatre jours à l'avance. Les livrets commandés en Algérie, en Tunisie et en Corse, étant établis en France, le délai de quatre jours est augmenté des délais de transmission.

— *Fête de l'Assomption.* — A l'occasion de l'Assomption, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 8 août, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 21 août 1907, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue la conserveront.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Indications respectives du Mont-Dore et de la Bourboule. Parallèle climatique, technique et clinique des deux stations, par MM. les docteurs F. Tardif, médecin consultant aux Eaux du Mont-Dore, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, et G. Sersiron, médecin consultant aux Eaux de la Bourboule, lauréat de l'Académie de médecine et de la Faculté de médecine de Paris. Gr. in-8 de 100 pages avec 12 photogravures. — Prix : 2 fr. — Paris, O. Doin.

N° 92. — MARDI 13 AOUT 1907. 80e ANNÉE. MARDI 13 AOUT 1907. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas jeudi.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — MM. Juste Colle et Leroy, chefs de clinique chirurgicale; Gaudron, chef de clinique médicale, et Debève, chef de clinique ophtalmologique, sont prorogés dans leurs fonctions pour l'année scolaire 1907-1908.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de grand-croix. — M. le professeur Chauveau (de Paris).

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Larat et Lubet-Barbon (de Paris), Teillais (de Nantes).

MM. les médecins principaux de première classe Radouan et Testevin.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Comte, Massonnaud et Renaut.

MM. les médecins-majors de première classe Cardot et Perrin.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs F. Bezançon et Boulloche, médecins des hôpitaux de Paris; Faure, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris; Guinard, chirurgien des hôpitaux de Paris; Parmentier, médecin des hôpitaux de Paris; Descoust, médecin-inspecteur de la Morgue, médecin en chef du dispensaire de la préfecture de police; Emery, médecin de l'infirmerie spéciale de la prison Saint-Lazare à Paris; Camescasse, chirurgien à Paris; Leredde, médecin à Paris; Fremont (de Vichy), Témoin (de Bourges), Despaignet (de Mont-de-Marsan), Labat (de Laplume), Toulouse (de Montigny-le-Roi), Henseval (de Béthune) et Moulonguet (d'Amiens).

MM. les médecins-majors de première classe Armynot du Châtelet, Benoît dit Becker, Creton, Esprit, Lejeune, Moingeard, Sébillon et Vitoux.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Cousin, Destrez, Donnadieu, Escande de Messières, Fromont, Gilliard, Julia, Laine, Loustolot, Malafosse, Pons, Roux, Sire, Teissier et Visbecq.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Albarran (de Paris), Aloy (de Toulouse), Biais (de Limoges), Bodin (de Rennes), Boussac (d'Albi), Brissemoret (de Paris), Faivre (de Poitiers), Guiart (de Lyon), Guibert (de Lille), Jacques et Lambert (de Nancy), Lautier et Le Monier (de Rennes), Monnier (de Nantes), Nicloux (de Paris), Rivière (de Bordeaux), Roger (de Paris), Vallas (de Lyon) et Vedel (de Montpellier).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Abadie (de Bordeaux), Ancel et Aurand (de Lyon), Basset (de Bordeaux), Bichon (de Nancy), Cestan (de Toulouse), Degouy (d'Amiens), Dupré (de Paris), Dusser (de Montpellier), Escat (de Marseille), Fruhinsholz (de Nancy), Galimard (de Lyon), Garraud (de Limoges), Gauthier (de Marseille), Lamy (de Paris), Léger (de Poitiers), Lerat (de Tours), Laguet (de Bordeaux), Neveu-Lemaire (de Lyon), Oddo (de Marseille), Osmont (de Caen), Pigelet (de Châteauroux), Raymond (de Nice), Salager (de Montpellier), Termier (de Grenoble).

GUERRE. — *Tableaux de concours pour la Légion d'honneur (année 1907)*. — RÉSERVE ET ARMÉE TERRITORIALE. — *Pour officier*. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Charvot et Treille.

M. le médecin-major de première classe Grosclaude.

M. le médecin principal de deuxième classe Teissier.

Pour chevalier. — M. le médecin aide-major de première classe Pineau.

M. le médecin-major de deuxième classe Delisle.

MM. les médecins-majors de première classe Martinet, Rousseau et Belle.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Cahon et Froger.

M. le médecin-major de première classe Girard.

M. le médecin-major de deuxième classe Paul-Boncour.

M. le médecin-major de première classe Sapelier.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bordas, Gendre et Boury.

MM. les médecins-majors de première classe Maubrac, Bruncher et Lannois.

M. le médecin aide-major de première classe Carrié.

MM. les médecins-majors de première classe Bézy et Roussy.

M. le médecin-major de deuxième classe Sendral.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Rodier.

MUTUELLE MÉDICALE FRANÇAISE DES RETRAITES. — Nous rappelons à nos lecteurs la Mutuelle médicale française de retraites, œuvre purement philanthropique fondée par le Syndicat médical de l'arrondissement de Saumur, approuvé par arrêté ministériel du 10 mai 1900, patronné par l'Association des médecins de Maine-et-Loire.

Elle s'étend à tous les médecins de France et à leurs femmes, et est destinée à donner à ses adhérents une retraite de droit et non de faveur, soit entière (après cinquante ans d'âge et vingt ans de participation), soit proportionnelle (après cinq ans de participation) — dans tous les cas, la pratique médicale étant abandonnée — pour une cotisation annuelle de 60 francs.

Au 1er juin dernier, le nombre des sociétaires (hommes et femmes) s'élevait à 238, l'avoir social à 72 432fr73, avec deux pensionnaires pour 1907 :

Une veuve retraitée à 375 francs, un confrère impotent à 450 francs.

S'adresser au président, le docteur Coutand (Saumur), pour tous renseignements.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Août 1907.) CLARAC : Les services d'hygiène et de médecine sur les chantiers des grands travaux en pays exotiques. — THOINOT et BALTHAZARD : Empoisonnement par le phénol. — BORDAS : Glace naturelle et artificielle. Mesure applicable à la vente. — BROUARDEL : Les attentats à la pudeur. — GINESTOUS et LANDE : Le rôle du médecin dans l'assistance aux vieillards et aux incurables.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 8, août 1907.) VACK et HAURY : Les méfaits de la blennorragie ; septicémie et pyohémie gonococciques mortelles. — BLOCH et MAREY : Immobilisation improvisée des fractures des membres à l'aide des outils portatifs de campagne. — KOPP : Remplissage des ampoules hypodermiques. Utilisation de l'autoclave de Sorel. Défaut d'appareil. Faire le vide. — WEITZEL : Les abcès chauds de la langue.

Bulletin médical. — (N° 60, 3 août 1907.) THIROLOIX : Hydrargisme aigu mortel après absorption d'une dose infime de mercure.

Écho médical du Nord. — (N° 31, 4 août 1907.) LABARRIÈRE : Réflexions sur soixante cas de trépanation mastoïdienne. — BETTREMIEUX : La sclérectomie antérieure simple.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 31, 4 août 1907.) AUBARET et LAFON : L'ophtalmo-réaction. Caractères cliniques de la réaction conjonctivale. Essais en ophtalmologie. — DUVERGEY : Statistique des opérations d'urgence pendant la durée d'un clinicat, service de clinique chirurgicale de M. le professeur Lannelongue, nov. 1903 et 1906 (*suite*). — LEMAIRE : Sur la liqueur de Donovan et ses modifications. Une erreur à éviter dans sa prescription.

Journal des praticiens. — (N° 31, 3 août 1907.) RÉNON : Des indications thérapeutiques. — ALBARRAN : Les ulcérations hémorragiques de la vessie. — FIESSINGER : Les albuminuries syphilitiques. — PILLET : Péritonite puerpérale généralisée post-abortive. Colpotomie. Guérison.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 31, 3 août 1907.) DELASSUS : De l'emploi de l'acide nucléinique dans les laparotomies.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 31, 4 août 1907.) VERGELY : Leuconychie ponctuée (*nubeculæ mendacia, flores unguium*, etc.) et pilocarpine.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 31, 1er août 1907.) LEFÈVRE : L'œuvre de la femme tuberculeuse. — VAN LINT : La pratique ophtalmologique.

Lyon médical. — (N° 31, 4 août 1907.) LÉPINE et TALOT : Sur un cas de cirrhose pigmentaire avec anémie.

Montpellier médical. — (N° 28, 14 juillet 1907.) MARTIN : Ration d'entretien et régimes alimentaires (*suite et fin*).

Nord médical. — (N° 308, 1er août 1907.) BAUDRY : Un cas d'épithélioma primitif de la conjonctive bulbaire. — BUÉ et GOUBET : Les jardins ouvriers à Lille. — RICHARD-LESAY : Contribution au traitement abortif de la variole.

Normandie médicale. — (N° 15, 1er août 1907.) BRUNON : L'enseignement de la pathologie. — DANZEL : La kératinisation des pilules.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Août 1907.) NOBÉCOURT et MERKLEN : Sur la température des nourrissons. — RIBADEAU-DUMAS : Sur certaines formes de splénomégalie tuberculeuse. — Roger VOISIN : La démence épileptique chez les enfants et les adolescents.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 30, 25 juillet 1907.) STRUBELL : Sur les méthodes de fixation du travail du cœur. — SAXL : La contracture en flexion-adduction dans la coxalgie. — KREN : Sur le trichonodosis de Galewski. — RIEHL : Traitement de l'intoxication par les morsures de serpents. — (N° 31, 1er août.) MORO et DOGANOFF : Sur la pathogénie de certaines modifications des téguments dans la sérofulose. — KREIBICH : Sur la résistance de l'homme contre le charbon. — MAYER : Contribution à l'étude des troubles de la vue et de la cécité d'origine nasale. — STRUBEL : Dans quelle mesure est-il permis d'appliquer les données fournies par l'expérimentation sur la circulation, à la clinique, la pathologie et la thérapeutique chez l'homme?

LES FONCTIONS NERVEUSES CHEZ L'ENFANT

LEUR DÉVELOPPEMENT

Par MM. V. HUTINEL,
Professeur de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine de Paris,

et L. BABONNEIX,
Chef adjoint de clinique médicale infantile à la Faculté (1).

L'enfant, a dit un philosophe, est le père de l'homme. Son organisme contient en germe toutes les énergies dont le développement harmonieux et le complet épanouissement fixent à jamais les caractères de l'individu. Etudier ses principales fonctions, c'est donc hâter la solution des grands problèmes relatifs à la vie normale et pathologique de l'adulte. Aussi conçoit-on que la physiologie des premières années ait déjà suscité d'innombrables recherches.

De toutes ces recherches, les plus importantes, peut-être, sont celles qui concernent le système nerveux. Longtemps, elles n'ont intéressé que les psychologues et les moralistes [Bernard Pérez (2)]; avec Preyer (3), elles sont entrées dans une voie véritablement scientifique. Ce sont les résultats auxquels elles ont abouti que nous voudrions exposer ici, en suivant, dans leur développement progressif : 1° la *sensibilité*; 2° la *motricité*; 3° l'*intelligence* de l'enfant.

I

Développement de la sensibilité. — Dans l'utérus, les sensibilités spéciales n'ont guère l'occasion de se manifester; la sensibilité générale ne se révèle que vers la fin de la vie intra-utérine : aussi le *fœtus* vit-il, selon l'expression classique, comme dans un sommeil sans rêves.

Le *nouveau-né* ne semble pas percevoir beaucoup de sensations, bien que ses organes sensoriels soient prêts à fonctionner. Cependant, vers la fin du premier jour, il est sensible à la lumière, sous l'influence de laquelle ses pupilles se contractent : l'arc réflexe constitué par les deuxième et troisième paires fonctionne donc dès cette époque. Puis il apprend à mouvoir ses paupières, à coordonner les mouvements de ses globes oculaires, à diriger son regard vers un objet clair. Vers trois mois, il commence à reconnaître sa mère à son sourire (4); plus tard, il distingue les couleurs.

Pour Preyer, les *sensations auditives* ne seraient guère perçues ou utilisées avant le quatrième mois : c'est à cet âge que, pour la première fois, le nourrisson dirige la tête vers l'endroit d'où vient le bruit.

Le *sens du goût*, d'après Küssmaul et Preyer, serait le premier capable de fournir des perceptions nettes : il se perfectionne avec rapidité. Par contre, le *sens de l'odorat*, assez accusé dès les premiers jours, ne se développe que peu par la suite.

Les lois qui président au développement de la *sensibilité générale* sont assez mal connues. On sait cependant que, chez le nouveau-né, la sensibilité *au contact* existe, quoique moins prononcée que chez l'adulte. Quant aux *sensibilités thermique* et *douloureuse*, elles sont difficiles à étudier. Dans un récent travail (1), MM. Cattaneo et Marino admettent que, chez le nourrisson, les diverses sensibilités déjà mentionnées, et aussi la *sensibilité stéréognostique*, fonctionnent parfaitement. M. Claparède arrive aux mêmes conclusions. Pour M. Déjerine, au contraire, le sens stéréognostique manquerait chez le tout jeune enfant.

Les *sensations cinesthésiques* (2) mériteraient une analyse attentive, toute l'attitude de l'enfant dérivant de ses sentiments de bien-être ou de malaise (Preyer). Dans les premiers mois de la vie, les sensations de bien-être résultent de l'apaisement de la faim, de la vue d'une lumière modérée, de la contemplation d'un objet éclairé que l'on déplace devant les yeux; par contre, la faim, la soif, la fatigue, les positions incommodes, le travail de la dentition, la peur déterminent une sensation très accusée de malaise et donnent à la physionomie du nourrisson une expression caractéristique (Darwin).

Pendant longtemps, la sensibilité est, de toutes les fonctions nerveuses de l'enfant, la seule qui soit suffisamment développée. Selon la définition antique, l'intelligence se confond alors avec la sensation, et ce n'est que lorsque l'intelligence s'est éveillée depuis quelque temps déjà qu'apparaissent les premiers mouvements volontaires.

II

Développement de la motilité. — La date à laquelle apparaissent, chez le *fœtus*, les premières manifestations de la motilité est encore mal déterminée : les classiques la fixent aux environs de la vingtième semaine; Preyer, beaucoup plus tôt, vers la cinquième semaine. Elles peuvent s'observer chez des anencéphales : le cerveau et le cervelet ne jouent donc, dans leur production, qu'un rôle accessoir

Les premiers mouvements qu'effectue le *nouveau-né* sont effectués sans but : ce sont des mouvements *impulsifs*, qu'il est facile d'opposer aux mouvements *réflexes*, lesquels ne surviennent que sous l'influence d'une cause externe, et comprennent : le premier cri, l'éternuement, le ronflement, le reniflement, le bâillement, le rire, les sanglots et les soupirs, les vomissements et le hoquet. Ces mouvements impulsifs sont toujours rudimentaires; aux

(1) Article extrait du *Traité des maladies des enfants*, publié sous la direction du professeur Hutinel, à la librairie Asselin et Houzeau (sous presse).

(2) Bernard Pérez. *Les trois premières années; l'enfant de trois à sept ans; l'éducation morale dès le berceau; l'éducation intellectuelle dès le berceau; l'art et la poésie chez l'enfant; le caractère de l'enfant à l'homme*, Paris, F. Alcan, édit.

(3) Preyer. *L'âme de l'enfant; physiologie spéciale de l'embryon* (trad. de Varigny), Paris, F. Alcan, édit.

(4) *Incipe, parve puer, risu cognoscere matrem* (Virgile).

(1) Cattaneo et Marino. Sensibilité chez l'enfant, *Pediatria*, 1902, X, p. 593-608.

(2) Le *sens cinesthésique* est le sentiment que nous avons de notre existence, grâce aux sensations organiques, vagues et faiblement perceptibles à l'état normal, qui émanent de tous nos organes et tissus, indépendamment ou non du concours des sens.

membres supérieurs, ils se réduisent à un simple jeu de flexion et d'extension avec pronation [Porot (1)].

Lorsque le nouveau-né est en repos, il prend spontanément une attitude qui est caractérisée par la flexion à angle droit des coudes et des genoux, par la flexion et l'adduction des cuisses et par la flexion légère des phalanges sur le métacarpe, le pouce étant généralement recouvert par les autres doigts. Cette attitude peut être considérée comme l'image fidèle de celle que le fœtus occupait *in utero*. Elle est attribuée par C. Hochsinger (2) à une *hypertonie physiologique des fléchisseurs*, à une *myotonie* spéciale aux nouveau-nés et aux jeunes nourrissons, théorie contestée par R. Saint-Ange (3), pour lequel toute myotonie relève de la tétanie.

Le *petit enfant* se livre de bonne heure à des mouvements *instinctifs* variés : préhension, action de sucer, de mordre, de mastiquer, etc. Un peu plus tard, il effectuera des mouvements *volontaires*, auxquels Preyer assigne les caractères suivants : ils sont immédiatement précédés d'idées, parmi lesquelles une seule agit d'une façon excito-motrice; ils sont préalablement connus de celui qui les exécute; ils ont un but déterminé; ils peuvent être inhibés par des idées nouvelles qui surgissent. Les premiers mouvements volontaires sont des mouvements *imitatifs* ou *expressifs :* protrusion des lèvres, baiser, acte de pleurer, de froncer le sourcil, de faire des signes de tête, de hausser les épaules, etc. Entre les dixième et trentième semaines apparaissent les premiers mouvements volontaires des mains : investigation digitale, mouvements de préhension et de manipulation, mouvements du pouce; c'est également à cette époque que l'on constate les premiers mouvements de supination (Preyer, Mumford, Porot).

Au début, ces divers mouvements sont imparfaits, incorrects, *comme athétosiques*. Plus tard, les centres qui président à la coordination des actes musculaires se perfectionnent, les mouvements acquièrent la précision que, seule, donne l'habitude. D'abord simples, ils deviennent de plus en plus compliqués. Vers un an, l'enfant risque ses premiers pas; vers quinze mois, il exécute, avec une adresse relativement considérable, quantité de mouvements appris ou perfectionnés. Depuis quelque temps déjà, il sait inhiber certains mouvements réflexes (Preyer).

Pour compléter ce chapitre, nous devons signaler quelques recherches relatives à l'état des réflexes et des réactions électriques.

Les réflexes de l'enfant ont été étudiés par Rosenthal, Eulenburg et Haas, et, tout récemment, par Laurent (4). Les *réflexes tendineux* apparaissent de bonne heure : *ils sont très vifs*. Laurent signale avec raison leur analogie avec les réflexes pathologiques de l'adulte. Ce fait doit être attribué au développement incomplet du cerveau qui ne peut, pendant les premiers mois de la vie, exercer sur la moelle qu'une action modératrice tout à fait insuffisante. Les réflexes du membre supérieur, très nets jusqu'à trois mois, s'atténuent à partir de cette époque; les réflexes rotuliens restent exagérés jusqu'à sept mois; il en est de même des réflexes achilléens. Le clonus du pied s'observe souvent au cours des trois premières semaines.

L'état des *réflexes cutanés* chez le nourrisson, est encore assez mal connu et, à l'heure actuelle, nous ne possédons de renseignements précis que sur les réflexes du visage et le réflexe cutané plantaire.

Les premiers viennent d'être étudiés par Moro (1). Lorsqu'on percute légèrement la face, soit au niveau d'une commissure, soit au point de Chvosteck, chez un nourrisson endormi, l'orbiculaire des lèvres se contracte et l'orifice buccal prend la forme d'une trompe. Souvent aussi, la langue est projetée hors de la bouche. Parfois (Escherich), à la protrusion des lèvres succède le mouvement inverse. Plus fréquemment, les commissures s'abaissent, comme si l'enfant allait pleurer. Ce réflexe apparaît dès le deuxième ou le troisième jour de la vie pour persister jusqu'à trois mois.

De plus, si l'on percute la face en certaines régions déterminées (émergence du nerf sus-orbitaire, dos ou pointe du nez), on provoque une contraction très nette de l'orbiculaire des paupières. Ces divers réflexes du visage témoignent de la facilité avec laquelle les muscles du nourrisson se contractent, sous l'influence de simples actions mécaniques.

Il en est de même du *signe de Babinski*, déjà entrevu par Preyer, et qui a fait récemment l'objet de nombreuses recherches [Cattaneo, Cruchet, Engstler, Léri (2), Muggia, Passini, Schüller]. Pour ces auteurs, *à la naissance, l'extension des orteils est la règle presque générale*; vers deux ans, elle fait place à la flexion. De six mois à deux ans, on observe tantôt l'extension intermittente, tantôt l'extension unilatérale. *Le signe de Babinski n'a donc, en aucune façon, la même signification chez l'enfant âgé de moins de deux ans que chez l'adulte*. D'après Kalischer, la flexion des orteils sous l'influence d'une excitation mécanique de la plante serait liée à l'apprentissage de la fonction de la marche, théorie contestée par Engstler (3).

Les *réflexes osseux* n'apparaissent que tardivement.

Ces divers réflexes : tendineux, cutanés, osseux, subissent, sous l'influence des maladies de l'enfance (gastro-entérites, rachitisme, helminthiase, etc.),

(1) Porot. Le plexus brachial et le mouvement chez le nouveau-né, *Congr. de Rennes*, 1905.

(2) Hochsinger. Myotonie du nourrisson, *Revue des mal. de l'enf.*, avril et juin 1902.

(3) R. Saint-Ange. *Tétanie infantile*, Th. de Paris, 1902.

(4) Laurent. *Evolution des réflexes chez l'enfant*, Th. de Toulouse, 1904-1905.

(1) Moro. Réflexes du visage chez les nourrissons, *Wiener klin. Woch.*, n° 21, 1906.

(2) Léri. Le réflexe des orteils chez l'enfant, *Revue neurol.*, 1903. — Engstler. Sur le réflexe plantaire et le signe de Babinski chez les enfants en bas âge, *Wiener klin. Woch.*, 1er juin 1905.

(3) MM. Baylac (in Th. Laurent) et Laignel-Lavastine ont fait remarquer que l'extension physiologique des orteils, chez l'enfant, n'avait pas échappé aux peintres de la Renaissance.

des modifications complexes, qui commencent à peine à être étudiées (Besta, Brouchtein, Cattaneo, Cruchet, Léri, Muggia, Passini, Thomson, etc.).

La littérature est très pauvre en ce qui concerne les **réactions électriques**. Preyer a montré que le muscle fœtal est susceptible de répondre par une contraction au courant électrique, mais qu'il ne peut être tétanisé, quelles que soient la rapidité et l'intensité des excitations. *Ce muscle se comporterait donc comme celui d'un animal fatigué*. Pour Soltmann, l'excitabilité des nerfs musculaires, chez le nouveau-né, augmente peu à peu jusqu'à la sixième semaine, époque à laquelle elle est à peu près égale à celle de l'adulte. D'après von Pirquet (1), chez le nourrisson normal, on n'observe de contractions musculaires avec un courant inférieur à 5 milliampères, qu'au pôle positif et au moment de la fermeture du circuit (AnSZ). Lorsque l'excitabilité électrique se trouve un peu accrue, les contractions musculaires apparaissent, avec un courant de même intensité, au moment de l'ouverture du circuit (AnOZ). Cette hyperexcitabilité *anodique* du nourrisson est tout à fait différente de l'hyperexcitabilité *cathodique* qui se caractérise par la production, sous l'influence de courants inférieurs à 5 milliampères, de secousses d'ouverture (KaOZ). Celle-ci caractérise la tétanie (Thiemich), celle-là est presque physiologique, on la rencontrerait plus fréquemment en hiver qu'en été, chez les nourrissons élevés au sein que chez les autres.

III

Développement de l'intelligence et du caractère (2). — I. Les sentiments affectifs se manifestent de bonne heure chez l'enfant : ils ont été très finement analysés par B. Pérez. La *crainte* se montre dès les premiers jours : « elle vient plutôt par l'oreille que par les yeux à l'enfant encore inexpérimenté. » La *colère* fait un peu plus tard sa première apparition ; il en est de même de la *jalousie*, et l'on sait quelle haine les aînés vouent parfois aux derniers venus, qu'ils accusent de leur dérober leur part de caresses. Enfin les enfants conçoivent dès les premiers mois de la vie des *sympathies* et des *antipathies*, vives, mais superficielles, « glissant des objets aux personnes, des personnes aux choses. »

— II. Diverses tendances intellectuelles se manifestent de bonne heure : la *curiosité*, l'*imitation*, la *crédulité* qui, d'ailleurs, n'exclut pas la dissimulation. La *tendance au mensonge* est innée chez le jeune enfant qui ment tantôt par intérêt, tantôt, et plus souvent encore, sans nécessité, pour le plaisir de mentir. Certains enfants inventent de toutes pièces des histoires dont la puérilité fait aussitôt reconnaître l'invraisemblance. D'autres formulent, contre les personnes de leur entourage, des accusations qui, par leur naïveté calculée, leur apparente sincérité et la précision des détails, ont pu, trop souvent, en imposer à la justice et faire condamner des innocents. Cette tendance au mensonge, pour laquelle M. Dupré a créé le terme heureux de *mythomanie*, a été, de tout temps, signalée par les moralistes et les écrivains, Montaigne et La Bruyère entre autres ; elle mérite d'être particulièrement bien connue des médecins et des magistrats, car elle enlève toute valeur aux témoignages que les enfants peuvent être appelés à faire en justice.

Peu à peu, l'intelligence de l'enfant se meuble et se perfectionne. Elle se meuble, grâce à la *mémoire* qui fonctionne activement dès les premiers jours de la vie ; elle se perfectionne, grâce à l'*association*, à l'*imagination*, à l'*attention*, grâce aussi aux *progrès de la sensibilité* (1). Lentement, par étapes, l'enfant apprend à *juger*, à *abstraire*, à *comparer*, à *généraliser*, à *raisonner*. Dès la fin de la première année, il commence à répéter les mots que l'on prononce devant lui ; plus tard, il les comprend.

— III. Développement du langage. — Il a été analysé par Taine, dans un chapitre resté classique de son livre sur l'*Intelligence*. Les premiers essais du langage consistent en cris inarticulés : l'enfant ne profère d'abord que des voyelles, puis, peu à peu, aux voyelles s'ajoutent des consonnes, et les exclamations deviennent de plus en plus articulées.

Plus tard, l'enfant commence à répéter quelques mots simples formés par allitération : *papa*, *toutou*, *dada*, etc. Ces mots, qui sont encore pour lui dépourvus de toute signification, et qu'il répète comme un perroquet, il les apprend surtout à force de les entendre prononcer devant lui. La mémoire auditive verbale joue donc le principal rôle dans cette acquisition (2), bien qu'à vrai dire, d'autres variétés de mémoires (visuelle, d'intonation, d'articulation) interviennent également (Onufrowicz, Brissaud).

Mais, en même temps qu'on apprend un mot à l'enfant, on lui montre la personne ou l'objet auquel il s'applique ; autrement dit, à l'image auditive verbale, on associe une image visuelle. Les deux vont désormais pouvoir s'évoquer réciproquement : le mot réveillera l'idée de l'objet, la vue de l'objet réveillera le mot. L'enfant arrive ainsi à comprendre le sens de quelques mots. Il n'a plus alors qu'à en associer deux pour faire une proposition générale. Peu à peu, à mesure qu'il avance en âge, « il apprend de nouveaux mots, il les applique aux couples anciens de représentations que l'expérience antérieure a déjà établis en lui : ainsi naissent de nouveaux couples de *mots compris*, c'est-à-dire d'idées. C'est de

(1) V. Pirquet. Excitabilité galvanique chez le nourrisson, *Soc. de méd. int. de Vienne*, 22 nov. 1906 et 14 fév. 1907.

(2) En plus des livres de Perez et de Preyer, voir Baldwin. *Développement mental chez l'enfant*, Paris, F. Alcan. — Delporte (Mlle). *Altérations du caractère chez l'enfant*, Th. de Paris, 1901. — M. de Fleury. *Le corps et l'âme de l'enfant*, Paris 1899. — Kussmaul. *Vie psychique des nouveau-nés*, Leipzig 1859. — Maillet. *Eléments de psychologie de l'homme et de l'enfant*, Paris 1893. — James Sully. *Etudes sur l'enfance*, Paris, F. Alcan. — Taine. *De l'intelligence*.

(1) « Il y a entre l'intelligence et la douleur, a dit M. Ch. Richet, un rapport tellement étroit, que les êtres les plus intelligents sont ceux qui sont capables de souffrir le plus. »

(2) On sait que les enfants sourds de naissance restent muets.

dix-huit mois à cinq ou six ans que s'accomplit la majeure partie de ce travail » (Taine).

Ainsi enrichi par ces acquisitions successives, le langage de l'enfant garde longtemps son individualité propre. Preyer a fait, à ce sujet, de curieuses remarques. L'enfant, dit-il, ne peut disposer en phrases correctes les mots qu'il connaît, aussi exprime-t-il très souvent toute une phrase par un simple mot. Ne sachant pas encore former grammaticalement les mots, les décliner ou les conjuguer, il emploie volontiers le sujet indéterminé et l'infinitif, préfère la flexion faible, ignore et intervertit l'article, la conjonction, le verbe auxiliaire, le pronom. Il déplace souvent les syllabes constituantes des mots pour les grouper d'une façon incorrecte, emploie un mot pour un autre, évite de prononcer certaines lettres : *k*, *x*, *g*, *s*, *ch*, *r*, *l*, ou certaines diphtongues, telles que *ou*. Par suite de la difficulté avec laquelle ses idées s'enchaînent, ses phrases ne se construisent que lentement et péniblement (1). Le langage de l'enfant est mouvant, incessamment déformé, autre que le nôtre : « Non seulement les mots y sont défigurés ou invertis, mais encore le sens des mots n'y est pas le même que dans le nôtre. Jamais un enfant qui, pour la première fois, prononce un nom, ne le prend au sens exact que nous lui donnons : ce sens est, pour lui, plus ou moins étendu que pour nous, proportionné à son expérience présente, chaque jour élargi ou réduit par des expériences nouvelles, et très lentement amené aux dimensions précises qu'il a pour nous » (Taine).

Le langage de l'enfant diffère donc du langage de l'adulte par trois caractères principaux. Il est limité, l'enfant n'ayant à sa disposition qu'un petit nombre d'idées. Il donne aux mots un sens spécial, et les arrange dans un ordre qui lui est propre. Ces particularités, qui le rendent parfois inintelligible, persistent longtemps : « A cinq ans, écrit un auteur contemporain (2), on éprouve de grandes difficultés à expliquer certaines choses. C'est la faute des grandes personnes, qui comprennent très mal ce que veulent dire les petits enfants. »

— IV. La plupart des médecins et des psychologues admettent que les facultés intellectuelles et morales subissent de très bonne heure une sorte de *différenciation sexuelle*, autrement dit que, dès leur apparition, elles évoluent différemment selon qu'il s'agit d'un petit garçon ou d'une petite fille. Preyer écrit : « Les petites filles semblent souvent apprendre à parler plus tôt que les petits garçons; par contre, il semble que, chez elles, plus tard, la faculté des fonctions logiques soit un peu moins développée, et que les abstractions d'ordre élevé se constituent moins aisément, tandis que, chez les garçons, les fonctions émotionnelles ne sont pas aussi délicatement nuancées. »

Ainsi énoncée, cette formule ne nous semble pas acceptable, et elle a été justement critiquée par M. B. Pérez. Elle est inexacte; elle est incomplète.

Assurément, la différenciation sexuelle, qui contribue tant à donner aux intelligences leur forme définitive, est plus facile à percevoir qu'à exprimer. Voici, toutefois, ce qu'on pourrait peut-être dire à ce sujet.

Au cours de la première enfance, les petits garçons sont plus turbulents, les petites filles moins bruyantes, mais plus difficiles à tenir. Les directrices d'écoles maternelles, les institutrices qui ont dirigé des écoles mixtes sont généralement d'accord sur ce point.

Dans la seconde enfance, les différences s'accusent. Les garçons ont l'esprit plus ouvert, ils peuvent aisément aborder tous les sujets. Les fillettes se montrent peu douées pour les sciences abstraites; inaptes aux vues d'ensemble, elles font des études littéraires et artistiques leur objet de prédilection. Les premiers demandent à la violence ce que les secondes obtiennent par la ruse. Si ceux-là sont plus forts, celles-ci sont déjà plus habiles. De bonne heure, elles apportent dans leurs relations cet esprit de décision et d'intrigue, et surtout cet impérieux besoin de dissimulation et de mensonge qui constitue l'élément fondamental de tant de caractères féminins (1). Est-il besoin d'ajouter que cette formule est trop générale pour ne pas comporter d'exceptions, et que, d'autre part, suivant le mot du fabuliste, il est bon nombre d'hommes qui sont femmes?

IV

Des premières années de la vie jusqu'à l'adolescence, les facultés intellectuelles progressent constamment. Mais, quel que soit leur développement, elles ne dépassent jamais une certaine limite; elles restent toujours marquées du cachet infantile. « Voyez l'enfant, a dit Saint-Marc de Girardin, avant tout, il porte l'empreinte de son âge; avant tout, il est un enfant. » Cette vérité fondamentale est trop souvent méconnue; elle devrait toujours être présente à l'esprit de ceux, éducateurs ou médecins, qui ont affaire à la jeunesse.

(1)

Ses premiers mots ont peur comme ses premiers pas.

(Victor Hugo. *Légende des siècles.* Le groupe des idylles.)

(2) Anatole France. In *Pierre Nozière.*

NOUVEAU CAS DE SPOROTRICHOSE

Par MM. DEMOULIN,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis,
et RUBENS-DUVAL,
Interne des hôpitaux de Paris.

Dans presque tous les cas de sporotrichose publiés en France jusqu'à ce jour (2) les abcès, provoqués par le champignon pathogène, étaient disséminés

(1) Voir à ce sujet *La confession,* de Guy de Maupassant.

(2) De Beurmann et Ramond 1903, De Beurmann et Gougerot 1906, Dor 1906, De Beurmann et Gougerot, Lesné et Monier-Vinard, Gaucher et Monier-Vinard, Rubens-Duval et Fage, Laubry et Esmein, 1907.

sur tout le corps, et même un des malades étudiés par Monier-Vinard présentait des lésions viscérales en plus de lésions cutanées multiples.

Dans le cas que nous rapportons aujourd'hui, les lésions étaient strictement limitées au membre supérieur droit. Il s'agissait d'un cas de sporotrichose locale, que l'on peut opposer, dans une certaine mesure, aux faits de sporotrichose généralisée. Le type clinique réalisé par notre malade est très comparable aux observations relatées par Schenk, par Hektoen et Perkins, et par Brayton.

Notre observation est la première où le diagnostic exact fut porté à la suite de l'examen histologique, avant les recherches microbiologiques confirmatives. Ceci est intéressant à noter, car un examen histologique peut être fait en quarante-huit heures, tandis que, d'après notre expérience personnelle, les premières cultures n'apparaissent sur les milieux de choix (gélose maltosée et gélose glucosée, formule de M. Sabouraud), que le septième jour seulement après l'ensemencement du pus des abcès.

Voici l'observation d'après les notes prises par M. Crozet, externe des hôpitaux :

Le nommé J..., âgé de soixante-quatre ans, camionneur, entre aux pavillons de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis, le 15 mars 1908 (service du docteur Demoulin).

On ne révèle dans son histoire aucun antécédent personnel ou héréditaire méritant d'être retenu, sinon, vers l'âge de dix ans, une adénopathie cervicale sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Il réclame des soins pour un gonflement qui s'est montré, sans cause appréciable, à la partie inférieure de l'avant-bras droit, vers le milieu de janvier 1906, et pour de petites grosseurs siégeant sur le bras et sur l'avant-bras droits, et qui ne sont apparues qu'un mois environ après les lésions du poignet.

Le gonflement de la partie inférieure de l'avant-bras droit occupe sa partie interne; il commence, exactement, au niveau du pli de flexion inférieur du poignet sur l'avant-bras et finit à huit centimètres plus haut. Il s'étend, en largeur, de la partie médiane de la face antérieure de l'avant-bras jusqu'à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes de sa face postérieure, contournant le bord interne du cubitus. Il est assez accentué, puisque la circonférence inférieure de l'avant-bras droit, au niveau de la partie moyenne du gonflement, mesure 22 contre 18 centimètres, pour la circonférence de l'avant-bras gauche, prise au même point.

La peau qui le recouvre a sa coloration normale, sauf en un point qui se trouve à l'intersection du bord interne de l'avant-bras et l'interligne articulaire du poignet, où elle présente une petite élevure rougeâtre papulo-tuberculeuse, des dimensions d'une grosse lentille.

La palpation du gonflement de l'avant-bras droit montre, qu'il est de consistance pâteuse et constitué par un épaississement du tissu cellulaire sous-cutané. A sa partie supérieure, on reconnaît une masse arrondie du volume d'une petite noisette, rénitente et qui n'a n'adhérences, ni avec la peau qui la recouvre, ni avec les parties profondes sur lesquelles elle repose.

Sous la lésion papulo-tuberculeuse rougeâtre, signalée précédemment, on rencontre également une petite masse du volume d'un gros pois, présentant les mêmes caractères que la précédente, sauf l'adhérence à la peau, sur toute l'étendue de la zone surélevée et érythémateuse.

La position de ces deux petites masses n'est point influencée par les mouvements des tendons fléchisseurs des doigts.

Il est difficile d'explorer le cubitus, dans la portion où il est compris dans le gonflement. Cet os ne paraît toutefois pas épaissi et la radiographie n'accuse aucune lésion.

L'articulation radiocarpienne est saine. Les mouvements du poignet et des doigts ont leur amplitude normale, mais le malade dit qu'il éprouve un peu de gêne, quand il veut les porter à leur limite extrême.

Sauf cette gêne légère, les lésions ne déterminent aucune douleur, ni spontanément, ni à l'occasion de leur exploration par la palpation.

Il y a sur le membre supérieur droit, outre les lésions du poignet, trois petites grosseurs qui siègent, l'une sur la face externe du bras, à un travers de doigt en dehors du bord externe du muscle biceps et à trois travers de doigt au-dessus du pli de flexion du coude; une autre sur sa face postérieure, à cinq travers de doigt au-dessus du sommet de l'olécrâne, la troisième, sur la face postérieure de l'avant-bras droit, tout près du bord interne du radius et à deux travers de doigt au-dessous de l'épicondyle.

Ces trois petites masses présentent les mêmes caractères. Elles ont le volume d'une grosse noisette, pâteuses à la périphérie, elles sont ramollies, presque fluctuantes à leur centre et sont mobiles sur les plans profonds. La peau qui les recouvre ne leur adhère pas. Cette peau n'est pas amincie et a conservé ses caractères normaux. Il semble bien que l'on avait affaire à des gommes ramollies.

Le système lymphatique du membre supérieur droit est cliniquement indemne. Il y a bien quelques petits ganglions dans l'aisselle droite, mais ils ne sont pas hypertrophiés, pas douloureux à la palpation et d'ailleurs on retrouve des ganglions ayant les mêmes caractères dans l'aisselle gauche. On ne constate pas de ganglion épitrochléen.

Telles sont les lésions observées sur le membre supérieur droit.

Un examen minutieux du malade ayant démontré qu'il n'avait pas eu la syphilis, mais qu'il avait été atteint vers l'âge de dix ans d'une adénopathie cervicale suppurée ayant évolué froidement et qu'il présentait, lors de son examen, un affaiblissement du murmure vésiculaire, au sommet du poumon droit, en arrière, au niveau de la fosse sus-épineuse, fit penser à des gommes tuberculeuses du membre supérieur droit. Cependant l'absence de tout point douloureux au niveau du cubitus, la présence de deux nodules rénitents perdus au milieu du gonflement pâteux qui entoure cet os dans son quart inférieur fit faire des réserves sur la tuberculose.

En raison de ces doutes, le 18 mars 1907, une des gommes ramollies du bras fut extirpée et envoyée au laboratoire municipal de l'hôpital Saint-Louis.

L'examen histologique que nous relatons plus loin permit d'éliminer la tuberculose et de poser le diagnostic de sporotrichose probable. Celui-ci fut confirmé par les cultures du parasite.

Le malade fut alors soumis au traitement ioduré. Il reçut quatre grammes d'iodure de potassium par jour. Au bout de quinze jours de traitement ioduré, le malade était très amélioré, mais non complètement guéri; la médication fut suspendue pendant dix jours, pour laisser le malade se reposer. Le traitement fut repris ensuite, mais sous l'influence de

l'iodure, le malade fit une hémoptysie. L'examen des crachats pratiqué à plusieurs reprises ne montra pas de bacilles de Koch. La tuberculose pulmonaire probable de ce malade, à peine décelable, était d'ailleurs cliniquement fermée. Malgré cette hémoptysie, le traitement ioduré, momentanément suspendu, put être repris sans nouvelle hémoptysie, et le malade sortit de l'hôpital le 15 mai, presque complètement guéri et ne présentant qu'un gonflement très léger au niveau du poignet droit. Il a été revu au commencement de juillet; il avait encore un peu d'empâtement autour du cubitus, mais le malade n'en était plus nullement incommodé.

Avant de relater les recherches de laboratoire qui ont permis d'établir la nature sporotrichosique des gommes de notre malade, nous désirons attirer l'attention sur l'absence d'adénopathies au cours de la sporotrichose. C'est un fait que Monier-Vinard a très justement remarqué, et sur lequel l'un de nous a déjà insisté. Cette absence d'adénopathie nous paraît avoir une grande valeur dans les cas qui, comme celui-ci, simulent la tuberculose.

L'examen histologique des gommes sporotrichosiques de notre malade fut fait tout d'abord sur un fragment de la paroi d'une gomme extirpée par morcellement, puis complété ultérieurement par l'étude d'un abcès soulevé en totalité avec les téguments adjacents. Nous disons abcès, car ce qui cliniquement apparaissait comme une gomme était en réalité un véritable abcès contenant un pus liquide jaunâtre.

Le premier fragment envoyé au laboratoire municipal de l'hôpital Saint-Louis, le 18 mars 1907, se présentait sous l'aspect d'une petite masse d'un tissu rosé œdémateux, tacheté çà et là de zones rougeâtres, correspondant à des hémorragies interstitielles.

Il fut fixé au liquide de Dominici (iodochlorure de mercure iodé et formolé) et inclus à la paraffine.

Sur les coupes, colorées à l'éosine orange et au bleu de toluidine, on voit, à un faible grossissement, un tissu teinté de bleu violacé sur lequel tranchent des placards colorés en rouge vif. A un plus fort grossissement on constate que ces zones colorées en rouge sont constituées par des amas d'hématies extravasées. Ce sont des foyers hémorragiques récents comme le montrent l'intégrité des hématies et l'absence de macrophagie de ces éléments ainsi que celle de pigment ocre. Ils sont imputables au traumatisme opératoire et ne doivent pas retenir plus longtemps l'attention. A part ces foyers d'extravasation sanguine le tissu teinté de bleu violacé paraît avoir une structure assez uniforme et il est impossible de reconnaître ce qui peut correspondre à la surface intérieure ou périphérique de cette paroi d'abcès.

A l'immersion on constate que cette paroi est constituée par un tissu conjonctif riche en cellules. Les cellules conjonctives sont hypertrophiées dans leur protoplasma qui est très basophile et dans leur noyau dont la chromatine est renforcée. Les capillaires sanguins sont nombreux et dilatés, leur endothélium est tuméfié et leur lumière est bourrée d'hématies (congestion) et surtout de leucocytes. Ceux-ci sortent en grand nombre à travers les parois vasculaires (diapédèse) et se répandent dans les interstices du tissu conjonctif, déjà très distendu par un œdème considérable. Les leucocytes qui émigrent ainsi dans le tissu conjonctif sont de toutes les variétés, polynucléaires neutrophiles et éosinophiles, lymphocytes, moyens et grands mononucléaires. En certains points, ce sont les polynucléaires qui prédominent, en d'autres les mononucléaires. Ceux-ci présentent des évolutions diverses et notamment se transforment en grand nombre en plasmazellen. D'autres mononucléaires ainsi que certaines cellules fixes s'hypertrophient, deviennent acidophiles et prennent, avec leur protoplasma homogène et grenu et leur noyau pâle, le type tuberculeux.

La dilatation et la congestion vasculaires, la diapédèse de leucocytes de toutes les variétés, l'hypertrophie des cellules fixes, la dégénérescence de certaines d'entre elles suivant le type connu sous le nom de cellules épithélioïdes, donnent le tableau histologique composite d'un processus inflammatoire.

Ce processus inflammatoire tient des inflammations aiguës par la diapédèse active des polynucléaires neutrophiles, formant en certains points de véritables micro-abcès; il se raccorde aux états infectieux chroniques par la prépondérance en d'autres points de cellules mononucléées.

Le peu d'importance des îlots de cellules épithélioïdes, la rareté des cellules géantes, l'absence du groupement caractéristique qu'affectent habituellement ces éléments dans la tuberculose rendaient le diagnostic de cette affection bien improbable.

Malgré l'abondance des plasmazellen, l'absence de plasmomes proprement dits, le léger degré des modifications vasculaires, ne dépassant pas celles que l'on constate habituellement dans les tissus de bourgeons charnus, l'absence de sclérose enfin, étaient peu en faveur de la syphilis. De même les états inflammatoires aigus, tels que ceux que provoquent le streptocoque ou le staphylocoque, pouvaient être éliminés.

Par contre, les lésions observées étaient comparables à celles étudiées dans un cas précédent, encore inédit; le diagnostic de mycose probable, sans doute sporotrichose, fut donc porté. Il fut confirmé ultérieurement par l'ensemencement du pus d'un autre abcès.

Le 9 avril 1907, un petit abcès sous-cutané fut enlevé en totalité avec le tégument auquel il adhérait et étudié suivant la même technique. Son examen permet d'établir la topographie des lésions.

L'abcès siège dans l'hypoderme et envahit les couches profondes du derme. Son centre est occupé par une cavité médiocrement remplie par un grand nombre de polynucléaires neutrophiles, plus ou moins altérés, et mêlés à quelques grands mononucléaires. De ceux-ci, les uns, encore pleins de vitalité, font acte de macrophagie et englobent des débris de polynucléaires, les autres, frappés de dégénérescence, ont un protoplasma acidophile, homogène et grenu. La paroi de l'abcès est plus épaisse à la partie inférieure et sur les côtés qu'à la partie supérieure où l'abcès pointe, le pus tendant à s'évacuer au dehors.

La paroi de l'abcès est constituée par un tissu

inflammatoire identique à celui du fragment envoyé au laboratoire le 18 mars 1907 et il n'y a pas lieu de le décrire à nouveau. Le processus inflammatoire n'est pas limité à la paroi de l'abcès; il se continue sans démarcation précise avec les tissus voisins qui présentent également des signes de réaction manifeste.

Le 23 mars 1907 un abcès fut enlevé pour pratiquer les recherches microbiologiques nécessitées par le diagnostic de sporotrichose probable. Au cours de l'ablation de l'abcès, le pus, épais et visqueux qu'il contenait, fut aspiré dans des pipettes stérilisées; la paroi de l'abcès fut extirpée et recueilie aseptiquement.

Le pus servit à faire des ensemencements sur les milieux préconisés par M. Sabouraud pour la culture des champignons pathogènes, c'est-à-dire sur des tubes de gélose additionnée de 1 p. 100 de peptone et de 4 p. 100 de maltose brute ou de glucose. Les tubes, ainsi ensemencés et non capuchonnés, furent laissés à la température ordinaire du laboratoire et non placés à l'étuve.

Les premières colonies apparaissent le 30 mars 1907, c'est-à-dire le septième jour après l'ensemencement. Ce sont de petits points isolés sur lesquels on ne peut encore se prononcer. Ils font une légère saillie au-dessus de la gélose et envoient dans sa profondeur de très nombreuses et très fines irradiations.

Le 1er avril, le centre des colonies commence à se circonvoler et à noircir et leurs caractères sont déjà suffisamment nets pour que l'on puisse affirmer qu'il s'agit de sporotrichum.

Plus tard les colonies se présentent avec leur aspect typique. Ce sont de larges colonies d'un champignon noir qui s'étale régulièrement à la surface de la gélose par sa périphérie, tandis que le centre se surélève, se circonvole capricieusement, prenant un aspect boursouflé et vermiculé. La coloration noire du champignon est nettement accusée.

Outre les cultures il fut fait avec le pus des frottis. Sur ces frottis il n'a été trouvé aucun microbe connu; notamment il n'a pas été décelé de bacilles tuberculeux. Nous n'avons pas retrouvé le sporotrichum sur ces frottis de pus, mais on sait combien il est difficile à voir dans le pus des abcès sporotrichosiques de l'homme et cette recherche négative ne saurait infirmer les autres résultats obtenus.

Pour éliminer la tuberculose nous ne nous sommes pas contentés de la constatation négative de bacilles acido-résistants sur les frottis de pus. Nous avons inoculé sous la peau de la cuisse deux jeunes cobayes, pesant chacun 180 grammes, avec de volumineux fragments de la paroi de l'abcès prélevé aseptiquement. L'inoculation fut donc très largement pratiquée, les fragments insérés sous la peau étant dix fois plus volumineux que ceux que nous avons coutume d'employer, alors que nous croyons la tuberculose probable. Or depuis le 23 mars 1907, date de la mise des animaux en expérience, nous n'avons ni chancre d'inoculation, ni adénopathie inguinale. Le 28 juin 1907), les deux cobayes pèsent respectivement 370 et 445 grammes et paraissent tous deux en excellente santé et normaux à tous égards. Le 10 août, il en est de même.

La possibilité, la probabilité même de lésions tuberculeuses pulmonaires chez notre malade ne doit pas faire douter de la nature sporotrichosique des lésions du membre supérieur. Rénon a signalé autrefois la possibilité de l'association de la tuberculose et de l'aspergillose, et récemment Gaucher et Monier-Vinard (1) ont publié l'observation d'un malade, tuberculeux pulmonaire avéré, qui présentait en outre des manifestations multiples de sporotrichose.

Dans notre cas nous pouvons affirmer que malgré des antécédents de tuberculose ganglionnaire du cou, malgré l'existence d'une tuberculose pulmonaire légère du sommet droit actuellement en activité, les lésions observées au niveau du membre supérieur relèvent uniquement de l'infection causée par le sporotrichum Beurmanni.

FORMULAIRE

ADMINISTRATION DU CHLORURE DE CALCIUM

Potion :

Chlorure de calcium pur.....	10 grammes.
Eau chloroformée........... }	ãã 30 cent. cubes.
Teinture d'écorces d'oranges. }	
Eau distillée.................	90 —

Potion :

Chlorure de calcium pur.....	10 grammes.
Sirop de menthe............	60 cent. cubes.
Eau distillée.................	90 —

Potion :

Chlorure de calcium pur.....	10 grammes.
Sirop d'écorces d'or. amères. }	ãã 30 cent. cubes.
Sirop de punch............ }	
Kirsch.....................	40 —
Eau distillée.................	50 —

Ces diverses potions renferment 1 gramme de chlorure de calcium par 15 cent. cubes, soit par cuillerée à soupe.

On peut encore simplement ajouter à du lait un peu de solution de chlorure de calcium.

Solution :

Chlorure de calcium pur.....	10 grammes.
Eau distillée................	300 cent. cubes.

Une cuillerée à soupe = 0g50 de chlorure de calcium. (*Province médicale.*)

ANALYSES

MEDECINE

Comparaison de l'élimination rénale pendant le jour et pendant la nuit. (Faugeron. Th. de Paris, 1907; A. Michalon, édit.) — *Dans la station horizontale* : *a.* un sujet normal élimine plus de bleu de méthylènele jour que la nuit; *b.* un sujet malade, même s'il a de la fièvre, élimine plus de bleu

(1) Gaucher. La sporotrichose, *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 67, p. 795.

le jour que la nuit si son cœur et ses reins sont normaux; *c.* un sujet dont le cœur ou les reins sont malades, élimine plus de bleu la nuit que le jour.

Sous l'influence de la station debout durant une partie de la journée : *a.* le sujet normal élimine plus de bleu la nuit que le jour; *b.* la prédominance reste nocturne chez le sujet porteur de lésions rénales ou cardio-vasculaires; mais la différence entre les phases diurne et nocturne est beaucoup plus marquée que dans la première période où le malade gardait la station horizontale.

En général le volume des urines éliminées varie de même que le bleu, mais d'une façon moins constante.

Le sens des résultats n'est modifié ni par la fièvre, ni par le régime alimentaire, ni par l'administration des médicaments.

Les résultats de la comparaison de l'élimination du bleu de méthylène pendant le jour et pendant la nuit n'ont pas varié pour chaque catégorie de sujets. Il est donc permis de dire que c'est un moyen d'exploration plus précis que la simple comparaison du volume des urines. L. GAYARD.

CHIRURGIE

Du traitement antitoxique du tétanos avec injections dans les nerfs. (E. KÜSTER. *Terapie der Gegenwart*, fév. 1907.) — L'auteur ayant eu l'occasion de traiter avec succès deux cas de tétanos par des injections d'antitoxine pratiquées dans les troncs nerveux, envisage rapidement la question du traitement du tétanos après avoir constaté que cinq cas seulement ont été traités comme les siens, et que sur ces cinq cas il ne s'est produit qu'une mort.

L'auteur constate que si la découverte de l'antitoxine du tétanos par Behring a diminué la mortalité d'environ 15 p. 100, elle est encore de 72 p. 100. L'emploi préventif de l'antitoxine a surtout pris de l'extension.

Dans les cas de tétanos, il faut distinguer des tétanos localisés et des tétanos généralisés se traduisant dans la règle par une contracture des masséters.

On sait aujourd'hui que le poison du bacille tétanique suit le trajet des nerfs et de leurs cylindre-axes, le bacille restant cantonné dans la plaie, aussi est-il indiqué de désinfecter d'abord la plaie par des cautérisations ou des lavages faits avec l'antitoxine, et de pratiquer des injections d'antitoxine dans les tissus voisins.

Les nerfs absorbent l'antitoxine aussi bien que le poison. On est ainsi conduit à pratiquer des injections d'antitoxine dans le tronc des nerfs ayant quelque rapport avec le territoire qu'occupe la plaie, on a pratiqué aussi des injections dans le canal médullaire sous la dure-mère ou même dans le ventricule latéral (Kocher).

Küster est d'avis que les injections dans les nerfs ou le canal rachidien sont les plus indiquées; il conseille les premières dans le cas de tétanos strictement localisé, et les secondes en même temps dès qu'il existe du trismus.

Quand il n'existe pas de signes localisés, il convient de recourir à l'injection rachidienne.

Dans les deux cas il ne faut pas craindre de renouveler les injections rachidiennes. Il convient de ne pas négliger les vieux remèdes adjuvants : narcotiques, repos, obscurité de la chambre (lumière bleue de préférence). P. VIOLLET.

De l'anastomose entéro-rectale par le procédé de la pince porte-bouton de Lardennois. (VERRIER. Th. de Paris, 1907; Jules Rousset, édit.) — Dans l'état actuel de la chirurgie, l'anus contre nature n'est plus qu'un pis aller.

En dehors des accidents d'occlusion aiguë, on doit remplacer la colostomie par l'anastomose intestinale qui laisse le malade dans des conditions physiologiques normales.

Lorsque les lésions siègent sur l'iliaque ou la partie supérieure du rectum, on peut encore éviter l'anus artificiel grâce à l'entéro-rectostomie.

Cette anastomose entéro-rectale ne peut être pratiquée habituellement par le procédé classique des sutures. Ou bien elle n'est pas véritablement entéro-rectale mais entéro-sigmoïdienne, ou bien elle devient trop délicate et trop périlleuse.

Par le procédé de la pince porte-bouton de Lardennois, elle est au contraire d'une exécution rapide simple et facile.

Elle a donné dans les observations publiées dans ce travail des résultats satisfaisants. L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Athérome aortique expérimental. Etat actuel de la question (1), par le docteur Lucien THÉVENOT, ex-interne des hôpitaux de Lyon, préparateur de médecine expérimentale.

Ce travail est une revue générale de la question accompagnée de recherches originales (40 animaux).

L'auteur étudie dans une première partie l'athérome produit par l'adrénaline (conditions, aspect des lésions, histologie, etc.). Dans une deuxième partie, il passe en revue l'influence de divers facteurs associés à l'adrénaline : grossesse, sécrétions génitales et thyroïdienne, fatigue, infections, splénectomies, lésions rénales, préparations iodées.

Enfin le troisième groupe de faits concerne l'athérome par la nicotine, le tabac, le plomb, l'ergotine, et les expériences tentées avec diverses substances; un court chapitre a trait à l'influence des lésions nerveuses.

Les recherches originales portent surtout sur l'action des sécrétions génitales; cette expérience comportait 4 lapins injectés avec de l'adrénaline seule, 6 châtrés et soumis aux mêmes injections, 5 ayant reçu une adrénaline mise en présence de spermine et d'ovarine. Or d'après ces recherches les sécrétions génitales sont sans influence sur la production d'athérome par l'adrénaline : la castration n'a pas d'action favorisante, les extraits de testicules et d'ovaires ne neutralisent pas *in vitro* cette substance chimique.

L'infection des lapins par le bacille d'Eberth a empêché le développement de l'athérome par l'adrénaline; de même la splénectomie pratiquée sur 2 animaux. La fatigue musculaire n'a facilité nettement la production des lésions que dans 1 cas sur 4.

L'extrait de viande en décomposition, injecté seul dans le sang, n'a pas produit d'athérome. L'ergotine a donné des lésions très légères.

Enfin au point de vue de l'athérome spontané chez le lapin, sur 18 animaux neutres ou soumis à des injections très variables, un seul, infecté depuis plusieurs mois par de la tuberculose atténuée, a montré de très légères altérations aortiques.

H. M.

(1) In-8 de 84 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Poinat.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'électricité médicale, par M. le docteur E. Castex, agrégé des facultés de médecine, professeur de physique médicale à l'Université de Rennes. Deuxième édition. Un vol. grand in-18 de VII-982 pages et 241 figures, cartonné. — Prix : 12 francs. — Paris, F.-R. de Rudeval, édit.

La ration alimentaire de l'enfant depuis sa naissance jusqu'à l'âge de deux ans, par MM. les docteurs Ch. Michel, ex-interne en pharmacie, lauréat des hôpitaux de Paris, et M. Perret, ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris (ouvrage couronné par la Société d'hygiène alimentaire). In-8 de 200 pages avec graphiques. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Berne, Interlaken, Mont-Rose. — Billets d'aller et retour à prix réduits valables 60 jours. — De Paris à ou vice-versâ : Berne, 1° via Dijon-les-Verrières, à l'aller et au retour, 2° via Dijon-les-Verrières à l'aller et via Delémont-Delle, Paris-Est, au retour : 1re classe, 100 francs ; 2e classe, 75 francs ; 3e classe, 50 francs (billets délivrés jusqu'au 15 octobre) ; — Interlaken (mêmes itinéraires que pour Berne) : 1re classe, 112 francs ; 2e classe, 83 francs ; 3e classe, 56 francs.

De Paris à Zermatt (sans réciprocité), via Dijon-Pontarlier-Lausanne : 1re classe, 137 francs ; 2e classe, 105 francs ; 3e classe, 69 francs (billets délivrés jusqu'au 15 octobre).

Les billets de Paris à Zermatt ne peuvent être utilisés que jusqu'au 31 octobre (le chemin de fer de Viège à Zermatt ne fonctionnant pas après cette date).

Arrêts facultatifs sur tout le parcours.

Billets simples de France en Espagne. — Les principales gares du réseau P.-L.-M. (Paris, Dijon, Lyon, Marseille, etc.) délivrent des billets directs simples pour Barcelone. Consultez le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M

N° 93. — JEUDI 15 ET SAMEDI 17 AOUT 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 15 ET SAMEDI 17 AOUT 1907. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Nous croyons devoir rappeler que le concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 15 mai 1908 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le lundi 16 septembre 1907, à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, jusqu'au samedi 31 août inclusivement.

PRIX FILLIOUX. — *Avis aux internes et externes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris.* — En conformité du legs fait à l'administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. En 1907, ces prix seront de 800 francs chacun.

Pour 1907, le concours sera ouvert le mardi 3 décembre.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (service du personnel), tous les jours, les dimanches exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 12 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le 12 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

MARINE. — M. le médecin de deuxième classe Alain a été promu médecin de première classe.

M. le médecin principal en retraite Le Méhauté a été nommé médecin principal dans la réserve de l'armée de mer.

M. le médecin de première classe démissionnaire La Folie a été nommé médecin de première classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Des concours pour les emplois suivants s'ouvriront respectivement à Toulon le 14 octobre 1907 et à Rochefort le 21 du même mois :

Concours de Toulon pour l'emploi de professeur d'histologie et de physiologie à l'Ecole annexe de médecine navale de Toulon.

Concours de Rochefort pour l'emploi de professeur d'anatomie à Rochefort, et pour celui de professeur de physique biologique à Brest.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le médecin-major des troupes coloniales Blin est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

IXe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. — Ce Congrès se réunira à Paris les lundi 14 octobre, mardi 15 octobre et mercredi 16 octobre 1907. La première séance aura lieu le lundi 14 octobre, à neuf heures, à la Faculté de médecine de Paris.

Le bureau du Congrès est ainsi composé : président, M. Debove (Paris); vice-présidents, MM. Teissier (Lyon) et Barth (Paris); secrétaire général, M. F. Bezançon (Paris); secrétaire général adjoint, M. V. Griffon (Paris); trésorier, M. J. Renault (Paris); trésorier adjoint, M. P. Masson, éditeur.

Rapports dont les sujets ont été fixés au précédent Congrès (Liége) : « Traitement de l'ulcère simple de l'estomac, » rapporteurs : MM. Linossier; Castaigne. — « Pathogénie et traitement du goitre exophtalmique, » rapporteurs : MM. Gilbert Ballet et Delherm; M. Sainton. — « L'hémophilie, » rapporteurs : MM. Carrière; Marcel Labbé.

Questions devant être discutées au Congrès : « Traitement chirurgical de l'ulcère simple de l'estomac. — La tuberculose pulmonaire est-elle d'origine aérienne ou d'origine intestinale ? — Les bacilles acido-résistants. — Action thérapeutique du radium. — La médication ionique. — La médication par le collargol. — Valeur thérapeutipue de la tuberculine. — Sérothérapie de la dysenterie. — Les sporotrichoses cutanées. »

Les souscriptions devront être envoyées à M. Masson,

éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe arrond.).

Tout ce qui concerne la partie scientifique ou administrative du Congrès devra être adressé à MM. Fernand Bezançon, 84, rue de Monceau, Paris; V. Griffon, 16, rue de l'Université, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur M. H.-Henryet de Launay (de Paris).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Cartes d'excursions individuelles ou de famille, dans le Dauphiné, la Savoie, le Jura, l'Auvergne et les Cévennes.* — Ces cartes sont délivrées jusqu'au 15 septembre, au départ de toutes les gares du réseau P.-L.-M.; elles donnent droit à la libre circulation, pendant quinze ou trente jours, dans certaines zones du réseau P.-L.-M., telles que le Dauphiné, la Savoie, le Jura, l'Auvergne, etc.

Pour plus de détails, consulter le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M. qui est mis en vente, au prix de 50 centimes dsns les gares, bureaux de ville et dans les bibliothèques des gares de la Compagnie, ou envoyé contre 70 centimes en timbres-poste, adressés au service de l'exploitation P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Relations entre Paris et Genève. — Train express de nuit entre Paris et Genève, composé de lits-salons, sleeping-car, première et deuxième classes à couloir avec lavabos et water-closets (voitures directes à lits salons, première et deuxième classes pour Évian, voiture directe première lcasse pour Divonne).

Aller : départ, Paris 9 h. 5 soir; arrivée, Genève 7 h. 21 matin, Évian 8 h. 39 matin, Divonne 9 h. 20 matin; dernier départ de Paris, le 4 octobre (nuit du 4 au 5).

Retour : départ, Divonne 5 h. 30 soir, Évian 7 h. 48 soir, Genève 8 h. 35 soir; arrivée, Paris 7 h. 35 matin; dernier départ pour Paris le 5 octobre (nuit du 5 au 6).

CONGRÈS FRANÇAIS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

DE LANGUE FRANÇAISE

XVIIe SESSION (GENÈVE-LAUSANNE, 1er-7 AOUT 1907)

PREMIÈRE QUESTION. — MÉDECINE LÉGALE

L'EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE ET LA QUESTION DE RESPONSABILITÉ

M. Gilbert Ballet, rapporteur.

Le mot responsabilité appliqué en matière criminelle ou n'a pas de sens, s'il n'est précisé par une épithète, ou ne peut signifier que responsabilité morale ou responsabilité sociale. Dans le premier cas, il suppose, de la part de celui qui l'emploie, une adhésion à la doctrine de la liberté morale et du libre arbitre, car on ne peut parler de responsabilité morale sans faire incursion dans le domaine métaphysique. Dans le second cas, il indique une interprétation du dommage causé à la société dans le passé ou susceptible d'être causé dans l'avenir. Le médecin sort encore ainsi de ses attributions et de sa compétence pour pénétrer sur le terrain juridique, quand il parle de responsabilité sociale ou pénale.

L'expert, appelé à donner son avis en vertu de l'article 64 du code pénal, doit éclairer la justice sur un fait d'ordre exclusivement médical et non sur la question de responsabilité. Il n'a pour mission que d'indiquer quel est l'état normal ou pathologique de l'inculpé et quel rôle cet état, s'il est pathologique, a pu jouer dans l'accomplissement de l'acte reproché.

C'est arbitrairement que magistrats et médecins, ont, contrairement à la lettre et à l'esprit de la loi, introduit dans les ordonnances, les jugements et les expertises médico-légales, la question de responsabilité. Cette manière de faire ne présente pas d'ordinaire, il est vrai, de gros inconvénients; par suite d'un consensus général en effet on est d'accord pour oublier ce qu'en fait signifient les mots responsable et irresponsable, et à considérer ces termes comme simplement synonymes des mots normal ou malade. Mais dans beaucoup d'autres elle peut entraîner des conséquences fâcheuses. Le législateur, en supposant arbitrairement qu'en dehors des aliénés dits irresponsables, il n'existe que des criminels punissables, contre lesquels la société est suffisamment protégée par l'application d'une peine proportionnée à la gravité de la faute, a méconnu l'existence d'un nombre considérable de délinquants qu'on n'est en droit de tenir ni pour des aliénés complètement irresponsables ni pour des sains d'esprit responsables. Ce sont ces délinquants que les médecins ont pris la fâcheuse habitude de considérer comme atteints de responsabilité atténuée.

Outre que cette expression n'a pas de signification médicale, elle a l'inconvénient d'entraîner comme sanction l'atténuation de la peine, la seule qu'elle paraisse logiquement comporter. Or un grand nombre de délinquants, dits à responsabilité atténuée, sont plus dangereux, au point de vue social, que beaucoup de criminels dits à responsabilité complète. La notion de leur nocuité, qui résulte de l'examen médical, ne peut pas, parce que médicale, être négligée par le médecin expert. Celui-ci dès lors ne sort pas de ses attributions en s'efforçant de faire ressortir devant les juges le degré de cette nocuité.

S'il n'a pas à s'immiscer directement dans la question d'application de la peine, l'expert doit s'abstenir pourtant de se servir, dans son rapport ou sa déposition, d'expressions, non prévues d'ailleurs par le code, qui seraient de nature à déterminer une pénalité qui aurait un double défaut : celui d'imprimer une marque infamante à un délinquant qui, s'il n'est pas un aliéné, est cependant un anormal qui relève de la pathologie ou du moins de la tératologie, et celui de protéger insuffisamment la société contre un délinquant redoutable. C'est une faute au point de vue de la défense sociale, de condamner ces anormaux à une peine atténuée, c'est-à-dire à une courte peine, car cela leur permet de reprendre bientôt la série de leurs méfaits. De cette façon on a fait à la fois de la mauvaise protection sociale et de la mauvaise justice.

L'usage abusif et contraire à la lettre du code que l'on fait aujourd'hui des mots responsable, irresponsable, à responsabilité atténuée, tient en partie au légitime désir qu'a le médecin expert de répondre à la question posée par les juges, dans la forme même où elle est posée.

Le médecin légiste aura rempli son mandat lorsque, chez un aliéné criminel, il aura démontré ou la nature pathologique des motifs d'action (c'est-à-dire que ces motifs répondent à une idée délirante, à une impulsion irrésistible ou à une hallucination), ou bien l'affaiblissement du jugement et de la mémoire, qui rend le dément incapable d'apprécier la valeur morale de ses actes.

Il nous paraît désirable à tous égards, que le médecin comprenne ainsi son mandat et que les magistrats comprennent ainsi le mandat du médecin.

Discussion.

M. Grasset. Le médecin est qualifié et est le seul qualifié pour éclairer les magistrats sur la responsabilité ou l'irresponsabilité d'un inculpé. On ne doit pas ici parler de responsabilité morale, car nul n'a le droit de demander à l'expert son opinion sur le libre arbitre ; on ne doit viser que la responsabilité physiologique, c'est un élément fondamental de la responsabilité sociale, le seul que l'expert peut apprécier. Le médecin dans son rapport a plus qu'à poser un diagnostic, il doit décider si l'inculpé non seulement était dans un état physiologique ou non, mais s'il était capable de résister aux mobiles de l'action.

La responsabilité dans ce sens correspond à la normalité des neurones, c'est l'acception médicale du mot. Cette responsabilité médicale ne suffit pas au

magistrat pour établir la responsabilité sociale, mais elle lui est nécessaire, elle est le contingent que doit lui apporter l'expert.

De même qu'il y a des degrés dans la maladie, de même il y a des degrés dans la responsabilité médicale. Si ce dosage est délicat, il doit cependant être tenté, et seul le médecin-expert est capable de le faire. Pour ces difficultés il ne faut donc pas supprimer la notion de responsabilité atténuée. La décision médicale n'entraîne pas nécessairement le verdict du jury, mais elle doit être une indication pour le traitement et les mesures à ordonner vis-à-vis de l'inculpé. La société doit se protéger, elle ne peut le faire avec la même méthode vis-à-vis des différents individus; elle doit aussi soigner ses malades psychiques comme les autres malades.

Le mot responsabilité n'est prononcé nulle part dans la loi, comme le remarque si justement M. Ballet, il me paraît désirable qu'on l'y introduise; il serait pris dans le sens de responsabilité médicale. Il appartient aux médecins de faire ressortir cette lacune et de proposer cette modification.

M. Giraud (de Saint-Yon). L'expert n'est pas en droit de supprimer la notion de responsabilité, car elle est la base de toute notre organisation actuelle. Si elle n'est pas écrite dans le code criminel, elle existe dans le code civil. La jurisprudence est unanime à reconnaître que les personnes atteintes de folie ne sont pas responsables des dommages qu'ils causent. On sait les inconvénients qui résultent de l'application de courtes peines à des délinquants dont on déclare la responsabilité atténuée. Il ne suffira pas pour faire cesser ces inconvénients que les experts cessent de prononcer le mot de responsabilité. Il faut provoquer une réforme dans la législation. L'expert peut sans inconvénient prononcer le mot responsable ou irresponsable, pourvu qu'il s'attache à la précision du diagnostic et que ses déclarations sur la responsabilité ne soient que le corollaire de son diagnostic médical.

M. Francotte (de Liège). Le code pénal belge, pas plus que le code pénal français, ne parle de reponsabilité pénale, mais parle d'actes punissables; la punissabilité c'est la responsabilité telle que la présente le code.

Elle peut être amoindrie et, pour pallier aux inconvénients qu'a souvent en pratique la notion de responsabilité atténuée, l'expert doit ajouter que dans l'intérêt social il y a lieu d'appliquer à l'inculpé un traitement médical. Le médecin doit ainsi indiquer les réformes qu'il y a lieu d'introduire dans la loi.

M. Joffroy. Le rôle de l'expert est un rôle médical, il consiste essentiellement à poser un diagnostic, à montrer que le sujet est un individu normal, malade ou un demi-malade contre lequel il faut prendre des précautions.

Pour ce dernier, il ne faut pas des peines restreintes, mais des peines spéciales, adaptées à son état psychique.

Il existe toute une catégorie de malades pour lesquels la question de responsabilité n'a pas été posée. Ce sont ceux qui, pendant un temps plus ou moins long, présentent des modifications du caractère et du sens moral, et qui évoluent ultérieurement comme des déments précoces. On peut chez ces malades décrire toute une période médico-légale analogue à celle qui est bien connue aux premières phases de la paralysie générale.

M. Régis (de Bordeaux). Le médecin-expert n'a pas rempli toute sa mission quand il a posé un diagnostic médical; il doit dire si le prévenu est capable de répondre de son action entièrement ou partiellement; il lui faut indiquer les conséquences pratiques de ce diagnostic. On peut à ce propos établir un parallèle entre l'expertise psychiatrique et celle de l'accident du travail, car il y a analogie entre la capacité physique et la capacité mentale. Le diagnostic ne peut suffire, il faut une déduction médico-légale, il faut l'évaluation du dommage causé. La notion de responsabilité, telle que nous la comprenons aujourd'hui, est la conséquence du diagnostic, elle est le lien indispensable entre celui-ci et la sanction du juge. Il n'est pas nécessaire de s'en tenir au mot responsabilité, on peut en prendre un meilleur. Mais dans les cas dits à responsabilité atténuée le mot importe peu, car l'embarras du magistrat sera le même pour l'application de la peine. La lacune vient de la loi qui n'a pas précisé les peines pour ces cas intermédiaires. Le médecin doit faire connaître ces états pathologiques et contribuer ainsi à préparer des solutions nouvelles pour ces difficultés.

M. Bard (de Genève). Il me paraît indispensable que le médecin reste sur son terrain et, qu'au lieu de parler de responsabilité, il se contente de montrer le degré de discernement de l'inculpé. Si le mot responsabilité a de si graves défauts dans la pratique pourquoi ne pas lui préférer celui de discernement ou de capacité mentale? L'expert doit montrer si dans la détermination de son acte l'inculpé a pu être influencé par la crainte de la peine. Cette crainte est salutaire pour la société; elle doit être développée, non par l'atténuation, si regrettable et si fréquente en pratique, mais par l'aggravation des mesures à prendre vis-à-vis de ces demi-aliénés à faible degré de discernement et si dangereux pour l'ordre social.

M. Bernheim (de Nancy). Il serait souvent prudent de ne pas prononcer le mot responsabilité, car c'est soulever un problème que les cas particuliers ne donnent pas les moyens de résoudre. Dans bien des cas d'aliénation subite et temporaire, sous l'influence d'une exaltation passionnelle par exemple, je ne pourrais dire si l'individu était dans la possibilité de résister à l'impulsion qui l'a fait agir.

M. Vallon (de Paris). Le terme de responsabilité doit toujours pour l'expert être pris dans le sens de responsabilité pénale, le seul que vise l'article 64 du Code pénal. On a fait avec raison ressortir les inconvénients qu'a trop souvent en pratique la responsabilité atténuée, mais on n'a visé qu'une classe de sujets dangereux et anti-sociaux; il en est d'autres au contraire pour lesquels cette notion est des plus favorables. Les circonstances atténuantes existant dans le code, pourquoi le médecin, bien placé pour

les apprécier, ne pourrait-il les discuter dans son rapport?

M. Gilbert Ballet. Il n'appartient pas au médecin-expert de se substituer au magistrat dans la décision de la mesure à appliquer à un prévenu; mais je ne prétends pas que l'expert a rempli toute sa tâche quand il a posé un diagnostic, il doit encore éclairer le jury sur les conséquences de ce diagnostic, et, s'il est questionné, il peut indiquer quelle mesure est plus favorable à prendre pour le sujet et pour la société.

Donc le mot responsabilité est inutile et pourquoi dès lors s'efforcer de lui substituer un synonyme dont nous pouvons ainsi nous passer?

A la suite de son rapport, M. Gilbert Ballet propose le vœu suivant :

« Le Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française réuni à Genève et Lausanne,

Considérant :

1° Que l'article 64 du Code pénal, en vertu duquel les experts sont commis pour examiner les délinquants ou inculpés suspectés de troubles mentaux, dit simplement qu'il n'y a ni crime, ni délit lorsque le prévenu était en démence au moment de l'action; que le mot responsabilité n'y est pas écrit;

2° Que les questions de responsabilité, qu'il s'agisse de la responsabilité morale ou de la responsabilité sociale, sont d'ordre métaphysique ou juridique, non d'ordre médical;

3° Que le médecin seul compétent pour se prononcer sur la réalité et la nature des troubles mentaux chez les inculpés, et sur le rôle que ces troubles ont pu jouer sur les déterminations et les actes desdits inculpés, n'a pas à connaître de ces questions;

Emet le vœu :

Que les magistrats dans leurs ordonnances, leurs jugements ou leurs arrêts s'en tiennent au texte de l'article 64 du Code pénal et ne demandent pas au médecin-expert de résoudre lesdites questions qui excèdent sa compétence. »

Ce vœu est adopté.

DEUXIÈME QUESTION

LES PSYCHOSES PÉRIODIQUES

M. A. Antheaume (de Paris), rapporteur.

Les auteurs sont actuellement unanimes à réserver dans la nosographie mentale une place à part aux psychoses dites périodiques; où l'accord cesse d'exister, c'est quand il s'agit de procéder à l'exacte délimitation de ce groupe psychopathique.

Faut-il entendre par psychoses périodiques tous les troubles mentaux qui se répètent suivant une périodicité plus ou moins régulière, ou au contraire les seuls syndromes si bien analysés par Baillarger et par Falret? Doit-on englober sous cette dénomination tous les états psychopathiques groupés par Magnan dans sa remarquable synthèse de la folie intermittente? C'est la conception française de la folie périodique, dans laquelle n'entrent point la manie et la mélancolie simples, idiopathiques, non récidivantes, qui demeurent l'une et l'autre des entités au même titre que la folie intermittente. Ou bien ne convient-il pas de rattacher, avec Kræpelin et ses disciples, tous les cas de manie et de mélancolie simples à la folie périodique, d'étendre le champ de celle-ci et de lui attribuer le vaste domaine de la folie maniaque-dépressive?

Dans la première conception les symptômes de l'accès de manie ou de mélancolie de la folie périodique ne sont pas décrits comme absolument semblables à ceux des accès de manie ou de mélancolie simples. Cependant ils ne s'en distinguent que par des nuances parfois si indécises que certains auteurs ne leur accordent aucune valeur. Le début est le plus souvent brusque, bien que parfois on note un signal-symptom qui avertit de l'imminence de l'accès. La dépression et l'excitation sont atténuées; les malades sont généralement lucides, bien orientés; les idées délirantes, la stupeur, la surexcitation sont rares : « C'est, ainsi que le dit J.-P. Falret, le fonds de la manie et de la mélancolie sans leur relief. » Les périodiques sont particulièrement malveillants; ils s'affublent volontiers de costumes étranges et collectionnent toutes sortes d'objets, etc.

L'évolution des accès est tout à fait caractéristique. Les accès isolés affectent une périodicité plus ou moins régulière, et généralement sont identiques entre eux; les accès conjugués s'associent suivant divers modes qui permettent de décrire la folie à double forme, la folie circulaire, la folie alterne. Entre les accès, les auteurs français admettent généralement un intervalle lucide au sens strict du mot. Cependant, au fur et à mesure que la maladie progresse, l'intervalle lucide devient de plus en plus court et de moins en moins complet.

La terminaison par la démence n'est que le fait de complications. La maladie évolue en une succession d'accès maniaques ou mélancoliques. Certains de ces accès sont peu accentués et ne nécessitent pas l'internement.

Le diagnostic de l'accès de la folie périodique doit être fait avec l'accès de manie et de mélancolie simples, avec les accès d'excitation ou de dépression des dégénérés, des confus, des neurasthéniques, des hystériques, des épileptiques, des paralytiques généraux.

La conception de la folie maniaque-dépressive repose sur le trépied de la psychologie, de la symptomatologie et de l'évolution. A la base de leur synthèse hardie, Kræpelin et son école ont placé une profonde étude psychologique qui leur a permis de montrer que la manie et la mélancolie, loin d'être des états contraires, comme on le croyait généralement, sont des états homologues, caractérisés l'un et l'autre par la diminution de l'attention volontaire, le ralentissement de l'association des idées, l'insuffisance des perceptions et l'exaltation de l'automatisme psychique. La paralysie des facultés supérieures existe dans la manie comme dans la mélancolie, mais dans la première les facultés psychiques

automatiques sont exaltées, tandis qu'elles sont inhibées, comme les supérieures, dans la mélancolie.

D'autre part il n'y a pas de manie et de mélancolie simples : en effet leurs symptômes sont semblables à ceux de la manie et de la mélancolie périodiques; à des degrés divers, elles récidivent toujours ; les accès ne sont jamais uniquement maniaques ou mélancoliques, mais toujours à double forme ; enfin des malades présentent à la fois des symptômes de manie et de mélancolie, des « états mixtes ».

On peut donc, avec Deny et Camus, définir la folie maniaque-dépressive « une psychose constitutionnelle, essentiellement héréditaire, caractérisée par la répétition, l'alternance, la juxtaposition ou la coexistence d'états d'excitation et de dépression ». Cette conception a soulevé diverses objections, qui ne paraissent pas essentielles; elle a par contre rallié un grand nombre d'adeptes; elle semble gagner chaque jour du terrain; elle permet de se faire de la folie périodique une idée plus juste et plus séduisante. La description des états mixtes a enrichi notablement la symptomatologie de cette psychose. Ces états mixtes se rencontrent principalement au moment du passage d'un état mélancolique à un état maniaque ou inversement; ils peuvent encore se montrer à l'état isolé et constituer tout l'accès du malade. Dans ces états, les symptômes jusqu'ici rapportés à la manie et à la mélancolie se mélangent intimement, démontrant, comme l'écrit Ballet, « la commune origine et la nature identique de phénomènes en apparence opposés, c'est-à-dire de l'excitation et de la dépression. »

Presque toujours héréditaire cette affection se manifeste surtout chez la femme après la puberté et parfois, d'après Kræpelin, prend une grande importance au moment de l'involution présénile.

Entre les accès on peut observer des intervalles lucides, où le sujet est redevenu normal, mais presque toujours on y retrouve certains phénomènes anormaux permanents, tels que la dépression de l'énergie psychique, l'irritabilité anormale et une moindre résistance aux impulsions instinctives. Ces symptômes justifient au point de vue de l'évolution et du pronostic cette formule d'apparence paradoxale : « Les accès passent, mais la maladie reste. »

Le diagnostic différentiel particulièrement délicat est celui des accès d'excitation et de dépression de la démence précoce. Le diagnostic des états mixtes peut être aussi très difficile.

L'anatomie pathologique et la pathogénie de cette affection sont encore incertaines.

Les différentes formes de la folie périodique et de la folie maniaque dépressive ne relèvent jusqu'ici que du seul traitement symptomatique.

Au point de vue médico-légal, l'étude de cette psychose est des plus importantes. Les difficultés abondent en cette matière et selon la juste remarque de J. Falret : « La médecine légale de cette affection sera toujours l'une des plus difficiles de la pathologie mentale, à cause des fréquentes variations d'état chez le même individu d'un moment à l'autre, à cause des intervalles lucides plus ou moins complets ou plus ou moins prolongés, à cause de la difficulté de distinguer l'intervalle lucide vrai de la simple rémission et surtout à cause du séjour habituel de ces malades dans le monde et dans la famille et non dans les asiles d'aliénés. »

Discussion.

M. Régis. Je tiens à m'élever contre la synthèse nouvelle des psychoses périodiques réalisée par l'école de Kræpelin et à montrer qu'elle répond beaucoup moins à la réalité des faits que l'ancienne conception française. On a dit que la manie et la mélancolie simples n'existent pas à l'état d'entités cliniques parce que leurs symptômes se confondent avec ceux des accès similaires de la folie périodique ; mais de ce que celle-ci est composée de l'union de deux états simples, cela ne supprime pas l'individualité de chacun de ces éléments fondamentaux. On a nié l'intermittence vraie dans ces psychoses, on ne leur a accordé que des rémittences. Je crois que l'intermittence existe au contraire fréquemment avec retour complet à la santé. On a proclamé la constance des récidives ; je crois, contrairement à cette opinion, que les accès de manie et de mélancolie isolés, n'ayant pas récidivé sont plus nombreux que ceux qui récidivent. Dans une statistique faite à Bordeaux et portant sur une période de vingt-cinq ans je trouve sur 181 malades : 48 maniaques simples et 86 mélancoliques simples sans récidive, soit 74 p. 100, alors qu'il n'y est rentré que 47 cas de manie et de mélancolie récidivées, soit 26 p. 100 seulement.

La notion des états mixtes que Kræpelin et ses disciples ont voulu introduire dans les psychoses périodiques est d'une complexité beaucoup trop grande, elle n'offre point la clarté de la conception française. Ce ne sont pas les symptômes fondamentaux de l'un et de l'autre état qui s'associent, c'est simplement une agitation spéciale qui peut accompagner la mélancolie, de même qu'à certains moments, de la dépression peut survenir dans l'accès de manie. Les vrais états mixtes se rencontrent dans la paralysie générale et non dans la folie périodique. Sans doute la manie et la mélancolie ont la même origine et le même fondement pathologique, sans doute l'automatisme y joue le rôle principal, mais le ton affectif y est opposé et ce sont deux expressions contraires et irréductibles.

M. Gilbert Ballet. La conception de la psychose maniaque-dépressive ne doit pas, comme certains le redoutent, bouleverser la psychiatrie, elle ne fait que préciser certains points de la question. Si je me suis rallié sur certains côtés à la doctrine de Kræpelin, je ne suis cependant pas un orthodoxe et je me permettrai certaines critiques. Le terme de folie est d'une manière générale mauvais, c'est un mot qui devrait être banni du langage médical et remplacé par celui de psychose. Dans le cas particulier il s'applique mal aux psychoses périodiques, dont la plupart sont des formes légères et ne nécessitent pas l'internement. Toutes les formes décrites par les anciens auteurs sous les noms de : alternes, circulaires, à double forme, etc., appartiennent à une même entité morbide, dont le caractère commun est la périodicité, aussi la dénomination la meilleure, à

mon avis, est celle de psychose périodique, au singulier. Je suis surpris de la statistique que nous a communiquée M. Régis, car je pense au contraire que les accès isolés sont l'exception et que les récidives sont bien plus fréquentes. Admettre l'intermittence, c'est admettre le retour complet à la normale; or, rien n'est plus difficile à affirmer, surtout dans les formes légères qui sont les plus fréquentes. Je crois qu'il existe des états mixtes qu'on ne peut actuellement classer dans l'un ou l'autre état maniaque ou mélancolique, mais cela ne veut pas dire qu'on ne puisse un jour parvenir à le faire.

M. Vallon. Dans la psychose périodique, les formes légères me paraissent les plus fréquentes; il est nombre de malades qui ne sont jamais internés, il en est d'autres qui ne le sont que pour certains seulement de leurs accès. Quand l'accès se modifie, qu'il n'est plus identique aux accès antérieurs, c'est un indice de transformation de la maladie, la folie périodique devient une folie continue.

M. Pailhas (d'Albi). La périodicité est une loi générale, cosmique et biologique. Dans les phénomènes psychiques, elle dérive de l'automatisme et lui semble proportionnelle. En psychiatrie l'alternance me paraît être un caractère beaucoup trop compréhensif pour permettre de particulariser une entité psychopathique quelconque. On ne pourrait parler de psychose maniaque dépressive, qu'en la distinguant par un qualificatif, autrement spécifique que l'alternance, de toutes les autres espèces vésaniques où il y a des alternatives d'excitation et de dépression. En ce but, on pourrait, par exemple, la désigner sous le vocable de folie maniaco-dépressive simple, ce qui la différencierait des états d'excitation ou de dépression démentiels, paralytiques, épileptiques, hystériques, etc.

M. Deny. La conception de la psychose maniaque dépressive est la seule qui cadre avec les faits d'observation clinique. Sans doute sa dénomination, on peut le lui reprocher, n'est pas élégante et est un peu longue, mais elle est la seule qui ait l'immense avantage d'indiquer les éléments cliniques et fondamentaux de l'affection. Le terme de périodique, outre son défaut d'être incomplet, est encore inexact, car il impliquerait une reproduction à date fixe des accès, or on sait que ceux-ci ne sont pas toujours réguliers dans leur apparition.

Si l'on étudie très attentivement les sujets dans l'intervalle des accès, on peut se convaincre qu'ils ne sont jamais absolument normaux; ils présentent toujours un certain déséquilibre et une irritabilité particulière. Ceci doit faire conclure que l'intermittence vraie, complète, si elle peut être admise pour certains au point de vue de la pratique médico-légale, doit en nosologie être considérée comme inexistante.

MM. Dupré et Nathan apportent, sous le nom de *circularisme et génie musical*, les résultats de deux observations de folies périodiques légères chez deux musiciens célèbres, Schumann et Hugo Wolff.

Dans les deux cas le diagnostic est incontestable; le premier eut six accès maniaques, le second quatre accès avec quelques crises mélancoliques.

Les périodes de surproductivité musicale correspondent toujours aux phases d'excitation. Entre les crises sont de longues périodes d'inactivité et de silence musical absolu. Ces deux observations sont intéressantes à rapprocher, à cause de l'analogie des effets de la psychose périodique sur le génie de ces deux musiciens, tous deux morts d'une affection organique du cerveau, d'ailleurs étrangère à la folie intermittente. L'un aurait présenté à l'autopsie une encéphalopathie diffuse chronique de nature mal déterminée, l'autre des lésions indiscutables de paralysie générale.

TROISIÈME QUESTION

DÉFINITION ET NATURE DE L'HYSTÉRIE

M. Claude (de Paris), rapporteur.

Nous ne possédons pas un critérium permettant de définir l'hystérie ou du moins nous croyons pouvoir rejeter ceux qu'on nous a proposés parce qu'ils ne reposent que sur des affirmations et ne s'inspirent pas d'une conception rigoureusement scientifique de la nature de l'hystérie. Les diverses doctrines qui ont la prétention de nous fournir les indications que nous cherchons sur le mécanisme des phénomènes ont, en général, le défaut d'être des systèmes trop étroits, dans lesquels les auteurs ne sont arrivés à faire rentrer un certain nombre de manifestations de l'hystérie, apparaissant réunis par une loi commune, qu'en sacrifiant celles qui ne répondaient pas à leur définition. Mais ce qui montre combien ces théories sont fragiles, c'est qu'elles sont restées pour la plupart en quelque sorte le monopole d'une école; ceux qui les avaient conçues, continuant leurs recherches en restant fidèles à la manière de voir qu'ils avaient adoptée, l'illustrant dans chaque publication de faits qu'ils croyaient d'autant plus démonstratifs qu'ils étaient portés naturellement à les interpréter d'une certaine façon, et c'est ainsi que nous avons eu l'hystérie suivant Sollier, suivant Babinski, suivant Charcot, suivant Bernheim, pour ne pas dire suivant chaque auteur, et, malgré la forte impulsion donnée par quelques-uns à l'évolution des idées, nous discutons encore aujourd'hui la nature de l'hystérie.

En présence de ces tentatives infructueuses, faites pour limiter d'une façon rationnelle le domaine de l'hystérie, nous ne devons pas cependant abandonner cette tâche ingrate et renoncer à établir la définition d'un état morbide, dont nos devanciers ne nous ont pas paru, pour des raisons différentes, avoir réussi à fixer les caractères propres. Il nous paraît nécessaire, avant de tenter de définir l'hystérie, de rechercher si nous possédons des éléments d'appréciation de la nature de cet état morbide suffisants pour le caractériser. Nous pourrons avancer dans ces connaissances, si nous savons faire notre profit de certains faits d'observation clinique bien établis qui éclairent d'un jour nouveau la symptomatologie de l'hystérie, de l'analyse des actes psychiques dégagés de toute conception théorique relative à leur mécanisme, et si nous savons laisser la psychologie et la physiologie dans leur domaine respectif en ne leur demandant pas de s'unir trop étroitement pour

interpréter les faits. L'histoire de l'hystérie, dégagée autrefois des interventions miraculeuses et des mystères de l'occultisme, doit être revisée aujourd'hui avec le souci de rejeter toute observation non contrôlée avec les moyens d'investigation scientifique que nous possédons actuellement. On fera table rase ainsi d'une foule de symptômes qui encombrent la pathologie et seraient souvent mieux à leur place dans les annales de la simulation.

L'observation clinique nous montre qu'il existe une catégorie d'individus qui, dès l'enfance, présentent les manifestations de cet état du système nerveux qu'on peut appeler le nervosisme. Cet état, ordinairement héréditaire, parfois engendré par une mauvaise hygiène, un traumatisme, une maladie grave, est caractérisé par un défaut de régulation dans les processus réflexes qui interviennent dans les fonctions organiques et les fonctions psychiques ou qui mettent en rapport celles-ci avec celles-là. En ce qui concerne les fonctions organiques, cet état se révèle par des réactions excessives, non appropriées à la cause qui les a provoquées, et se traduit par l'exagération ou la suppression des phénomènes physiologiques du domaine de la motilité, de la sensibilité, de la circulation, des sécrétions, etc.

Au point de vue psychique, le nervosisme se manifestera soit par l'exagération de l'émotivité, de la réceptivité sensitivo-sensorielle, soit par l'apathie, l'indifférence etc. Dans la série des actes réflexes qui réunissent les fonctions organiques aux fonctions psychiques, il est facile de mettre en évidence, le même trouble des réactions qui seront exprimées par l'exagération ou la diminution de la fonction. C'est sur ce terrain si favorable que germeront les névroses et notamment l'hystérie.

Les attributs du nervosisme, l'hystérique les conserve; bien plus, il les amplifie et les transforme.

L'hystérique tient de son état constitutionnel, que nous avons appelé le nervosisme, une hyperesthésie sensitivo-sensorielle qui a comme conséquence de créer dans l'esprit du sujet une tendance à la désagrégation des états psychiques, conséquence directe de la multitude ou de l'intensité des sensations que la conscience est dans l'obligation de sélectionner pour les fixer. Certaines impressions ou sensations, ainsi mises en quelque sorte en pleine lumière, prennent une importance énorme, accaparent pour elles seules l'activité réflexe, et, sur ce terrain de nervosisme, donnent lieu à des réactions exagérées.

Une série de sensations correctrices, d'ordre psychique, moteur, sensitif, tactile, musculaire, articulaire ou autre, n'étant plus à la disposition du sujet, parce qu'elles ne sont plus perçues, peu importe le mécanisme invoqué, il en résulte que celles qui sont nettement enregistrées prennent une force, une ampleur, un relief exagérés et deviennent ainsi pathologiques.

L'hystérie est-elle une diathèse, comme l'a avancé Bernheim? Si l'on donne à ce mot le sens que lui assigne le professeur Bouchard, l'hystérie peut-elle être regardée comme une disposition morbide aux maladies, dépendant d'un trouble préalable de la nutrition? Certains auteurs ont admis l'existence du ralentissement de la nutrition chez l'hystérique; leurs travaux ne m'ont pas paru confirmés par les recherches récentes; de mon côté, il m'a semblé que le trouble le plus caractéristique de la nutrition dans cette affection était la variabilité entre des limites anormales, excessives, du coefficient d'utilisation azotée, indiquant une sorte de déséquilibration dans le métabolisme de la matière albuminoïde. Mais j'estime que cette question réclame de nouvelles recherches et que nous ne pouvons pas affirmer, d'une façon précise, quelle est la perturbation de l'économie qui caractérise la nature intime de l'hystérie. La plupart des troubles viscéraux, vaso-moteurs et trophiques que l'on a attribués à l'hystérie, ne seront pas rejetés, d'après cette conception, hors de son domaine, à la condition que la nature de chacun de ces phénomènes soit confirmée en clinique par un diagnostic différentiel raisonné. Ce diagnostic différentiel, comme pour tous les problèmes cliniques que nous avons à résoudre, nous ne l'établirons que par une enquête soigneuse écartant la fraude, par la comparaison avec les états pathologiques similaires d'origine organique et par la valeur que nous attribuerons à l'existence ou à l'absence de tels caractères.

Dans l'ensemble des symptômes, je pense que chez les hystériques, vierges de toute suggestion médicale, on doit distinguer ceux qui relèvent du nervosisme originel et ceux qui sont l'expression de l'hystérie.

La sensation de boule, l'hyperesthésie de certaines parties des téguments, l'hypoalgésie, le dermographisme, etc., rentreraient par exemple dans le premier groupe; le second groupe est constitué par toute la série des manifestations variées, que l'on peut faire apparaître expérimentalement ou guérir chez l'hystérique par suggestion.

L'hystérie peut donc être considérée comme une diathèse prenant, en général, son origine dans un état constitutionnel du système nerveux, le nervosisme, caractérisé par un défaut de régulation dans les processus réflexes élémentaires, psychiques ou organiques.

Elle tire son caractère propre de la faculté qu'acquiert le sujet d'isoler, d'une façon consciente ou inconsciente, certaines perceptions ou aperceptions, et de leur laisser prendre, pendant un temps plus ou moins long, en dehors de l'activité psychique supérieure, une importance telle, qu'elles exercent une action dynamogénique considérable sur certaines fonctions, et cela grâce à la modification primitive des processus réflexes, et aux dépens d'autres perceptions ou aperceptions laissées dans l'ombre. Comme corollaire de cette définition, nous comprenons qu'il soit possible, par suggestion ou persuasion, de faire disparaître tel trouble ou de rétablir telle fonction perdue. En effet par l'intervention de la persuasion nous rendons un certain équilibre à cet état psychique troublé; toutefois, si la perturbation a pris son origine dans une lésion organique persistante ou dans un sentiment affectif ou autre profondément implanté, la psychothérapie restera, il faut bien le savoir, souvent sans efficacité.

M. Schnyder (de Berne), co-rapporteur.

Tous les efforts tentés jusqu'ici pour faire rentrer les innombrables troubles qualifiés d'hystériques dans le cadre d'une entité morbide, ont été infructueux. L'hystérie considérée de la sorte apparaît comme un protée gigantesque et échappe à toute définition. Cherchant à définir l'hystérie par la description de ses manifestations, les auteurs ont dû renoncer à cette tentative qui les eût amenés à englober toute la symptomatologie des maladies nerveuses dans leur définition. De plus en plus se manifeste aujourd'hui la tendance à *refuser à l'hystérie les caractères d'une entité* pour en faire une modalité des altérations psychiques comprises sous le nom de psychonévroses. Cette tendance se reflète dans la définition de Babinski, dans celle de Crocq, dans les idées émises à ce sujet par Dubois et par Bernheim.

Les états hystériques dérivent par des transitions insensibles de la mentalité ordinaire.

La modification hystérique de la mentalité est constituée par l'*exagération et la perversion de réactions physiques et psycho-physiques* qu'on rencontre chez l'individu normal. Je mentionnerai, en particulier, les réactions émotionnelles et les manifestations de la suggestibilité. Nous avons pu retrouver dans la mentalité de l'enfant la base de toutes les manifestations hystériques et parler d'une hystérie infantile physiologique. L'hystérie, chez l'adulte, est étroitement liée à certaines conditions psychiques qui représentent, en somme, une régression de la mentalité vers le type infantile, caractérisé surtout par un défaut de jugement logique. Par ce défaut initial, l'hystérique est entraîné dans un système d'auto-suggestions qui finissent par troubler profondément sa personnalité.

On sait l'importance des causes morales pour le développement des états hystériques. On peut, à ce point de vue, considérer l'hystérie comme un mode de réaction anormal de l'individu à l'égard des exigences de la vie, et une conséquence fréquente des entraves que l'ordre moral et social apporte à l'expression des tendances naturelles de l'homme.

L'hystérie est une *maladie d'évolution de l'esprit humain*, la maladie des individus jeunes, comme celle de l'enfance de l'humanité. Elle se rencontre aussi chez les individus appartenant aux populations rurales ou au prolétariat ouvrier, chez des êtres à mentalité simple et naïve, transportés dans des conditions d'existence nouvelles, auxquelles ils ne s'adaptent que difficilement. Elle traduit une insuffisance mentale par rapport aux conditions dans lesquelles l'individu est appelé à vivre.

A côté cependant de l'hystérie *évolutive et dégénérative*, il est permis aussi de parler d'une hystérie *symptomatique* d'altérations cérébrales organiques (syphilis cérébrale, tumeurs, etc.).

L'étude historique de l'hystérie permet d'affirmer que certaines formes ont diminué de fréquence à la suite des progrès de la civilisation. Ce sont tout d'abord les hystéries collectives affectant toute une population, telles qu'on les a décrites au moyen âge, sous le nom d'épidémies saltatoires, puis les formes individuelles ressortissant au mysticisme religieux, à la croyance aux esprits, aux démons. L'hystérie de nos jours est encore l'apanage des mentalités primitives, comme celle de l'enfant; elle constituera longtemps encore la manifestation morbide de choix de la mentalité féminine plus soumise que celle de l'homme aux influences conservatrices.

Par contre, l'hystérie, à titre de manifestation individuelle, n'est pas près de disparaître, car il serait téméraire d'espérer que les facultés de logique et de critique raisonnable domineront de sitôt l'activité psychique de l'homme, dont la raison, trop souvent défaillante, est loin d'être affranchie de toutes les erreurs et de toutes les superstitions du passé. La cause essentielle est l'absence ou l'insuffisance d'éducation morale de l'enfant et de l'adulte.

Nous arrivons ainsi, on le voit, à une *conception morale de l'hystérie*, ce qui nous semble la terminaison logique d'une étude qui a pour objet les manifestations pathologiques de l'esprit les plus intimement liées à la personnalité morale de l'homme.

Si la psychologie est absolument indispensable pour l'analyse du mécanisme des phénomènes hystériques, elle ne peut, à elle seule, résoudre le problème complexe des origines de la modification hystérique de la mentalité. A notre avis, toute conception psychologique de l'hystérie devra s'associer à une conception morale de celle-ci. C'est surtout de cette conception morale que devra s'inspirer tout traitement rationnel de l'hystérie, comme l'a indiqué si éloquemment Dubois en préconisant pour les psychonévroses un *traitement moral* dans le sens le plus élevé de ce mot. L'analyse psychologique seule, quelque précieuse qu'elle soit, ne saurait aboutir, au point de vue thérapeutique qu'à des résultats partiels, à la suppression de tel ou tel symptôme. Pour atteindre l'hystérie dans son origine même, il faut pénétrer plus profondément dans la personnalité du malade, il faut l'aider à reconstituer sa synthèse mentale sur les bases d'une bonne logique, refaire son éducation morale, tâche compliquée, souvent ardue, mais vrai traitement de l'âme qu'aucun médecin ne saurait plus répudier aujourd'hui.

Discussion.

M. Raymond. On peut, comme le fait M. Claude, parler de diathèse propre aux hystériques, mais en spécifiant que celle-ci se distingue des autres états rangés sous ce vocable, en ce qu'elle guérit le plus souvent et radicalement. Il en est ainsi lorsque les circonstances qui l'ont conditionnée, qui ont fait éclater telles ou telles des manifestations qui la caractérisent, n'existent plus. A ce point de vue, on ne s'est pas assez préoccupé de savoir ce que deviennent les hystériques au bout de quinze, vingt, trente ans et plus. Or je connais nombre de ces malades, grandes hystériques pendant quelques mois ou quelques années, qui n'ont jamais eu de rechutes.

Au sujet des manifestations les plus discutées de l'hystérie, troubles vaso-moteurs, éruptions diverses, pemphigus, troubles trophiques, je persiste à penser que ces symptômes appartiennent bien à l'hystérie.

J'ai eu l'occasion d'en observer des exemples des plus démonstratifs. Je mentionnerai notamment que la malade, à propos de laquelle s'était engagée récemment une polémique courtoise entre M. Babinski et moi, a continué, malgré une surveillance attentive et intelligente, à présenter de nouvelles bulles de pemphigus.

Sans doute, et en cela je suis de l'avis de M. Babinski, c'est par un mécanisme différent de celui en vertu duquel se produisent les paralysies et les contractures, que sont engendrés ces éruptions et les autres troubles trophiques que l'on peut observer au cours de l'hystérie confirmée; c'est même pour cette raison que je trouve sa conception trop étroite; est-il bien sûr qu'il n'existe pas un mécanisme plus général, qui représente la façon anormale de sentir et de réagir du système nerveux de l'hystérique et qui serait le point de départ de toutes ces manifestations? Pourquoi limiter celles-ci exclusivement à ce que la suggestion peut produire ou faire disparaître et pourquoi enlever à la névrose un de ses chapitres les plus intéressants? Le dynamisme nerveux peut être troublé inconsciemment, à l'insu du sujet par des sensations subconscientes et celui-ci réagit anormalement parce que le régime des réflexes cérébraux, corticaux et sous-corticaux fonctionne à faux, sans frein correcteur. S'il en est ainsi dans le domaine du psychisme, pourquoi ne pas admettre qu'il peut en être de même dans le domaine organique pur, dans le domaine régi par le grand sympathique? Par un mécanisme du même ordre, c'est-à-dire sous l'influence de sensations subconscientes ou conscientes, les réflexes qui président aux actes de ce domaine pourraient être troublés dans leur fonctionnement en vertu de la modalité particulière du terrain hystérique. L'apparition et la localisation de telles ou telles de ces manifestations résulte, au point de départ, d'une disposition originelle ou créée qui fait qu'un système physiologique est plus apte à être influencé qu'un autre ou d'une cause provocatrice directe, plaie, contusion, infection etc. C'est par ce côté que les phénomènes me paraissent se relier directement à l'hystérie et ils méritent, à ce titre, de rester dans les cadres de la névrose. Lorsque le système nerveux de l'hystérique redevient normal, et il peut en être ainsi brusquement, par le fait d'une émotion puissante, créée instantanément par la joie ou par la foi, comme à Lourdes, ou par tout autre mécanisme, ces manifestations du domaine organique disparaissent facilement et très rapidement, alors qu'auparavant elles étaient d'une ténacité désespérante.

M. Bernheim. L'hystérie, entité morbide protéiforme, n'existe pas. Il n'y a pas d'affection spéciale méritant ce nom, mais il y a des crises nerveuses auxquelles on peut conserver l'épithète d'hystérie et qui prennent naissance sous l'influence d'émotions vives; elles sont l'exagération d'un état existant chez tout le monde. Ces crises peuvent se répéter par auto-suggestion, par souvenir émotif; elles peuvent guérir par rééducation, par inhibition.

Les stigmates n'existent pas spontanément; ils sont un produit de culture. Le caractère spécial prêté aux hystériques, leur mentalité propre ne se montrent pas plus chez eux que chez le reste des individus. On propose de faire de l'hystérie un dérivé de la suggestion; dans ce cas tout rentrerait dans cette conception de l'hystérie, sauf l'hystérie elle-même avec ses crises, puisque celles-ci sont de nature émotive.

M. Pailhas (d'Albi). Chez l'hystérique il y a une prédominance du psychisme réflexe inférieur sur les centres supérieurs. Cet état installé dès l'enfance peut persister et créer une véritable diathèse contre laquelle la rééducation paraît le meilleur traitement.

M. Terrien (de Nantes). Je partage les idées de M. Babinski sur bien des points, mais je ne puis, comme lui, rejeter du cadre de l'hystérie les troubles vaso-moteurs trophiques, la fièvre, les œdèmes, les ulcérations et les hémorragies. J'ai pu observer moi-même un cas de fièvre hystérique, à l'abri de toute simulation, et caractérisée par quatre accès survenant chaque mois et que j'ai pu arrêter par suggestion. J'ai vu de même un cas d'asphyxie locale de la main que j'ai pu guérir par persuasion. Je n'ai pas observé d'hémorragies hystériques, mais je ne vois pas pourquoi il n'en existerait pas. Il ne faut pas snpprimer de l'hystérie les phénomènes qu'on ne peut reproduire soi-même.

M. Babinski. La question posée devant le Congrès comprend deux points, la définition de l'hystérie et l'étude de sa nature. Contrairement au rapporteur j'estime qu'on peut définir une chose sans en connaître la nature intime. Il importe avant tout de définir l'objet par des caractères cliniques susceptibles d'être vérifiés. L'observation nous montre qu'il est des troubles dits hystériques qui ont pour caractères communs de pouvoir être reproduits par suggestion chez certains sujets d'une manière rigoureuse et de disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. Il ne suffit pas que ces troubles dépendent d'une influence psychique, il faut qu'ils puissent disparaître aussitôt et puissent réapparaître plusieurs fois de suite par la suggestion. Il en est ainsi des contractures, des paralysies, des anesthésies, des attaques dites hystériques, ce sont là des phénomènes pithiatiques. Il ne me semble pas légitime de réserver, comme le veut M. Bernheim, le mot hystérie aux seules crises. Ces attaques présentent en effet, comme les autres manifestations pithiatiques, le double caractère de pouvoir être reproduites par suggestion et de pouvoir disparaître par persuasion. Ce sont donc des phénomènes de même ordre.

On ne peut, par suggestion, modifier les réflexes tendineux, cutanés ou pupillaires. Des troubles circulatoires, des réflexes vasomoteurs peuvent apparaître, il est vrai, sous l'influence d'émotions, mais émotion et suggestion sont deux choses distinctes et on s'accorde généralement pour reconnaître que la suggestion expérimentale seule ne peut les produire. Il en est de même pour les phlyctènes, les œdèmes et les hémorragies cutanées ou viscérales, l'anurie, la fièvre, etc. Ces phénomènes forment un deuxième groupe à opposer aux états pithiatiques. Y a-t-il entre ces deux ordres de faits une relation de cause à effet?

M. Claude pense avoir trouvé ce lien dans une prétendue modification plus ou moins durable du régime des réflexes cérébraux, qui, suivant qu'ils seraient inhibés ou excités, pourraient engendrer des accidents appartenant aux deux groupes. Mais ce n'est là qu'une seule hypothèse, impossible à contrôler, et on ne peut trouver ainsi un caractère de délimitation des phénomènes hystériques. La thèse de l'unité des deux groupes serait cliniquement justifiée s'ils coexistaient toujours les uns avec les autres, ou au moins dans l'immense majorité des cas. Mais il n'en est rien. On peut voir des individus présenter des manifestations pithiatiques (crises, paralysies, contractures), sans constater chez eux aucun des phénomènes du deuxième groupe (fièvre, œdème, etc.) ou inversement.

En résumé, si l'on veut conserver le mot hystérie, qu'il vaudrait mieux abandonner, on doit l'appliquer exclusivement au premier groupe. Sur la nature de l'hystérie je serai très bref. Sans reprendre toutes les conceptions émises par M. Janet, par M. Schnyder, par M. Claparède et par d'autres, je dirai que selon moi c'est la suggestion, l'autosuggestion et la simulation subconsciente qui expliquent le mieux les phénomènes hystériques, mais je reconnais bien que cette interprétation est discutable. Il est parfois impossible, en présence d'un cas donné, de démontrer que la suggestion ou la simulation subconsciente soient l'origine des accidents, pas plus qu'on ne peut prouver le contraire. Ce qu'on est seulement en droit d'affirmer, c'est que les accidents hystériques peuvent être reproduits par suggestion et qu'ils sont susceptibles d'être simulés.

M. Sollier. Je tiens à demeurer sur le terrain physiologique qui est la base la plus solide de discussion. L'hystérie n'est pas, a-t-on dit, une entité morbide; sans doute, c'est un état anormal du système nerveux, dans sa manière de réagir. Il est acquis ou constitutionnel. J'ai pensé, il y a longtemps déjà, que cet état était comparable à un sommeil partiel, que les hystériques étaient des vigilambules. A la suite d'un choc physique ou moral il se produit physiologiquement un arrêt de fonctionnement nerveux; lorsque cet état persiste, c'est l'hystérie. La meilleure preuve que cette conception n'est pas qu'une vue de l'esprit, c'est que je guéris les hystériques en réveillant leurs centres endormis.

M. Claparède (de Genève). La physiologie normale et comparée peut peut-être expliquer le mécanisme et la nature de certains phénomènes hystériques. Si un enfant saigne de la main, instinctivement il cache cette main à son regard. L'hystérique, de même, écarte l'organe blessé, il en bannit la représentation du champ de sa conscience, il perd la notion de son bras paralysé. C'est là un phénomène inhibitoire de défense dont on voit des exemples dans le règne animal.

(*A suivre.*) PAUL CAMUS.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 AOUT 1907)

Sur la loi de la vitesse d'hémolyse des hématies sous l'action de la lumière, de la chaleur et de quelques corps hémolytiques. — MM. Georges Dreyer et Olav Hanssen. 1° Les rayons ultra-violets, retenus par le verre, ont le pouvoir de dissoudre des hématies. Celles-ci se laissent aussi sensibiliser (Dreyer) aux rayons vert jaune;

2° La destruction se fait d'une manière caractéristique : les hématies se gonflent, perdant peu à peu leur matière colorante. Elles finissent par s'évanouir comme des ombres;

3° Un temps d'induction plus ou moins long, suivant l'intensité de l'éclairage ou du chauffage, se passera avant d'arriver au maximum de l'effet hémolytique.

LIVRES NOUVEAUX

L'arthritisme et son traitement par les courants de haute fréquence et de haute tension (1), par E. Bonnefoy (de Cannes).

Il y a quelques années, en présentant à l'Académie des sciences les premiers travaux de M. d'Arsonval, M. le professeur Bouchard s'écriait : « Les courants de haute fréquence ouvrent une voie entièrement nouvelle à la thérapeutique. » Ces paroles quasi-prophétiques sont en train de recevoir confirmation. On sait en effet que les courants de haute fréquence constituent aujourd'hui une des méthodes les plus capables d'améliorer une affection contre laquelle la thérapeutique était, jusqu'ici, obligée de se déclarer impuissante : l'arthritisme.

Un ancien élève d'Onimus, M. le docteur Bonnefoy (de Cannes), s'est proposé de vulgariser l'emploi des courants de haute tension et de haute fréquence dans le traitement de l'arthritisme. Après avoir rappelé, en quelques pages, la *physiologie de la circulation* et défini l'*arthritisme*, l'auteur décrit l'*action physiologique des courants de haute fréquence*, puis leur *action thérapeutique*. Quelques observations bien prises, au sujet desquelles M. Bonnefoy s'est justement souvenu de l'adage fameux : *Non numerandæ, sed ponderandæ observationes*, confirment les propositions précédemment énoncées. Une étude critique des *moyens adventifs pour la cure de l'arthritisme*, climat, eaux minérales (Martigny-les-Bains), douches de la lumière, terminent ce livre d'une lecture facile et profitable. L. BABONNEIX.

(1) In-8°. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 94. — MARDI 20 AOUT 1907. 80e ANNÉE. MARDI 20 AOUT 1907. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Billard (de Clermont), Bouët (Mme) et Chompret (de Paris), Christen (de Versailles), Darteyre (de Saint-Amand-Tallende), Delattre (de Roubaix), Delobel (de Noyon), Disbury et Gauchas (de Paris), Goudard (de Pau), Guichard (de Lignières-Sonneville), Héry (de Paris), Keller (de Colombes), Labache (de Chaumes), Mary (de Nanterre), Maurin (de Clermont), Miquet (de Paris), Morisson (de Maisons-Alfort), Planteau (de Paris), Raynaud (d'Alger), Rivet (de l'Equateur), Rocher (de Rouen), de Rothschild et Sicard (de Paris), Tassard (de Saint-Laurent-du-Jura), Vallat (de Vincennes) et Verdun (de Lille).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Ballet (de Paris), Barbet (de Savigny-sur-Orge), Baude (d'Arras), Berthaud (de Saint-Paul-en-Jarret), Biolet (d'Arras), Bonnard (de Blida), Bourny (de Salins), Bréhier (d'Orbec), Chabry et Chevrey (de Paris), Coulonjou (de Toulouse), Debray (de Neuilly-sur-Seine), Delahouse (de Roubaix), Delaunay (de Montreuil-sous-Bois), Delmas (de Dax), Deyber (de Paris), Dionis du Séjour (de Clermont), Foucault (de Lisieux), Fuchs (de Lagny), Gaston (de Saint-Etienne), Imboff (de Paris), Ingelrans (de Lille), Izard (de Paris), Jacquemet (de Montpellier), Joly (de Champrond-en-Gatine), Laurens (de Bicêtre), Legrand (d'Amiens), Leleu (de Paris), Livon (de Marseille), Manificat (de Pontcharra-sur-Turdine), Marchand (de Châteauneuf), Marcombes (de Clermont-Ferrand), Michaud (de Billom), Monteil (de Thiers), Montet (de Saint-Paul-en-Jarret), Mouille (de Paris), Mousson (de Saint-Mandé), Painblan (de Lille), Paté (de Pont-d'Ouilly), Pécastaing (de Dax), Pegurier (de Nice), Pélissard (d'Alger), Pelliza-Douboue (de Pau), Perrin (d'Oran), Perrin (de Bezons), Pinard (de Paris), Planel (de Beaumont-le-Roger), Prieur (de Paris), Raveleau (de Mamers), Rebreyend (de Calais), Ribière (de Bordeaux), Robet (de Saint-Pierre-le-Moutier), Roche (de Sorgues), Roger (de Montreuil-sous-Bois), Rongier (de Paris), Samalens (d'Auch), Samné (de Paris), Truffier (d'Arras), Vaillant (de Paris), Vidal (d'Alger), Voirin (de Bar-le-Duc), Vrain (de Paris), Wicart (d'Aix-Noulette) et de Wisner (de Bois-Colombes).

LA SITUATION MÉDICALE A PARIS. — Le public croit volontiers que le médecin, surtout à Paris, fait fortune. La situation réelle du corps médical dans le département de la Seine se trouve très loyalement exposée dans le rapport que le docteur Barth, secrétaire général de l'Association des médecins de la Seine, a lu lors de la dernière assemblée générale. Voici le tableau qu'il a tracé.

« Si nous recherchons comment se répartissent les allocations distribuées, nous trouvons que sept sociétaires se sont partagé une somme de 5900 francs, tandis que soixante-deux veuves ou familles de sociétaires ont touché ensemble 38 650 francs. Remarquez le contraste de ces deux chiffres : il est tel que nous l'observons chaque année. Les médecins de Paris, si dure que soit la lutte qu'ils soutiennent pour l'existence, arrivent généralement à se suffire, sauf le cas de maladie grave ou d'infirmité incurable, et n'ont que rarement besoin d'aide pour eux-mêmes. Mais les femmes, les enfants que la mort du chef de famille laisse sans ressources! Ceux-là périraient souvent de misère si nos groupements charitables n'étaient pas prêts à les secourir : pour beaucoup de ces familles déshéritées, nos subsides constituent la seule planche de salut; sans eux, le pain quotidien manquerait à bien des foyers.

« Nous rencontrons des détresses plus grandes encore parmi ces confrères imprévoyants qu'une négligence coupable a tenus en dehors de notre Association et qui, faute

d'avoir consenti à verser une modique cotisation annuelle, se sont privés, eux et leurs familles, du droit d'invoquer la solidarité confraternelle au jour des revers. »

A l'Association générale des médecins de France, même appréciation. (*Bull. méd.*)

UNE AMBULANCE ROTHSCHILD A TANGER. — Le docteur Henri de Rothschild vient de s'entendre avec le ministre de la guerre et le ministre de la marine pour organiser à Tanger une ambulance où seront reçus les blessés de Casablanca.

Le docteur Henri de Rothschild partira dans quelques jours par la voie Espagne-Algésiras, pour s'occuper d'un emplacement favorable; son personnel suivra dès qu'il se sera mis d'accord avec les autorités de Tanger. (*Le Figaro.*)

HOMMAGE A M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Les amis et les élèves de M. Just Lucas-Championnière, désirant célébrer sa nomination au grade de commandeur dans l'ordre de la Légion d'honneur, ont décidé de lui offrir une plaquette dont l'exécution a été confiée à notre confrère Paul Richer.

Le président d'honneur du comité est lord Lister; le président, le professeur Guyon.

Les confrères qui voudraient prendre part à cette manifestation de profonde estime et d'affectueuse sympathie, peuvent adresser leur cotisation à M. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne. (Tout souscripteur d'une somme de 25 francs, aura droit à une plaquette de bronze.)

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR RABUEL. — Les Normands de Paris, voulant rendre un suprême hommage au docteur Rabuel, ont décidé d'élever un buste sur sa tombe dans le cimetière de Carolles (Manche), où il est inhumé.

Les médecins qui voudraient prendre part à cet hommage pourraient envoyer leur cotisation à M. Chauvet, 88, avenue de Bretueil.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-deuxième semaine, 873 décès, au lieu de 826 pendant la semaine précédente et moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc normal.

La fièvre typhoïde a causé 2 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 16 (au lieu de 34 la semaine précédente et au lieu de la moyenne 40).

La variole a causé 5 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 11 au lieu de 10 pendant la semaine précédente (moyenne 12).

La rougeole a causé 12 décès, au lieu de 16 pendant la semaine précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 204 (au lieu de 257 précédemment et au lieu de 83, moyenne des quatre dernières années). Cette fièvre est rare dans le centre de Paris (25 cas nouveaux dans l'ensemble des neuf premiers arrondissements). Elle paraît fréquente dans les quartiers de Plaisance, Épinettes, Clignancourt, Belleville.

La scarlatine a causé 5 décès, au lieu de 11 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 255; il s'élevait à 375 pendant la semaine précédente (moyenne 50). Cette fièvre est en pleine décroissance, d'après le nombre des déclarations des cas nouveaux faites par les médecins. Ces déclarations ont été au nombre de : 583 pendant la vingt-neuvième semaine (du 14 au 20 juillet), 426 pendant la trentième (du 21 au 27 juillet), 375 pendant la trente et unième (du 28 juillet au 3 août), 255 pendant la trente-deuxième (du 4 au 10 août). Ce chiffre est encore élevé, puisque le nombre moyen des cas de scarlatine n'est que de 50. On remarque pourtant qu'il ne constitue que la moitié du chiffre relevé il y a quatre semaines, et qu'il y a près de six mois que nous n'avions pas eu un nombre aussi faible.

La coqueluche a causé 4 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente (moyenne 7).

La diphtérie a causé 3 décès (moyenne 4); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 36, au lieu de 54 pendant la semaine précédente (moyenne 52).

La diarrhée infantile a causé 79 décès de 0 à 1 an, au lieu de 50 la semaine précédente (moyenne 99). Il est à craindre que cette maladie ne devienne plus fréquente sous l'influence de la chaleur. Les familles doivent donc veiller avec plus de soin que jamais à la stérilisation du lait donné aux enfants et à la méticuleuse propreté des vases dans lesquels il leur est servi.

En outre, 22 enfants sont morts de débilité congénitale.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 31, 3 août 1907.) SCHELLING : La sensibilité à la pression et les points de pression de l'abdomen.

Medizinische Blatter. — (N° 31, 3 août 1907.) GRÄUPNER : Diagnostic fonctionnel de l'hypertension dans l'artério-sclérose et la néphrite chronique.

Pédiâtrie pratique. — (N° 15, 1er août 1907.) FOVEAU DE COURMELLES : De l'enseignement de l'hygiène dans les écoles et les collèges.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 30, 28 juillet 1907.) REMETE : Phlegmon du pénis, abcès périurétral, septicopyémie, guérison. — (N° 31, 3 août.) NADORG : Une modification de l'hystérectomie abdominale. — BORBELY : Recherches cliniques sur l'alypine.

Presse médicale. — (N° 62, 3 août 1907.) FROUIN : Recherches sur la sécrétion gastrique. — (N° 63, 7 août.) LABBÉ : L'acide urique et les bases puriques dans leurs rapports, dans l'alimentation et les états morbides.

Province médicale. — (N° 31, 3 août 1907.) JEANNEL : Technique opératoire (*suite*). — ROUVIÈRE : Du traitement de la syphilis acquise par l'atoxyl.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 31, 3 août 1907.) BICHATON : Sur le traitement nasal de l'asthme.

Semaine gynécologique. — (N° 32, 6 août 1907.) PICHEVIN : Du traitement de l'infection puerpérale.

Tribune médicale. — (N° 31, 3 août 1907.) SERGENT : A propos de la ligue blanche dite « surrénale ». — GAULTIER : A propos d'un cas de paralysie faciale à siège périphérique. — COQUATRIX : Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 14, 30 juillet 1907.) CHEVRON : Des états cataleptiques chez les artério-scléreux.

CONGRÈS FRANÇAIS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

DE LANGUE FRANÇAISE

XVII[e] SESSION [GENÈVE-LAUSANNE, 1[er]-7 AOUT 1907] (1)

COMMUNICATIONS DIVERSES

Sur certains troubles attribués à l'hystérie (fièvre, œdème, hémoptysie, hématémèse, rigidité pupillaire, troubles trophiques, etc.). — M. Antonio Mendicini Bono. Il s'agit d'une recherche très minutieuse et soignée, faite pendant sept mois dans presque tous les hôpitaux de Paris. L'auteur n'a pas pu trouver un seul cas démonstratif de ces troubles.

Au contraire, il a réuni un certain nombre d'observations qui démontrent que la description de ces troubles est bien souvent le résultat d'une erreur de diagnostic. Cette erreur peut être subdivisée ainsi :

1° Erreur de diagnostic par faute du médecin;

2° Simulation de la part du malade;

3° Insuffisance des moyens d'investigation.

D'après une enquête faite parmi les médecins des hôpitaux de Paris, il résulte que la plupart d'entre eux n'ont jamais vu un seul cas net de pareils troubles.

Psychasthénie et délire. — M. Arnaud, après avoir distingué nettement au point de vue nosologique les obsessions et les idées délirantes, montre qu'il peut y avoir coexistence et combinaison de ces deux états. Il distingue trois modes de cette association :

1° L'accès délirant survient épisodiquement chez un psychasthénique avéré, sans relation directe avec son état antérieur; les deux états n'ont aucune influence réciproque.

2° Il y a association et coexistence des deux états qui se pénètrent et s'enchevêtrent, compliquant singulièrement le tableau clinique. Tous deux ont cependant leur évolution propre et les symptômes obsédants antérieurs persistent après l'accès délirant.

3° L'accès délirant dérive uniquement de l'état obsédant dans lequel il a toutes ses racines, il n'est que l'exagération de l'obsession, c'est la psychasthénie délirante.

M. Anglade croit plutôt que dans ces cas il s'agit d'une psychasthénie transformée.

M. Régis montre ici la fréquence des formes de transition entre la neurasthénie et la mélancolie; il insiste cependant sur l'importance de ce diagnostic qui peut se faire le plus souvent par le mode d'expression de l'idée délirante : simple doute dans le premier cas, conviction et croyance à la réalité de cette idée dans le second.

Les cénestopathies. — MM. E. Dupré et P. Camus. Les cénestopathies sont des troubles de la sensibilité générale, à localisations variées, caractérisés par des sensations étranges, indéfinissables, pénibles plutôt que douloureuses, dont la nature insolite inquiète et trouble les malades. Ce syndrome, propre aux dégénérés, est une forme sensitive spéciale de la déséquilibration constitutionnelle du système nerveux, indépendante de toute lésion saisissable et souvent rebelle à tout traitement. Secondairement aux malaises sensitifs, peuvent apparaître des réactions variées, d'ordre anxieux ou hypocondriaque.

Le diagnostic des cénestopaties doit et peut être fait avec les diverses douleurs d'ordre névralgique ou autre; avec les hyperesthésies et les topoalgies des hystériques et des neurasthéniques.

Ces malades se distinguent des hypocondriaques par le caractère primitif et souvent unique de leurs malaises, indépendants des troubles de l'humeur et de l'intelligence, par le manque de convictions délirantes, par la fixité régionale et l'absence d'évolution clinique du syndrome.

Sur les psychoses d'origine cardiaque. — MM. Henri Français et Gustave Darcanne. Les trois malades que nous avons étudiés sont atteints d'insuffisance mitrale. L'absence d'antécédents urémiques et le balancement qui s'est établi entre les aggravations de symptômes cardiaques et les troubles cérébraux montrent bien le rapport intime existant entre la maladie du cœur et l'état psychique. Chez nos deux premiers malades, des alternatives de dépression et d'excitation ont tenu la plus grande place. Chez notre troisième malade, les troubles psychiques ont consisté seulement dans un accès de puérilisme mental. Ce syndrome n'appartient à aucune espèce morbide déterminée et n'a pas de signification étiologique précise. Nous croyons qu'il convient de le considérer ici comme un témoin de l'affaiblissement intellectuel engendré par les troubles de la circulation cérébrale ou par l'intoxication.

Nous ne pensons pas qu'il soit possible de décrire une folie cardiaque ayant ses symptômes propres. Les phénomènes observés consistent en général en des phénomènes d'excitation et de dépression plus ou moins étendus et diversement combinés. Les accidents dépressifs sont cependant les plus fréquents et peuvent exister à l'état isolé.

Quelle que soit la forme revêtue par les perversions de l'état mental, excitation ou dépression, il ne s'agit en somme que de modalités réactionnelles différentes à des troubles de nature et d'origine identiques.

L'hyperhidrose dans la démence précoce. — MM. A. Antheaume et Roger Mignot ont été particulièrement frappés de la fréquence de l'hyperhidrose parmi les troubles vaso-moteurs ou sécrétoires décrits dans la démence précoce. L'hyperhidrose serait indépendante de la température extérieure, de la diathèse, de l'état émotionnel, du degré d'agitation. Elle serait plus fréquente chez les catatoniques immobiles. Habituellement localisée aux paumes et aux doigts, elle donne à celui qui serre la main des stupides une sensation désagréable de froid

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 93, p. 1107.

et de mouillé. Chez les mélancoliques au contraire la sudation est diminuée ou abolie.

Outre l'hyperhidrose palmaire, les auteurs ont observé deux cas d'hyperhidrose généralisée survenant par crises chez des catatoniques jeunes, malades depuis peu, et dans la stupeur. Ils établissent un rapprochement entre l'hyperhidrose et la sialorrhée.

Néphrite cantharidienne et délire toxi-alcoolique tardif. — MM. Antheaume et R. Mignot. Observation d'un cas de délire, à forme maniaque, provoqué par un vésicatoire chez un ancien alcoolique, abstinent depuis deux ans et n'ayant jamais présenté de troubles mentaux. L'élimination rénale cessant d'être suffisante, par suite de la néphrite cantharidienne, l'aptitude à délirer jusqu'alors latente s'est réalisée. On vit le délire diminuer, puis cesser, à mesure que l'élimination urinaire se rapprochait de la normale; on le vit réapparaître, dès que celle-ci redevint insuffisante, à l'occasion d'un écart de régime. Chez les alcooliques chroniques abstinents, l'intégrité des émonctoires doit être particulièrement surveillée; il est sage de s'abstenir chez eux de toute médication capable, tel le vésicatoire, d'entraver, même momentanément, leur fonctionnement. Chez ces sujets, le cerveau, qui a été amoindri par l'alcool, conserve longtemps l'aptitude à délirer sous l'influence de toutes les causes capables d'augmenter le degré de toxicité du milieu intérieur.

Kleptomanie chez une hystérique ayant présenté à différentes époques de son existence des impulsions systématisées de diverses natures. — M. E. Bernard-Leroy. Observation d'une femme atteinte d'impulsions irrésistibles à voler aux étalages des objets dont elle n'avait nul besoin. Cette impulsion ou plutôt cette passion morbide présentait tous les caractères de la kleptomanie classique, la malade se prétendant dominée à ce moment par une force supérieure à sa volonté. Association intéressante de cette impulsion avec d'autres obsessions, telles qu'une sorte de dégoût et de haine irrésistible pour son mari, sentiments nullement motivés, tout à fait contraires à ses tendances normales et profondes et engendrant cependant des velléités de crimes longuement méditées qui aboutirent à un commencement d'exécution. Puis une aveugle passion pour tous les individus portant un uniforme quelconque, passion dépourvue, semble-t-il, de caractère sexuel et qui a entraîné la malade, précisément à cause de cela, à des aventures bizarres; ensuite une impulsion à boire de l'absinthe et enfin une sorte de fausse dévotion présentant les mêmes caractères d'illogisme que les autres passions morbides.

Ces différentes tendances ont présenté dans leur mode d'évolution et de guérison des ressemblances frappantes, et aussi, quand on y regarde de près, des caractères communs qui paraissent avoir leurs fondements dans certains goûts permanents de la malade.

Escroqueries prolongées pendant plusieurs mois à la faveur de manœuvres hypnotiques pratiquées sur une des victimes. — M. E. Bernard-Leroy.

Nervosisme thyroïdien. Formes cliniques. — MM. Léopold-Lévi et H. de Rothschild. D'un travail fondé sur 76 observations, les auteurs concluent que le nervosisme est souvent en relation avec le mauvais fonctionnement de la glande thyroïde et peut se présenter sous les formes cliniques d'hyperthyroïdie nerveuse à type de Basedow plus ou moins fruste, d'hypothyroïdie nerveuse à forme neurasthénique, d'instabilité nerveuse thyroïdienne, de dysthyroïdie, de dysendocrisies couplées (ovarienne ou hypophysaire). Le nervosisme sexuel chez la femme, tout en mettant en relief une notion étiologique importante, synthétise ces formes. Un traitement opothérapique approprié sera la sanction de cette notion pathogénique.

Abolition des illusions du goût par l'emploi local de l'acide gymnémique. — MM. Belletrud et E. Mercier. L'acide gymnémique, principe actif de la gymnema sylvestris, est doué de la remarquable propriété de déterminer, lorsqu'on en frotte la langue, une agustie complète pour le sucre et l'amer.

Les auteurs ont recherché, chez plusieurs malades présentant des illusions du goût, quel était l'effet du badigeonnage de la langue à l'aide d'une solution de cette substance.

Ils ont obtenu dans plusieurs cas une disparition momentanée des illusions, et les malades ont mangé avec appétit des aliments qu'ils rejetaient habituellement avec dégoût.

Expériences relatives à l'épilepsie expérimentale. — MM. Prevost et F. Battelli. Chez le chien pris comme type, l'application d'un courant alternatif de 70 à 110 volts (électrodes bouche et nuque = procédé du docteur Battelli) provoque une crise épileptiforme offrant :

1° Une phase tonique de 15 à 20 secondes; 2° une phase clonique de 10 à 50 secondes; 3° une phase d'affaiblissement; 4° une phase d'agitation et de colère, plus ou moins longue.

La phase clonique est due à l'excitation de la zone corticale-motrice. Elle manque : *a.* quand on enlève les zones motrices; *b.* quand on anémie la couche corticale par compression des artères (carotides et vertébrales); *c.* quand le courant appliqué de la bouche à l'anus paralyse le cœur en provoquant des trémulations fibrillaires de cet organe; *d.* elle manque chez les nouveau-nés, dont la couche corticale n'est pas encore excitable.

Chez les lapins et les cobayes le siège des convulsions cloniques est l'isthme de l'encéphale.

L'excitation de la moelle ne provoque, chez tous les mammifères et les oiseaux, que des convulsions toniques.

Chez les grenouilles, l'excitation de la moelle provoque des convulsions tonico-cloniques, tandis que chez les crapauds, les tortues, les orvets, les couleuvres, on n'observe que des convulsions toniques.

La durée des convulsions est variable selon les espèces animales, et selon l'énergie du courant et la durée du contact.

Les convulsions purement toniques n'atteignent jamais la durée des convulsions tonico-cloniques ;

c'est l'addition d'une phase clonique qui prolonge la durée totale de la crise convulsive.

Diagnostic différentiel des crises épileptiques et des crises hystériques. — M. Bonjour (de Lausanne). Impossibilité actuelle assez fréquente de distinguer la crise hystérique de l'épileptique sans soumettre le malade à un examen prolongé pendant lequel on a peu de chance d'assister à une crise. De plus analogie des symptômes admis par tous les auteurs dans des cas assez nombreux.

L'auteur insiste sur les particularités d'un symptôme qui manque rarement : la morsure de la langue. Elle permet, lui semble-t-il, de fixer le diagnostic avec certitude.

L'examen de près de trente cas douteux l'a conduit à admettre que la morsure de la langue n'est pathognomonique de l'épilepsie que si elle siège à la pointe, la morsure des côtés de la langue ou des joues et des lèvres est toujours symptomatique de l'hystérie. Cette différence n'a été signalée par personne et l'auteur ne doute pas que ce moyen facile de diagnostic différentiel ne soit reconnu comme vrai.

Contribution anatomo-pathologique à l'étude des localisations motrices corticales. — A propos de trois cas de sclérose latérale amyotrophique avec dégénération de la voie pyramidale suivie au Marchi de la moelle au cortex. — MM. Italo Rossi et Gustave Roussy. Nous avons pu suivre dans *trois cas de sclérose latérale amyotrophique*, la dégénération de la voie pyramidale (au Marchi et au Weigert) de la moelle sacrée jusqu'au cortex, à travers le bulbe, la protubérance, le pédoncule et la capsule. Dans les trois cas, l'étude de la topographie des lésions corticales (des fibres et des cellules) montre qu'il existe entre Fa et Pa un contraste des plus frappants. On note en effet dans Fa : dégénération des fibres radiaires très nette au Marchi, plus légère, mais évidente au Pal ; altérations cellulaires (grandes cellules pyramidales et cellules géantes de Betz) ; — dans Pa au contraire, aspect tout à fait normal des fibres, par la méthode de Pal ; pas de lésion cellulaire ; présence de quelques très rares fibres radiaires dégénérées, décelables seulement par la méthode de Marchi.

Ces constatations, analogues à celles de Probst et de Campbell, parlent d'une façon générale en faveur de la nouvelle conception sur la topographie de la zone motrice corticale et montrent que très vraisemblablement, l'origine de la voie pyramidale, et partant, la zone motrice corticale, se trouve chez l'homme presque exclusivement limitée dans Fa. Nous disons *presque exclusivement*, parce que la présence de quelques rares fibres dégénérées dans Pa (au Marchi) ne nous permet pas d'être aussi absolus que Campbell pour refuser à Pa toute représentation motrice. En effet, nous croyons qu'on doive faire quelques réserves en faveur d'une participation, *quoique très minime*, de Pa à la zone motrice corticale.

Effets des rayons X sur la moelle et le cerveau après laminectomie et craniectomie chez le chien. — MM. Sicard et Bauer ont, après trépanation ou laminectomie, fait agir les rayons X sur le cerveau ou la moelle, à travers la fenêtre d'une lame de plomb destinée à préserver l'animal des irradiations diffuses.

Jamais ils n'ont observé d'accidents nerveux imputables à des lésions médullaires ou cérébrales.

Quand l'animal succombe, la mort est imputable à des escares cutanées ou à des infections consécutives.

On peut donc utiliser chez l'homme ce traitement dans des cas de néoplasmes craniens ou cérébraux, traités opératoirement et récidivants ou insuffisamment extirpés. La röntgénisation pourra être pratiquée à travers la brèche osseuse, à condition de ne pas produire de troubles trophiques, l'ectoderme nerveux dans ces conditions expérimentales paraissant moins sensible que l'ectoderme cutané.

Certains éléments de diagnostic et de pronostic de la méningite cérébro-spinale, tirés de l'examen du liquide céphalo-rachidien. — MM. Sicard et Descomps. La coloration laiteuse du liquide céphalo-rachidien permet d'éliminer la méningite tuberculeuse, mais fait plutôt penser à la méningite cérébro-spinale. C'est d'une teinte pseudo-lastescente dont il s'agit, elle est due à la désagrégation des globules blancs, car la centrifugation suffit à précipiter ces éléments et à éclaircir le liquide.

Les éléments du pronostic seront tirés de la substitution de polynucléaires sains aux polynucléaires altérés, de l'entrée en scène des cellules endothéliales et des mononucléaires petits et moyens, de la diminution de l'albumine et du retour progressif au taux glycosurique normal.

Paraplégie spasmodique familiale. — M. Courtellemont. Observation d'un cas de paraplégie spasmodique familiale (quatre membres de la famille sont atteints), avec lagophtalmie, troubles génito-urinaires et troubles vaso-moteurs, absence de troubles sensitifs, sensoriels, trophiques ou des réactions électriques.

L'évolution lente et progressive, l'absence d'antécédents syphilitiques, l'échec du traitement spécifique, l'absence de leucocytose céphalo-rachidienne, l'hérédité similaire avec époque tardive du début, mettent le diagnostic hors de doute et montrent bien qu'il s'agit d'une lésion uniquement fasciculaire.

Un cas d'agénésie cérébrale par transformation kystique du cerveau pendant la vie intra-utérine. — MM. Long et Wiki. Enfant né à terme, survie deux ans et demi en état de contracture permanente des membres et du tronc, exagération des réflexes et trépidation spinale, réactions pupillaires très lentes, peu de phonation ; à plusieurs reprises convulsions toniques. A l'autopsie le cerveau a sa forme normale, mais les circonvolutions sont mal développées, séparées par des scissures et des sillons incomplets. L'écorce n'est plus qu'une mince membrane recouvrant des poches kystiques multiples communiquant entre elles et dues à la résorption cérébrale sous-corticale à la suite d'un processus inflammatoire de

la vie intra-utérine. Ces cavités sont indépendantes des ventricules.

L'étude en coupes sériées montre la conservation des noyaux de la base, de l'isthme, du bulbe et des fibres médullaires, mais fait voir nettement l'absence de tout le système des fibres de projection, notamment de la voie pyramidale qui passe par la capsule interne. Seules des fibres thalamo-corticales se sont développées.

Les cellules des cornes antérieures dans les arthropathies nerveuses. — MM. G. Etienne et Champy (de Nancy). Etude systématique des cellules des cornes antérieures de la moelle : 1° chez un tabétique atteint d'une arthropathie de l'épaule droite : altération légère des corps de Nissl dans presque toutes les cellules de la moelle cervicale et dans d'assez nombreuses cellules du reste de la moelle, accentuation de ces lésions avec vacuolisation du cytoplasme achromatique et accolement des noyaux de la névroglie dans presque toutes les cellules de la région correspondante à l'arthropathie ; 2° chez un syringomyélique avec arthropathie ; 3° chez un atrophique myélopathique, type Aran-Duchenne avec arthropathie.

Ataxie oculo-motrice d'origine labyrinthique dans le tabes. — M. G. Etienne. Cas de tabes avec ataxie oculo-motrice sans altération névritique ni musculaire, interprétation de ce phénomène par des lésions nucléaires, notamment à point de départ labyrinthique.

Ecchymoses spontanées zoniformes. — M. Etienne décrit une variété d'ecchymoses spontanées, non précédées ni accompagnées des vésicules du zona et intéressant le domaine du nerf frontal chez une femme âgée.

Myosclérose atrophique et rétractile des vieillards. — MM. Dupré et Ribierre. Les auteurs proposent de donner ce nom qui synthétise les grands caractères anatomo-cliniques de l'affection à la maladie entrevue par Hayem, récemment décrite par Lejonne et Lhermitte sous le nom de paraplégie par rétraction des vieillards et dont ils rapportent un cas observé chez une femme de quatre-vingts ans. C'est une amyotrophie rétractile à peu près diffuse donnant à la malade l'attitude d'une momie péruvienne : l'atteinte des muscles cervicaux et scapulaires détermine un opisthotonos permanent. Il n'existe pas de paralysie véritable ; aucun signe ne permet de rapporter l'affection à une lésion cérébrale, médullaire ou névritique.

Lésions cérébelleuses dans la paralysie générale. — M. Anglade. Le cervelet est très fréquemment altéré dans la paralysie générale. Les lésions, qu'on observe dans le cerveau d'ordinaire et qui sont les plus classiques, sont pour ainsi dire ici schématisées dans leur forme et leur distribution.

C'est une méningo-cérébellite diffuse avec altération profonde de l'écorce et symphyse méningo-corticale. Avec de fort belles préparations et dessins obtenus à l'aide de sa méthode, M. Anglade montre la netteté et l'importance des lésions névrogliques. La prolifération de la névroglie est surtout excessive dans la couche corticale. Elle y présente là comme dans le cerveau, au cours de la paralysie générale, des prédominances régionales, mais sans aboutir jamais aux formations lacunaires.

A propos de la syphilis cérébrale diffuse. — M. Ch. Ladame (de Pirminsberg). La *syphilis cérébrale diffuse* appartient au groupe des formes vasculaires de la *syphilis cérébrale.*

Ses lésions sont diffuses et d'intensité variable ; elles se portent principalement sur les petits vaisseaux et les capillaires de l'écorce.

Certains faits anatomiques la font distinguer de la paralysie générale avec laquelle on peut la confondre.

Les lésions anatomiques sont :

a. Macroscopiques : leptoméningite chronique, atrophie cérébrale, parfois plus marquée au niveau de certaines circonvolutions.

L'épendyme ventriculaire présente souvent du chagrinement.

Pas de lésions en foyer.

b. Microscopiques : artérite et phlébite oblitérantes. Obturation des petits vaisseaux et des capillaires par des thrombus hyalins.

Dégénérescence hyaline des parois des artères de petit calibre. Hémorragies capillaires.

Infiltration des gaines lymphatiques des petits vaisseaux de l'écorce par des lymphocytes, des plasmazellen.

Envahissement des substances grise et blanche par les éléments sus-mentionnés et par les cellules en bâtonnets.

Hyperplasie névroglique disséminée. Atrophie des fibrilles nerveuses.

Dégénérescence, neuronophagie et destruction des cellules ganglionnaires.

Par ces caractères, la syphilis cérébrale diffuse se distingue essentiellement, sinon toujours aisément de la paralysie générale.

Conception du tabes. — M. Bernheim. Le tabes ne peut pas être considéré comme une affection uniquement spinale et nerveuse, c'est une maladie générale toxi-infectieuse, dont les lésions de la moelle et des nerfs périphériques ne sont qu'une localisation prédominante.

La myélite et la névrite ne peuvent suffire à expliquer les symptômes les plus caractéristiques, tels que les douleurs fulgurantes, les crises viscérales. non plus que les lésions trophiques si marquées et si fréquentes des articulations, des os ou des téguments. Il faut admettre l'action locale d'un virus encore inconnu qui imprègne tout l'organisme et intervient à côté de la syphilis.

M. Thomas. Dans les lésions du tabes si on connaît la phase dégénérative, on méconnaît trop souvent le stade irritatif. Dans les racines postérieures des tabétiques jeunes on voit ces lésions irritatives avec tuméfaction du cylindraxe. Une grande part des symptômes du tabes doit aussi être attribuée aux altérations des racines antérieures, des nerfs périphériques et du sympathique. Pour expliquer la

régression de certains troubles, il faut aussi tenir compte des régénérations des fibres nerveuses dans le tabes.

M. Crocq rappelle, à propos du traitement du tabes, les discussions du Congrès de Lisbonne et insiste sur l'inefficacité du mercure dans cette affection.

M. Albert Charpentier a suivi de nombreux tabétiques chez qui le traitement mercuriel aurait eu d'heureux résultats. C'étaient des malades au début, dont l'affection se serait arrêtée et n'aurait pas abouti à l'incoordination.

M. Déjerine insiste sur l'importance des tabes frustes; ces cas sont, dit-il, plus fréquents qu'autrefois, car nous savons mieux les dépister.

Le traitement mercuriel ne semble avoir aucune efficacité dans le tabes. A faibles doses il paraît inoffensif et, quelquefois, les douleurs fulgurantes cessent momentanément après quelques piqûres.

M. Anglade appuie également l'inefficacité du mercure dans le tabes et la paralysie générale.

M. Dupré. La formule semble aujourd'hui être celle-ci : inefficacité du mercure dans le tabes, nocivité dans la paralysie générale.

M. Sicard n'a jamais vu la lymphocytose modifiée par le traitement hydrargyrique.

M. Minor (de Moscou). On ne traite pas le tabes par le mercure, mais des tabétiques au début qui ont des symptômes de nature syphilitique associés à leurs lésions parasyphilitiques.

La psychothérapie dans la neurasthénie. — M. Hartemberg (de Paris). La neurasthénie est une maladie essentiellement caractérisée par des troubles physiques, elle ne dérive pas de représentations mentales pathologiques. Dès lors la psychothérapie ne peut rien sur elle, car le traitement psychique n'agit que sur les auto-suggestions. Il n'y a pour ces malades qu'un traitement utile, c'est le traitement physique et hygiénique.

M. Déjerine. L'étude des malades nous montre qu'en outre de leurs symptômes physiques, ce sont des émotifs, qu'ils l'étaient depuis longtemps ou qu'ils le sont devenus à la suite d'un choc moral. Leurs malaises et leurs troubles physiques ne sont souvent que secondaires à leurs préoccupations, à leurs craintes, à leur émotivité. C'est celle-ci qu'il faut combattre et par la psychothérapie, non seulement on guérit le malade de ses troubles actuels, mais en le rééduquant on lui refait un moral et on l'empêche de retomber ultérieurement sous l'influence d'une autre émotion.

M. Bernheim. On confond trop souvent dans la neurasthénie des cas de mélancolie lucide, contre lesquels le traitement psychique échoue. Il y a des neurasthéniques au contraire, qui ont une prédominance de troubles psychiques et pour lesquels la psychothérapie rend des services.

M. Sollier. Chez les malades qui présentent à la fois des symptômes physiques et psychiques, il faut employer tous nos moyens d'action, il faut faire les deux traitements parallèlement.

A propos de l'aphasie. — M. Mahaim (de Céry). D'après P. Marie, l'insula et les parties sous-jacentes sont l'organe moteur du langage articulé. Leur destruction détermine l'anarthrie dans le sens nouveau que lui attribue P. Marie, soit le syndrome appelé jusque-là aphasie motrice pure. L'aphasie motrice est une aphasie de Wernicke + anarthrie dans le sens indiqué ci-dessus.

Sans vouloir discuter en détail les observations cliniques et anatomiques apportées à l'appui de cette thèse, nous sommes obligé de constater que les cas sur lesquels P. Marie s'appuie, n'ont pas été jusqu'ici étudiés en coupes sériées microscopiques.

Première démonstration : un cas d'aphasie sensorielle : malade bavard, paraplégique et jargonaphasique, parlant jour et nuit. Examen microscopique : lésion bitemporale double. A gauche l'insula est détruite, ainsi que l'avant mur et la capsule externe, également la couche adjacente du putamen dans leurs quatre cinquièmes postérieurs. Pas trace d'anarthrie dans le sens de P. Marie.

Deuxième démonstration :

Pas trace d'aphasie motrice. Lésion détruisant tout l'insula, sauf la première circonvolution antérieure, l'avant mur et la capsule externe.

Troisième démonstration : un cas d'aphasie totale. Intégrité apparente de la troisième frontale. Examen des coupes en séries microscopiques : toute la projection frontale est coupée dans le centre oval. Il n'y a plus aucune relation entre F3 et le lobe temporal.

Ce cas démontre qu'il faut absolument examiner en séries microscopiques les cas d'intégrité de F3 avec aphasie.

Les suites éloignées des paralysies oculo-motrices.— M. Antonelli. Les anciennes paralysies de la sixième paire laissent, d'autant plus facilement que le sujet est plus jeune, un strabisme convergent ayant tous les caractères du strabisme ordinaire dit concomitant. Les anciennes paralysies de la troisième paire laissent un peu plus rarement, car leur symptomatologie est plus complexe, un simple strabisme divergent, ou tout au moins une insuffisance manifeste de convergence, absolument analogue à la divergence dite concomitante, par exemple des myopes. Les paralysies isolées de la quatrième paire sont trop rares pour nous permettre d'en fixer les suites éloignées.

La déviation n'est pas due à une contracture secondaire, mais uniquement au début à la perte de tonicité du muscle paralysé et à l'action restée seule en cause du tonus de l'antagoniste. Plus tard cet antagoniste peut présenter non une contracture mais un raccourcissement. La neutralisation de la fausse image a pour résultat au début de supprimer la diplopie, mais plus tard, quand le trouble moteur est guéri, elle persiste et entrave le rétablissement de la motilité binoculaire dans le réflexe de fixation. La grande facilité de la neutralisation chez l'enfant explique chez lui la grande fréquence du strabisme dit concomitant, suite de paralysie oculo-motrice.

Mobilisation précoce et rééducation méthodique d'un hémiplégique. — M. Maurice Faure (de Lamalou). La mobilisation précoce et la rééducation méthodique des hémiplégiques, longtemps prolongées,

peuvent empêcher l'apparition de la plupart des complications de l'hémiplégie, que l'on considérait autrefois comme fatales, ce qui tend à démontrer que ces complications sont la conséquence de l'immobilité des muscles et des articulations, au moins autant que la résultante de l'évolution des lésions nerveuses centrales. Le traitement doit être minutieux et sa durée doit se compter par mois ou mieux par trimestre, pour donner des résultats importants et définitifs. Avec une durée trop courte, on s'expose à reperdre ensuite le terrain gagné. Avec une technique insuffisante, on n'a que des résultats médiocres, qui ne peuvent donner une idée juste des succès qu'une bonne technique doit fournir.

Tabes, tuberculose et traitement mercuriel. — M. M. Faure. Le tabes chez les tuberculeux peut être amélioré par la rééducation, la cure thermale, les soins généraux, mais les rechutes ultérieures sont ici plus fréquentes que d'ordinaire. Chez les sujets suspects de tuberculose ou tuberculeux confirmés, le traitement mercuriel aggrave les symptômes de tuberculose ou l'état général et secondairement le pronostic du tabes. Il ne doit donc être prescrit qu'avec la plus grande circonspection chez ces malades.

La nécessité de l'expertise médico-légale contradictoire. — M. Archambault (de Tours). Le médecin expert, tout en étant de très bonne foi, peut se tromper, mal voir ou mal interpréter.

Toute expertise médico-légale devrait être contradictoire, et tout particulièrement les autopsies judiciaires; un médecin choisi par la défense devrait assister aux opérations de l'expert et avoir la faculté, comme en matière civile, de faire connaître ses observations.

Les contre-expertises actuelles, en matière d'autopsie, se font dans des conditions absolument défectueuses : le sujet, autopsié depuis un temps plus ou moins long, a été sectionné, les organes ont été dilacérés, la décomposition est avancée, les constatations manquent facilement de certitude. Il est de toute nécessité que dès la première autopsie l'expert soit contrôlé par un contre-expert : tous les médecins légistes doivent le désirer pour mettre leur responsabilité à l'abri de tout soupçon.

Anxiété, morphine et démence. — M. Mézie a remarqué que le traitement morphinique agit favorablement chez les mélancoliques anxieux, alors qu'il n'est suivi d'aucun résultat favorable analogue chez les malades mélancoliques qui sont en voie d'affaiblissement démentiel. La morphine mériterait d'être considérée dans les états anxieux, qui masquent le fond psychique et rendent souvent le diagnostic difficile, sinon impossible, comme un réactif fidèle de la démence. La considération pronostique importante qui s'en dégage n'a pas besoin d'être développée.

Trois cas d'hypothermie d'origine nerveuse. — MM. Marchand et Olivier. A côté des hyperthermies dues à des lésions du système nerveux, il y a lieu de décrire des hypothermies. Contrairement aux hyperthermies qui sont généralement en rapport avec les lésions aiguës encéphaliques, les hypothermies sont en rapport avec des lésions cérébrales à évolution lente, et sont un signe précurseur d'un dénouement fatal. Elles s'observent fréquemment chez les paralytiques généraux et chez les déments dont l'affection cérébrale a suivi un cours régulier et lentement progressif.

Les auteurs rapportent trois cas concernant des paralytiques généraux. Les urines de ces malades ne contenaient aucune substance pathologique, dans un cas elles renfermaient des traces d'indol. Les examens histologiques n'ont révélé, en dehors des lésions méningo-encéphaliques, aucune lésion appréciable des organes thoraciques et abdominaux.

Anticorps syphilitiques et paralysie générale. — MM. A. Marie et Levaditi. Entre la réaction hémolytique positive et la syphilis il faut l'interposition d'une lésion méningée assez intense et avancée. Les anticorps syphilitiques s'accumulent dans le liquide céphalo-rachidien au fur et à mesure que progresse la paralysie générale.

Ophtalmo-réaction chez les aliénés. — MM. A. Marie et Bourilhet. L'instillation sur la conjonctive de tuberculine, suivant le procédé de Calmette, a montré une réaction positive chez 6 malades sur 10, alcooliques, mélancoliques ou débiles soupçonnés de tuberculose, alors qu'elle n'apparut que chez 4 sur 10 paralytiques généraux qui en paraissaient exempts.

Atoxyl et paralysie générale. — M. A. Marie. Essayé chez les paralytiques généraux et les tabétiques, l'atoxyl n'a donné que des résultats négatifs. Les doses usitées ont été rapidement toxiques chez les malades avancés ou dans des états de cachexie commençante. Les mêmes cas qui supporteraient mal le traitement mercuriel ou ioduré ne sauraient tirer aucun bénéfice de cette médication atoxylique.

A propos de la thérapeutique du tabes dorsalis. — M. Hirschberg. Critique des deux méthodes de traitement mécanique : méthode de la suspension de Motschutkowski et méthode de la rééducation des mouvements de Frenkel. L'auteur insiste sur les dangers de cette dernière et sa contre-indication, particulièrement dans les tabes à marche rapide.

Neurasthénie et maladies du rhino-pharynx. — M. Royet (de Lyon). L'auteur insiste sur l'influence étiologique des lésions du rhino-pharynx sur certaines manifestations neurasthéniques. Observations cliniques à l'appui avec action favorable du traitement local.

Confusion mentale chez un achondroplasique avec glycosurie et acétonurie. — MM. Chaumier et Taty (de Lyon).

Nouvelles recherches sur l'histologie des ganglions et des racines postérieures dans le tabes. — MM. Marinesco et Minéa (de Bucarest).

— Le prochain Congrès aura lieu en 1908 à Dijon, sous la présidence de M. Cullerre. Les sujets choisis sont :

1° « Troubles mentaux par anomalies des glandes à sécrétion interne; » M. Laignel-Lavastine (de Paris), rapporteur;

2° « Diagnostic et formes cliniques des névralgies; » M. Verger (de Bordeaux), rapporteur;

3° « Assistance des enfants anormaux; » M. Charron (d'Amiens), rapporteur.

M. Vallon est élu vice-président.

PAUL CAMUS.

ANALYSES

MEDECINE

Sur la question de la présence de matière colorante du sang ou d'hématine dans la bile de l'homme. (SCHUMM. *Munch. med. Wochens.*, 6 août 1907, n° 32, p. 1580.) — De nombreuses recherches ont établi maintenant que l'on peut, au moyen de procédés chimiques, par la teinture de gaïac (Weber), par la benzidine (Adler, Schlesinger et Holst) déceler dans les matières fécales des traces extrêmement minimes de sang.

Schumm s'est demandé si la bile humaine ne contient pas des quantités de matières colorantes du sang (hémoglobine, oxyhémoglobine, methémoglobine, hématines), suffisantes pour provoquer dans les fèces des réactions positives par les méthodes chimiques sus-énoncées.

Il a donc pratiqué ces épreuves avec des échantillons de bile humaine normale et fraîchement obtenue par une fistule biliaire. Toutes les fois les examens sont restés négatifs. Comme contre-épreuve, il a vu qu'en mélangeant une très petite quantité de sang à la bile, les réactions se montrent immédiatement positives.

Il conclut donc qu'il n'existe dans la bile humaine normale aucune matière colorante du sang, susceptible de provoquer l'apparition des réactions chimiques caractéristiques dans les matières fécales et de fausser la signification diagnostique de ces réactions.

A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

Le numéro de janvier 1907 des *Annals of Surgery* contient un grand nombre d'articles courts se rapportant à des cas isolés de faits très intéressants. Voici les principaux :

Angéiorraphie terminale artério-veineuse. (Howard LILIENTHAL, p. 1-9.) — Voici la seconde tentative d'application à l'homme du renversement de la circulation dans un membre, suivant la technique de Carrel. Gangrène ascendante du membre inférieur gauche. Une première tentative sur la poplite trouve les vaisseaux oblitérés; quatre jours après on pratique l'anastomose en haut du triangle de Scarpa, seul endroit où l'artère fémorale fût encore perméable. Mort trente et une heures après l'opération, au milieu de choc et de phénomènes septicémiques.

L'auteur fait remarquer que toute intervention radicale eût probablement été suivie du même résultat. Rappelons que le premier cas opéré (Hubbard) réussit à limiter la gangrène.

Oblitération de la veine porte par adhérences inflammatoires entourant le vaisseau. (George WALKER, p. 27-29) — Il s'agit d'une femme atteinte d'ascite qui ne fut pas opérée à cause de son état cachectique. On trouva à l'autopsie des calculs biliaires; autour de la vésicule s'était développée une gangue inflammatoire de la taille d'une orange qui unissait étroitement ensemble le duodénum, la tête du pancréas, la vésicule et la surface inférieure du foie. La veine porte était complètement oblitérée par la pression de cette masse sur une longueur de 2 centimètres.

Oblitération de l'estomac à la suite d'un ulcère. Duodénostomie. (James B. BULLITT, p. 30-33.) — Chez un homme qui ne pouvait plus absorber qu'une cuillerée à café de liquide à la fois, on ne trouva à la place de l'estomac qu'une masse de la taille de la coquille d'une huître moyenne. L'introduction d'un tube ayant démontré que c'était bien là l'estomac, et une gastrectomie n'étant guère possible à cause des adhérences et de l'état du malade, on fit une duodénostomie sur la portion ascendante du duodénum.

Maintenant l'opéré mange de tout, y compris de la choucroute, il a gagné 40 livres en dix mois. Il mâche ses aliments soigneusement, puis avec un peu de liquide ajouté les dirige dans un entonnoir avec tube qui les amène à la bouche duodénale. Six repas par jour. Aucun trouble digestif. Toute alimentation par l'œsophage est impossible.

Fièvre typhoïde avec double perforation de l'iléon et perforation de la vésicule biliaire. (Otto G. T. KILIANI, p. 34-41.) — La fièvre typhoïde était du type ambulatoire. L'opération pratiquée dix heures après les premiers symptômes montra trois perforations, et une de la vésicule biliaire. Suture des deux perforations intestinales et cholécystectomie. Etat bon pendant quinze jours, puis déclin rapide et mort au trente et unième jour. A l'autopsie, petit volvulus près de la valvule iléo-cæcale, non loin de l'endroit où l'auteur avait suturé les deux perforations. Cette double suture a-t-elle favorisé la production d'un coude? Les perforations de la vésicule sont très rares au cours de la fièvre typhoïde (7 cas opérés avec 4 guérisons).

Résection de 3^m05 d'intestin grêle. Guérison. (Edward STECHLIN, p. 49-50.) — A l'opération d'une volumineuse hernie étranglée, la disposition de l'intestin était telle qu'il y avait des plaques de gangrène sur la longueur précitée. Le mésentère était acajou foncé, ses artères ne battaient plus, ses veines étaient thrombosées. Résection, entérorraphie terminale par suture.

Guérison sans incidents, sauf une petite fistule fécale qui se ferma spontanément. L'opéré a repris sa profession de chauffeur, mange et boit comme tout le monde et n'a pas de diarrhée.

Le segment de 3^m05 appartenait à la partie moyenne de l'intestin.

Kyste dermoïde colossal de l'ovaire de plus de cinquante ans de durée. (Harris F. BROWNLEE, p. 92.) — Enlevé chez une femme de soixante ans qu'il avait rendue invalide depuis l'âge de dix ans, ce kyste pesait 32 livres, ce qui est énorme pour un kyste dermoïde.

Ceux-ci ne dépassent que rarement les dimensions d'une tête d'adulte.

Extirpation d'un hypernéphrome pesant 4 livres et quart chez un enfant de vingt mois. (William S. CHEESMAN, p. 91-93.) — A l'opération, l'opérateur fut sérieusement gêné par l'étalement du mésocôlon au-devant de la tumeur. Si l'état de l'enfant n'avait pas été précaire, on eût pu laisser une bonne partie du rein en place, comme Abbé le fit dans un cas de tumeur pesant 8 livres chez un enfant pesant en tout 24 livres.

Dans les deux cas, le diagnostic avant l'opération avait été sarcome, et après examen histologique, hypernéphrome.

Rupture intrapéritonéale de la vessie. (Edward QUICK, p. 94-100.) — Un homme avec une rupture intrapéritonéale de la vessie de 2 centimètres environ de long, continua à travailler pendant deux jours et fut amené à l'hôpital onze jours (deux cent cinquante-quatre heures) après l'accident.

L'abdomen était distendu par du liquide. Une sonde introduite dans la vessie en ramena 5l800. A l'opération, on en trouva encore 2 litres dans le péritoine. Guérison en moins de dix jours. Ce cas détient le record pour le temps écoulé entre l'accident et l'opération.

Note sur un cas d'ostéomyélite blennorragique. (R. C. CUPLER, p. 121-123.) — Au cours d'une blennorragie très aiguë apparaît ce qui semble être une arthrite blennorragique ordinaire de l'épaule. Mais l'arthrotomie devient nécessaire, et on trouve un foyer d'ostéomyélite avec nécrose de la tête humérale. Le foyer osseux s'était secondairement ouvert dans l'articulation. Le pus ne contenait que des gonocoques.

F. GARDNER.

Phlébites du membre inférieur gauche après appendicectomie à froid. (Louis ROBERT. Th. de Paris, 1907; A. Michalon, édit.) — La phlébite du membre inférieur gauche peut survenir à la suite de l'appendicectomie à froid.

Elle peut ne se traduire par aucun symptôme et ne se manifester que par sa complication la plus grave : l'embolie.

Cette phlébite est une complication secondaire de l'appendicite; elle est la manifestation à distance d'une infection générale de l'organisme, infection partie d'un foyer péritonéal et appendiculaire primitif.

Elle peut survenir alors qu'aucun accident infectieux ne se manifeste du côté de la plaie opératoire, et que la réunion par première intention est parfaite.

Son apparition est favorisée par l'état de faiblesse dans lequel sont les malades ayant eu une ou plusieurs crises appendiculaires.

Elle est plus fréquente au membre inférieur *gauche*. Celui-ci est en effet mobilisable, tandis que le membre inférieur droit est immobilisé en raison des douleurs qui surviennent pendant les crises, en raison aussi du siège de la plaie opératoire si l'on est intervenu.

Au point de vue pratique, il faudra surveiller les membres inférieurs des opérés, les douleurs qui peuvent y apparaître et les moindres oscillations du tracé thermique. On sera d'une grande prudence pour permettre aux malades de se lever.

Traitement : immobilisation d'abord; massage ensuite, puis compression élastique,

L. GAYARD.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Le bromure de potassium est, ainsi que l'a montré M. le professeur Pouchet, tout particulièrement intéressant au point de vue de son action médicamenteuse, parce qu'en raison des métamorphoses qu'il subit dans l'économie, il permet la dissociation des actions pharmacodynamiques du brome et du potassium, répondant chacune à des indications et à des électivités spéciales.

Si on introduit le brome dans l'organisme sous forme de bromure de sodium, il agit sur le cerveau, calme la surexcitation nerveuse produite par un travail intellectuel trop prolongé et se conduit alors comme un hypnotique très efficace.

Si nous lui substituons, au contraire, le bromure de potassium, à l'action précédente viendra se joindre une influence sur le cœur, la respiration, la température dont on pourra entraver ou annuler les manifestations au moyen d'un exercice violent ou de tout autre procédé aboutissant à une exagération des phénomènes de nutrition, alors que l'influence cérébrale n'est empêchée en aucune façon.

Autant de cas, autant d'indications différentes en face desquelles le praticien sera heureux de trouver à sa disposition la gamme des bromures alcalins de Henri Mure d'un emploi si fidèle et toujours si exactement dosés à 2 grammes de sel par cuillerée à soupe et 50 centigrammes par cuillerée à café.

LIVRES NOUVEAUX

Traité des maladies de l'enfance (1), 5e édition, par Jules COMBY.

On sait sur quel plan avait été conçue la première édition du *Traité des maladies de l'enfance* : après un résumé d'hygiène et de physiologie infantiles et quelques considérations thérapeutiques, l'auteur abordait la pathologie de l'enfance, et établissait d'emblée deux grandes divisions : maladies générales, maladies locales. La première comprenait : les maladies infectieuses, les maladies dystrophiques et les intoxications; la seconde était consacrée aux maladies locales et régionales, c'est-à-dire localisées à un organe ou à un système d'organes, et se terminait par une étude méthodique des maladies de la peau.

Il faut croire que cette conception générale des maladies infantiles a plu au grand public médical, puisque M. Comby publie aujourd'hui la cinquième édition de son *Traité*. Cette cinquième édition, où les lecteurs retrouveront toutes les qualités d'exposition habituelles à cet auteur, n'est pas une simple réimpression : elle se distingue des précédentes par des remaniements importants et par de très nombreuses additions qui, grâce aux dispositions typographiques adoptées, n'augmentent pas le nombre de pages, et rendent le volume plus léger et plus maniable. Nous ne pouvons que souhaiter à M. Comby et à son éditeur que cette nouvelle édition trouve auprès des lecteurs le même accueil favorable que ses aînées.

L. BABONNEIX.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

(1) In-8°. — Paris, J. Rouff.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Le lundi 21 octobre 1907, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour quatre places d'élèves internes.

Le lundi 28 octobre 1907, à huit heures du matin, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour dix places d'élèves externes.

Ces deux concours auront lieu devant la Commission administrative assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence, et un certificat de revaccination récente.

Les candidats pour le premier concours auront de plus à justifier du nombre de huit inscriptions de médecine (nouveau régime) et d'un an de service actif dans un hôpital comme externe.

Les candidats pour le second concours auront à produire : un certificat constatant qu'ils ont au moins une inscription de médecine.

— SAINT-ETIENNE. — Il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 16 mars 1908, un concours public pour une place d'ophtalmologiste de ses établissements.

Ce concours aura lieu devant la Commission, assistée d'un jury médical; il se composera de cinq épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, rue Valbenoîte, 40, à Saint-Etienne.

GUERRE. — Le sous-secrétaire d'État à la Guerre vient d'adresser une lettre de félicitations à notre ami le médecin-major Dopter, professeur agrégé au Val-de-Grâce, pour l'ensemble de ses beaux travaux sur le sérum antidysentérique. Il vient de le charger d'étudier à l'Institut Pasteur le nouveau sérum contre la méningite cérébro-spinale, préconisé par les professeurs Kolb et Wassermann.

D'autre part, à la suite d'une conférence avec le docteur Roux, président de la commission d'hygiène et d'épidémiologie militaires et directeur de l'Institut Pasteur, M. Chéron vient de prescrire, à titre d'expérience, dans plusieurs régiments, l'emploi de certaines mesures prophylactiques contre les maladies vénériennes.

LA CROIX-ROUGE AU MAROC. — Le président de la Société de secours aux blessés militaires ayant offert au ministre de la Guerre un hôpital de 100 lits pour nos blessés du Maroc, le ministre vient de lui faire savoir qu'il accepte avec empressement son offre. Il lui fera connaître, à bref délai, sur quel point pourra être dirigé son hôpital de 100 lits, avec personnel et matériel.

A PROPOS DU RADIUM. — Le radium est il ou n'est-il pas un « corps simple »? On se souvient des controverses récentes qui se sont produites à ce sujet parmi les savants français et étrangers. « Le radium, disait lord Kelvin à la British Association, est un mélange d'hélium et de quelque autre chose : c'est un sel chimique. » Les chimistes et physiciens Oliver Lodge, Soddy, Ramsay qui a découvert l'argon, se prononçaient par contre en faveur de l'hypothèse du radium, corps simple énigmatique. M. Francis Laur a eu l'idée, pour donner aux discussions futures une base certaine, de demander son avis à Mme Curie elle-même, plus qualifiée que qui que ce soit pour émettre un avis sur ce sujet qui est pour elle tout à la fois une glorieuse conquête personnelle et un héritage de science touchant. Dans une lettre que publie le *Figaro*, Mme Curie se déclare disposée à partager l'opinion de Ramsay, Rutherford et Soddy : elle considère comme probable que le radium est un élément instable dont les atomes se transforment spontanément, et que l'un des produits de cette transformation est l'hélium.

De toute façon, dit-elle en terminant sa lettre, le radium est un « élément chimique distinct » au sens que la chimie attache à ce mot. Il est peu probable que lord Kelvin considère le radium comme un composé analogue aux autres combinaisons moléculaires. Et il est possible que la discussion ait porté sur des mots plutôt que sur des idées, car il est vraisemblable que les atomes sont tous complexes et formés, à partir d'éléments plus simples, dont la nature nous est encore à peu près inconnue.

LA DILATATION AIGUE DE L'ESTOMAC

Par R. MORICHAU-BEAUCHANT,
Professeur suppléant à l'École de médecine de Poitiers,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le 15 avril 1906, nous étions appelé dans la nuit près d'un de nos malades, E. D..., âgé de cinquante-sept ans, demeurant rue Sainte-Catherine. Ce malade, garçon de peine à l'Ecole de médecine, était soigné par nous depuis environ trois mois. Son histoire était la suivante. Trente ans auparavant il avait eu des *douleurs gastriques* extrêmement vives « à se rouler par terre ». Elles revenaient tantôt immédiatement, tantôt deux ou trois heures après l'ingestion des aliments. Elles s'accompagnaient d'*irradiation dorsale.* Il n'y eut ni vomissements, ni hématémèses, ni melæna. Les douleurs durèrent deux ou trois mois puis s'apaisèrent. Depuis cette époque, notre malade avait bien continué à souffrir de temps en temps, mais à de longs intervalles, et sans que sa vie en fût sérieusement troublée. Il en fut ainsi jusque dans le courant de juillet 1905; à partir de cette date son état déclina; il avait *conservé tout son appétit*, mais les *digestions* étaient *pénibles*, et il souffrait de son estomac *surtout quatre ou cinq heures après les repas*; d'ailleurs, toute la journée il éprouvait des *pesanteurs*, des *brûlures*, et avait l'impression que les aliments ne *passaient* pas. Il eut à plusieurs reprises des *vomissements*; ceux-ci étaient *espacés de plusieurs jours*, mais *très abondants*, renfermant avec un liquide très acide des *débris d'aliments* quelquefois ingérés plusieurs jours auparavant. L'*amaigrissement* se prononça.

Nous vîmes le malade pour la première fois le 10 janvier 1906. C'était un homme amaigri, au facies un peu pâli, mais nullement cachectique, se plaignant de souffrir de l'estomac et de vomir, ainsi que nous l'avons dit plus haut. En l'examinant à jeun, nous trouvons un *clapotage* très net siégeant à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic. On ne sent aucune tumeur à la palpation. Il y a des *mouvements péristaltiques* facilement provoqués. Il existe une constipation opiniâtre que le malade combat avec des lavements. Nous ne trouvons rien d'anormal du côté des autres organes, cœur, poumons, reins, système nerveux.

Le 20 janvier nous procédons à l'extraction du liquide de stase et nous faisons ensuite après lavage un repas d'épreuve. L'examen fait par le docteur Laboulais donna les résultats suivants :

Liquide de stase.	Repas d'épreuve.
Volume : 250 c.c.	
Vert brillant : réact. tr. nette.	Vert brillant : réact. tr. nette. A = 240.
Acide lactique : 0.	Acide lactique : traces. T = 386.
Peptones : abondantes.	Peptones : abondantes. H = 108.
Acidité totale : 211.	Gunzbourg : réact. tr. nette. C = 140.
Nomb. détritus alimentaires.	H + C = 248.
	F = 138.

Le diagnostic fut *sténose du pylore consécutive à un ulcère ancien cicatrisé.*

Nous conseillâmes l'intervention chirurgicale, car la dilatation paraissait très marquée et l'abondance du liquide de stase avec de nombreux débris alimentaires indiquait bien que la sténose était serrée. Le malade n'ayant voulu rien entendre, nous fûmes obligé de nous rabattre sur le traitement purement médical. Celui-ci se borna à pratiquer à jeun l'extraction du liquide de stase, suivi d'un gavage à la poudre de viande. Nous avions ainsi recours à la méthode préconisée par notre maître, M. Mathieu et son élève Laboulais, qui à nous aussi avait donné des succès remarquables. Notre malade parut d'ailleurs s'en trouver fort bien. Les vomissements cessèrent complètement. Les digestions devinrent plus faciles. (Nous avions mis notre malade au lait et aux œufs.) Les douleurs disparurent. L'augmentation de poids fut régulière, et deux mois après le commencement du traitement elle atteignait trois kilos. Cependant le liquide de stase retiré tous les matins restait encore abondant entre 100 et 150 grammes et renfermait toujours, quoique en moindre abondance, des détritus alimentaires. Les choses en étaient là et le malade se félicitait de n'avoir pas accepté l'opéra tion que nous lui proposions, lorsque survinrent les accidents qu'il nous reste à décrire.

En arrivant près de lui dans la nuit du 15 avril, le malade ou plutôt les personnes qui l'entourent nous racontent qu'après s'être couché la veille au soir comme d'habitude vers neuf heures, il s'est réveillé deux heures après au milieu d'un grand malaise ; il s'est mis alors à *vomir en abondance*; les vomissements ont continué à de courts intervalles jusqu'à présent. En effet, et bien que seulement quatre heures se soient écoulées depuis le début des accidents, nous voyons près de son lit un seau à toilette aux trois quarts rempli par les liquides que le malade a rejetés. Sur sa table de nuit est une grande cuvette à moitié pleine d'un *liquide brun noirâtre.* Le malade, en ce court laps de temps, peut bien avoir rendu *huit à dix litres* de ce liquide brun noirâtre sans odeur dont nous venons de parler.

Son état est d'ailleurs lamentable. Les traits sont tirés, les yeux excavés, la voix est cassée, les extrémités sont froides, le pouls est misérable. Il n'a pas émis une goutte d'urine. Avant notre arrivée et pendant notre visite il a présenté de véritables *crises de tétanie* des membres. Les membres inférieurs se raidissent en extension dans tous leurs segments, et il est impossible de vaincre cette contracture douloureuse qui arrache des cris au malade. Aux membres supérieurs la contracture porte uniquement sur les extrémités, mains et doigts, qui se fléchissent légèrement. La face reste indemne. Le malade a devant nous plusieurs crises d'une durée de cinq à six minutes.

L'examen de l'abdomen donne des renseignements très intéressants, le ventre est en effet très ballonné, quoique presque sans douleurs, et la limite inférieure de l'estomac paraît notablement abaissée, puisque le bruit de flot très appréciable se perçoit immédiatement au-dessus du pubis. La dilatation chronique constatée auparavant déjà paraît donc s'être considérablement accrue.

Nous faisons appliquer au malade des boules chaudes, nous lui injectons 25 centigrammes de caféine, et comme il est privé de tous soins chez lui,

nous le faisons transporter le 16 au matin à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur Chrétien. Peu après son arrivée il fut pris de *délire*, les *vomissements continuèrent avec les mêmes caractères*. La température était aux environs de 36. L'état paraissait si immédiatement grave que le docteur Chrétien s'abstint de toute intervention. *Le malade succomba dans le coma* le soir du deuxième jour.

L'autopsie put être pratiquée. Elle donna les résultats suivants :

L'estomac, *énormément distendu*, remplit toute la cavité abdominale, le *duodénum est également très dilaté* dans toute son étendue, semble-t-il. N'ayant pu assister nous-même à l'autopsie, nous ne pouvons préciser exactement jusqu'où la dilatation s'étendait.

L'estomac une fois ouvert laisse échapper environ 2 *litres d'un liquide brun noirâtre* analogue à celui des vomissements. Les parois paraissent amincies, sauf au niveau de la petite tubérosité et du pylore où elles sont plutôt épaissies. A la surface de la muqueuse on note des *érosions hémorragiques* ponctuées. L'orifice pylorique est *extrêmement rétréci, il admet à peine la pointe d'un crayon*. Une *cicatrice d'ulcère annulaire* l'entoure. Histologiquement on constate sur le versant pylorique de la cicatrice et s'étendant à 3 centimètres au delà du côté du duodénum un *polyadénome brunnérien* typique (1). Nulle part il n'existe de dégénérescence cancéreuse. Le foie et les autres organes paraissent normaux.

Quelle était la nature des accidents présentés par notre malade ? Nous devons avouer que sur l'heure nous en méconnûmes complètement la pathogénie, et que c'est plusieurs mois après seulement, qu'éclairé par la lecture d'autres observations, nous pûmes nous rendre compte que *les accidents présentés par notre malade ressemblaient trait pour trait à ceux qui ont été décrits sous le nom de paralysie aiguë ou de dilatation aiguë de l'estomac*. Mais c'est là un syndrome qui n'est pas encore assez connu à l'heure actuelle, dans notre pays du moins ; cependant il est loin d'être rare, et les praticiens ne doivent pas l'ignorer, puisque, par un traitement appliqué à propos, ils peuvent sauver des malades presque irrémissiblement condamnés, lorsqu'ils sont abandonnés à eux-mêmes. Nous pensons faire œuvre utile en condensant dans une étude d'ensemble les notions que l'on possède actuellement sur cette affection.

I

En France, fort peu de travaux ont paru sur la dilatation aiguë de l'estomac. Les traités classiques ne lui consacrent que quelques lignes d'ailleurs en partie inexactes. On peut dire que dans notre pays *seule la dilatation aiguë post-opératoire a été étudiée*. Dans plusieurs publications, M. Reynier avait appelé l'attention des chirurgiens sur les accidents qui s'observaient du côté de l'estomac, à la suite des opérations, il les attribuait à une paralysie de cet organe survenant en dehors de toute infection. En 1905, une discussion mémorable s'engagea sur ce sujet à la Société de chirurgie, à propos de deux observations rapportées par M. Chavannaz, dilatations aiguës observées à la suite d'interventions sur l'utérus et les annexes, et dans lesquelles l'infection semblait hors de cause. M. Reynier vint apporter de nouvelles observations à l'appui des théories qu'il soutenait depuis plusieurs années. MM. Legueu et Tuffier relatèrent eux aussi des cas du même ordre. Les arguments employés par ces différents auteurs n'entraînèrent pas cependant la conviction unanime, et MM. Routier, Walther, Terrier vinrent contester formellement l'existence d'une dilatation aiguë primitive de l'estomac. Pour eux les accidents relèvent d'une septicémie.

La dilatation aiguë de l'estomac était cependant dès ce moment parfaitement connue à l'étranger ; de nombreux auteurs avaient isolé et décrit le type clinique, et noté les très nombreuses conditions étiologiques qui président à son apparition. Notons en Allemagne, les travaux cliniques et expérimentaux d'Albrecht, de Kelling, ceux plus récents, et surtout cliniques de Neck (1) et de Wichern. En Angleterre, Hilton Fagge, Goodhart, Morris, Robson ; en Amérique, Kelynach, Robinson, Finney, apportèrent leur contribution à l'étude de la question.

II

La *dilatation aiguë de l'estomac n'est pas une affection rare*, surtout si on fait entrer en ligne de compte les formes légères. Elle se voit également dans les deux sexes. Les enfants y sont exposés comme les adultes.

La dilatation aiguë de l'estomac peut survenir d'une façon *primitive*, alors que rien auparavant n'avait pu faire supposer une altération quelconque de l'organe. Tel le cas de Heine dans lequel une laparotomie faite plusieurs mois avant les accidents, avait permis de se rendre compte de l'intégrité absolue de l'estomac.

Plus fréquemment, divers signes avaient attiré l'attention du côté de l'organe, *douleurs*, *vomissements*, *hémorragies*, *digestions difficiles*. L'*hyperchlorhydrie*, la *sténose du pylore*, ont été très souvent signalées. *La dilatation aiguë peut n'être qu'un épisode au cours d'une dilatation chronique préexistante.*

L'*entéroptose*, les *vices de position* de l'estomac et du duodénum peuvent favoriser l'apparition de la dilatation aiguë. Il en est de même des *déviations* de la colonne vertébrale, *cyphose* et *scoliose*.

La cause prédisposante la plus importante de toutes, est peut-être un *mauvais état général*, une *nutrition défectueuse*, les *cachexies diverses*. Car alors le muscle stomacal perd sa résistance et sa tonicité sous l'influence de causes nocives qui dans d'autres conditions, ne produiraient que des effets insignifiants.

Nous rangerons schématiquement les *causes efficientes* de la dilatation aiguë de l'estomac en *chirurgicales*, *obstétricales*, *médicales*.

(1) L'étude histologique de la tumeur sera faite dans un mémoire ultérieur.

(1) Nous avons emprunté beaucoup à l'excellente Revue générale publiée par cet auteur sur la question.

Les dilatations aiguës *post-opératoires* sont les plus nombreuses des *dilatations chirurgicales*, elles surviennent à la suite des interventions les plus variées, mais surtout de celles qui intéressent l'*estomac* et les *voies biliaires*, *pylorectomie*, *pyloroplastie*, *gastro-entérostomie* surtout, et il est bien certain que bon nombre d'accidents étiquetés *circulus viciosus* ne sont autre chose que des symptômes de dilatation aiguë. Elle a été observée fréquemment encore à la suite de la *cholédocotomie*, de la *cholécysto-entérostomie*, de la *cholécystectomie*, et des diverses opérations portant sur les voies biliaires.

On pourrait invoquer dans ces différents cas un traumatisme purement local, ou une infection portant sur l'estomac. Mais la dilatation aiguë peut succéder à des opérations pratiquées sur des organes *bien loin* de l'estomac, *utérus et annexes*, *hernies*, etc. Le péritoine peut n'avoir pas même été ouvert (*interventions sur les reins par voie lombaire*). Enfin, ce qui élimine tout soupçon d'infection péritonéale, l'intervention peut avoir été *extra-abdominale*. C'est ainsi que la dilatation aiguë a été observée à la suite d'*ablation du sein pour cancer*, de *résection du coude*, *de la hanche*, *du genou*, *de redressement d'un genu valgum*, *d'un grattage pour tuberculose de l'astragale*, etc.

Ce n'est pas tant dans cette variété de dilatation aiguë l'acte opératoire lui-même, que *les agents d'anesthésie*, qui interviennent pour la provoquer, *éther ou chloroforme*, mais surtout ce dernier. Expérimentalement l'action nocive du chloroforme sur la musculature de l'estomac a pu être mise en évidence. Braun et Kelling ont montré qu'il était incomparablement plus facile de dilater l'estomac chez des chiens, lorsque ceux-ci étaient soumis à la narcose chloroformique. On sait d'ailleurs par la pratique de chaque jour combien sont fréquents après la chloroformisation les troubles qui surviennent du côté de l'estomac. *Il n'est donc pas exagéré de considérer le chloroforme comme un véritable poison pour les éléments musculaires et nerveux de la paroi stomacale.*

Outre les dilatations aiguës post-opératoires, il faut citer encore parmi les dilatations chirurgicales, celles qui s'observent après les *contusions de l'abdomen*, surtout lorsque le traumatisme porte directement sur l'épigastre.

Enfin, on a signalé plusieurs observations de dilatation aiguë succédant à l'application de *corsets plâtrés* dans le *mal de Pott*, la *cyphose* ou la *scoliose*.

Les dilatations aiguës d'origine *obstétricale* sont jusqu'ici en nombre très restreint, nous n'en connaissons que 3 observations, les deux premières sont dues à MM. Audebert et Fournier, elles concernaient toutes deux des femmes *éclamptiques* accouchées depuis un et deux jours, qui avaient été soumises pendant de longues heures à des *inhalations chloroformiques*, la quantité de chloroforme absorbée par elles n'avait pas été inférieure à *150 grammes*. Dans le deuxième cas observé par ces auteurs, la malade succomba à une streptococcie généralisée ayant pour point de départ une infection utérine. La troisième observation est celle de Méreau (de Gençais), rapportée dans ce journal (1). La dilatation aiguë constatée seulement cliniquement survint aussitôt après l'accouchement. On avait fait une application de forceps, et employé environ *10 grammes de chloroforme*. Le *travail* avait été particulièrement *long* et les *douleurs* extraordinairement *violentes*.

Il nous reste à étudier les dilatations aiguës d'origine *médicale*. Elles sont loin d'être rares et reconnaissent des causes multiples.

Au cours des *maladies infectieuses aiguës*, *septicémie*, *pneumonie*, *scarlatine*, des dilatations aiguës d'estomac ont été observées survenant soit *au cours* même de la maladie, soit pendant la *convalescence*. La *fièvre typhoïde* surtout joue un rôle fort important. Legendre observa un malade dont la dilatation stomacale qui existait déjà auparavant s'accrut au cours de cette maladie. Wichern a récemment rapporté deux observations avec autopsies de dilatation aiguë survenant dans les mêmes conditions. Baumler et Kundrat ont vu plusieurs cas se produire au moment de la convalescence.

Le même syndrome a été observé au cours d'autres affections, *tuberculose pulmonaire*, *pleurésie purulente*, *maladies du cœur*, *coxalgie*, etc.

Dans d'autres cas, c'est un *écart de régime* que l'on peut invoquer, *nourriture indigeste* ou *excès de liquides*. Un malade de Bennet voit les accidents apparaître à la suite de l'absorption coup sur coup de deux bouteilles de limonade. Dans les observations de Körte, de Frankel, de Boas, les sujets avaient mangé d'une façon immodérée des carottes, des petits pois, de l'oie rôtie grasse. L'écart de régime est surtout *nocif* chez les *convalescents*. Les accidents bien connus qui surviennent chez les individus qui ingèrent une nourriture trop abondante après une longue abstinence se produisent aussi très vraisemblablement par l'intermédiaire d'une dilatation aiguë de l'estomac.

Dans quelques cas on a pu incriminer l'action sur l'estomac d'un *médicament*. C'est ainsi que Neck a vu survenir chez un tuberculeux, profondément débilité il est vrai, les symptômes de la dilatation aiguë après ingestion de 50 centigrammes de *véronal*.

III

Ce sont les vomissements qui, dans la majorité des cas, signalent l'entrée en scène de la dilatation aiguë de l'estomac. Un certain nombre de caractères les individualisent.

Ils sont *abondants* et même quelquefois *extraordinairement abondants;* tous les auteurs ont insisté sur ce point. Notre malade vomit en quelques heures de huit à dix litres de liquide. Le même fait se retrouve dans la plupart des observations. Et, ceci est très digne de remarque, les vomissements se reproduisent alors même que le malade n'a pas ingéré depuis longtemps une seule goutte de liquide, alors même que son estomac a été précédemment vidé complètement par lavage. C'est donc dans l'estomac lui-même que s'élabore le liquide rejeté.

(1) *Arch. médico-chirurgicales du Poitou*, 15 juin 1907.

Leur *coloration* est spéciale, d'abord *verts* ou *jaunes*, ils prennent rapidement une *teinte foncée brun noirâtre*, indice de la présence d'une *petite quantité de sang*, qui peut d'ailleurs se déceler par différents procédés (réaction de Weber, réaction à la benzidine, etc., ou par le spectroscope). Le sang provient des petites érosions que l'on peut constater à l'autopsie sur la paroi stomacale.

L'analyse chimique donne des résultats variables. En général *il n'existe pas* ou *très peu d'acide chlorhydrique*, et on trouve par contre *beaucoup d'acide lactique*. Mais des constatations inverses ont pu être faites, c'est ainsi que Boas a trouvé l'acide chlorhydrique considérablement augmenté. La présence de la *bile* et du *suc pancréatique* a une certaine importance, elle indique un reflux du contenu duodénal dans l'estomac. On trouve presque toujours dans les vomissements une certaine quantité d'*acide sulfhydrique*.

Leur *odeur* est en effet particulièrement *fétide*, mais presque jamais elle n'est *fécaloïde*.

Dans la très grande majorité des cas les vomissements marquent le début de la dilatation aiguë de l'estomac et persistent jusqu'à la fin. Il en est cependant où ils ne se produisent que *tardivement*, deux ou trois jours après le début des accidents (Kundrat, Boas). Exceptionnellement les vomissements peuvent *manquer*, et c'est un indice de très haute gravité. Quelquefois, après avoir existé dès le début, ils cessent plus ou moins tôt, sans que d'ailleurs les autres symptômes graves s'amendent (Herff). L'estomac contient cependant encore une grande quantité de liquide, comme on peut s'en assurer en l'évacuant à l'aide de la sonde.

En même temps que les vomissements, existe une *sensation de faiblesse* rapidement accrue, une *soif vive* tourmente les malades. Le *facies s'altère*, le *nez se pince*, les *yeux s'excavent*, les *téguments se rident*.

Notre malade présenta des *accès de tétanie* à la suite des vomissements abondants dont nous avons parlé. Nous n'avons pas retrouvé le symptôme signalé dans d'autres observations. Mais il nous paraît très vraisemblable que les vomissements, qui, d'une façon presque constante, précèdent l'apparition des contractures des extrémités, puissent reconnaître très souvent comme cause une dilatation aiguë de l'estomac venant compliquer, le plus souvent il est vrai, une dilatation chronique et de ce chef pouvant passer plus facilement inaperçue.

Des *douleurs* peuvent s'observer, mais elles ne sont pas constantes et siègent en des endroits très différents, au niveau de l'hypocondre droit, de l'épigastre et même de l'hypogastre. Dans la majorité des cas, c'est plutôt une sensation pénible de distension, de plénitude, qu'une véritable douleur.

La *constipation* est habituelle. Toutefois l'arrêt des matières et des gaz est rarement absolu. On a signalé des selles diarrhéiques. Il existait encore des matières formées au quatrième jour chez le malade de Baumler.

Les signes physiques fournis par l'examen direct direct de l'abdomen sont variables : presque toujours il y a du *ballonnement* dont le siège varie avec le degré de la dilatation. Il descend plus ou moins au-dessous de l'ombilic, débordant sur les parties latérales, surtout à gauche. Dans les grandes dilatations, l'abdomen tout entier est distendu et peut acquérir un volume considérable. A la palpation on perçoit une résistance élastique et on provoque ordinairement très facilement la sensation de *flot*. Celle-ci peut manquer si l'estomac renferme une trop grande quantité de liquide et de gaz, soumis à une forte tension.

A la percussion c'est le plus souvent du *tympanisme* que l'on observe; mais lorsque le liquide est abondant on peut avoir des zones de matité irrégulières et qui se déplacent.

Dans la règle il n'existe pas de *mouvements péristaltiques*. Ceux-ci furent notés cependant trois fois. Baumler, chez un de ses malades, observa jusqu'à l'approche de la mort des ondes péristaltiques au niveau de l'épigastre allant de gauche à droite. Kundrat et Schnitzler rapportèrent des cas analogues.

Les données fournies par la *température* sont importantes. Dans quelques cas celle-ci s'éleva (Herff, Legueu, Mereau). Mais peut-être fallait-il faire intervenir une infection concomitante. Dans la très grande majorité des cas, la température reste *normale* ou même s'abaisse *au-dessous de la normale*.

La *respiration s'accélère*. Le *pouls est petit*, *rapide*, *fuyant*, atteint de 100 à 150 par minute.

Les *urines sont rares*, *hautes en couleur*, elles peuvent contenir une *petite quantité d'albumine*. Quelquefois l'anurie est complète.

IV

La *marche* de la dilatation aiguë de l'estomac est variable; si l'on applique sans perdre de temps le traitement qui convient, en l'espèce c'est l'*évacuation gastrique à l'aide de la sonde*, on voit ordinairement les symptômes graves rétrocéder d'une façon progressive. Quelquefois, dans les semaines qui suivent, on assiste à une rechute, moins grave en général. La dilatation persiste un certain temps, puis tout rentre progressivement dans l'ordre.

Si, au contraire, la terminaison est défavorable, les symptômes s'aggravent rapidement et les malades succombent dans le *collapsus*. Dans notre observation et aussi dans plusieurs autres les malades ont présenté du *délire* et sont morts dans le *coma*.

La *durée* varie de *quelques heures* (Albu) à *treize jours* (Baumler). En général, elle ne dépasse pas quatre à cinq jours.

Le *pronostic* de la dilatation aiguë de l'estomac est *sévère*. Si le lavage de l'estomac n'est pas fait d'une façon précoce, la *mort est presque inévitable*. Neck, dans son travail qui porte sur 64 cas recueillis dans la littérature, indique 47 morts et seulement 17 guérisons. Lorsque le syndrome sera mieux connu et le traitement appliqué d'une façon plus précoce, il est certain que la statistique deviendra meilleure.

V

De nombreux examens *post mortem* ont permis de se rendre compte des lésions anatomiques correspondant au syndrome que nous venons d'étudier.

Dès l'ouverture de l'abdomen la première constatation que l'on fait, c'est la *dilatation parfois énorme de l'estomac*. Pas toujours cependant, car, dans une dizaine de cas, l'estomac, notablement distendu pendant la vie, fut trouvé après la mort de volume normal ou presque normal. Ces faits sont l'exception. Dans la règle l'estomac descend plus ou moins au-dessous de l'ombilic, atteint le pubis, s'abaisse même parfois jusque dans le petit bassin. Assez souvent la tumeur formée par l'estomac occupe l'abdomen tout entier.

L'aspect extérieur est variable, quelquefois l'organe apparaît rouge sombre. L'estomac a souvent exécuté un mouvement de rotation autour de son axe et présente une torsion au niveau du pylore ou du duodénum. Le pylore est fortement tiré en arrière. Des adhérences ont été trouvées entre le foie et l'extrémité droite de la petite courbure.

A l'ouverture, la cavité est généralement remplie encore en partie par du liquide brun noirâtre analogue à celui des vomissements, la muqueuse est congestionnée et présente de nombreuses érosions hémorragiques. Dans quelques cas on rencontre des *cicatrices d'ulcère* ou des *ulcères en activité*. Körte, chez un malade, trouva une *perforation nécrotique* de la paroi qu'il rapporta à la surdistension de l'organe. La paroi de l'estomac a quelquefois son épaisseur presque normale, ce qui se produit lorsque la dilatation aiguë complique une dilatation chronique préexistante. Dans d'autres cas l'amincissement est extrême. Chez un malade de Müller Humby les faisceaux musculaires étaient dissociés et par places la muqueuse et la séreuse arrivaient au contact.

L'examen microscopique montre comme lésions pouvant être attribuées à la dilatation aiguë, du côté de la muqueuse, de *petits infarctus hémorragiques*, des *foyers de nécrose superficielle*; du côté de la musculeuse les modifications les plus souvent notées furent un *amincissement des faisceaux*, de la *dégénérescence graisseuse de quelques fibres*, de l'*infiltration interstitielle*.

Un intérêt tout particulier s'attache à l'examen du duodénum. Dans un grand nombre de cas celui-ci a été trouvé *dilaté*. *La dilatation se poursuit ordinairement jusqu'au point où il est croisé par les vaisseaux mésentériques et la racine du mésentère*. Au-dessous de ce point le reste de l'intestin est vide, Il se fait à ce niveau comme une sorte d'étranglement. En passant le doigt dans le duodénum on perçoit nettement la saillie des vaisseaux mésentériques, qui en effacent le calibre. Si on relève le paquet des anses grêles, et du même coup le mésentère et les vaisseaux, on voit la perméabilité se faire à nouveau et les matières passer dans l'intestin sous-jacent. Il n'existe qu'un cas, celui de Baumler, où cette sorte d'étranglement artério-mésentérique détermina des lésions au niveaude la partie comprimée du duodénum. La séreuse, en effet, présentait sur une étendue de deux centimètres une coloration rouge clair nettement limitée. Sur la muqueuse, au point correspondant, il existait une nécrose superficielle presque annulaire d'environ un centimètre et demi de large.

Dans d'autres cas, le duodénum n'est pas dilaté tout entier, mais seulement sur une partie de son trajet, et la limite peut se trouver au-dessus ou au-dessous de l'ampoule de Vater. D'autres fois la dilatation dépasse le duodénum, elle peut se prolonger plus ou moins sur le jéjunum. En général les anses grêles sont vides et refoulées par la grosse tumeur stomacale elles occupent le petit bassin.

Le *gros intestin* peut être lui aussi dilaté. Dans une de leurs observations, Audebert et Fournier trouvèrent que la dilatation portait sur tout le cæcum, le côlon ascendant, et une partie du côlon transverse. Il est facile de comprendre, et la figure que nous donnons plus loin l'explique suffisamment, que le *côlon transverse* puisse être comprimé entre le bord inférieur ou la paroi antérieure de l'estomac et la symphyse pubienne, dans les cas de grande dilatation.

VI

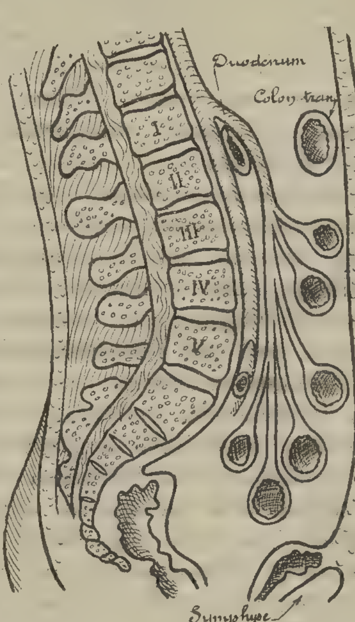
Quel est le *mécanisme pathogénique* des accidents? Tous les auteurs français et la plupart des auteurs étrangers voient dans la dilatation aiguë de l'estomac l'expression d'une *paralysie aiguë* de cet organe, qui serait comparable de tous points à la paralysie aiguë de la vessie, du cœur, de l'intestin. Les circonstances dans lesquelles la maladie se produit semblent bien plaider en faveur de cette hypothèse. On comprend en effet parfaitement que le traumatisme, l'absorption de substances toxiques, les écarts de régime, etc., puissent influencer soit directement, soit par l'intermédiaire du plexus solaire, les éléments nerveux et musculaires de l'estomac. Les expériences de Braun et de Kelling, montrant que chez les chiens *narcotisés* on pouvait produire, par insufflation de l'estomac, une énorme dilatation apportent à la théorie un appoint indiscutable.

Elle n'est point cependant admise sans conteste, surtout à l'étranger; pour plusieurs auteurs *la dilatation aiguë de l'estomac ne serait pas due à la paralysie de ce viscère, mais relèverait d'un obstacle mécanique*; c'est surtout l'*étranglement artério-mésentérique* qui a été invoqué. M. Kundrat, en l'année 1871, faisant l'autopsie de trois cas de dilatation aiguë de l'estomac, émit le premier l'opinion qu'il s'agissait d'une compression duodénale au point où celui-ci traverse la racine du mésentère. Il est de fait, ainsi que nous l'avons vu en étudiant l'anatomie pathologique, que dans bien des autopsies une compression existe à ce niveau. Au-dessus l'intestin est très dilaté, au-dessous il est vide. A quoi est due cette compression? A la racine du mésentère et aux vaisseaux mésentériques qu'elle renferme. Il existe d'ailleurs à ce niveau une prédisposition anatomique à la compression. Albrecht a en effet attiré depuis longtemps l'attention sur ce fait, qu'en ce point le duodénum a normalement une lumière qui n'est pas ronde, mais aplatie par pression du mésentère et des vaisseaux. *Si les anses grêles, pour une raison ou pour une autre, s'abaissent et tombent dans le bassin, l'occlusion du duodénum se trouve alors réalisée par suite de la traction qui se transmet à la racine du mésentère*. Pour Kundrat et Schnitzler,

l'occlusion est favorisée lorsque le mésentère, au lieu de former un éventail ouvert se ferme à demi, car alors la pression se concentre à la racine. Une légère torsion du mésentère vers la droite provoque aussi plus facilement la compression.

Que celle-ci puisse se produire dans les conditions indiquées par les auteurs précédents, le fait n'est pas douteux. Il a été établi expérimentalement par Albrecht, qui suspendant au mésentère un poids de deux kilos, ne put faire passer une injection d'eau du duodénum dans le jéjunum, qu'en employant une forte pression. Nous avons vu d'ailleurs qu'à l'autopsie des malades chez lesquels existait cette dilatation du duodénum, il suffisait de relever les anses grêles prolabées dans le bassin et avec elles le mésentère pour voir la compression duodénale cesser immédiatement et les liquides passer dans le jéjunum.

L'occlusion artério-mésentérique existe donc bien, elle ne peut être niée. *Toute la question est de savoir si elle est la cause ou la conséquence de la dilatation de l'estomac.*



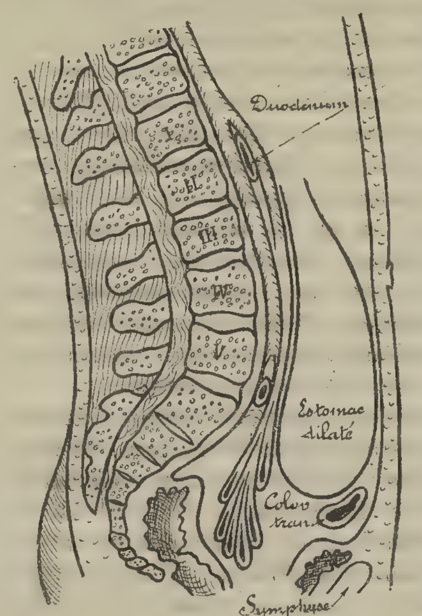
Pour les auteurs qui admettent la première théorie, les choses se passent de la façon suivante: *Le primum movens est la chute des anses grêles dans le pelvis. Les causes favorisantes sont : la vacuité intestinale, la longueur anormale du mésentère, la laxité des parois abdominales, l'entéroptose.* Par suite de la traction exercée par le mésentère, il y aurait occlusion duodénale et dilatation du duodénum et de l'estomac sus-jacents.

Cette théorie ne paraît guère admissible. On ne comprend pas bien en effet, sous l'influence des seules causes énumérées plus haut, la chute des anses grêles dans le petit bassin. A supposer même qu'il existe une compression du duodénum suffisante pour interrompre le cours des matières et des gaz, la dilatation de l'estomac n'en serait pas la conséquence nécessaire, ainsi que le montrent chez les animaux la ligature du pylore ou du duodénum; d'ailleurs la compression artério-mésentérique est très loin d'être constante et apparaît plutôt comme contingente.

Les choses s'expliquent beaucoup mieux, *si l'on admet que le fait initial est une dilatation plus ou moins accentuée de l'estomac, laquelle serait d'ordre paralytique; l'estomac se distendant occupe une partie plus ou moins considérable de la cavité abdominale et tend à refouler dans le pelvis les anses grêles; en appuyant sur elles de tout son poids, il augmente la pression qui se transmet au duodénum par l'intermédiaire du mésentère et des vaisseaux mésentériques. Ainsi se crée un véritable cercle vicieux; la dilatation paralytique de l'estomac est la cause de la compression du duodénum et celle-ci à son tour réagit en augmentant la dilatation de l'estomac.* La figure ci-jointe que nous empruntons à Finney montre parfaitement comment le mécanisme que nous indiquons peut être réalisé.

Les coudures et les torsions qui ont été constatées en divers points au niveau du pylore, du duodénum, du jéjunum, du côlon transverse, se prêtent aux mêmes considérations; elles doivent être considérées de même que l'occlusion artério-mésentérique comme la conséquence et non la cause de la dilatation aiguë de l'estomac.

Disons en terminant un mot des expériences de Kelling qui comportent des applications cliniques importantes au point de vue du vomissement. Insufflant l'estomac à l'aide d'une canule traversant la



paroi abdominale, il observa du côté du cardia des modifications intéressantes. Tantôt celui-ci restait perméable et l'estomac pouvait alors se vider librement. Dans d'autres cas il y avait occlusion du cardia, mais cette occlusion ne se produisait que si la pression ne dépassait pas un certain chiffre; si la pression devenait plus forte, la perméabilité se rétablissait et disparaissait lorsque la pression avait baissé. On pourrait expliquer par une disposition analogue les vomissements peu abondants que présentent certains malades qui n'arrivent jamais à vider notablement leur estomac. Dans une troisième catégorie d'expériences, Kelling observa que le cardia restait hermétiquement clos quelle que soit la pression. Ceci correspond aux cas d'ailleurs exceptionnels, où les malades ne vomissent absolument pas. L'occlusion du cardia est produite par un pli formant une véritable soupape, situé sur le côté gauche de l'orifice œsophagien et qui s'applique plus ou moins complètement sur celui-ci, lorsque l'estomac est distendu. Il est de fait que l'on voit signalée dans quelques observations une certaine difficulté pour faire pénétrer dans l'estomac la sonde qui semble être arrêtée au niveau du cardia. Les expériences de Kelling donnent l'explication de ces faits.

Quelle est la *cause de la mort* dans la dilatation aiguë de l'estomac? D'après les recherches expérimentales de M. Roger il ne s'agirait pas d'infection. La mort se produit comme dans tous les cas où l'on supprime rapidement l'action d'un viscère important,

foie, rein, glande thyroïde, et le coma gastrique est tout à fait comparable au coma hépatique ou rénal. Il se fait une intoxication de l'organisme par les poisons que la muqueuse digestive doit transformer.

M. Reynier fait jouer un grand rôle à l'abaissement considérable de la pression artérielle, qui se produit au cours de la dilatation aiguë de l'estomac, et que ses recherches cliniques et expérimentales ont bien mis en évidence. Il a montré qu'il suffisait d'évacuer l'estomac à l'aide de la sonde pour que la tension revienne aussitôt à la normale.

VII

Les différents signes par lesquels la dilatation aiguë de l'estomac traduit son existence, n'ont pas une signification univoque. On comprend donc que le *diagnostic* soit particulièrement difficile. En fait les cas ne se comptent plus où la maladie n'a été reconnue qu'à l'autopsie.

On devra suspecter les troubles graves se produisant du côté de l'estomac à la suite de la narcose, chloroformique surtout, des contusions de l'abdomen, des maladies infectieuses, des cachexies.

Les vomissements *abondants* et *persistants* malgré l'absence de toute alimentation, leur coloration *brun noirâtre*, leur odeur *fétide*, orienteront les idées vers la dilatation aiguë de l'estomac. Celle-ci sera confirmée par l'absence ou le peu d'intensité des douleurs, l'abaissement de la température, le ballonnement du ventre au développement progressif duquel on assiste parfois, la sensation de flot.

Le *diagnostic différentiel* doit être fait avec plusieurs affections.

S'il s'agit d'une dilatation aiguë succédant à une intervention abdominale, on est invinciblement tenté d'incriminer une *infection opératoire*. Dans bien des cas, partant de cette idée, le chirurgien a rouvert le ventre, il a constaté que le péritoine ne présentait aucune réaction inflammatoire, qu'aucune suture n'avait lâché, et c'est seulement en voyant l'estomac très augmenté de volume, qu'il a compris le mécanisme des accidents. Le diagnostic pourrait cependant être fait sans recourir à pareille extrémité. Dans la dilatation aiguë la *température*, au début du moins, reste *normale*, le *ventre* demeure *souple*, *peu douloureux*, il n'est jamais *contracturé* comme dans la péritonite; la tumeur qui apparaît dans l'abdomen peut être assez facilement rapportée à l'estomac dilaté, les vomissements sont différents des vomissements porracés de la péritonite.

Les mêmes considérations permettent de différencier la dilatation aiguë de l'estomac des autres variétés de *péritonites non opératoires : péritonite par perforation* de l'estomac, du duodénum, de la vésicule biliaire, de l'appendice, lesquelles se traduisent toujours par une *douleur atroce* et *de la contracture* d'abord localisée, signes qui n'existent jamais dans la dilatation aiguë de l'estomac. Lorsque celle-ci survient au cours d'une maladie infectieuse aiguë le diagnostic présente souvent des difficultés insurmontables. Par exemple dans la fièvre typhoïde, la confusion peut facilement se faire avec une perforation intestinale. Il faut s'efforcer alors par la palpation et la percussion de mettre en évidence l'agrandissement de l'estomac.

L'erreur la plus souvent commise consiste à prendre la dilatation aiguë de l'estomac pour une *occlusion intestinale*. Quelques signes permettent cependant d'éclairer le diagnostic.

L'occlusion intestinale se produit dans des conditions étiologiques toutes différentes, la narcose, les maladies infectieuses, la faiblesse générale, ne jouent aucun rôle. La douleur est beaucoup plus vive. Les signes physiques sont différents : dans l'occlusion, toute la partie de l'intestin située au-dessus de l'obstacle, est dilatée. Si l'occlusion siège au-dessus du cæcum, on percevra les signes de dilatation de cet organe et en particulier le bruit de clapotage qu'il faudra se garder de prendre pour un bruit de clapotage gastrique. Dans l'occlusion, les vomissements prennent assez rapidement le caractère fécaloïde, le fait est exceptionnel dans la dilatation aiguë.

Il sera en général facile de distinguer les vomissements abondants de la dilatation aiguë de l'estomac de ceux dus à une *hypersécrétion active* au cours des *accès de gastro-succorrhée* ou dans les *crises gastriques.*

Les *troubles stomacaux de l'urémie* pourraient davantage prêter à la confusion par suite de l'abondance, de la teinte souvent noirâtre des vomissements. Mais outre que l'estomac ne présente aucun signe manifeste de dilatation, l'odeur ammoniacale des vomissements, leur richesse en mucus, leur dépendance manifeste d'une altération rénale, les autres signes d'urémie, permettent facilement le diagnostic.

VIII

Evacuer l'estomac d'une façon systématique, telle est l'indication majeure qui domine le traitement de la dilatation aiguë.

L'estomac sera vidé à l'aide de la sonde deux ou trois fois par jour. Le malade sera placé de préférence en *position déclive* (Neck), car l'évacuation de l'estomac est ainsi grandement facilitée. Le traitement sera continué tant que persistera la dilatation et les troubles fonctionnels du côté de l'estomac.

Naturellement on supprimera toute alimentation et toute boisson. Les lavements d'eau salée, les injections de sérum remplaceront les pertes de liquide.

Les piqûres d'éther, de caféine, de strychnine, d'huile camphrée, permettront de lutter contre la faiblesse cardiaque.

La position du malade dans le lit ne serait pas indifférente.

Dans plusieurs observations on observa une amélioration réelle ayant pu aller jusqu'à une disparition complète des accidents par le *décubitus ventral*. Par un mécanisme qui se conçoit aisément, on atténue ainsi la compression duodénale qui apparaît si souvent, nous l'avons vu, comme conséquence de la dilatation aiguë de l'estomac. Baumler recommande même la *position génu-pectorale*. Il faut user avec une certaine prudence du décubitus ventral et ne l'employer qu'après évacuation de l'estomac par la

sonde, car autrement la gêne mécanique du cœur se trouverait encore accrue et des accidents rapidement menaçants seraient à craindre (cas de Borchardt).

Telle est la ligne de conduite qu'il convient d'adopter dans le traitement de la dilatation aiguë de l'estomac. On voit que celui ci est purement médical. L'*intervention chirurgicale* n'a pas donné en effet de résultats très brillants. Dans son travail, Neck cite huit observations dans lesquelles l'intervention fut pratiquée (gastrotomie avec évacuation du contenu stomacal et fermeture de l'estomac, gastrostomie, gastro-entéro-anastomose). Dans tous les cas les malades succombèrent presque aussitôt après l'opération.

Celle-ci devra être considérée comme l'ultime ressource, et lorsque l'évacuation de l'estomac par la sonde ne peut se faire d'une façon régulière. Deux interventions sont indiquées qui cherchent toutes les deux à assurer le drainage de l'estomac.

La *gastro-entérostomie* semblerait théoriquement préférable, car elle permettrait de lutter contre les compressions duodénales que nous avons vues si souvent se produire au cours de la dilatation aiguë. Dans la pratique le résultat est loin d'avoir répondu à l'attente, et dans un article récent, Lewis Conner mentionnait seulement *deux guérisons* pour tous les cas où cette intervention fut pratiquée.

La *gastrostomie* assurerait à moins de frais l'évacuation complète et permanente du réservoir gastrique. Le professeur Jaboulay propose d'y avoir recours systématiquement. Voici quelle est sa technique. Sous anesthésie locale il fait une petite boutonnière sur la ligne médiane. Un cône d'estomac est attiré à travers les lèvres de la plaie, coudé latéralement et fixé par des points séro-séreux au péritoine pariétal. On pratique alors un orifice étroit à travers les tuniques gastriques par où l'on insinue à frottement une simple sonde urétrale n° 16 environ. On la fixe par quelques points de suture. Il ne reste plus qu'à raccorder la sonde à un ajutage extérieur pour avoir un siphonage absolument étanche de l'estomac. La sonde est maintenue ouverte dans un récipient d'une façon d'abord permanente. Dans la suite, lorsqu'on reprend l'alimentation, on la ferme après chaque ingestion. Au bout de peu de jours, sous anesthésie générale ou locale, la fistule est refermée, ce qui se fait sans aucune difficulté.

Le procédé que nous venons de décrire a donné à son auteur des résultats remarquables dans le traitement des dilatations aiguës de l'estomac, consécutives il est vrai, à l'occlusion intestinale ou aux péritonites; mais il s'appliquerait à plus forte raison, dit M. Jaboulay, dans les cas de dilatation aiguë primitive, puisque l'estomac est seul dilaté, et que les phénomènes septicémiques manquent, du moins au début. De nouvelles observatious semblent nécessaires pour trancher la question.

Nous pouvons conclure en disant que *l'évacuation de l'estomac à l'aide de la sonde constitue un moyen thérapeutique que tout praticien peut employer, et qui mis en œuvre dès le début des accidents, permettra dans la majorité des cas de les conjurer et d'arracher les malades à une mort presque inévitable.*

BIBLIOGRAPHIE

ALBRECHT. Ueber arterio-mesenterialen Darmverschluss an der Duodeno-Jejunal grenze und seine ursächliche Beziehung zur Magenerweiterung, *Virchow's Archiv.*, Bd. CLVI. — ALBU. Ueber akute todliche Magendilatation, *Deuts. med. Wochens.*, 1896. — ALBUTT. On simple dilatation of the stomach or gastrectasis, *The Lancet*, 1887, vol. II, p. 905. — APPEL. *Philadelphia med. Journ.*, 1899, 12 Aug. — AUDEBERT et FOURNIER Dilatation aiguë de l'estomac chez les éclamptiques, Soc. d'obstét., de gynécol. et de pédiat., 15 avril 1907.

BAUMLER. Ueber akuten Darmverschluss an der Grenze zwischen Duodenum und Jejunum, *Munch. med. Wochens.*, 1901. — BECK. *Jahr. f. Kinderh.*, 1906, p. 102. — BOAS. *Deuts. med. Wochens.*, 1894. — BENNET. *Principles and practice of medicine under diseases of the respiratory system.* — BORCHARDT. Sitzung der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins, *Deuts. med. Wochens.*, 1904. — Box and WALLACE *Lancet*, 1901, vol. II, p. 1155. — BOUVERET. *Traité des maladies de l'estomac.* — *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 25 oct., 22 nov., 6 déc. 1906. — BREMONT. *Dilatation aiguë de l'estomac*, Th. de Paris, 1900. — BRAUN. Zur akuten post-operativen Magenauftreibung, *Deuts. med. Wochens.*, 1904, p. 1553. — BROWN. Akute paralytische Erweiterung der Magens, *Deuts. med. Wochens.*, 1893, p. 1344.

CHAVANNAZ et ROUSSEAU. Dilatation aiguë de l'estomac consécutive à une hystérectomie abdominale, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1907, et *Province méd.*, 18 mai 1907. — Lewis A. CONNER. *The Amer. Journ. of med. Sc.*, mars 1907.

DEBOVE et REMOND. *Traité des maladies de l'estomac*, p. 347.

EWART. *Lancet*, 1901, vol. II, p. 1228 et 1449. — EHRET. Ueber die diagnostische Bedeutung des Magengarungen, *Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. med. u. Chir.*, 1898, Bd. III, p. 1579.

FAGGE, HILTON. On acute dilatation of the stomach or gastrectasis, *Guy's Hosp. Reports*, 1873, third series, vol. XVIII. — FENGER. Cité par Robson. — FRÄNKEL. *Deuts. med. Wochens.*, 1904, p. 155. — FINNEY. *Boston med. and surg. Journ.*, 1906, vol. CLV, p. 107.

GLENARD. *Presse méd. belge*, 1889, t. XII, p. 57. — GAUTHIER et PINATELLE. De la gastrostomie dans certaines formes de péritonites (méthode du professeur Jaboulay), *Province méd.*, 16 juin 1906. — GOODHART. Notes of the cases of dilated stomach, *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1883, vol. XXXIV, p. 88.

HEINE. Dilatatio ventriculi acuta, *Wien. med. Wochens.*, 1900. — HEINE-EWALD. *Hospitalstidende*, 1897, n° 42 (Fall, im Jahre 1897 von Ewalt vorgestellt). — V. HERFF. Ueber schwere Darm und Magenlähmungen, insbesondere nach Operationen, *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1900, Bd. XLIV. — HOFFMANN. Ueber akute Magendilatation, 75; — Versammlung Deutscher Naturforscher und aerzte, *Centralbl. f. Chir.*, 1903 — HOOD. A case of acute dilatation of the stomach, *The Lancet*, 1891, Bd. II. — HUNTER. Acute dilatation of the stomach following laparotomie, *The med. Record*, New York 1887, vol. XXXII.

JESSOP. Cité par ROBSON.

KAUSCH. Ueber Magenektasie bei Rückenmarksläsion, *Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. med. u. Chir.*, 1901, Bd. VII. — KEHR. Bericht über 197 Gallensteinoperationen, *Arch. f. klin. Chir.*, 1899, Bd. LVIII, p. 632. — KELLING. Ueber den Mechanismus der akuten Magendilatation, *Verhand. d. Deuts. Gesells. f. Chir.*, 1901. — KELYNACK. Note from the post mortem room; — A case of acute dilatation of the stomach, *Medical Chronicle*, 1892. — KIRCH. Ein Fall von akuter Magendilatation mit tödlichem Ausgang, *Deuts. med. Wochens.*, 1899. — KÖRTE. Sitzungsbericht der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins, *Deuts. med. Wochens.*, 1904, p. 1554. — KUNDRAT. Ueber eine seltene Form der inneren Incarceration, *Vort. in d. k. k. Gesells. d. aerzte z. Wien*, Sitzung vom 13 febr. 1891; — Ref. in der *Wien. med. Wochens.*, 1891. — KUSSMAUL. Die peristaltische Unruhe des Magens, *Samml. klin. Vortr.*, 1880, n° 181, herausg. von R. v. Volkmann.

LEPOIL. Th. de Paris, 1878. — LEGENDRE. *Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1886. — LICHTENSTEIN. *Centralbl. f. Gyn.*, 5 nov. 1906. — LE JEMTEL. Dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac, *Année méd. de Caen*, 1907.

MATHIEU. *Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin.*

— MEREAU. Dilatation aiguë de l'estomac après l'accouchement, *Arch. méd.-chir. du Poitou*, 15 juin 1907. — MEYER. Dünndarmverschluss durch Magenerweiterung, *Virch. Arch.*, 1899, Bd. CXV. — MILLER-HUMBY. Enormously dilated stomach, *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1853, vol. IV. — MORRIS. The stomach from a case of acute gastrorrhœa or acute dilatation of the stomach, etc., *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1883, vol. XXXIV. — MÜLLER. Ueber akute postoperative Magendilatation, hervorgerufen durch arterio-mesenteriale Duodenalkompression, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1900, Bd. LVI. — MONTAYA. Th. de Paris, 1884.

NECK. Die akute Magenerweiterung. Sammelreferat, *Centrabl. f. die Grenz. der Med. und Chir.*, 1905, Bd. VIII, S. 531; — Ueber akute Magenerweiterung und Sogenannten arterio-mesenterialen Darmverschluss, *Munch. med. Woch.*, n° 32, 1906.

Perry and SKAW. On diseases of the duodenum, *Guy's hosp. Reports*, 1894, vol. L.

REYNIER (Paul). Paralysies stomacales post-opératoires, Congrès français de chirurgie, 1903; — Notes sur quelques réflexes de l'estomac, Acad. de méd., 1905; — *Bull. et Méme de la Soc. de chir.*, 1906. — RIEDEL. *Erfahrungen über die Gallensteinkrankheit mit und ohne Icterus*, Berlin 1892; — Chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit, *Hand. der spez. Therap. innerer Krankh.*, Bd. IV, p. 133. — ROBSON. Three lectures on the surgery of the stomach, *Lancet*, 1900, vol. I, p. 832. — ROBINSON. *Cincinnati Lancet Clinic*, 1900, vol. XIV, p. 157. — ROKITANSKY. *Hand. der path. Anat.*, 1842. — ROGER. *Alimentation et digestion*, p. 303. — ROBIN (A.), *Traité des maladies de l'estomac.*

SOUPAULT. *Traité des maladies de l'estomac.* — SCHMORL. Cité par KELLING. — SCHNITZLER. Ueber mesenteriale Darmincarceration, *Wiener klin. Rundschau*, 1895. — SCHULZ. Zur Kasuistik der Magenerweiterung, *Jahr. der Hamb. Staatsk. f. das Jahr.*, 1890, II, Jahrg., 1892. — STAFFEL. Ueber Verengerung und Verschluss in den verschiedenen Abschnitten des Magendarmkanals und deren chirurgische Behandlung, *Sammlung klin. Vorträge*, 1889, n° 342, herausg. von R. v. Volkmann. — STIEDA. Ein Beitrag zum sogenannten arteriomesenterialen Darmverschluss an der Duodeno-Jejunalgrenze, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1900, Bd. LVI, p. 201.

THOMPSON. *Journ. med. and chir. Soc.*, 22 oct. 1901. — THIÉBAUT. Th. de Nancy, 1882.

WICHERN. Ueber zwei Falle von akuter Magen-erweiterung bei Typhus abdominalis, *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, 1906.

ZADE. *Beiträge z. klin. Chir.*, Bd. XIV, S. 388, 1905.

NOTES POUR L'INTERNAT

PARALYSIE RADIALE

Le nerf radial est un nerf mixte; au point de vue moteur, c'est le nerf de l'extension du membre supérieur donnant des filets au triceps, à l'anconé, aux long et court supinateurs, aux radiaux et au cubital postérieur, aux extenseurs propre et commun des doigts, au long abducteur et aux extenseurs du pouce; au point de vue sensitif, il innerve la partie postéro-interne du bras, la région médiane postérieure de l'avant-bras et du poignet, la moitié externe de la face dorsale de la main et des doigts, sauf les deux dernières phalanges de l'index et du médius.

La paralysie radiale devrait donc entraîner des troubles moteurs et sensitifs; mais ceux-ci sont toujours beaucoup moins importants que ceux-là, et font même souvent défaut.

ÉTIOLOGIE. — Dans son long trajet, le nerf radial peut être atteint par des traumatismes divers; sa position superficielle l'expose à plusieurs causes de compression; enfin, il peut être touché par une névrite infectieuse ou toxique.

En suivant le nerf de l'aisselle à l'avant-bras, les traumatismes et les compressions les plus importantes sont :

A l'aisselle, aussitôt après la sortie du plexus brachial, compression par les *béquilles* (Nicaise et Laféron), par les *tumeurs* ou les *anévrismes* axillaires, les luxations de l'épaule.

Au bras, le nerf radial peut être lésé par une *fracture de l'humérus*, ou plutôt comprimé par le *cal* d'une fracture consolidée (Neugebauer). La paralysie des *porteurs d'eau*, étudiée à Rennes par Bachon, n'est plus guère observée aujourd'hui. Le nerf peut être comprimé par une *bande d'Esmarch* trop serrée, comprimé sur le bord de la table d'opération pendant l'*anesthésie chirurgicale*; la paralysie radiale peut encore être observée chez les prisonniers *ligotés*, chez les *nourrissons* enveloppés dans un maillot très serré; dans les *paralysies obstétricales*, au membre supérieur, la localisation radiale est exceptionnelle.

La plus fréquente de ces paralysies par compression au bras est la *paralysie du sommeil*; un individu s'endort profondément, sous l'influence de la fatigue ou de l'ivresse; la tête repose sur la face externe du bras et comprime le radial au point où il contourne l'humérus dans un sillon situé, comme Farabeuf l'a montré, au-dessous de la gouttière de torsion; dans d'autres cas, le bras était appuyé pendant le sommeil sur un plan dur et résistant (dossier d'une chaise, marche d'escalier). La paralysie du sommeil est beaucoup plus fréquente du côté droit, le décubitus latéral droit étant habituel pendant le sommeil; dans un cas de Weir Mitchell, paralysie radiale double (ivrogne endormi les deux mains croisées derrière la tête). A rapprocher de ces paralysies, celle des *mineurs* travaillant couchés sur le côté dans les galeries.

Erb a attribué au *froid* un certain rôle dans la pathogénie de ces paralysies du sommeil; sous cette influence, le nerf serait gonflé et comprimé dans le canal ostéo-fibreux qu'il traverse le long de l'humérus. On attribue aujourd'hui le plus grand rôle à la compression (Panas). Cependant il existe quelques cas de paralysie *rhumatismale a frigore* sans compression (Potain, Grasset).

Au bras ou à l'avant-bras, le nerf radial peut être atteint par une plaie, une *piqûre*, en particulier à l'occasion d'une injection sous-cutanée d'éther (Arnozan).

On a relaté quelques cas de paralysie radiale après un *effort* exagéré (Gowers), après l'*élongation* du nerf dans certaines attitudes du bras (Debove et Brühl).

Dans les *névrites infectieuses*, la localisation au nerf radial est d'une rareté extrême; quelques cas dans le typhus, le rhumatisme articulaire aigu. Parmi les *névrites toxiques*, celle du saturnisme atteint presque toujours le nerf radial; elle est habituellement bilatérale et a des caractères cliniques particuliers.

Quelques cas de paralysie radiale transitoire dans le *tabes*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dans la paralysie radiale consécutive par exemple à une compression du nerf dans un cal de fracture humérale, les lésions du nerf sont celles de la *dégénération wallérienne*; les tubes nerveux ont subi des altérations analogues à celles du bout périphérique des nerfs coupés : multiplication des noyaux, hypertrophie du protoplasma, destruction du cylindre axe et segmentation de la gaine de myéline en boules; finalement les gaines de Schwann rétractées ne contiennent plus que quelques globes graisseux.

Le plus habituellement, les lésions sont beaucoup moins profondes dans la paralysie radiale par compression légère; on a rarement l'occasion d'en faire l'examen histologique. Dans un cas examiné par Déjerine et Bernheim, on trouva au niveau du point comprimé le nerf ecchymosé et légèrement aplati; aux branches périphériques, état grenu de la myéline qui se colorait moins intensivement en noir par l'acide osmique; les cylindres-axes étaient normaux (Soc. de neurol., nov. 1899.)

La paralysie radiale du saturnisme est produite par la *névrite segmentaire périaxile* de Gombault : cylindre-axe conservé, myéline en fines granulations, noyaux cellulaires autour du cylindre-axe. Dans les cas graves, quelques tubes nerveux subissent la dégénération wallérienne. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Voyages circulaires à itinéraires facultatifs sur le réseau P.-L.-M. — La Compagnie délivre toute l'année, dans toutes les gares, des carnets individuels ou de famille pour effectuer en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraires tracés par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui peuvent atteindre, pour les carnets de famille, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de : 30 jours jusqu'à 1 500 kilomètres ; 45 jours de 1 501 à 3 000 kilomètres ; 60 jours pour plus de 3 000 kilomètres. Elle peut être prolongée deux fois de moitié moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du carnet. — Arrêts facultatifs.

Pour se procurer un carnet individuel ou de famille, il suffit de tracer sur une carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., les bureaux de ville et les agences de voyages, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte 5 jours avant le départ à la gare où le voyage doit être commencé, en joignant à cet envoi une consignation de 10 francs. Le délai de demande est réduit à 2 jours pour pour certaines grandes gares.

Pour plus amples renseignements, consulter les affiches publiées par la Compagnie, ou s'adresser au bureau P.-L.-M. de la rue Tiquetonne.

Voyages circulaires à itinéraires fixes. — La gare de Paris-Lyon, ainsi que les principales gares situées sur les itinéraires, délivrent, toute l'année, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes, extrêmement variés, permettant de visiter, à des prix très réduits, les contrées les plus intéressantes de la France, ainsi que l'Algérie, la Tunisie, l'Italie et l'Espagne.

Les renseignements les plus complets sur les voyages circulaires et d'excursion (prix, conditions, cartes et itinéraires), ainsi que sur les billets simples et d'aller et retour, cartes d'abonnement, relations internationales, horaires, etc., sont renfermés dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M.

N° 96. — SAMEDI 24 AOUT 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 24 AOUT 1907. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » . — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Un concours pour la nomination à deux places d'internes en médecine, dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 7 novembre 1907.

La commission administrative des hospices se réserve le droit d'augmenter le nombre des places mises au concours, si de nouvelles vacances se produisaient avant le 17 octobre 1907. Dans ce cas, les candidats en seraient avisés par voie d'affiches apposées dans les hôpitaux.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Administration quinze jours avant la date fixée pour ce concours, soit le 22 octobre au plus tard.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Horeau (de Fresnay-sur-Sarthe) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES. — L'Académie a décerné une récompense de 1000 francs, dans le concours pour le prix Saintour, à M. le docteur Gimbal.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — M. le professeur Raphaël Blanchard (de Paris) est élu membre honoraire étranger.

COMITÉ FRANÇAIS DU XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE. — Berlin 22-29 septembre 1907. — *Réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer français* (Est, État, Midi, Nord, Ouest, Orléans, P.-L.-M.). — Le Comité français a l'honneur d'informer les congressistes qu'il a obtenu :

1° Des grandes Compagnies des chemins de fer français une réduction de 50 p. 100 en leur faveur pour le voyage d'aller et retour de toutes gares françaises au point frontière de sortie de France. La réduction sera faite par les gares sur présentation d'un bon valable du 15 septembre au 10 octobre 1907 ;

2° La délivrance avant le départ et conjointement avec les bons ci-dessus de billets complémentaires aller et retour circulaires, avec arrêts facultatifs, au gré des intéressés, de la frontière à Berlin et retour soit par Hambourg, soit par toute autre voie.

Les bons de réduction nécessaires pour jouir de la réduction sur les chemins de fer français doivent être demandés par le Comité aux Compagnies des chemins de fer intéressés, au nom de chaque congressiste. Pour en faciliter l'établissement, les congressistes sont priés de demander le questionnaire à remplir avant le 16 septembre, à M. Maurice Junot, directeur des « Voyages pratiques », 9, rue de Rome, Paris (VIIIe), qui est chargé d'assurer ce service.

(Joindre un timbre pour l'envoi du bon comme lettre.)

LA MAISON DES ÉTUDIANTS. — A la dernière assemblée générale de l'Association des étudiants, le vœu avait été émis que des pourparlers fussent engagés avec les représentants de la Ville de Paris pour la construction de « la maison des étudiants » sur des terrains municipaux de la place du Panthéon. Cet emplacement avait paru à la majorité de l'assemblée de beaucoup préférable à la vieille construction de l'ancienne Ecole de médecine, rue de la Bûcherie.

Des démarches ont été faites par le bureau de l'association auprès du préfet de la Seine, du président et des membres du bureau du Conseil municipal ; la réponse unanime a été que les étudiants n'avaient aucune chance de voir aboutir leur demande de terrain de la place du Panthéon. Ce terrain ne peut être acquis à moins de 400 francs le mètre, et l'état actuel des ressources de l'association rend impossible une pareille acquisition.

Dans ces conditions, une commission a été nommée pour étudier de nouveaux projets. Elle a dû reconnaître que les emplacements convenables manquaient dans le Ve arrondissement ; deux immeubles seuls ont été trouvés : l'un rue Saint-Jacques, du prix de 500 000 francs ; l'autre rue Jean-de-Beauvais, du prix de 300 000 francs.

Ces résultats ont été communiqués au comité de l'association, qui a pris la décision suivante :

« Après avoir constaté l'impossibilité de trouver actuellement un terrain, le comité croit agir dans l'intérêt de notre asso-

ciation en réservant la notification du refus par l'assemblée générale du terrain de la rue de la Bûcherie. »

De nouveaux projets devront être soumis à une nouvelle assemblée générale. Tout porte à croire que les étudiants seront obligés de revenir au projet de la rue de la Bûcherie. (*Le Temps*.)

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-troisième semaine, 778 décès, au lieu de 873 pendant la semaine précédente et de 826, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc satisfaisant.

Les maladies épidémiques ont causé peu de décès. Le nombre des malades atteints de rougeole ou de scarlatine continue à décroître.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 40 (chiffre identique à la moyenne) au lieu de 16 pendant la semaine précédente.

La variole n'a causé aucun décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 8 au lieu de 11 pendant la semaine précédente (moyenne 12).

La rougeole a causé 6 décès, au lieu de 12 pendant la semaine précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 156 (au lieu de 204 précédemment et au lieu de 83, moyenne des quatre dernières années).

La scarlatine a causé 7 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 233; il s'élevait à 255 pendant la semaine précédente (moyenne 50).

La coqueluche a causé 6 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 7).

La diphtérie a causé 4 décès au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 4); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 37, au lieu de 36 pendant la semaine précédente (moyenne 52).

La diarrhée infantile a causé 75 décès (dont 71 d'enfants nourris au biberon de 0 à 1 an, au lieu de 79 pendant la semaine précédente, moyenne 99).

En outre, 18 enfants sont morts de débilité congénitale.

INTERDICTION DE L'OPIUM EN CHINE. — Une ordonnance du mois de novembre donnait aux professeurs, aux étudiants, aux soldats et marins de tous grades, un délai de trois mois pour perdre l'habitude de l'opium.

Le gouvernement, ayant appris que les militaires n'avaient pas tous obéi à l'ordonnance, vient de décréter la peine de la décapitation contre tous les officiers ou soldats qui seraient surpris fumant de l'opium.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Jobert et Koff (de Paris), et celle de M. Henri Morienne, externe à l'hôpital Laënnec.

LES ÉCOLES MUNICIPALES D'INFIRMIERS ET D'INFIRMIÈRES ouvriront leurs cours professionnels aux dates ci-après : l'école municipale d'infirmiers et d'infirmières de la Pitié, le jeudi 3 octobre, à huit heures du soir ; les écoles municipales d'infirmières de Lariboisière et la Salpêtrière, le lundi 7 octobre, à huit heures du soir.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 31, 1er août 1907.) SOMMER : Diagnostic et traitement des maladies psychiques et nerveuses. — MÖNKEBERG : Sur l'artério-sclérose de l'artère pulmonaire. — KROEMER : Remarques cliniques sur l'étiologie et le traitement de l'épithélioma du chorion et particulièrement sur le traitement de la môle hydatiforme. — LEUTERT : La stase de Bier en otologie. — HIRSCHFELD et KOTHE : Sur la leucocytose anormalement élevée dans les infections graves. — MÜHSAM : Hémorragie mortelle venant d'un ulcère duodénal après une opération d'appendicite. — FRANKE : Diagnostic et traitement des cardiopathies chroniques.

Journal des praticiens. — (N° 32, 18 août 1907.) RAYMOND : Automatisme ambulatoire et contracture abdominale hystérique. — TUFFIER : Des greffes cancéreuses. — PLANCHU et RENDU : Ictère infectieux accompagné d'accès de cyanose et d'ecchymoses péricornéennes chez un nouveau-né.

Médical Record. — (Vol. LXXI, n° 22, 1er juin 1907.) Margaret A. CLEVES : Action physiologique des enzymes pancréatique (hématologie, urologie et clinique). — George GOULD : Exophtalmie et autres maladies dues à des lésions des vaisseaux de la rétine. — S. TALBOT : Intoxication acide ou acidose : un facteur de maladie. — Antonio FANOUR : Un cas d'occlusion intestinale due à la persistance et à une anomalie de l'ouraque; intervention; guérison. — Bolton BANGS : Commentaire sur l'emploi des rayons X dans l'hypertrophie prostatique. — (N° 23, 8 juin.) Joseph BRYANT : L'association médicale américaine. — Sohier BRYANT : La trompe d'Eustache; son anatomie et ses mouvements, avec description des cartilages, des muscles, des aponévroses et de la fossette de Rosenmuller. — V. HEISER : La lèpre aux Philippines et les méthodes actuelles de lutte contre cette maladie. — Max EINHORM : Un nouvel hémato-diagnostic. — CROTHERS : Quelques effets des liqueurs et des médicaments sur les voies aériennes supérieures. — (N° 24, 15 juin.) Heinrich STERN : L'auto-intoxication au point de vue médico-légal. — A. BOOTH : Quelques observations sur le traitement de la maladie de Graves. — W. H. PORTER : Indicanurie; son étiologie et sa valeur sémiologique. — L. N. DEUSLOW : L'ataxie locomotrice; une nouvelle théorie concernant son étiologie. — Ernst LEDERER : Le service du lait à Vienne. — W. J. ROBINSON : La pilocarpine comme traitement adjuvant de la syphilis. — (N° 25, 22 juin.) Raymond PETIT : Le sérum stérilisé de cheval dans la chirurgie. — LOOWIS : La fièvre dans la tuberculose, ce qu'elle nous enseigne, et comment on peut la contrôler. — HEUBNER : Le problème de l'alimentation infantile. — RONGIUSKY : Quelques aspects de la stérilité et son traitement. — Geo F. BUTLER : Remarques sur le traitement des maladies et ce qu'on appelle les « autorités ». — Alfred GORDON : Réponse anormale à une irritation de la zone motrice du cerveau. — TALMEY : Un cas de kyste glandulaire multiloculaire compliquant la grossesse. — (N° 26, 29 juin.) C. VALENTINE et M. TOWNSEND : Massage de la prostate. — Paul PRAGER : Une nouvelle méthode d'identification supérieure à la dactyloscopie. — A. DICHEY : Diagnostic et traitement de l'ulcère gastrique. — Emmet SMITH : L'asthme; 300 observations. — Percy FRIDENBERG : Symptômes mentaux dans les affections nasales. — Pierce CLARK : Effets expérimentaux du tabac sur le système nerveux. — C. CLAPP : La diète dans la tuberculose pulmonaire.

REVUE GÉNÉRALE

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DE L'ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE CHEZ L'ENFANT

Par MM. L. BABONNEIX et M. BRELET.

Il est presque inutile de rappeler la très grande fréquence de la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques chez l'enfant; Rilliet et Barthez l'ont parfaitement mise en évidence; les statistiques les plus récentes, en particulier celles de Haushalter et Fruhinsholz, Hamburger et Sluka, ont montré que cette localisation était la plus habituelle de la tuberculose infantile. On sait également que chez l'enfant le point de départ de la granulie, de la méningite tuberculeuse se trouve presque toujours aux ganglions trachéo-bronchiques. Et si l'on admet que la plupart des tuberculoses d'adolescents et d'adultes sont la conséquence d'une tuberculisation datant du premier âge, d'origine intestinale ou aérienne, on comprend tout l'intérêt que présente le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique, une hygiène et un traitement antituberculeux pouvant, dans une certaine mesure, préserver l'enfant des conséquences immédiates ou lointaines de la tuberculose ganglionnaire. Malheureusement ce diagnostic est souvent difficile.

M. Comby a coutume de dire qu'à l'autopsie des enfants chez lesquels on a diagnostiqué l'adénopathie trachéo-bronchique on ne la trouve généralement pas, tandis qu'il est très fréquent de rencontrer de volumineux ganglions caséeux à l'autopsie d'enfants n'en ayant présenté aucun symptôme; cette formule contient, sous une apparence humoristique, une grande part de vérité.

Ce qui rend le diagnostic difficile, c'est que les symptômes fonctionnels ne surviennent qu'avec des masses ganglionnaires déjà assez développées; l'exploration physique du thorax permet sans doute de reconnaître des lésions moins avancées; enfin la radioscopie apporte au diagnostic des renseignements utiles. Mais malgré la minutie plus grande dans l'examen physique, malgré le secours de la radioscopie, beaucoup d'adénopathies tuberculeuses ne peuvent encore être diagnostiquées et ne seront reconnues qu'à l'autopsie. C'est dire que les symptômes et signes physiques de cette affection doivent être connus dans leurs moindres détails, puisque le plus souvent on n'aura, pour faire un diagnostic, qu'une symptomatologie assez réduite.

I

Symptômes fonctionnels. — La plupart des symptômes fonctionnels résultent de compressions exercées par les ganglions augmentés de volume sur les différents organes du médiastin. Pour les comprendre, il faut se rappeler la situation des ganglions trachéo-bronchiques. Baréty en a distingué quatre groupes : *prétrachéo-bronchique droit* logé dans l'angle obtus que forme la trachée avec la bronche droite; *prétrachéo-bronchique gauche* occupant à gauche la même situation; *intertrachéo-bronchique* dans l'angle de bifurcation de la trachée; *sus* et *inter-bronchique*, ganglions situés au niveau du hile pulmonaire et accompagnant les divisions bronchiques à l'intérieur du poumon.

Il existe aussi des ganglions *rétrosternaux* derrière les articulations sterno-claviculaires.

Les symptômes fonctionnels sont très nombreux; on ne les trouve jamais réunis chez un même malade, leur présence dépend du siège des ganglions atteints.

Il est exceptionnel que l'enfant se plaigne d'une *douleur* rétro-sternale. Cependant Baréty signale dans quelques cas une sensation douloureuse derrière la partie supérieure du sternum, une titillation, une douleur sourde ou une sensation vague d'oppression sur toute l'étendue du thorax. Quelquefois c'est une douleur précordiale, rappelant celle de l'angine de poitrine et constituant une forme cardialgique (Variot).

La *dyspnée* est beaucoup plus fréquente; ses caractères sont variables, car elle peut dépendre de plusieurs causes : compression de la trachée ou des bronches, compression du pneumogastrique ou du récurrent.

La dyspnée, produite par la compression des voies aériennes, est peu marquée quand l'enfant est au repos; elle s'accentue à l'occasion des efforts, des jeux; elle peut s'accompagner d'un sifflement inspiratoire, le *cornage broncho-trachéal* (Empis) ou râclement sec trachéal inspiratoire (Baréty); il existe parfois aux deux temps mais avec maximum inspiratoire; il s'entend à distance et à l'auscultation, mais est rarement d'une intensité considérable.

On a décrit plus récemment un *cornage expiratoire*, en particulier chez les nourrissons (Variot, Guinon). Bougarel a bien précisé dans sa thèse les caractères de ce cornage expiratoire; c'est un bruit humide, de tonalité élevée, il semble que l'enfant prononce la lettre R à travers des conduits aériens remplis de mucosités; il s'entend à distance; il est continu, régulier, mais peut devenir intermittent, disparaissant pendant plusieurs heures. Le cornage expiratoire peut être le premier symptôme de l'adénopathie chez les très jeunes enfants. La pathogénie du cornage expiratoire est la suivante : les poumons viennent comprimer à l'expiration les ganglions hypertrophiés et, par l'intermédiaire de ces ganglions, rétrécir le calibre des voies aériennes très peu consistantes chez les nourrissons; aussi le cornage expiratoire ne se rencontre-t-il plus chez des enfants ayant dépassé trois ans, la trachée et les bronches ne se laissant plus alors ainsi comprimer.

Quand la dyspnée provient d'une compression nerveuse, elle prend des caractères spéciaux. Ainsi l'irritation du nerf récurrent peut déterminer des accès de spasme de la glotte. Parfois, la dyspnée paroxystique présente tout à fait les mêmes caractères que l'asthme. Ces accès d'asthme au cours de la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques ont été signalés par Rilliet

et Barthez, Baréty, Picot et d'Espine, Descroizilles, J. Simon, mais étudiés surtout par Joal sous le nom d'*asthme ganglionnaire*. D'après Joal, l'accès d'asthme appartient plutôt aux adénopathies inflammatoires simples qu'aux dégénérescences tuberculeuses, mais il peut cependant être observé dans ce dernier cas. Tout à coup, l'enfant est pris d'une gêne respiratoire intense; avec les membres supérieurs, il cherche à prendre point d'appui sur les personnes ou les objets qui l'environnent; le thorax est presque immobilisé dans la phase inspiratoire, l'expiration est très lente; la face est injectée, l'aspect général du malade révèle l'anxiété. Cette crise dure quelques heures et se termine par le rejet de mucosités visqueuses. Joal explique l'asthme ganglionnaire par une compression irritant et hyperémiant le pneumogastrique; par les filets centripètes du nerf vague l'irritation est transmise à la moelle allongée et détermine par réflexe le spasme des muscles inspirateurs.

C'est encore à la compression et à l'irritation du pneumogastrique qu'il faut rapporter quelques particularités de la *toux*. Rauque, spasmodique, quinteuse, la toux prend dans certains cas des caractères qui la rapprochent de celle de la coqueluche, d'où le nom de toux *coqueluchoïde* donné par G. de Mussy. Mais cette toux coqueluchoïde diffère toutefois de la coqueluche, car le sifflement de la reprise est d'une intensité faible et peut même manquer; l'expectoration filante fait défaut, les vomissements à la fin de la quinte sont assez exceptionnels. Cependant l'analogie entre la toux de la coqueluche et celle de l'adénopathie trachéo-bronchique a paru suffisante à G. de Mussy pour qu'il proposât comme théorie pathogénique de la coqueluche celle de l'adénopathie inflammatoire, conséquence d'un catarrhe bronchique, théorie qui n'est pas vérifiée par les constatations anatomiques.

L'*expectoration* fait généralement défaut dans la tuberculose ganglionnaire; souvent il s'agit de jeunes enfants qui, on le sait, ne crachent pas; d'ailleurs, du fait de l'adénopathie seule et s'il n'existe pas de lésions pulmonaires, ils n'ont rien à expectorer avant que les ganglions caséeux ne se soient ouverts dans les bronches, ce qui n'a lieu qu'à une période tardive de l'affection et seulement dans un certain nombre de cas.

Les altérations de la *voix* sont très rares, ne s'observent guère qu'à une période avancée, car il faut pour les produire une compression du récurrent suffisante pour avoir déterminé l'irritation ou la paralysie de ce nerf. L'irritation du récurrent — c'est presque toujours le récurrent gauche — peut déterminer le symptôme de la voix bitonale, une corde vocale se rapprochant spasmodiquement de la ligne médiane tandis que l'autre se meut normalement; des accès de suffocation, de l'œsophagisme sont les autres symptômes de cette irritation. Une *paralysie récurrentielle* unilatérale incomplète ne gêne guère la respiration ni la phonation; l'examen laryngoscopique seul permet de la reconnaître; pendant l'acte inspiratoire, une corde vocale demeure sur la ligne médiane, tandis que l'autre s'en écarte avec une exagération compensatrice (Luc). La paralysie récurrentielle unilatérale complète donne une voix voilée ou bitonale; au laryngoscope, rien d'anormal pendant la respiration tranquille, mais au moment de la phonation, une corde vocale demeure immobile dans la position dite cadavérique, intermédiaire entre la position phonatoire et la position inspiratoire, tandis que la corde vocale saine se place en adduction et dépasse la ligne médiane (Luc).

Parmi les troubles fonctionnels résultant de compressions vasculaires, les plus fréquents, on pourrait presque dire les moins exceptionnels, sont ceux qui tiennent à une compression de la *veine cave supérieure*; c'est la bouffissure de la face, la cyanose de la face, des lèvres et de la langue, se produisant parfois par accès; la dilatation variqueuse des veines du cou; plus rarement un véritable œdème de la face et du cou, exceptionnellement l'œdème dit en pèlerine. L'enfant peut avoir des épistaxis: il se plaint parfois de céphalée, de vertige; on a signalé, dans ces conditions, l'hémorragie méningée. La compression des *veines pulmonaires* a pour conséquence l'œdème pulmonaire, cause de dyspnée, la congestion pulmonaire passive aboutissant parfois à l'hémoptysie.

La compression de l'*aorte* est assez exceptionnelle ainsi que celle de l'*artère pulmonaire*; elles se traduisent parfois par les signes physiques habituels du rétrécissement de ces vaisseaux. La compression d'une *artère sous-clavière* se reconnaît à la diminution du pouls radial correspondant.

Cassaët a observé récemment un cas de compression de la veine sous-clavière droite avec œdème et cyanose du membre supérieur droit; il s'agissait, d'ailleurs, d'un adulte.

Les signes de compression du *nerf phrénique* ne s'observent que très rarement; de même ceux de la compression du *grand sympathique*. L'*œsophage* échappe généralement à la compression; cependant Hofmokl, Tschamer ont rapporté des cas où l'on constatait tous les signes d'une sténose œsophagienne avec dilatation au-dessus du point rétréci.

II

Signes physiques. — A l'examen de l'enfant, certains détails de l'état général, quelques signes physiques perçus à distance peuvent déjà faire penser à l'adénopathie trachéo-bronchique. C'est ainsi que, sans parler des enfants ayant le facies et l'habitus extérieur des tuberculeux, et chez lesquels la constatation de tuberculose ganglionnaire accompagne celle d'autres lésions tuberculeuses du poumon, des ganglions périphériques, du foie, de la rate, on remarque dans les cas de lésions plus discrètes qu'il s'agit d'enfants ayant une petite taille, un périmètre thoracique faible et une grande pâleur du teint.

On se rend compte encore parfois immédiatement d'un certain nombre de signes, conséquence des symptômes fonctionnels que nous avons précédemment étudiés : dyspnée, cornage, cyanose de la face et des lèvres, dilatation variqueuse des veines du cou.

L'enfant n'a généralement pas de fièvre ; le pouls

peut être ralenti ou accéléré par excitation ou compression du pneumogastrique, il est le plus souvent accéléré.

A l'*inspection* de la cage thoracique, on remarque parfois une circulation collatérale du thorax, un réseau de veines bleuâtres sous la paroi thoracique antérieure, ce qui indique une certaine gêne dans la circulation cave supérieure.

On peut encore voir une diminution de l'expansion du thorax d'un côté, et même une rétraction permanente de la paroi thoracique, quand un des poumons est diminué dans son fonctionnement du fait de la compression de sa grosse bronche.

Chez les nourrissons, la partie supérieure du thorax peut présenter une voussure et devenir globuleuse par l'emphysème (Guinon).

En considérant le rythme respiratoire, on note que le nombre des respirations est diminué, l'inspiration et surtout l'expiration sont allongées. Ce fait est sous la dépendance de la compression de la trachée ou des bronches par application de la loi de Marey : « Si l'on respire par un tube étroit, les rapports des battements du cœur et des mouvements respiratoires changent; la respiration devient plus rare et les battements du cœur plus fréquents. »

Il est exceptionnel que l'inspection renseigne sur la présence de masses ganglionnaires volumineuses, en permettant de constater dans la région même de la lésion, c'est-à-dire derrière le manubrium sternal, une voussure anormale, une saillie de la tête de la clavicule droite (Fonssagrives).

La palpation, la percussion et l'auscultation doivent être pratiquées sur toute l'étendue de la poitrine pour apprécier l'état des poumons, et dans deux régions dites ganglionnaires, antérieure et postérieure (G. de Mussy, Baréty).

La *région ganglionnaire antérieure* correspond au manubrium sternal, aux articulations sterno-claviculaires, et à la partie des deux premiers espaces intercostaux, voisine du sternum; la région sterno-claviculaire droite répond plus particulièrement au groupe ganglionnaire prétrachéo-bronchique droit.

La *région ganglionnaire postérieure* correspond à l'espace interscapulaire, entre les bords internes des deux omoplates, à droite et à gauche de la colonne vertébrale, à la hauteur de la septième cervicale et des trois ou quatre premières vertèbres dorsales.

A la *palpation*, on peut parfois, en glissant le doigt aussi profondément que possible dans le creux sus-sternal, et en pressant de dehors en dedans, sentir quelques ganglions rétro-sternaux et trachéaux inférieurs.

La palpation des régions ganglionnaires, pratiquée pendant que le malade parle à haute voix, fait percevoir une exagération des vibrations thoraciques (Fonssagrives, Baréty).

La *percussion* est surtout facile dans la région ganglionnaire antérieure; car cette région est normalement très sonore et la moindre modification de sonorité est perceptible. Pour la bien apprécier, il faut faire une percussion très légère. Dans les cas de grosses masses ganglionnaires, on constate de la matité avec résistance au doigt; dans les petites adénopathies, une élévation légère de la tonalité. Cette percussion est parfois douloureuse.

Pour ce qui est de la région interscapulaire, Lereboullet a montré que la matité ou la submatité avec résistance au doigt, le long et immédiatement en dehors de la colonne vertébrale, au niveau des troisième et quatrième vertèbres dorsales, pouvait être un des premiers signes d'adénopathie bronchique. Ses observations concernent des adultes.

D'après Baréty et d'Espine, il faut chez l'enfant de très grosses adénopathies pour avoir de la matité en cette région. Le plus souvent on ne constate que des différences légères de tonalité à droite ou à gauche de la colonne vertébrale.

L'*auscultation* est très complexe, car les ganglions placés entre les conduits aériens et la paroi osseuse de la cage thoracique, transmettent à l'oreille des bruits trachéo-bronchiques non perçus à l'état normal; ils renforcent les bruits normaux ou pathologiques. De plus, la compression des voies aériennes donne des signes d'auscultation à l'un ou l'autre des poumons.

Il faut donc étudier successivement l'auscultation des régions ganglionnaires et l'auscultation des poumons.

L'auscultation des régions ganglionnaires est surtout utile en arrière. C'est là qu'on entend le mieux le bruit de *souffle expiratoire* dit bronchique; c'est la transmission renforcée du bruit expiratoire qui parcourt les grosses bronches et la trachée. Ce souffle expiratoire est tantôt franchement tubaire, tantôt tubaire caverneux, caverneux, caverneux amphorique et même amphorique (Baréty). Il est aussi perçu dans la région ganglionnaire antérieure mais avec une moindre fréquence. C'est encore dans la région interscapulaire qu'on entend le maximum du cornage; c'est là aussi qu'on perçoit surtout un gros *ronchus* bruyant, sonore, masquant tout bruit respiratoire, et décrit par Rilliet et Barthez. A noter que ce ronchus s'entend parfois à distance.

Le souffle expiratoire bronchique est généralement remarquable par sa sécheresse (Baréty); toutefois, on peut entendre en même temps que lui des *râles* sous-crépitants fins ou des râles humides, ce sont des râles bronchiques, mais transmis à l'oreille par la masse ganglionnaire, ils prennent dans certains cas une intensité telle qu'ils rappellent le gargouillement; souffle expiratoire caverneux et râles ressemblant au gargouillement constituent les signes pseudo-cavitaires de l'adénopathie trachéo-bronchique. Mais le maximum du souffle est très près de la colonne vertébrale, ce qui permet d'éliminer le diagnostic de caverne pulmonaire.

L'auscultation de la voix et de la toux dans cette même région interscapulaire, donne parfois les signes de la *voix soufflée* (Woillez) et l'*écho de la toux* d'un retentissement exceptionnel (G. de Mussy).

M. d'Espine a beaucoup insisté récemment sur l'auscultation de la voix; on fait prononcer au malade le chiffre 333; s'agit-il d'un très jeune enfant, on se contente naturellement de l'auscultation du cri. La *bronchophonie* est très nette dans un espace qui varie entre la septième cervicale et la quatrième ou cin-

quième dorsale. L'auscultation peut être faite directement ou avec le stéthoscope, l'auscultation directe donne une bronchophonie plus accentuée qu'avec le stéthoscope.

L'articulation des mots à voix basse donne en cas d'adénopathie un phénomène analogue à la pectoriloquie aphone de Baccelli; c'est le *chuchotement* (d'Espine). D'après d'Espine « la bronchophonie est le signe le plus précoce et très souvent le seul de l'adénopathie bronchique ».

L'auscultation de la région ganglionnaire antérieure est surtout intéressante par la recherche du *signe de Smith*. Un stéthoscope étant placé au niveau de la première pièce du sternum près de son bord droit, on ausculte en cette région pendant qu'on place la tête de l'enfant en extension forcée, les yeux regardant le plafond. On entend, dans cette position seulement, un murmure veineux continu avec renforcement; ce souffle rappelle le bruit de diable, mais il est plus faible. Si l'enfant est trop jeune pour pouvoir retenir sa respiration, on distingue le souffle de Smith du bruit respiratoire par sa continuité, le bruit respiratoire étant périodique. Le signe de Smith peut être très précoce, perceptible avant tout autre signe physique (Brudzinsky, Audy). On l'explique de la façon suivante : en plaçant la tête de l'enfant dans la position de Smith, l'extrémité inférieure de la trachée ramenée en avant entraîne les ganglions situés au niveau de sa bifurcation ; la veine innominée gauche qui passe derrière le manubrium sternal se trouve comprimée entre les ganglions et le sternum. Aussi faut-il, pour obtenir le signe de Smith, que les ganglions tuberculeux soient mobiles.

L'auscultation des poumons — à supposer toujours une tuberculose trachéo-bronchique sans lésions pulmonaires cliniquement perceptibles — cette auscultation donne parfois un signe très important : *la diminution du murmure vésiculaire dans tout un poumon ou dans une partie du poumon, avec sonorité restée normale*. Ce signe avait été indiqué par Leblond, Rilliet et Barthez; depuis Grancher a montré sa grande importance. Il s'explique facilement par la compression d'une grosse bronche.

Il faut encore rappeler, à propos de ces divers signes physiques, leur variabilité, leur inconstance (Rilliet et Barthez, Le Gendre), ce qui tient sans doute à des poussées congestives ou inflammatoires venant parfois augmenter le volume des ganglions et accroître ainsi, à certaines périodes, l'intensité des signes physiques.

La *radioscopie* de l'adénopathie trachéo-bronchique a été faite en France par Béclère, Piéry et Jacques, Barret, Roux et Josserand; les résultats en sont exposés dans les thèses récentes de Breton et de Bougarel. Nous renvoyons aux traités spéciaux pour la technique de cet examen; disons seulement qu'il faut se servir d'une ampoule mobile, d'un bon diaphragme et de rayons moyennement pénétrants. On pratique l'examen antérieur et postérieur du thorax, puis l'examen latéral oblique, postérieur gauche (sujet traversé par les rayons X d'avant en arrière et de droite à gauche), antérieur droit [d'arrière en avant et de gauche à droite (Béclère)]. Il est possible de distinguer par la radioscopie les adénopathies intertrachéo-bronchiques, prétrachéo-bronchiques ou adénopathies *médiastines* et les adénopathies du hile et des ganglions qui accompagnent les bronches dans le poumon ou adénopathies *pulmonaires*. Ces dernières se voient à l'examen antérieur et postérieur ; ce sont des ombres situées à droite ou à gauche de l'ombre médiane, et au-dessus; leurs contours sont arrondis ou polycycliques, leur grosseur est celle d'une noix ou d'une orange. L'opacité est variable, très intense quand les ganglions sont calcifiés. Quelquefois, on aperçoit, au lieu de ces ombres arrondies, des traînées rectilignes obliques en bas et en dehors vers le niveau de la septième côte. Les adénopathies pré et intertrachéo-bronchiques ou adénopathies médiastines ne sont visibles qu'à l'examen latéral oblique, car cet examen permet de dissocier l'ombre médiane vertébrale et cardio-aortique; entre les deux apparaît une bande verticale claire ou espace clair-médian (Béclère). C'est dans l'espace clair rétro-cardiaque qu'on voit, à la hauteur de la cinquième ou de la sixième côte, une ombre irrégulière, à contour étoilé, tranchant par sa fixité sur l'ombre mouvante du cœur et de l'aorte. Quelquefois c'est une ligne d'ombre descendant à droite de la colonne vertébrale, oblique en bas et en dehors, du quatrième ou cinquième espace intercostal jusqu'au septième ; c'est la ligne paracardiaque (Breton). Roux et Josserand ont aussi vu une légère ligne descendant parallèlement à un centimètre de l'ombre du bord droit du cœur pour aller vers l'ombre diaphragmatique ; cette ligne se bifurque souvent.

Si l'examen dans la position oblique est indispensable pour le diagnostic radioscopique des adénopathies trachéo-bronchiques, il est malheureusement assez difficile chez les enfants ; l'espace clair médian est très étroit ; les mouvements respiratoires se succèdent si rapidement qu'on a beaucoup de peine à apercevoir les ombres (Variot). Mais, en faisant pencher l'enfant en avant, on augmente l'espace clair visible entre la colonne vertébrale et l'ombre cardio-aortique ; l'examen radioscopique est ainsi facilité (Rist).

Aux constatations positives, dont plusieurs vérifiées à l'autopsie, des divers auteurs qui ont étudié la radioscopie des adénopathies trachéo-bronchiques chez l'enfant, on peut objecter une observation de Mouriquand dans laquelle un paquet de ganglions, gros comme un œuf de poule et situé derrière la trachée n'avait donné aucune ombre à l'examen radioscopique. M. Méry a signalé aussi quelques cas dans lesquels la radioscopie n'avait pas donné de résultats positifs alors qu'il existait une adénopathie. Il semble donc bien qu'on ne peut considérer la radioscopie comme un moyen infaillible de diagnostic, tout en reconnaissant les précieux services qu'elle rend dans les cas douteux où les signes physiques sont peu accentués et dans les adénopathies latentes au point de vue clinique; une constatation d'ombre médiastine assure le diagnostic, mais, en présence d'un résultat négatif, on ne doit pas éliminer complètement la possibilité d'une adénopathie trachéo-bronchique.

III

État général. — L'état général de l'enfant est très variable. Bien souvent il est à peine modifié ; thorax étroit, pâleur du teint sont les seuls symptômes appréciables.

Dans d'autres cas, l'adénopathie trachéo-bronchique n'est qu'un des éléments de la *tuberculose chronique diffuse des enfants* (Aviragnet) ou tuberculose généralisée chronique apyrétique (Marfan); il s'agit d'enfants pâles et amaigris, les cils longs, le système pileux très développé; le foie et la rate sont hypertrophiés ; il existe une micro-polyadénopathie.

Dans une autre série de faits, à la suite d'une rougeole, d'une coqueluche, les symptômes fonctionnels et les signes physiques de l'adénopathie trachéo-bronchique apparaissent peu à peu; c'est alors la *phtisie bronchique* dans laquelle la lésion ganglionnaire constitue cliniquement la seule localisation tuberculeuse; l'état général peut rester relativement satisfaisant pendant une assez longue période: quelques accès de fièvre légère, la perte de l'appétit, l'amaigrissement révèlent seuls la tuberculisation.

Enfin, plus rarement, les symptômes de l'adénopathie trachéo-bronchique étant apparus au cours d'une tuberculose pulmonaire, le malade a l'état général et l'aspect classiques du tuberculeux pulmonaire; ces cas sont exceptionnels dans la première enfance.

IV

Formes cliniques. — On peut schématiquement distinguer quatre groupes de cas.

Souvent, l'adénopathie, en particulier au niveau du hile, ne se révèle par aucun trouble fonctionnel et ne donne pas lieu à perception de signes physiques. La radioscopie seule permettrait parfois de la déceler. La réalité et la fréquence de ces cas sont démontrées par la constatation de ganglions tuberculeux aux autopsies d'enfants morts de quelque affection autre que la tuberculose, aux autopsies d'enfants ayant succombé à la méningite tuberculeuse.

D'autres adénopathies ne se traduisent par aucun phénomène de compression. Mais en examinant les enfants à propos d'une maladie quelconque, ou de parti-pris par exemple dans les écoles, on trouve un ou plusieurs des signes physiques que nous avons décrits.

Puis c'est le groupe des adénopathies trachéo-bronchiques classiques avec symptômes fonctionnels et signes physiques.

Enfin, assez rarement chez l'enfant et plutôt chez l'adulte, l'adénopathie bronchique est associée cliniquement à la tuberculose pulmonaire, dont elle modifie quelques symptômes et signes physiques. C'est dans ces cas qu'on peut noter le syndrome décrit par M. Fernet et constitué par l'association de lésions d'un sommet pulmonaire, d'adénopathie et d'engorgement à la base du poumon du même côté, ce qui donne trois foyers de signes physiques : respiration anormale à un sommet; matité et souffle dans l'espace interscapulaire; diminution de la sonorité et râles sous-crépitants à la base du poumon. Ce syndrome existe également chez l'enfant; l'adénopathie trachéo-bronchique s'accompagne fréquemment de foyers de congestion aiguë ou chronique à la région des bases (Méry), quelquefois aussi de poussées congestives au sommet qui sont alors très difficiles à distinguer d'une tuberculisation pulmonaire.

On pourrait encore décrire comme formes cliniques l'adénopathie du médiastin antérieur ou vasculaire et l'adénopathie du médiastin postérieur ou trachéo-œsophagien (Rendu). La tuberculose ganglionnaire est le plus souvent dans le médiastin postérieur.

L'adénopathie trachéo-bronchique des *nourrissons* présente quelques caractères particuliers; c'est le cornage expiratoire, la dyspnée vive allant souvent jusqu'au tirage sus et sous-sternal; l'emphysème pulmonaire est fréquent, déterminant une voussure de la partie supérieure du thorax et masquant les signes physiques habituels. La marche est assez rapide; le nourrisson maigrit, la dyspnée est excessive, la cyanose apparaît et la mort survient par suffocation, par généralisation tuberculeuse, exceptionnellement par hémoptysie (Guinon).

V

Marche. Terminaisons. — Beaucoup d'adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses guérissent au moins en apparence; le processus de sclérose l'emporte sur la caséification. Mais c'est toujours un foyer bacillaire; c'est une étape de la tuberculose infantile (Hutinel et Lereboullet) ; un jour ou l'autre, les bacilles pourront dépasser cette première étape.

Dans d'autres cas, la lésion ganglionnaire évolue et de ce fait la situation s'aggrave. Les troubles de compression vont en augmentant; l'enfant est de plus en plus dyspnéique ; le rétrécissement des voies aériennes détermine le tirage sus-sternal et épigastrique comme dans le croup; la cyanose est extrême et l'enfant meurt par asphyxie.

Un ganglion tuberculeux peut ulcérer une bronche et déverser dans les voies aériennes son contenu liquide ou caséeux. Ainsi se trouve constituée une *caverne ganglionnaire* de diagnostic très difficile. Les signes en sont les signes cavitaires habituels perçus au niveau de la racine des bronches et coïncidant avec une expectoration de matière tuberculeuse liquide, molle ou solide, expectoration qui manque chez les enfants en bas âge (Barety).

L'ouverture d'un ganglion dans les bronches n'est pas sans danger immédiat, et souvent des accidents mortels peuvent survenir à ce moment.

Si le contenu ganglionnaire faisant irruption dans la trachée est liquide, il peut être expectoré; mais une partie de ce liquide bacillifère risque de descendre dans les voies bronchiques et d'amener une infection tuberculeuse massive du poumon conduisant rapidement à la mort.

Plus souvent, le contenu du ganglion ouvert dans les conduits aériens est caséeux. Alors la masse ganglionnaire remplit brusquement la trachée ; elle peut exceptionnellement être évacuée spontanément (Jundell, Babini) ; il ne faut guère compter sur cette heureuse terminaison.

Le plus souvent des accidents très brusques d'*asphyxie* surviennent. C'est une cause de mort subite ou rapide (Kjerner, Rathery, Meynet). La trachéotomie faite dans ces conditions a parfois sauvé l'enfant en permettant de retirer de la trachée les débris caséeux (Petersen, Fritz, Fronz, Nachod, Schadelmose, Hubert); mais dans d'autres cas l'enfant meurt malgré la trachéotomie (Neumann, Labric, Gallet de Santerre, Caille, Lohrer, Rizzi).

La caverne ganglionnaire communiquant avec une bronche peut perforer d'autre part une branche de l'artère pulmonaire; l'enfant est pris alors d'*hémoptysie*. Quelquefois pendant plusieurs heures il crache une petite quantité de sang; beaucoup plus souvent l'hémorragie est d'emblée abondante; c'est une hémoptysie foudroyante et l'enfant meurt en quelques minutes (Berton, Aldibert, Rilliet et Barthez, Michaël, Jeanselme).

Dans un cas de Vogel, la caverne ganglionnaire s'ouvrit dans la veine sous-clavière droite; l'enfant fut pris de toux violente et mourut en quelques minutes.

Si la rupture de la caverne se fait dans la plèvre, l'enfant présentera les signes de pleurésie purulente ou de *pneumothorax*. L'ouverture dans l'œsophage, le péricarde, est exceptionnelle.

La rupture d'un ganglion caséeux dans le médiastin détermine un abcès du médiastin; si le ganglion était antérieurement en communication avec les voies aériennes, on voit se développer l'emphysème du thorax et du cou. L'*emphysème médiastinal*, heureusement très rare, est très grave. On le reconnaît surtout aux signes décrits par Müller et à rechercher dans la région précordiale : effacement des espaces intercostaux, disparition du choc de la pointe, sonorité tympanique; à l'auscultation, crépitation à fines bulles au moment de la systole cardiaque.

L'emphysème du médiastin peut atteindre la région cervicale, les joues, les lèvres, les oreilles; descendre vers le tronc et la paroi abdominale. Chartier et Dénéchau ont rapporté quelques cas d'*emphysème généralisé* au cours de l'adénopathie trachéo-bronchique.

D'autres complications peuvent survenir du côté des *poumons*; ce sont des infections banales ou de nature tuberculeuse, dans la pathogénie desquelles la compression du pneumogastrique a un rôle important, qui a été bien mis en évidence par Meunier. Le pneumogastriqne, presque toujours du côté droit, est non seulement comprimé mais envahi par le processus inflammatoire (névrite mixte). Le poumon est diminué dans sa résistance à l'infection par la névrite de son nerf trophique. Il est assez fréquemment le siège de pneumonie, broncho-pneumonie, gangrène, tuberculose aiguë, pleurésie. Lortat-Jacob et Vitry ont récemment attribué à la même pathogénie, compression du pneumogastrique par un ganglion, la formation d'une caverne pulmonaire tuberculeuse chez un nourrisson. Lhomme a rapporté dans sa thèse des observations analogues.

Les ganglions trachéo-bronchiques tuberculeux du médiastin ont certainement un rôle important dans la pathogénie des *péricardites* et des *symphyses cardiaques* tuberculeuses, si fréquentes dans l'enfance. C'est très souvent à une tuberculose ganglionnaire qu'il faut rapporter l'étiologie de ces cas, et par suite des cirrhoses cardio-tuberculeuses qui sont sous leur dépendance et qui ont été décrites par le professeur Hutinel.

En plus des lésions tuberculeuses du poumon et du péricarde, l'enfant atteint d'adénopathie du médiastin est naturellement sous la menace perpétuelle de la granulie, de la méningite tuberculeuse.

Si nous ajoutons qu'il est encore exposé à la *mort subite*, non seulement du fait de l'hémoptysie et de l'ouverture d'un ganglion caséeux dans les bronches, mais aussi par accès de dyspnée ou syncope dépendant d'une compression du récurrent ou du pneumogastrique (Bouchut, Baréty, Ausset, Teulière), on voit que le *pronostic* de l'adénopathie trachéo-bronchique doit être toujours très réservé; car si l'on peut escompter la guérison et la calcification d'un ganglion du hile sans troubles fonctionnels de compression et sans signes physiques bien évidents, il n'en est plus de même pour les adénopathies avec symptômes fonctionnels de compression et signes physiques classiques; ce sont déjà de grosses lésions dont l'évolution sera habituellement moins favorable.

VI

Diagnostic. — La prédominance d'un des symptômes fonctionnels peut orienter le diagnostic vers diverses autres affections. C'est ainsi que la dyspnée avec cornage est commune à l'adénopathie trachéo-bronchique, aux *végétations adénoïdes* et à quelques cas d'*hypertrophie des amygdales*. Mais, dans ces deux derniers cas, la respiration bruyante ressemble à un ronflement plutôt qu'au cornage ganglionnaire, et ce ronflement cesse par la compression des narines (Zuber). L'examen de la gorge, l'exploration du rhinopharynx sont alors à pratiquer.

Le cornage est encore à distinguer du *stridor laryngé congénital*. Celui-ci apparaît à la naissance ou peu après, il est inspiratoire, débute par une courte inspiration rauque et étouffée et se termine sur une note élevée comme le hoquet. Le cornage de l'*hérédo-syphilis laryngée* s'accompagne de modifications de la voix avec son particulier qu'on a comparé à celui d'une trompette d'enfant.

Quand la dyspnée prend les caractères de l'asthme, il faut se rappeler que l'*asthme* nerveux essentiel peut être observé dans l'enfance; il faudra toutefois, avant de s'arrêter à ce diagnostic, rechercher les diverses causes d'asthme réflexe parmi lesquelles l'adénopathie trachéo-bronchique.

La dyspnée avec toux rauque et tirage rappelle le *spasme de la glotte*, la *laryngite striduleuse*, voire même le *croup*. M. Marfan a relaté un cas dans lequel le diagnostic avec le croup était impossible, l'enfant fut traité comme un croup par le sérum, le tubage, la trachéotomie. Mais il est exceptionnel que la dyspnée prenne rapidement ces caractères d'intensité allant jusqu'au tirage, que la voix et la toux s'éteignent ainsi rapidement dans l'adénopathie trachéo-bronchique.

La toux quinteuse est un symptôme d'hypertrophie amygdalienne et de *pharyngite chronique* aussi bien que d'adénopathie.

La toux coqueluchoïde rend le diagnostic avec la *coqueluche* parfois difficile. Cependant durée moins longue de la quinte, absence de reprise, rareté de l'expectoration filante et des vomissements sont les caractères de la toux coqueluchoïde ; on se rappellera aussi que la coqueluche a débuté par une période catarrhale avant la période des quintes. Ce qui complique le diagnostic c'est que certaines coqueluches prolongées semblent bien devoir leur prolongation à une adénopathie trachéo-bronchique. Et comme coqueluche et rougeole sont très souvent au début de la tuberculisation ganglionnaire trachéo-bronchique, il faudra, en présence d'une coqueluche prolongée, reconnaître s'il s'agit d'une coqueluche avec adénopathie inflammatoire simple, d'ailleurs très rare, ou d'une adénopathie tuberculeuse secondaire à la coqueluche.

Dans les cas exceptionnels où la cyanose et l'œdème de la face sont très marqués, l'enfant a l'aspect d'un *cardiaque* ou d'un *brightique*. L'examen du cœur et des urines s'impose pour éliminer les affections cardiaques ou rénales. D'ailleurs certaines symphyses cardiaques tuberculeuses sont en rapport étiologique avec la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques ; il est fréquent, dans la cirrhose cardio-tuberculeuse d'Hutinel de trouver des signes d'adénopathie trachéo-bronchique ; c'est même souvent la présence de ces signes qui permet de remonter à la cause de l'affection et de la rapporter à la tuberculose.

L'interprétation des signes physiques fournis par la percussion et l'auscultation des régions ganglionnaires et des poumons, doit être dans certains cas, discutée ; c'est alors une autre série de diagnostics différentiels. Ainsi la percussion de la région ganglionnaire antérieure donne de la matité dans deux cas : *hypertrophie du thymus* et adénopathie trachéo-bronchique.

D'après Blumenreich, même à l'état normal, le thymus chez les enfants au-dessous de cinq ans, est perceptible à la percussion ; mais cette matité thymique a une forme à peu près fixe ; c'est un triangle à base supérieure répondant au bord supérieur du manubrium sternal et aux articulations sterno-claviculaires, à sommet inférieur situé sous le sternum à la hauteur de la seconde côte ou un peu au-dessous. Les ganglions du médiastin antérieur ne donnent pas une matité ainsi triangulaire.

Dans certains cas les signes physiques de l'adénopathie trachéo-bronchique sont en partie masqués par suite de la coïncidence d'infection bronchique avec râles ronflants et sibilants, ou par la présence d'emphysème, en particulier dans la région antérieure des poumons chez les nourrissons (Guinon). Il ne faudra pas alors compter trouver la submatité de l'adénopathie dans les régions habituelles ; mais l'auscultation de la région interscapulaire permettra de trouver un jour ou l'autre le retentissement du cri, le cornage.

Il est quelquefois difficile de distinguer par les signes physiques l'adénopathie d'une *induration tuberculeuse* du sommet du poumon. On se basera sur les nuances suivantes : la percussion au début de la tuberculose ne donne pas de résultats tandis que l'adénopathie se révèle par de la matité ; à l'auscultation, l'inspiration est rude, grave ou affaiblie, ou saccadée dans la tuberculose pulmonaire ; l'expiration est soufflante dans l'adénopathie ; en auscultant, on éprouve aussi, en cas de début de tuberculose, une sensation tactile, on se rend compte que l'air ne pénètre pas dans les alvéoles (Méry). Enfin quand les signes d'auscultation ont leur maximum auprès de la colonne vertébrale, on fera plutôt le diagnostic de tuberculose ganglionnaire ; dans la bacillose du poumon, les signes sont aussi marqués à la région externe de la fosse sus-épineuse qu'à la région interne. Chez l'adulte, il est de règle que la tuberculose des ganglions ne soit qu'une complication de la tuberculose pulmonaire ; tandis que chez l'enfant la phtisie bronchique a une existence clinique indépendante, toutes réserves faites, au point de vue anatomo-pathologique et pathogénique, sur la présence ou l'absence de lésions pulmonaires antérieures (loi de Parrot).

La diminution du murmure vésiculaire dans un poumon avec conservation de la sonorité normale, a une grande importance pour le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique. Mais encore faut-il la distinguer d'une même diminution respiratoire due à une symphyse pleurale.

Quand le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique a été fait, reste à en reconnaître la nature tuberculeuse. Car, en dehors de la tuberculose ganglionnaire, on a décrit une *adénopathie inflammatoire* simple consécutive aux catarrhes bronchiques de la rougeole et de la coqueluche, à toutes les infections broncho-pulmonaires, à l'angine glanduleuse (G. de Mussy), à la fièvre ganglionnaire de Pfeiffer. Dans ces cas, les signes physiques seraient encore plus variables et plus mobiles que dans l'adénopathie tuberculeuse, ce qui tiendrait à des poussées congestives et inflammatoires périganglionnaires ; les circonstances étiologiques et surtout l'évolution permettraient le diagnostic, l'adénopathie inflammatoire devant disparaître plus ou moins rapidement. *Cette adénopathie inflammatoire paraît exceptionnelle* et il ne faut, en clinique, admettre que des adénopathies tuberculeuses.

Dans la *syphilis héréditaire*, on peut observer des adénopathies trachéo-bronchiques avec toute la symptomatologie habituelle (Widerhofer). Ces cas sont exceptionnels. Il en est de même dans la leucémie, mais alors l'exploration des autres ganglions, l'examen du sang, permettent le diagnostic.

Certaines *tumeurs* malignes du médiastin d'origine *thymique* donnent les mêmes symptômes que l'adénopathie trachéo-bronchique ; mais les signes physiques sont perçus dans la région rétro-sternale ; ces tumeurs, occupant le plan antérieur ou vasculaire du médiastin, donnent surtout des symptômes de compression veineuse, tandis que les lésions ganglionnaires occupent plutôt le plan trachéo-œsophagien (Marfan).

Les *tumeurs ganglionnaires*, lympho-sarcome, lymphadénome, sont souvent secondaires à un sarcome du rein ou de quelque autre organe ; alors le diagnostic est facile. En cas de tumeur primitive, on est exposé à la confondre avec une adénopathie tuberculeuse beaucoup plus fréquente; le développement en est toutefois généralement plus rapide.

Les ombres ganglionnaires fournies par la radioscopie peuvent être confondues avec l'ombre du *thymus* hypertrophié; celle-ci est une bande s'élevant de l'ombre du cœur vers le bord supérieur du sternum, parallèlement à l'ombre de la colonne vertébrale et la dépassant sur le côté gauche ou des deux côtés (Hochsinger).

Les *pleurésies* enkystées donnent une ombre à contours découpés et à angles aigus, tandis que les masses ganglionnaires ont des contours arrondis; la pleurésie interlobaire montre à la radioscopie une image en forme de coin, comme un clou (Bougarel).

Parfois, ce ne sont ni les symptômes fonctionnels ni les signes physiques qui attirent l'attention, mais plutôt la cachexie du petit malade; cette cachexie chronique (*tuberculose diffuse des bébés* [Aviragnet], *tuberculose généralisée chronique cachectisante des nourrissons* [Marfan]) est à distinguer des cachexies gastro-intestinale, syphilitique, des cachexies consécutives aux broncho pneumonies subaiguës, aux pyodermites prolongées (Marfan).

Il pourra être utile dans quelques cas, restant douteux après un examen clinique minutieux, d'avoir recours aux diverses méthodes de laboratoire actuellement en usage pour le diagnostic de la tuberculose.

Sans entrer dans le détail de ces méthodes, et sans discuter la certitude des résultats qu'elles fournissent, il suffira de rappeler qu'une des plus simples, l'épreuve de la tuberculine, pourrait être utilisée plus fréquemment. La valeur de la réaction de la tuberculine vient de donner lieu à une discussion intéressante à la Société médicale des hôpitaux; (juin-juillet 1907), M. Comby la considère comme une méthode très sûre chez l'enfant et sans aucun danger.

L'emploi de la tuberculine, d'après la méthode de von Pirquet (cuti-réaction), aurait une grande valeur chez les nourrissons et les enfants au-dessous de deux ans. Enfin l'ophtalmo-réaction, faite chez l'enfant par MM. Comby et Dufour, paraît être un procédé de diagnostic excellent, facile et inoffensif.

BIBLIOGRAPHIE (1)

ACHARD. *Nouveaux procédés d'exploration*, Paris 1902.

BABINI. *Gazz. degli osp. e delle clin.*, 12 avril 1906, p. 463. — BARRET. L'examen radioscopique du thorax chez l'enfant, au point de vue du diagnostic de la tuberculose et particulièrement de l'adénopathie trachéo-bronchique, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1906, p. 155. — BÉCLÈRE. *Arch. d'électr. méd.*, 1902, p. 624; — Soc. méd. des hôpit., 5 juin 1903, p. 631. — BLUMENREICH. Ueber die Thymus-Dämpfung, *Virchow Arch.*, 1900, Bd. CLX, p. 35. — BOUGAREL. *L'adénopathie trachéo-bronchique des nourrissons. Son diagnostic par le cornage bronchique expiratoire et la radioscopie*, Th. de Paris, 1907. — BRETON. *Signes physiques de l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant*, Th. de Paris, déc. 1906.

CAILLÉ. *Arch. of Pediatrics*, 1900, p. 583. — CASSAËT. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 7 juillet 1907. — CHARTIER et DÉNÉCHAU. L'emphysème généralisé chez les enfants, *Arch. de méd. des enf.*, juin 1906, p. 333. — COMBY. Soc. méd. des hôpit., 28 juin et 12 juillet 1907.

D'ESPINE. Acad. de méd., 29 janv. 1907. — DUFOUR. Soc. méd. des hôpit., 19 juillet 1907.

GALLET DE SANTERRE. *Asphyxie par irruption de ganglions tuberculeux dans les voies respiratoires*, Th. de Bordeaux, janv. 1900. — GUINON. Sur l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse des nourrissons, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1904, p. 529.

HAMBURGER et SLUKA. *Jahr. f. Kind.*, 1905, Bd. LXII, p. 517. — HAUSHALTER et FRUHINSHOLZ. *Arch. de méd. des enf.*, 1902, p. 157. — HENRION. *Considérations sur l'emphysème sous-cutané au cours de la tuberculose pulmonaire*, Th. de Paris, 1905, n° 148.

JACQUES. *Les adénopathies pulmonaires. Etude anatomo-clinique et radioscopique*, Th. de Lyon, déc. 1905, n° 78. — JUNDELL. *Jahr. f. Kind.*, 1904, Bd. LX, p. 76.

LHOMME. Th. de Paris, juillet 1906. — LORTAT-JACOB et VITRY. *Presse méd.*, 13 janv. 1906. — LÖHRER. *Munch. med. Woch.*, 1904, p. 1205.

MARFAN. Soc. méd. des hôpit., 5 juin 1903. — MÉRY. *Concours méd.*, 1904, p. 246. — MOURIQUAND. *Lyon méd.*, 1906, p. 509.

PIÉRY et JACQUES. Les adénopathies pulmonaires. Etude, anatomique, radioscopique et clinique, *Revue de méd.*, 1906, p. 664. — V. PIRQUET. *Berl. med. Gesells.*, 15 mai 1907.

RIST. Soc. de pédiatrie, mai 1907. — RIZZI. Adenopatie tracheo-bronchiale; perforazione della trachea; morte per soffocazione, *Gazz. degli osp. e delle clin.*, 30 janv. 1906, p. 135. — ROUX et JOSSERAND. La tuberculose pulmonaire et l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant à Cannes, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1906, p. 12.

VARIOT. Soc. de pédiatrie, janv. 1906 et mai 1907.

(1) Les travaux récents sont seuls cités; pour les autres, voir les articles de MARFAN (*Traité de médecine*, t. VII); BOINET (*Traité de médecine et de thérapeutique*, t. VIII); ZUBER (*Traité des maladies de l'enfance*, t. III).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 AOUT 1907)

La cause des battements du cœur. — M. H. KRONECKER. Le cœur ne bat pas automatiquement. Il a besoin d'excitants de nature chimique qui, grâce à des changements périodiques de l'excitabilité amènent un effort discontinu.

Ces excitations agissent sur les plexus nerveux du cœur. On paralyse ces derniers par l'irrigation (perfusion) avec la solution salée. Alors le cœur ne peut plus battre et ne présente plus que des contractions fibrillaires.

Réaction à la tuberculine dans la lèpre (inoculations sous-cutanée, dermique et conjonctivale). — M. Ch. NICOLLE. En l'absence de toute lésion de nature tuberculeuse, les lépreux réagissent nettement lorsqu'on leur inocule de petites doses de tuberculine sous la peau. Ce fait est connu.

Il était intéressant de rechercher comment se comporteraient des lépreux éprouvés à la tuberculine par inoculations dermique (réaction de von Pirquet) ou conjonctivale (Wolf, Calmette).

M. Ch. Nicolle a pratiqué cette recherche sur trois malades en se servant pour les deux premiers d'une solution à 1 p. 100

de tuberculine précipitée par l'alcool; pour le troisième, de la solution ordinaire de tuberculine diluée.

Au contraire de l'injection sous-cutanée, les inoculations dermique et conjonctivale de tuberculine n'ont paru produire aucune réaction dans la lèpre.

Notre ignorance des conditions de culture du bacille lépreux est actuellement presque complète.

En l'absence de culture, M. Nicolle a préparé avec des lépromes riches en bacille de Hansen et broyés finement, un extrait glycériné concentré et il a recherché son action par inoculation dermique et conjonctivale sur les trois malades de la série précédente et sur deux témoins. Les résultats ont été entièrement négatifs.

LIVRES NOUVEAUX

La pleurésie purulente aiguë de l'enfant. Traitement chirurgical simplifié (1), par MM. Vignard et Monod.

Dans ce livre, les auteurs se sont proposé d'abord de donner une idée générale des diverses méthodes chirurgicales employées jusqu'à aujourd'hui dans le traitement de la pleurésie purulente, ensuite, et surtout, d'attirer l'attention sur l'importance de l'évacuation complète par la pleurotomie et le drainage continu de la cavité pleurale. L'appareil que MM. Vignard et Monod employèrent pour ce drainage présente les avantages suivants : 1° le pus est évacué au fur et à mesure de son écoulement dans un vase clos; 2° on peut apprécier journellement la qualité et la quantité du liquide sécrété, et, par comparaison avec la courbe thermique et l'état général, être amené de bonne heure à diagnostiquer les complications et à les traiter; 3° dès que la plaie pariétale s'est resserrée autour du tube pleural, l'appareil fonctionne comme un siphon et produit une aspiration réelle sur le poumon qui aide à son expansion et rompt lentement les adhérences qui l'entravent. Ajoutons que ce tube à drainage continu est d'une extrême simplicité. Aussi peut-on conclure avec les auteurs que, dans la plupart des pleurésies purulentes aiguës de l'enfance, il faut se servir de ce tube-siphon aussitôt après la pleurotomie.

L. BABONNEIX.

(1) In-8°. — Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

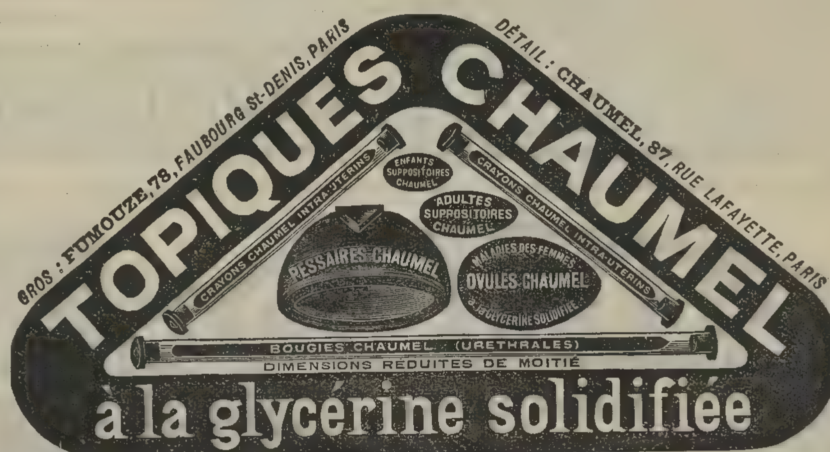
LE SAMEDI 21 SEPTEMBRE 1907

à 2 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication, au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des articles de *pansement, gazes* et *cotons antiseptiques, mackintosch, protective,* etc., nécessaires au service des établissements de cette administration pendant un an, à partir du 1er octobre 1907.

Ces fournitures s'élèvent approximativement avant rabais à :

1er lot. *Gaze iodoformée et au salol,* 17 000 fr.
2e lot. *Coton au salol et boriqué, mackintosh, protective,* 18 000 fr.
3e lot. *Coton hydrophile.* La fourniture totale est évaluée à 100 000 kilogr., mais le même fournisseur ne pourra être déclaré adjudicataire de plus de la moitié de la fourniture.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures (Bureau des adjudications.)



N° 97. — MARDI 27 AOUT 1907. 80e ANNÉE. MARDI 27 AOUT 1907. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Un concours pour trois places d'aide d'anatomie sera ouvert le 9 septembre prochain.

Sont admis à concourir les étudiants en médecine français ayant au moins dix inscriptions de doctorat.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au lundi 2 septembre.

— Lille. — Sont chargés pour l'année scolaire 1907-1908 :

M. Patoir, agrégé, d'un cours de médecine légale;

M. Gaudier, agrégé, d'un cours complémentaire de clinique chirurgicale infantile;

M. Deléarde, agrégé, d'un cours complémentaire de clinique médicale et de syphilis infantile;

M. Raviart, agrégé, d'un cours théorique et pratique de médecine mentale.

Sont nommés aux fonctions de : chef des travaux d'anatomie, M. Georges Gérard, agrégé; chez des travaux de pharmacie, M. Vallée, agrégé; chef des travaux de micrographie et de parasitologie, M. Desoil; chef des travaux de chimie minérale, M. Louis; chef des travaux de chimie organique, M. Ricquiet; chef des travaux de physique, M. Demeure.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Limoges. — M. Vouzelle est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE aura lieu à Washington du 20 septembre au 10 octobre 1908. Il est organisé par la « National Association for the Study and prevention of tuberculosis ». Le Comité se compose de MM. Flick (de Philadelphie), Bowditch (de Boston), A. Meyer (de New-York), Walsh (de Philadelphie), Litchfield (de Pittsburg), Hatfield (de Philadelphie). S'adresser dès à présent, pour tout ce qui concerne le Congrès, à M. Fulton (de Baltimore), secrétaire général, qui a installé un bureau au Colorado-Building, à Washington.

VIe CONGRÈS ITALIEN DE PÉDIATRIE. — Le sixième Congrès italien de pédiâtrie s'ouvrira le 2 octobre 1907, à dix heures et demie du matin, à l'Université royale de Padoue. Le Congrès sera présidé par le professeur V. Tedeschi.

ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES. — L'Académie attribue à M. le docteur A. Marie, médecin en chef de l'asile de Villejuif, une récompense de 1 000 francs dans le concours pour le prix Saintour dont le sujet était : « Des modifications à apporter à la législation française sur les aliénés. »

UN HOPITAL POUR LES ACCIDENTS D'AUTOMOBILE. — Le 18 juillet 1906, M. Stillmann, avocat à New-York, était victime d'un accident d'automobile aux environs de Lisieux. Il mourut quelques semaines plus tard à l'hôpital de cette ville. En souvenir du défunt, la famille Stillmann a fondé à l'hôpital un pavillon nouveau, destiné surtout aux victimes des accidents d'automobile.

La pose de la première pierre de ce pavillon vient d'avoir lieu en présence des représentants de la famille.

M. Henry Chéron, maire de Lisieux, a remercié les bienfaiteurs de l'hôpital.

La commission administrative des hospices a décidé de faire graver le nom de Stillman-Harkness sur la plaque réservée aux bienfaiteurs de la cité.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Bonnefin, médecin de l'ambassade d'Espagne, décédé à Granville; Maurel (d'Aix-en-Provence) et Mondot (d'Oran).

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 27 juillet 1907.) Hermann JORIS : Contribution à l'étude de l'hypophyse. — NUEL : Le nystagmus des mineurs et l'enquête officielle sur le travail dans les charbonnages. — Léon DESGUIN : La pneumococcose gastro-intestinale épidermique. — HERMAN : Sur la pénétration du bacille tuberculeux à travers la paroi intestinale.

Archives de médecine des enfants. — (N° 8, août 1907.) MORQUIO : Examen du lait dans l'allaitement au sein. — DAUCHEZ : Noctambulisme et automatisme.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVII, n° 3, 18 juillet 1907.) Frederick C. SHATTUCK : La science et l'art de la médecine sous plusieurs de leurs aspects. — Henry A. CHRISTIAN : L'enseignement médical au collège d'Harvard et les avantages qu'il offre pour les débutants dans la médecine. — Richard H. HARTE : Considérations médicales et chirurgicales sur la perforation de l'ulcère typhique. — Frederick C. SHATTUCK : La perforation de l'ulcère typhique. — C. L. SCUDDER : Les erreurs de diagnostic dans les cas de perforation typhique. — FARRAR COBB : La perforation des ulcères typhiques. — Walter M. BOOTHBY : Etude sur le muscle d'Ochsner du duodénum.— (N° 4, 25 juillet.) C. P. SYLVESTER : L'hydrophobie et les moyens de la prévenir. — Daniel H. CRAIG : Les ligaments utéro-sacrés. — Théodore W. SCHEUFER : La contamination de l'air des villes par l'acide sulfureux, l'origine des maladies respiratoires. — FARRAR COBB : Un cas de résection étendue de l'estomac pour cancer (avec 4 fig.) — Lither Halsey GULICK : Une administration de l'hygiène scolaire.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 juillet 1907.) MAUREL : Dosage de la ration alimentaire du nourrisson à l'état de santé : sa base et ses variations. — BARDET : Leçons de clinique et d'hygiène clinique : VIII. Médication spéciale des fermentations anormales. — (8 août.) BARDET : Leçons de pharmacologie et d'hygiène clinique : IX. La crise paroxystique de migraine gastrique; son traitement.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 32, 8 août 1907.) HENROTIN : Emploi de l'armadiphtérine dans vingt et un nouveaux cas de diphtérie. — HANNECART : Les hernies des appendices épiploïques.

Journal de médecine et de chirurgie pratique. — (Août 1907.) RÉNON : Aortite tabagique et syphilitique. La congestion pulmonaire traînante, prolongée. — DANLOS : Traitement de l'ulcère de la jambe. Pommade adhérente pour le psoriasis. Pilules antisyphilitiques. Eruption vaccinale. Forme d'herpès.

Medical Record. — (Vol. LXXII, n° 1, 6 juillet 1907.) G. E. POST : Opérations pour calculs urinaires. — J. E. PILCHER : L'avenir du journalisme médical. — BISSEL : Tumeurs syphilitiques du sein. — A. H. BAKER : La prévention contre les maladies vénériennes. — K. LEAKE : Ulcère chronique perforant de la vessie. — W. T. DORAN : Un cas de traitement sérothérapique post-opératoire pour un sarcome fibroïde. — (N° 2, 13 juillet.) LESZYNSKY : Tumeur intracranienne et son traitement. — F. CHAPPELL : Volumineuse tumeur du laryngo-pharynx extirpée par la pharyngotomie sous-hyoïdienne. — H. MOFFATT : Un cas de perforation typhique de l'appendice. Opération et guérison. — BOUD STOW : Paraplégie causée par un anévrisme de la crosse de l'aorte. — Geo W. KAAN : Implantation vaginale d'un adéno-carcinome de l'utérus. Métastase sanguine due à une récidive du carcinome. — FAUGÈRES-BISHOP : Maladies du cœur et pression artérielle; rééducation physiologique dans le traitement des maladies cardio-vasculaires par hypertension. — (N° 3, 20 juillet.) R. LOCKWOOD : La gastroptose et son traitement. — L. HUSSAKOF : Recherches récentes sur l'action du radium sur les végétaux et sur les animaux. — DARDEL : Les eaux sulfureuses dans le traitement de la syphilis. — EMMET KEATING : Diagnostic précoce et home-traitement de la tuberculose pulmonaire. — A. MAC-DONALD : Etudes de criminalité infantile. — W. STUMP : Traitement de la malaria dans la région de New-York.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 32, 6 août 1907.) FISCHLER : Sur les succès et les dangers des injections d'alcool dans les névrites et les névralgies. — KÜSTER : Recherches sur un eczéma observé à la suite de l'emploi de bains prolongés. — WIENS : Sur la méthode des examens bactériologiques du sang. — SEIBERTH : Contribution à l'étude des tumeurs de la vessie chez les ouvriers en aniline. — WYSS : Sur le mode d'action des injections de « scharlachöl » de B. Fischer dans la genèse de proliférations épithéliales d'aspect carcinomateux. — FRÄNKEL : Sur un cas de syphilis congénitale de l'intestin grêle avec remarques sur l'importance étiologique du spirochæte pallida. — SCHUMM : Sur la question de la présence de la matière colorante du sang ou hématine dans la bile humaine. — SCHUMACHER : Conjonctivite streptococcique grave consécutive à la rougeole évoluant avec les cultures de la diphtérie. — DANZIGER : Sur la vaccine généralisée. — PASCH : Corps étrangers du nez à la suite des traumatismes. — BERNHATD : L'opération radicale de la hernie avec reposition du testicule dans la cavité abdominale. — BRETSCHNEIDER : Examen du sang chez les nerveux. — AUFRECHT : Sur le traitement du delirium tremens. — HESS : Nouvel appareil pour fixer la viscosité du sang. — WIESNER et DESSAUER : Une amélioration de l'ouverture à éclairage, spécialement pour l'examen de l'estomac.

Revue de chirurgie. — (N° 8, 10 août 1907.) ESTOR : De la subluxation congénitale du poignet. — GAYET : Note sur une tumeur mixte de la joue. Contribution à l'étude des anomalies fissuraires de la fente fronto-maxillaire (4 fig.). MALLY : Etat actuel de la photothérapie. — PICHON : Les myocèles, en particulier les myocèles par rupture aponévrotique simple (hernies vraies des auteurs (*à suivre*). — BAUMGARTNER et HUGUIER : Les luxations sous-astragaliennes (*suite et fin*).

Revue de médecine. — (N° 8, 10 août 1907.) Marcel LABBÉ : Etudes sur la physiologie pathologique des diabètes sucrés (3 tracés) [*à suivre*]. — LESNÉ et MONIER-VINARD : Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la sporotrichose (6 fig.) [*à suivre*]. — Codina CASTELLVI : Recherches sur le traitement de l'ankylostomiase (*à suivre*).

Revue neurologique. — (N° 14, 30 juillet 1907.) BRISSAUD et SICARD : Hystérie et troubles trophiques. Simulation (2 fig.). — LAMY : Amnésie musicale chez un vieil aphasique sensoriel, ancien professeur de violon et de piano. Conservation de l'exécution, de la lecture, de l'improvisation et de la composition. — THOMAS et LAMINIÈRE : Les lésions médullaires du zona. Dégénérescences secondaires. Réaction à distance, congestion et hémorragies médullaires (23 fig.).

Revue scientifique. — (N° 6, 10 août 1907.) FRANCHET : La chimie des arts du jeu dans l'antiquité. — COLLIN : Sur les formes talquées. — LERICHE : Notes sur la chirurgie allemande. Asepsie et antisepsie actuelles. — DELÉPINE : Mensboutkine. — BONGRAND : Régénération du caoutchouc.

QU'EST-CE QUE L'ÉLECTROMÉCANOTHÉRAPIE?

Par A. LAQUERRIÈRE.

Des « notes préliminaires » (1) destinées à un milieu spécial et qui n'ont encore paru qu'en partie ont eu le grand honneur d'être critiquées dans ce journal (2). Leur suite rassurera, j'espère, mes censeurs, plutôt sévères, sur divers points et en particulier sur le respect des questions de priorité. Mais leurs observations ne portant que sur quelques paragraphes il me paraît utile de résumer brièvement la totalité de mon article afin que les lecteurs soient exactement renseignés.

J'ai proposé d'englober sous le nom d'*électromécanothérapie toutes les applications électriques destinées à produire du mouvement* (par contractions musculaires artificielles). J'ai pris ce mot, créé par M. Gaiffe, le distingué constructeur, parce qu'il me paraissait s'appliquer heureusement à tout un ensemble de procédés électriques en les opposant à d'autres (3); il paraît, en effet, à souhaiter que des termes plus étroits, rendant compte des effets cherchés, remplacent la désignation d'*électrothérapie*, trop vague parce que trop étendue.

Cette électromécanothérapie a pour base ce fait que la volonté et l'électricité sont les deux seuls agents capables de produire une contraction musculaire. Or la volonté peut être déficiente par suite de différentes causes : pour ne prendre qu'un exemple Babinski et Delherm ont étudié les réactions électriques, c'est-à-dire en somme les contractions musculaires provoquées par le courant, dans les heures qui suivent la mort. Il ne paraît pas qu'à ce moment une mécanothérapie quelconque puisse faire travailler le muscle.

L'électromécanothérapie, avec des indications et des contre-indications, qu'il faut connaître et préciser, relatives à l'état du sujet, au courant à employer, à la durée des séances, etc., peut donc trouver son emploi à des périodes *où il n'existe aucune espèce de contraction volontaire*, elle peut être utilisée dans certains des stades encore graves des *névrites* ou des *paralysies infantiles* alors qu'aucune mécanothérapie active n'est utilisable.

Elle forme le procédé de choix pour la *rééducation* dans les *paralysies d'origine psychique* : en face d'une paralysie hystérique absolue, le procédé qui aura le plus de chances de convaincre le malade sera celui qui lui montrera que, bien qu'il soit incapable de les faire contracter lui-même, ses muscles peuvent se contracter, soulever des poids, etc. Dans ces cas, on ne voit pas non plus en quoi la mécanothérapie active peut intervenir.

Ces divers points sont connus; les procédés appropriés sont employés par les électro-thérapeutes et la question ne saurait être considérée comme nouvelle puisque Duchenne de Boulogne *au début* de ses travaux avait crû que les résultats qu'il obtenait *étaient uniquement dus à la gymnastique musculaire*.

Mais, comme le fait remarquer le docteur Oudin, Duchenne ne tarda pas à constater que, si les nerfs trophiques n'existaient pas, il faudrait les inventer. C'est qu'en effet, MM. Rochard et de Champtassin permettront aux électro-thérapeutes de ne pas souscrire à la condamnation brève qu'ils prononcent contre les effets trophiques de l'électricité. L'application judicieuse des divers courants donne toute une gamme d'action sur les phénomènes sensitifs, vaso-moteurs, trophiques, etc., dans l'étude de laquelle il nous est impossible d'entrer ici, mais qui mérite certainement mieux que les quelques lignes qu'ils lui consacrent. L'électricité et le mouvement musculaire ont des effets qui s'ajoutent et le procédé qui réunit ces deux modes thérapeutiques donnent des résultats que le mouvement seul est incapable de produire.

Si je suis revenu sur ce sujet c'est qu'il me semblait que la vogue de la mécanothérapie faisait trop oublier et les diverses actions de l'électricité et son rôle excitomoteur. Mais je n'ai jamais eu l'intention de diminuer l'importance thérapeutique de l'exercice musculaire par contraction volontaire.

J'ai eu par contre l'idée d'associer pour diverses raisons — en certains cas seulement d'ailleurs et avec des ondes *électriques spéciales* qu'on étudie depuis 1894 — l'emploi des résistances et des contractions électriques.

Le professeur Bergonié a bien voulu déclarer (Congrès de l'A. F. A. S., août 1907) que c'était un procédé original. Par contre, M. Oudin, président de la Société d'électrothérapie, m'a dit qu'il croyait bien que ce procédé était déjà employé par Duchenne.

Je ne réclame donc aucune priorité, l'idée d'associer en séance simultanée le courant électrique et la mécanothérapie devait naître fatalement un jour ou l'autre puisque dans nombre d'établissements où l'on soigne les blessés du travail, on utilise les deux méthodes le même jour l'une après l'autre. Mais cette nouveauté thérapeutique, si nouveauté il y a, n'a pas la prétention de détruire aucune méthode de mécanothérapie; elle veut simplement lui venir en aide : M. le professeur Berger a fait remarquer que la méthode de MM. Rochard et de Champtassin n'était pas applicable aux blessés qui n'y mettaient pas une bonne volonté suffisante; j'ai vu des sujets qui malgré de longues explications n'arrivaient pas à réaliser un mouvement volontaire comme je voulais qu'il fût accompli.

En mettant deux électrodes sur le muscle, en appliquant le courant approprié, on fait contracter le muscle suivant la *volonté précise de l'opérateur* sans avoir à faire intervenir celle du sujet Si donc on se place au seul point de vue de la motricité, l'électromécanothérapie dans certains cas n'est qu'un adju-

(1) Laquerrière. Notes préliminaires sur l'électromécanothérapie, Société française d'électrothérapie.

(2) Rochard et de Champtassin. Le traitement des atrophies musculaires par la méthode des résistances progressives et l'électromécanothérapie, *Gaz. des hôp.*, 1907, nº 90, p. 1071.

(3) Comme exemple de cet essai de classification on peut citer : la révulsion électrique, le galvanocautère chimique, l'ionothérapie électrique, etc.

vant de la mécanothérapie. La meilleure preuve en est que, dans ces cas, je profite de la contraction électrique pour habituer le sujet à faire l'effort volontaire.

Je laisse de côté divers points de détails, qui ne sauraient être traités dans cette courte note, et me contente de présenter de brèves conclusions :

1° Le traitement de l'atrophie musculaire par l'électricité a été au début, à la suite de l'expérience des pattes de grenouille de Galvani, surtout basé sur la production de contraction musculaire, l'idée d'action trophique ne s'est introduite que postérieurement. MM. Rochard et de Champtassin recommencent à croire à la supériorité des contractions musculaires; ils ne sauraient accuser Duchenne de Boulogne de discuter leur priorité;

2° Depuis 1894, les électrothérapeutes ont employé des appareils (moins bons que ceux que nous avons actuellement) pour provoquer « des contractions électriques se rapprochant de la contraction physiologique »;

3° Les actions trophiques, circulatoires, sensitives, etc., du courant ne paraissent nullement aux électrothérapeutes modernes devoir être abandonnées au profit exclusif de la gymnastique musculaire quel que soit le moyen de la produire;

4° L'électromécanothérapie n'est pas une méthode nouvelle « d'adaptation électrique de la méthode du travail musculaire en contraction dynamique sur des résistances progressives », elle est simplement un terme nouveau pour englober une série de procédés spéciaux ayant un but déterminé et déjà connus.

5° *Elle s'adresse à toutes sortes d'états où par suite de l'insuffisance du nerf périphérique ou de la volonté du sujet aucune mécanothérapie active ne saurait être applicable.*

6° La seule chose nouvelle — si elle l'est — qu'on puisse trouver dans l'article critiqué par MM. Rochard et de Champtassin est l'association de la mécanothérapie et de l'électricité. Cette association, dont je crois avoir signalé quelques-uns des avantages, ne visait en rien leur méthode; mais si leur méthode est, comme cela me paraît probable, la meilleure des mécanothérapies actives, ils ne sauraient s'étonner en rien que ce soit à leur procédé qu'on ait recours.

J'ajoute, pour terminer, que je n'ai lu qu'une faible partie des travaux dont ils donnent la liste. Il est probable qu'en les lisant je trouverai encore quelques points où nous nous serons rencontrés; mais qu'ils ne craignent rien pour leur priorité, d'abord les dates de leurs travaux sont un document trop précis; puis l'électromécanothérapie (je n'ai fait qu'appliquer un terme mais le vrai créateur est Duchenne de Boulogne) est une méthode assez vieille et assez féconde pour pouvoir, sans crainte de se diminuer, avouer ses emprunts à ses sœurs plus jeunes.

En tout cas si un travail d'ensemble sur l'électromécanothérapie destiné au grand public médical voit le jour, ils peuvent compter que — il en aurait été d'ailleurs de même sans leur critique — ni leurs noms, ni les perfectionnements très heureux qu'ils ont apportés à la mécanothérapie active ne seront oubliés.

CONGRÈS
DE
L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(Reims 1er-7 août 1907.)

Des dix-neuf sections du Congrès de Reims, deux surtout peuvent intéresser les médecins : la douzième, dite des sciences médicales; la treizième, ou section d'électricité médicale.

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE

La thérapeutique du cancer est à l'ordre du jour. Les chirurgiens améliorent leur technique et conséquemment leurs résultats, les radiologues perfectionnent et précisent les résultats des rayons X, les électriciens emploient la haute fréquence, certains même ont conçu le plan d'un institut qui déclarerait la guerre ouverte au cancer.

Dans cet ordre d'idées, la méthode du docteur de Keating-Hart (de Marseille) mérite vraiment de retenir l'attention.

M. de Keating-Hart ne supprime pas l'action du chirurgien, il se l'associe. Sur la plaie cancéreuse et le malade étant anesthésié, il projette un jet d'étincelles de haute fréquence. La curette et le bistouri entrent ensuite en jeu et l'électricien intervient encore en fin de séance. Cette méthode *électro-chirurgicale* vaut que l'on s'y arrête, non seulement à cause du résultat esthétique des opérations, mais en raison, dit l'auteur, de la disparition des douleurs, de l'action cicatrisante et hémostatique des étincelles, et du retard des récidives. M. de Keating-Hart opéra avec l'aide et chez le docteur Colanéri (de Reims) un cancroïde récidivé de la face devant les membres de la section. D'autres l'ont vu opérer ces derniers mois dans le service du professeur Pozzi, à Broca.

L'auteur est intervenu dans trois lymphosarcomes du cou, dans des affections osseuses, dans des dermatoses, dans des lupus, des radiodermites même, etc.

M. Barjon (de Lyon) tient à déclarer qu'il n'y a pas de traitement spécifique du cancer, pas même la chirurgie, et ce parce que sa thérapeutique est locale, tandis qu'il est une maladie générale. La radiothérapie peut prolonger l'existence avec des résultats esthétiques parfaits, avec une disparition des douleurs. Il faut veiller à ne pas exagérer les doses.

Une discussion déontologique s'engage. Devons-nous accepter de traiter les cancers, car on ne manquera pas de suspecter notre bonne foi en cas d'échec? Il semble qu'il faille diriger les malades opérables vers la chirurgie et irradier, si possible, aussitôt après l'opération. Si le bistouri est refusé, nous n'avons qu'à soigner le malade. Si le cas est

inopérable, prévenons la famille de notre peu d'espoir, mais ne refusons pas au patient le bénéfice des rayons X qui peuvent donner une amélioration, rendre l'existence moins pénible et tromper l'angoisse du client.

M. Mally (de Clermont-Ferrand) ne craint pas la radiodermite aiguë qu'il recherche au contraire; mais il a soin de limiter l'action des rayons X à une pièce d'un franc au maximum. La guérison est ainsi plus rapide et, au point de vue professionnel, c'est le rejet de cette théorie que la radiodermite aiguë est une faute de technique pour laquelle, on le sait, le praticien est si lourdement condamné.

Les rayons X ne donnent point des résultats illusoires : M. Bordier (de Lyon) a ainsi guéri des acnés, M. Jaulin (d'Orléans) a traité des otites sèches, M. Desplats a, lui aussi, de très bons résultats dans les acnés inflammatoires, M. Belot (de Paris) en est fort satisfait dans l'eczéma chronique, M. Guilleminot (de Paris) dans les chéloïdes.

La radiologie de l'estomac a été fouillée par MM. Wuyllamoz (de Lausanne) et Barjon. Celui-ci montre des radiographies intéressantes de cet organe; le premier s'est surtout attaché à en reconnaître les lésions par la radioscopie.

Peu de communications sur la haute fréquence. Citons le traitement du xanthelasma par les étincelles (Bordier) et celui de la pelade (Bordet, d'Alger). M. Foveau de Courmelles traitant l'artério-sclérose par le grand solénoïde a vu se régulariser la circulation et la température, se relever les forces. L'effluvation ou l'étincelle agirait surtout dans la tuberculose pulmonaire, les cancroïdes et les dermatoses. Je signale en passant le traitement des névralgies par la pénétration de l'acide salicylique (Desplats).

MM. Laquerrière et Delherm (de Paris) ont étudié l'électromécanothérapie. Je m'explique. Les auteurs appellent ainsi toutes les applications électriques destinées à produire du mouvement. Il faut y ajouter le travail musculaire sur une résistance. Ainsi on peut obtenir des contractions lentes, progressives et capables de soulever un poids que l'on peut varier. Le procédé s'emploie quand il n'y a plus de réaction de dégénérescence.

Les auteurs présentent un petit appareil portatif de la maison Gaiffe pour contractions musculaires lentes, quasi-physiologiques. Par l'électromécanothérapie, le malade se rend compte que ses muscles peuvent se contracter; il assiste à sa guérison. On peut ainsi faire contracter tels muscles qu'on veut et rééduquer le sujet.

M. Laquerrière cite une plainte en blessure contre un médecin qui avait fait un seul électro-diagnostic d'un blessé. L'expert fut très embarrassé et heureusement le juge demanda des avis complémentaires, ce qui permit d'innocenter le confrère. Conclusion : des expertises de ce genre devraient être confiées à des médecins électriciens de profession.

L'alcoolisation des nerfs a été pratiquée pour combattre les névralgies rebelles, les spasmes, les contractures. Que devenait le nerf après ce traitement? Les réactions électriques ont montré à M. Allard (de Paris) que parfois se développait une névrite grave. Il faut donc préciser la quantité d'alcool et son degré et l'électricité sera le témoin qui permettra de perfectionner la méthode. L'auteur conclut qu'excellente pour le trijumeau, l'alcoolisation des nerfs serait dangereuse dans les névralgies des nerfs mixtes (sciatique).

Le docteur Petit (de Paris) a montré qu'il y avait lieu de compléter la méthode en radiographie par la recherche de la distance de l'ampoule à la plaque dans chaque cas particulier. Il faut rejeter l'adoption des distances fixes si l'on veut réduire à leur minimum les déformations et les agrandissements, et surtout arriver à reproduire des épreuves identiques en toutes circonstances de temps et de lieu.

Je voudrais m'étendre sur le rapport si documenté de M. Gaiffe, sur les méthodes et instruments de mesure dans les courants de haute fréquence, sur les beaux dessins de M. Guilleminot montrant l'action du radium sur les graines et le développement des plantes. Je voudrais citer les communications de MM. Cluzet, Guilloz, Broca, Béclère, Blum, Heymann, Bordet. La place m'est limitée et je veux terminer par les rapports de MM. Belot et Laquerrière sur le rôle du médecin électricien dans les accidents du travail.

M. Laquerrière montre tout l'intérêt de l'électro-diagnostic dans les cas de paralysie, d'impotence. L'électricité doit être faite par un médecin spécialisé. Trop souvent on applique une modalité quelconque qui peut nuire au blessé. Il y a lieu d'appeler les médecins-électriciens dans les expertises d'accidents soi-disant imputables au médecin-électricien traitant. La radiographie aussi bien que la radioscopie, dit M. Belot, ne sont qu'une des modalités du diagnostic et réclament un jugement médical en même temps que des connaissances anatomiques et cliniques. Les experts radiologistes doivent être médecins, chaque épreuve devra s'accompagner d'une note et d'une photographie du blessé.

C'est dans la discussion de ces rapports que la section a voté à l'unanimité le vœu suivant de M. Bergonié : que le médecin-électricien, au même titre que ses confrères oculistes, etc., puisse faire partie des commissions d'expertise médico-légale quand l'utilisation des méthodes qui sont de sa compétence pourra conduire à une justice meilleure.

On a donc bien travaillé à la treizième section et son sympathique et si aimable président, le docteur Guilloz (de Nancy), n'y aura pas peu contribné.

SCIENCES MÉDICALES

Le président, M. Landouzy, a lui-même communiqué plusieurs travaux intéressants. Outre sa plaquette sur le toucher des écrouelles, M. Landouzy étudie les érythèmes noueux et polymorphes. Avec des faits précis et clairement exposés, il range ces derniers dans les formes larvées de la tuberculose, et les compare à ce point de vue à l'épanchement thoracique.

M. Vaquez a fait construire par M. Galante un sphygmomanomètre qui dérive de l'appareil de Riva-

Rocci; c'est le sphygmo-signal. Un cadran indique les battements de l'humérale; on y lit la tension quand le signal indique la disparition des battements de la radiale.

Il n'y a pas de Congrès médical sans tuberculose. M. Laignel-Lavastine étudie le plexus solaire et ses lésions dans cette affection; M. Luton traite avec succès le lupus par la pommade à l'acétate de cuivre à 1/100; MM. Salomon et Halbron fouillent les moindres altérations du pancréas dans la bacillose humaine ou expérimentale, et M. Halbron relate une fort curieuse observation de péritonite tuberculeuse du nourrisson. M. Rappin immunise les chiens par des composés issus du protoplasma bacillaire, et montre comment il obtient ce protoplasma.

La spécialisation s'accentue tous les jours, et le résultat en est dans les Congrès l'extrême diversité des communications. C'est ainsi que M. Moureu ayant étudié la radio-activité et la teneur des eaux minérales en gaz rares, M. Furet (de Brides) montre l'action des cures hydrominérales dans l'obésité.

Les humeurs et les tissus ont dû révéler leurs moindres secrets. MM. H. Labbé et R. Pépin nous apprennent la présence dans le lait des nourrices de sulfo-éthers, indican, etc. Pour ces auteurs, le sein aurait un rôle d'émonctoire et purifierait ainsi l'organisme de quelques-uns de ces poisons.

MM. F. Bezançon et I. de Jong différencient par le microscope et la cytologie le crachat des différentes affections pulmonaires. Les individus empoisonnés par leur estomac traduisent, dit-on, ces troubles dans leurs urines; MM. H. Labbé et G. Vitry ne pensent pas que les corps trouvés soient spécifiques, mais se trouvent dans beaucoup d'affections.

Le côté encore si mystérieux des capsules surrénales a séduit M. L. Bernard qui en refait d'abord l'étude histologique. Ces glandes sont en rapport avec la croissance de l'individu, d'où les lésions découvertes dans certains arrêts ou exagérations de la taille. Dans bien des affections, les capsules sont atteintes, par exemple dans la cholémie, le saturnisme, etc.

La syphilis est une vieille connaissance des Congrès médicaux (je ne mets point malice en cette phrase).

M. Gaucher observa plusieurs cas d'une onyxis un peu spéciale que l'on doit y rattacher. Ces héréditaires ont des ongles amincis, cassants et s'exfoliant peu à peu, aux pieds comme aux mains.

La chirurgie n'a pas voulu rester inférieure à la médecine. M. P. Delbet expose à la tribune de la section sa méthode de traitement des fistules anales par la suture totale. Dix-huit jours suffisent comme séjour d'hospitalisation. M. Delbet avec M. Mocquet a étudié encore l'entrée de l'air dans les veines. L'air ne serait dangereux que s'il séjourne librement dans les vaisseaux sans s'assimiler aux globules sanguins. Les auteurs ont injecté l'oxygène qui s'est montré beaucoup moins nocif; ils n'ont pu essayer l'anesthésie en mélangeant le chloroforme et l'air et les injectant dans les veines, le poumon éliminant très vite l'anesthésique. M. Seuvre pense que l'anesthésie mixte est plus douce (chloroforme et éther).

M. J.-L. Faure est heureux des progrès des gants de caoutchouc qui évitent des contages par les mains, surtout quand le praticien est obligé d'aller d'une accouchée à une fiévreuse, etc.

Il faut, dit encore M. Faure, opérer tôt les cancers utérins, et les résultats seront meilleurs. Il faut enlever largement et les guérisons semblent ainsi durables.

Faut-il conserver les annexes dans l'hystérectomie? M. Segond en cas de fibrome les enlève tout à fait, sans crainte des troubles (vapeurs, etc.) qui peuvent survenir plus tard.

Les injections d'adrénaline ont permis à MM. Lortat-Jacob et Laubry de déterminer l'athérome chez les lapins. La castration favorise l'athérome aortique dans les deux sexes.

M. Paul Thaon connaît à fond l'hypophyse humaine. Cette glande, dit-il, joue un rôle dans la croissance du squelette, dans le gigantisme, l'acromégalie. Sa sécrétion interne se déverse dans les capillaires. Les extraits hypophysaires ne sont pas sans résultats, mais leur administration demande à être surveillée.

Paris a revu l'an dernier la variole. Cette courte épidémie a permis à MM. Pierre Teissier et L. Thaon d'étudier ce que devenait le cœur dans la variole hémorragique. Ils ont trouvé minimes les lésions du myocarde, prédominant sous forme de péri ou endo-artérites avec hémorragies discrètes. Le myocarde résiste donc bien à la variole. L'auscultation a montré des souffles variés, avec tachycardie intense, mais la percussion est muette. La percussion artérielle décroît peu à peu, et la dyspnée s'accuse.

Citons le rapport de MM. Marcel Labbé et Salomon sur l'anémie pernicieuse progressive. Les auteurs distinguent trois formes : la plastique, où l'on distingue des signes de séparation; l'aplastique qui en est le contraire, et une forme intermédiaire. L'évolution parfois est lente, et on a publié des guérisons qui semblent n'être que des points d'arrêt dans la marche en avant. En dehors du traitement causal, on a essayé l'opothérapie médullaire, la radiothérapie, les injections de sérum d'animaux saignés.

Signalons la communication de M. G. Guillain sur la dégénération des cordons postérieurs, associée à la dégénération descendante du faisceau pyramidal chez les hémiplégiques; et celle de M. Desgrez sur les composés acétonuriques.

Les orthopédistes ne se sont pas abstenus à Reims, M. Mencière, s'aidant de fort bonnes projections, a fait défiler toutes les difformités paralytiques des membres. L'orthopédie donne dans tous ses cas des résultats encourageants.

Rien ne vaut d'ailleurs pour se renseigner comme une visite à la clinique dont M. Mencière a si aimablement fait les honneurs.

Le traitement des ankyloses du genou est une question grosse de conséquences et de discussions. M. Lardennois (de Reims) condamne chez l'enfant la résection qui détruit le cartilage et en fait un infirme, un atrophié, un raccourci. L'ostéotomie est

meilleure, néanmoins dans la flexion les fragments du fémur sectionnés ne se touchent plus que par un bord, d'où une consolidation mauvaise. M. Lardennois pratique une ostéotomie curviligne, chantournante comme il l'appelle. Ainsi les fragments roulent l'un sur l'autre, et leur contact est une large surface. L'opération est simple et bien réglée, et constitue certainement un gros progrès dans l'histoire des ankyloses vicieuses du genou chez l'enfant.

M. Lardennois est orthopédiste, mais encore chirurgien. Et il pratique volontiers la prostatectomie. Les résultats en sont encourageants, même dans les cas graves.

Je m'en voudrais de ne pas m'étendre sur le travail de M. Hallopeau, sur la pathogénie et le traitement des acnés. L'acné serait une dermatose d'origine chimique, qu'on peut rapporter à la suralimentation graisseuse et féculente chez les jeunes gens dont le système pilo-sébacé est en pleine évolution. La thérapeutique est alimentaire (diète relative des graisses et féculents); elle réclame l'extraction des comédons, les savonnages chauds, les pommades ou pulvérisations soufrées, le massage.

M. Hallopeau signale les photographies en couleur exécutées à Saint-Louis, dans des cas de lichen aigu de Wilson, de prurigo de Hébra. Cette découverte récente permettra de suivre l'évolution des dermatoses et d'en mieux apprécier les caractères.

La section de médecine s'est réunie aux électriciens dont les travaux sont analysés plus avant, aux hygiénistes pour étudier l'épuration des égouts, enfin à la section de physique où M. Fortin raconte comment il a pu isoler la fovea dans la rétine, et par son dispositif spécial et simple montrer à chaque observateur ses capillaires rétiniens avec les pulsations synchrones à la systole cardiaque, et même dans ces capillaires les globules sous forme de points noirs qui passent très rapidement devant la vue. On peut donc voir son fond d'œil.

En résumé, le Congrès de Reims aura suscité des travaux originaux. Il serait à désirer que toutes les sections affichent à chaque début de séance la liste des communications, afin d'amener plus de monde et de promouvoir des discussions. Ce fut le côté faible du Congrès, il y eut peu de monde aux séances. Je sais bien que la chaleur était excessive et que les excursions ne manquaient pas.

L'exposition locale contenait des collections bien intéressantes pour qui veut s'adonner à l'archéologie, à la géologie de la région de l'Est. Les constructeurs électriciens avaient exposé leurs récentes nouveautés. Citons la maison Gaiffe avec la grande table radiologique du docteur Belot, l'appareil pour la radiographie dentaire, du même auteur, le fréquencemètre médical du capitaine Ferrié, l'appareil électro-mécanothérapique, etc.

La maison Radiguet dressait, entre autres appareils, le pupitre du docteur Guilleminot, et la maison Drissler ses intéressants tubes à rayons X. La maison Lacoste enfin exposait une boîte galvano-faradique du docteur Petit, marchant avec de petits accumulateurs secs et permettant les applications de courant continu, induit, et de rythmer ce dernier à volonté. La même maison montrait le radio-correcteur du docteur Petit, pour l'obtention de clichés déformés et agrandis au minimum. L'appareil se confond avec le support d'ampoule, ce qui évite un appareillage compliqué. Le radio-correcteur permet la reproduction d'épreuves identiques à tout intervalle de lieu et de temps.

Dr Paul-Charles Petit.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur la résistance de l'homme contre le charbon. (K. Kreibich. *Wien. klin. Wochens.*, 1er août 1907, n° 31, p. 936.) — Deux points sont remarquables dans l'histoire de la pustule maligne chez l'homme : c'est d'abord sa bénignité relative, et ensuite ce fait que dans une pustule maligne un peu ancienne la recherche du bacille à l'examen direct est très fréquemment négative, que les cultures se développent difficilement et que l'inoculation aux animaux ne réussit pas toujours. Lorsqu'il existe des bactéridies dans la sérosité claire de la pustule, on a nettement l'impression qu'elles disparaissent dès que la sérosité commence à être envahie par les leucocytes. Il est donc vraisemblable que les substances actives contre les bactéridies se trouvent dans les cellules.

Kreibich a entrepris une série de recherches pour démontrer l'action des leucocytes humains sur la bactéridie charbonneuse. Tout d'abord il importe de rappeler que le sérum humain n'est aucunement bactéricide pour le charbon et que les microbes mis en suspension dans ce sérum, non seulement ne sont pas détruits, mais augmentent en général de quantité. Kreibich a cherché tout d'abord ce qui se passe quand on ajoute au sérum des leucocytes humains. Pour obtenir des leucocytes, il emploie du pus de bubons, souvent exempt de microbes ou en contenant un très petit nombre.

Il met en suspension une quantité connue de bactéridies charbonneuses soit dans un mélange de sérum et de pus, soit dans du pus à l'état de pureté. Il a vu que dans ces conditions les bactéridies sont détruites très rapidement et peuvent même disparaître au bout de quelques heures. Que les bactéridies soient phagocytées ou restent libres, on constate au bout de deux à quatre heures qu'elles ont subi des modifications : il s'y forme des vacuoles claires et elles prennent un aspect granuleux. Enfin Kreibich a noté que la destruction des bactéridies se fait mieux et plus complètement quand on ajoute au mélange une petite quantité de sang.

En détruisant dans le mélange de pus ou de sérum, ou dans le pus seulement, un grand nombre de leucocytes, par des congélations et des décongélations successives, on met certainement en liberté les substances actives contre les bactéridies contenues dans les globules blancs. En effet, on constate dans ces liquides où une partie des leucocytes a été préalablement détruite, et dont les leucocytes restants ont été éliminés par centrifugation, que les bactéridies charbonneuses subissent la désintégration granuleuse et sont détruites, comme dans les expériences précédentes. A. Lemierre.

Essai de classification pathogénique des polyuries insipides. (Caujoux et Delmas. Soc. des sc. méd. de Montpellier, 21 juin 1907.) — Les auteurs arrivent aux conclusions sui-

vantes : si la filtration excessive au niveau du glomérule produit de la polyurie, c'est que la tension de ce territoire rénal a subi une exagération qui est sous la dépendance d'un point de départ bulbaire (le centre de Cl. Bernard), mais qui pratiquement et dans la majorité des cas est mis en branle par le désordre de tel autre département nerveux chez les prédisposés. Il faut en outre tenir compte des cas de plus en plus nombreux où l'hypertension génératrice de la polyurie relève d'une excitation du splanchnique. L. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

Entérites et appendicite chez les enfants. (J. Comby. *Arch. de méd. des enf.*, avril 1907, n° 4, p. 193-201.) — Il existe un rapport de causalité entre l'appendicite et les entérites de l'enfance, surtout l'entéro-colite muco-membraneuse, ce qui se conçoit aisément, l'appendice n'étant qu'une annexe, qu'un prolongement du côlon. L'identité de structure explique aussi cette solidarité pathologique de l'appendice et du côlon. Dans l'entéro-colite muco-membraneuse, dite aussi *entérite folliculaire*, l'inflammation porte sur le tissu lymphoïde du gros intestin; elle n'a qu'un pas à faire pour atteindre le tissu lymphoïde de l'appendice.

Si nous remontons plus haut, nous voyons souvent, chez l'enfant, les entéro-colites et appendicites être précédées de rhino-pharyngites et adénoïdites, qui semblent marquer une première étape de l'infection intestinale et appendiculaire. L'appendicite des enfants, maladie essentiellement chronique, souvent méconnue, curable sans doute spontanément dans beaucoup de cas, nous apparaît donc comme une résultante, une séquelle, une localisation spéciale des processus infectieux du tube digestif. Si l'on veut la prévenir, on soumettra les enfants à une hygiène alimentaire judicieuse, pour éviter les entérites; on soignera ces entérites quand elles existent, et enfin on ne négligera pas les rhino-pharyngites et adénoïdites du jeune âge, qui semblent préluder aux troubles digestifs et à l'appendicite. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Péritonite généralisée aiguë sans lésion apparente des viscères. (Edward Martin et *alii*. *Philadelphia Acad. of Med.*, 1er oct. 1906.) — Dans trois cas relatés par Martin, il n'y avait à l'autopsie aucune lésion des viscères qui pût être la cause de la péritonite généralisée constatée à l'opération. Il s'agissait d'enfants et il est probable que le pneumocoque est l'agent causal de la plupart de ces cas, qui restent rares, mais que chaque chirurgien a rencontrés une ou deux fois. Cependant, dans un des cas cités, il s'agissait de streptocoques et, dans un autre, de gonocoques. Puisque, aujourd'hui, il est démontré qu'un organe peut s'infecter par le voisinage d'un organe creux, pourquoi ne pas admettre la même chose pour le péritoine? Si donc, après une recherche soigneuse d'une cause possible de péritonite, on ne la trouve pas, il ne faut pas trop s'accuser de n'avoir pas su la trouver, mais il ne faut pas, en se basant sur ces faits, devenir négligent dans la recherche des lésions au cours d'interventions pour péritonite. F. GARDNER.

ANATOMIE

Contribution à l'étude de l'hypophyse. (H. Joris. *Ac. royale de méd. de Belgique*, séance du 27 juillet.) — M. Joris a étudié sur des embryons de divers mammifères la structure de cet organe résultant de la rencontre, dans la base de la boîte cranienne primitive, d'un diverticule de la cavité buccale primitive et d'un diverticule de la région infundibulaire du diencéphale.

L'auteur étudie successivement les deux lobes au point de vue de leur structure.

Le lobe nerveux est en pleine régression et ne renferme plus guère d'éléments nerveux ; il est accompagné d'un lobule accessoire dérivant aussi du diverticule infundibulaire, d'après M. Joris, et qu'il propose d'appeler lobule paranerveux.

Le lobe antérieur, développé aux dépens du diverticule pharyngien, a moins été impliqué dans le processus de régression; il contient des cordons glandulaires, renfermant des cellules d'aspects très différents, anastomosés entre eux.

La tige pituitaire, aussi bien topographiquement qu'histologiquement, établit une transition entre le lobe nerveux de l'hypophyse et la région infundibulaire du cerveau.

L. GAYARD.

THÉRAPEUTIQUE

La méthode plasmothérapique et la plasmothérapie sanguine [hémoplase]. (Antonin Piot. Th. de Lyon, 1907.) — Les travaux les plus récents des biologistes, et, en particulier, ceux d'A. Gautier, d'O. Loew, d'Ehrlich, etc., ont mis en relief, dans la masse protoplasmique des cellules de l'organisme, une énergie spéciale (énergie plasmique), une vie intense caractérisée par un ensemble de phénomènes complexes dont certains, et non des moindres, sont à la fois l'effet et la cause de l'activité cellulaire : nous voulons parler de l'élaboration des ferments solubles ou diastases, doués de propriétés réductrices ou oxydantes (soit directement, soit, ce qui est le cas ordinaire, d'une façon indirecte), et jouant dans les phénomènes d'assimilation et de désassimilation un rôle des plus importants. C'est cette action spécifique de chaque cellule qu'a voulu utiliser, dans un but thérapeutique, la méthode de Brown-Séquard.

D'autre part, l'étude de l'immunité, naturelle ou acquise, a montré que les substances actives renfermées dans les sérums (antitoxines, anticorps, etc.) ne sont pas élaborées par le sérum lui-même, mais par le protoplasma cellulaire (leucocytes d'après Metchnikoff, toute molécule vivante, d'après Ehrlich).

Ces notions devaient conduire MM. A. et L. Lumière à la recherche intégrale et à l'utilisation thérapeutique du seul contenu protoplasmique des cellules de l'organisme. Ainsi, cette nouvelle méthode, la plasmothérapie, qui emprunte ses agents et ses moyens thérapeutiques à la substance protoplasmique elle-même, débarrassée de son stroma, semble devoir, à priori, être supérieure à la sérothérapie qui n'utilise que les sérums, et à l'opothérapie dont les agents consistent en extraits glandulaires, etc.

L'hémoplase est le produit liquide obtenu en traitant le sang par cette méthode. Dans l'hémoplase sont contenus les éléments du globule sanguin, avec ses sécrétions organiques, mais débarrassés des stromas inutiles ou dangereux. Les concepts récents admis sur le fonctionnement physiologique du sang permettent de se rendre compte de la valeur d'un produit dont les agents actifs peuvent être administrés par la voie sous-cutanée, c'est-à-dire dans des conditions d'intégrité absolue. Ainsi se manifeste l'originalité de cette plasmothérapie sanguine, après les différents procédés (transfusion, etc.), qui ont cherché à utiliser le sang dans le traitement de certaines affections.

Les expériences de laboratoire ont montré que l'hémoplase n'a qu'une toxicité insignifiante, que grâce à la facilité d'ab-

sorption de son hémoglobine, elle a dans les anémies une action bien supérieure à celle de l'oxalate de fer, que grâce à ses propriétés toni-nutritives et antitoxiques (d'ordre tout à fait général), elle retarde ou même arrête l'évolution tuberculeuse expérimentale.

Les expériences cliniques ont confirmé ces premières vues. Administrée dans toutes les anémies, quelle que soit la cause de celles-ci (nous excepterons les anémies pernicieuses où elle n'a pas été expérimentée), l'hémoplase a donné de bons résultats et a montré, dans certains cas, une supériorité évidente sur les divers procédés de la thérapeutique usuelle.

a. D'une façon générale, sans entrer dans le détail de son action dans chaque cas particulier, on peut dire que l'hémoplase est un stimulant énergique, qu'elle relève l'appétit, les forces, le poids, qu'elle fait augmenter le nombre des globules rouges, qu'elle combat enfin, chez les bacillaires, certains phénomènes morbides, d'origine toxique, tels que la toux, les sueurs profuses et parfois la fièvre.

b. Dans la chlorose en particulier, l'hémoplase constitue un remède de choix, car, en outre de ses principes nutritifs, elle contient une quantité notable d'hémoglobine, complètement assimilable; son mode d'administration la rend supérieure à toutes les autres préparations ferrugineuses employées par la voie hypodermique, dont l'usage n'est jamais exempt d'inconvénients;

c. Dans la tuberculose, surtout à son début, elle agit d'une façon évidente, grâce à ses propriétés stimulantes, toni-nutritives et antitoxiques. Mais il faut se garder de voir en elle un mode de traitement spécifique des affections tuberculeuses; cette action semble réservée, logiquement, à l'hémoplase provenant d'animaux immunisés.

L'hémoplase est indiquée dans tous les états de déchéance organique, à quelque cause qu'ils se rattachent (chlorose, cancer, tuberculose, paludisme, dyspepsie, neurasthénie, convalescence, hémorragie, etc.), et dans certaines de leurs conséquences (confusion mentale en particulier).

Il n'y a à l'emploi de l'hémoplase aucune contre-indication formelle. On conseille cependant de s'abstenir de son emploi dans les cas de tuberculoses avancées, ayant lésé le rein et provoqué de l'albuminurie, ainsi que dans les cas de diabète grave.

L'hémoplase s'administre en injections intra-musculaires à raison de deux injections de 10 centimètres cubes par semaine, pendant une période de six à sept semaines, et bien au delà quand il est nécessaire. Ces injections sont d'une innocuité absolue, parfaitement tolérées et rapidement absorbées.

L. GAYARD.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CONGRÈS DES PRATICIENS

Comité de vigilance. — Sous-commission de l'enseignement.

SÉANCE du 17 JUILLET 1907

La séance est ouverte à neuf heures sous la présidence de M. Lande.

Membres présents : MM. Bazot, Regnault, Dupont, Motais, Le Fur, Belot, Gouffier, Leredde, Lacroix, Quidet, Barbarin, Dubost, Lafontaine, Dreyfus et Monprofit.

Le docteur REGNAULT dit avoir appris que la Commission ministérielle a l'intention de maintenir le C. E. M. S. et demande que nous agissions de manière à atténuer les inconvénients de celui-ci pour le corps médical.

M. LEREDDE. La question du C. E. M. S. est une de celles sur lesquelles nous n'avons pas le droit de transiger ; nous sommes liés par les décisions du Congrès des praticiens, et nous ne pouvons admettre ni modification ni transformation, et rien d'autre que la suppression pure et simple.

Avant d'aborder l'ordre du jour, je demanderai d'accord avec M. Regnault que nous adressions des félicitations à la Faculté de Paris pour le choix qu'elle a fait de professeurs d'anatomie et d'histologie devant se consacrer uniquement à l'enseignement, et choisis dans une école de province. Ces nominations sont intéressantes parce qu'elles montrent que le corps enseignant de Paris est disposé à s'engager dans la voie de la décentralisation, qui doit nous préoccuper d'une manière constante.

M. LE FUR tient à faire remarquer que le Conseil supérieur s'est opposé à une mesure prise dans l'intérêt évident des élèves.

M. LANDE. Nous ne devons pas oublier le côté pécuniaire de la question. Un professeur qui renonce à la clientèle doit se contenter souvent, au moins en province, d'un traitement insuffisant.

Une discussion s'engage à laquelle prennent part MM. MONPROFIT, BARBARIN, MOTAIS, GOUFFIER. Il en résulte qu'il est injuste d'offrir le même traitement à tous les professeurs d'une Ecole, les uns adonnés uniquement à l'enseignement (anatomie, physiologie, histologie), les autres exerçant la profession médicale, et que seule l'autonomie des Ecoles de médecine peut permettre de donner aux premiers une rétribution équitable.

MM. COUFFIER et REGNAULT déposent l'ordre du jour suivant, qui est adopté à l'unanimité, et devra être envoyé aux doyens des Facultés et aux directeurs des Ecoles de médecine ainsi qu'à la Presse :

« Considérant que le recrutement des professeurs des sciences fondamentales dans un corps uniquement enseignant, et que l'échange des professeurs entre les diverses Facultés de médecine de France constituent deux des desiderata acceptés par le Congrès des praticiens, faisant abstraction de toute question de personne, félicite le Conseil de la Faculté de médecine de Paris d'avoir choisi comme professeurs d'anatomie et d'histologie des maîtres s'engageant à se consacrer à leur enseignement en dehors de toute clientèle ;

Regrette l'opposition faite par le Conseil supérieur de l'Instruction publique à cette réforme unanimement réclamée par le corps médical, dont la compétence en pareille matière ne saurait être méconnue. »

M. DREYFUS rend compte de la visite faite par la section de l'enseignement clinique à M. Mesureur.

M. REGNAULT lit un projet de lettre qui devrait être adressée aux médecins et chirurgiens des hôpitaux de province.

M. LE FUR. Les membres de la section de l'enseignement clinique pensent que la grande école pratique qu'est l'internat des hôpitaux doit être ouverte à tous, que l'internat en province comme à Paris doit sous certaines garanties compter pour le stage.

M. REGNAULT. J'avais pensé que notre enquête devait être limitée aux Facultés et Ecoles, mais M. Jayle m'a fait remarquer qu'en Allemagne on utilise pour l'enseignement toutes les agglomérations de malades et que nous devons chercher à faire de même en France. Nous avons décidé d'interroger les médecins et chirurgiens des hôpitaux de toutes les villes importantes, et d'étendre largement notre propagande.

M. Monprofit approuve cette manière d'agir. Il faut considérer que l'externat et l'internat sont la base de l'enseignement clinique, en augmenter l'importance de manière à satisfaire aux vues du Congrès des praticiens qui a demandé que les étudiants en médecine soient attachés aux hôpitaux et y remplissent un rôle actif. Il y a en province une quantité énorme de matériaux d'enseignement qui sont perdus ou gaspillés. En Angleterre, il existe par exemple dans un hôpital un bureau qui recueille et centralise toutes les observations prises par les chefs de service.

M. Lande demande que la lettre de M. Regnault soit complétée pour que toutes les questions qui devront être posées aux médecins et chirurgiens des hôpitaux le soient en une seule fois.

M. Le Fur lit son rapport sur l'autonomie des Facultés et Ecoles de médecine. Il insiste sur l'importance primordiale de la question. Seule l'autonomie permettra au Corps médical d'obtenir que le ministère ne s'occupe pas des questions d'enseignement à son détriment, seule elle permettra qu'il existe entre les Ecoles une lutte, une concurrence indispensable à leur vie, seule elle permettra de donner à l'enseignement médical une organisation normale.

Une discussion s'engage à laquelle prennent part MM. Motais, Tissier, Guy, Barbarin, Leredde, Monprofit, Bazot.

M. Leredde. Le rapport de M. Le Fur soulève la question d'un Conseil supérieur de l'enseignement médical. A la veille d'un Congrès des praticiens, j'ai fait mettre à l'ordre du jour cette question ainsi que celle de l'autonomie, pour permettre au mouvement qui était engagé d'aboutir à des réformes profondes. La question de l'autonomie est la plus importante des deux; il est trop certain que tout conseil même formé d'hommes indépendants, lorsqu'il se réunit dans un ministère, aliène une partie de son indépendance.

M. Lafontaine demande que l'on étudie de près la question budgétaire.

M. Le Fur. Je n'ai pas fourni dans mon rapport de nombreux détails à ce sujet.

Nous demandons que l'Etat donne aux Ecoles et aux Facultés les sommes qu'il leur donne actuellement, mais qu'il les laisse libres d'organiser leur enseignement, de recruter leurs professeurs, et qu'il exerce seulement un droit de contrôle sur les examens essentiels.

A onze heures et demie, réunion de la Commission plénière. M. Dubuisson présente des observations sur la question du Conseil médical supérieur. L'ordre du jour de MM. Gouffier et Regnault est adopté à l'unanimité par les membres de la Commission.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire : Leredde.

Séance du 27 juillet 1907

La séance est ouverte à neuf heures du soir sous la présidence du docteur Jayle.

Membres présents : Jayle, Leredde, Le Fur, Regnault, Dreyfus, Lefèvre, Monprofit, Lafontaine, Bazot, Motais, Quidet.

M. Dreyfus lit le procès-verbal de la dernière séance.

M. Leredde présente une série d'observations au sujet du procès-verbal et des discussions qui ont eu lieu à la dernière séance.

En premier lieu, l'inégalité entre les traitements des professeurs de Faculté de médecine s'impose, les uns devant se consacrer uniquement à l'enseignement (anatomie, physiologie, histologie), les autres pouvant et devant exercer la profession médicale, cette inégalité n'est possible qu'avec l'autonomie des Ecoles. Elle permettrait aux sciences fondamentales de reprendre en France une vie nouvelle, par exemple, à la physiologie qui est délaissée dans notre pays.

Au sujet de ce qu'a dit M. Tissier-Guy le 17 juillet, M. Leredde fait remarquer que la question du privat-docentisme est liée essentiellement à celle de l'autonomie; le privat-docentisme est une institution de Facultés et d'écoles autonomes, l'agrégation une institution d'Etat.

Une discussion s'engage sur la publicité qui devra être donnée à l'ordre du jour voté à la dernière séance (MM. Jayle, Le Fur, Regnault).

Le docteur Regnault propose de donner plus d'importance à certains travaux présentés à la Commission et de les faire publier par un éditeur, ceci à titre officieux, et que la Commission soit engagée personnellement dans le terme de ces travaux.

Le docteur Leredde annonce la mort du docteur Berthod qui a été un des premiers initiateurs du mouvement de réforme des études médicales et qui avait collaboré d'une manière persistante à notre mouvement. Il croit exprimer la pensée de tous en faisant l'éloge de l'homme que fut Berthod, dont le caractère désintéressé et loyal était unanimement reconnu.

Lecture est faite ensuite d'une lettre du docteur Coppens relative au rapport de M. Le Fur et du futur Congrès des praticiens.

La discussion reprend sur le rapport de M. Le Fur et la question de l'autonomie.

M. Lafontaine pense qu'un obstacle à l'autonomie se trouvera dans la question budgétaire et dans l'insuffisance des sommes dont disposeraient les Ecoles et Facultés de médecine.

M. Le Fur dit que certaines écoles seulement pourront être gênées par une transformation du système actuel. La plupart des Ecoles sont subventionnées par le budget municipal et ne coûtent rien à l'Etat.

Une discussion s'engage entre MM. Motais, Lafontaine, Jayle, Leredde et Monprofit d'où il résulte que l'autonomie ne coûtera rien à l'Etat qui donnerait simplement aux Facultés et aux Ecoles la même somme qu'actuellement provenant de la différence des recettes et des dépenses du budget d'enseignement médical.

Une autre discussion s'engage sur la question des examens dans le système de l'autonomie.

M. Motais demande que les examens soient entre les mains de l'Etat et non pas entre les mains des Ecoles ni des Facultés.

M. Leredde. Le système actuel a de graves inconvénients et à certains points de vue l'opinion de M. Motais est absolument fondée. Une Ecole de médecine doit être essentiellement un centre d'enseignement et de travail; à l'heure actuelle, elle est surtout un organe de contrôle et cela défigure l'enseignement qui y est donné.

D'autre part, confier des examens à des examinateurs d'Etat serait risquer de confier le contrôle à des hommes qui soient en dehors de la vie médicale et du mouvement scientifique.

Le rapport de M. Le Fur demande que l'Etat exerce son contrôle sur les examens cliniques qui deviendront les plus importants, les autres examens se passeraient d'une manière presque intime.

M. Le Fur développe certains termes de son rapport qui doit être considéré tout comme un plan d'études.

Il est décidé que le rapport sera publié et que la sous-commission fera les frais de cette publication.

Le projet de referendum du docteur Regnault est adopté. Mais il est convaincu que la question d'autonomie y sera posée.

La séance est levée à minuit.

(*Communiqué.*) *Le Secrétaire :* LEREDDE.

LIVRES NOUVEAUX

La pratique de l'art des accouchements (1), publiée sous la direction de MM. Bar, Brindeau et Chambrelend.

Ce Traité, qui vient de paraître en deux forts volumes, est dû à la collaboration de maîtres et d'élèves extrêmement compétents et au courant des derniers travaux parus. Il contient en outre un grand nombre de figures originales reproduisant des photographies dues pour la plupart à M. le professeur Bar, ce qui en augmente encore l'intérêt.

Il est impossible de donner une analyse détaillée de ce Traité dont chaque chapitre écrit par un auteur différent est une mise au point parfaite du sujet qu'il traite. On ne peut que féliciter les auteurs et principalement le professeur Bar d'un ouvrage aussi voisin de la perfection et qui fait honneur à l'obstétrique française.

(1) 2 vol. gr. in-8° jésus, formant 1750 p. avec 864 fig. dans le texte. — Prix br. : 35 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Voici la composition du volume :

Tome premier. — *Première partie.* — Anatomie et physiologie, par M. H. Keiffer.

Deuxième partie. — La grossesse normale. L'accouchement dans les différentes présentations, par M. P. Puech.

Troisième partie. — La délivrance normale et pathologique, par M. F. Commandeur.

Quatrième partie. — Suite de couches normales et pathologiques, par MM. P. Bar, C. Jeannin et O. Macé.

Cinquième partie. — Le nouveau-né, par MM. Ch. Maygrier et C. Jeannin.

Tome second. — *Sixième partie.* — Des maladies et des états de la mère capables de devenir une cause de complications pendant la grossesse et pendant l'accouchement, par MM. Chambrelend, V. Cathala, F. Commandeur et H. Treub.

Septième partie. — Des anomalies du fœtus et de ses annexes capables de devenir une cause de complications pendant la grossesse et l'accouchement, par M. A. Brindeau.

Huitième partie. — Des opérations et manœuvres usitées en obstétrique, par MM. P. Bar et P. Guéniot.

DELESTRE.

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Indications respectives du Mont-Dore et de la Bourboule. Parallèle climatique, technique et clinique des deux stations, par MM. les docteurs F. Tardif, médecin consultant aux Eaux du Mont-Dore, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, et G. Sersiron, médecin consultant aux Eaux de la Bourboule, lauréat de l'Académie de médecine et de la Faculté de médecine de Paris. Gr. in-8 de 100 pages avec 12 photogravures. — Prix : 2 fr. — Paris, O. Doin.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Voyages circulaires en Italie. — La Compagnie délivre toute l'année, à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes très variés, permettant de visiter les parties les plus intéressantes de l'Italie. La nomenclature complète de ces voyages figure dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., vendu 50 centimes dans toutes les gares du réseau.

Ci-après, à titre d'exemple, l'indication d'un voyage circulaire au départ de Paris :

Itinéraire 81-A 2 : Paris, Dijon, Lyon, Tarascon (ou Montargis-Clermont-Ferrand), Cette, Nîmes, Tarascon (ou Cette, Le Cailar, Saint-Gilles), Marseille, Vintimille, San Remo, Gênes, Novi, Alexandrie, Mortara (ou Voghera, Pavie), Milan, Turin, Modane, Culoz, Bourg (ou Lyon), Mâcon, Dijon, Paris.

(Ce voyage peut être effectué dans le sens inverse).

Prix : Première classe, 191 fr. 50; deuxième classe : 139 fr. 85.

Validité : 60 jours. Arrêts facultatifs sur tout le parcours.

Relations entre Paris et Genève. — Train express de nuit entre Paris et Genève, composé de lits-salons, sleeping-car, première et deuxième classes à couloir avec lavabos et water-closets (voitures directes à lits salons, première et deuxième classes pour Évian, voiture directe première classe pour Divonne).

Aller : départ, Paris 9 h. 5 soir; arrivée, Genève 7 h. 21 matin, Évian 8 h. 39 matin, Divonne 9 h. 20 matin; dernier départ de Paris, le 4 octobre (nuit du 4 au 5).

Retour : départ, Divonne 5 h. 30 soir, Évian 7 h. 48 soir, Genève 8 h. 35 soir; arrivée, Paris 7 h. 35 matin; dernier départ pour Paris le 5 octobre (nuit du 5 au 6).

N° 98. — JEUDI 29 AOUT 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 29 AOUT 1907. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous apprenons avec un très vif regret la mort de M. le docteur de Lavarenne, rédacteur en chef de la *Presse médicale*, qui vient de succomber à la cruelle maladie qui le tenait éloigné de Paris depuis un an.

Nous adressons au comité de rédaction de la *Presse médicale* l'assurance de notre douloureuse sympathie.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Un concours pour la nomination à trois places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le lundi 18 novembre 1907, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

LE LIBRE CHOIX DU MÉDECIN AU CONSEIL D'ARRONDISSEMENT DE LILLE. — M. le docteur Douvrin avait déjà émis, lors de la dernière session, un vœu sur le libre choix, mais devant le vote du Conseil général, M. le préfet avait estimé que ce vœu n'avait plus de raison d'être.

Notre confrère, en désaccord avec M. le préfet sur cette manière d'apprécier les choses, vient de reprendre la question dans la séance du jeudi 7 août.

Nous extrayons le passage suivant du procès-verbal de la séance :

M. le docteur Douvrin émet le vœu suivant :

« Considérant : 1° que tout Français, riche ou pauvre, dont la vie ou la santé est en danger, doit avoir le droit de choisir le médecin auquel va être confiée sa vie ou sa santé ; 2° que ce droit a été, d'ailleurs, reconnu et sanctionné par la loi de 1898, en faveur de l'ouvrier victime d'un accident de travail; 4° que les syndicats médicaux, et notamment le Syndicat médical de Lille, ont émis des vœux dans le même sens,

Le soussigné prie le Conseil d'arrondissement de renouveler le vœu, qu'il a déjà précédemment émis sur sa proposition, que tout inscrit sur les listes d'assistance médicale gratuite ait le droit de choisir le médecin qui possède sa confiance.

M. le docteur Vincent demande que si ce vœu est suivi d'effet, les situations acquises soient respectées.

M. le secrétaire général tient à déclarer que, pour des considérations de service et pour des raisons d'économie, l'administration préfectorale est nettement opposée au vœu présenté.

Le vœu mis aux voix est adopté. » (*Journ. des sc. méd. de Lille.*)

LES MÉDECINS DE FRONTIÈRES. — A la même session, un autre vœu a été déposé par MM. Sion-Arnould et le docteur Douvrin, qui intéresse aussi les médecins, et que voici d'après le *Journal des sciences médicales de Lille :*

MM. Sion-Arnould et Douvrin émettent le vœu :

« Que la convention franco-belge sur l'exercice de la médecine à la frontière, devenue préjudiciable aux intérêts français, soit dénoncée; que le gouvernement français désigne les communes françaises privées de médecin, où les praticiens belges auront le droit d'exercer leur art. »

L'AMBULANCE H. DE ROTHSCHILD A TANGER. — L'ambulance organisée par le docteur H. de Rothschild à Tanger vient de quitter Paris. Le service chirurgical sera dirigé par le docteur Abel Desjardins, chef de clinique chirurgicale à la Faculté, et le docteur de Sard, médecin de l'ambassade d'Espagne à Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Rodanet, membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (M. DIEULAFOY, professeur). — *Cours de technique clinique et application des méthodes de laboratoire au diagnostic clinique.* — Un cours de

vacances, commençant le 16 septembre 1907, aura lieu à l'amphithéâtre et au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le professeur Dieulafoy, le matin, de dix heures à midi et l'après-midi, de deux heures à quatre heures. Ce cours aura pour programme :

1° Les méthodes d'investigation clinique applicables à l'examen des malades;

2° L'exposé des principaux procédés de laboratoire (recherche de microbes, examen du sang, des urines, des fèces, des sérosités, etc.) applicables au diagnostic;

3° Les principales indications et les principales techniques thérapeutiques.

Ce cours comprendra 24 leçons et sera fait en deux semaines. Les élèves seront exercés individuellement aux travaux de laboratoire.

L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par MM. les docteurs O. Crouzon et Nattan-Larrier, chefs de clinique; Lœper et René Gaultier, chefs de laboratoire; Bonnier, Déhu et Lacaille, assistants.

Programme du cours. — *Lundi 16 septembre.* — Matin : M. Lœper. Examen clinique du sang : anémies, polyglobulies; leucocytose et leucémie. Cytodiagnostic. — Soir : M. Nattan-Larrier. Technique de l'examen bactériologique du sang : cultures du sang. La médication intra-veineuse.

Mardi 17 septembre. — Matin : M. Bonnier. Technique de l'examen du nez, du pharynx et du larynx. — Soir : M. O. Crouzon : Examen clinique du poumon et de la plèvre : indications et technique de la thoracentèse.

Mercredi 18 septembre. — Matin : M. O. Crouzon. Diagnostique clinique précoce de la tuberculose. Indications thérapeutiques. — Soir : M. Nattan-Larrier. Diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire : recherche du bacille de Koch dans les crachats et les liquides pathologiques; inoculations aux animaux. Tuberculine.

Jeudi 19 septembre. — Matin : M. O. Crouzon. Technique de l'examen clinique du cœur. Asystolie : son traitement. — Soir : M. René Gaultier. Méthodes d'exploration clinique des vaisseaux : le sphygmographe et le sphygmomanomètre. La médication hypotensive.

Vendredi 20 septembre. — Matin : M. Bonnier : Technique de l'examen de l'oreille. Vertige; équilibre. — Soir : M. Lœper. Diagnostic et traitement de la fièvre typhoïde. Les sérodiagnostics.

Samedi 21 septembre. — Matin : M. O. Crouzon. Examen clinique du système nerveux (motilité, sensibilité, réflexes); étude d'un hémiplégique, d'un tabétique. (Présentation de malades.) — Soir : M. O. Crouzon. Examen clinique du système nerveux (langage, état mental) : étude d'un aphasique, d'un paralytique général. Ponction lombaire : cytodiagnostic et bactérioscopie du liquide céphalo-rachidien.

Lundi 23 septembre. — Matin : M. René Gaultier. Séméiologie clinique de l'estomac et de l'intestin : les dyspepsies; l'appendicite; l'entérotyphlocolite. — Soir : M. Nattan-Larrier. Diagnostic bactériologique des angines. Diphtérie et sérothérapie.

Mardi 24 septembre. — Matin : M. René Gaultier. Séméiologie du foie et du pancréas : obstruction calculeuse du cholédoque et pancréatites. Séméiologie de la rate. — Soir : M. René Gaultier. Séméiologie chimique de l'estomac et de l'intestin : examen du suc gastrique; examen des fèces. Thérapeutique des affections gastro-intestinales.

Mercredi 25 septembre. — Matin : M. Déhu. Recherche des stigmates de la syphilis acquise et héréditaire. — Soir : M. Nattan-Larrier. Le tréponème pâle de Schaudinn. Les trypanosomes. L'hématozoaire du paludisme.

Jeudi 26 septembre. — Matin : M. Lœper. Examen clinique des urines; exploration rénale. Urémie, indications de la saignée; déchloruration. — Soir : M. René Gaultier. Examen chimique des urines, ses applications à l'étude des maladies de la nutrition et des régimes alimentaires. Glycosurie et diabète.

Vendredi 27 septembre. — Matin : M. Déhu. Traitement de la syphilis : la médication mercurielle. — Soir : M. Lœper. Analyse bactériologique du pus : recherche du gonocoque, du pneumocoque, du bacille du chancre mou. Coloration des microbes; réaction de Gram.

Samedi 28 septembre. — Matin : M. Lacaille. Méthodes d'exploration des réactions électriques. leur application au diagnostic et au traitement. Réaction de dégénérescence. — Soir : M. Lacaille. Méthodes d'exploration radioscopique et radiographique. Radiothérapie.

Le droit à verser est de 80 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Cours de vacances (laryngologie, rhinologie et otologie). — M. Castex, chargé de cours, MM. Collinet, Rabé et Blanluet, assistants de M. Castex, commenceront, le mardi 10 septembre 1907, à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique de la Faculté, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), une série de dix-huit leçons avec présentation de malades. Ces leçons auront lieu tous les jours (excepté le dimanche), à trois heures. Les élèves inscrits seront exercés à l'examen et au traitement des malades de la clinique.

Programme. — 1. Technique des examens en oto-rhino-laryngologie et trachéo-bronchoscopie. — 2. Affections et chirurgie des amygdales. — 3. Tuberculose du larynx. — 4. Tumeurs bénignes et malignes. — 6. Corps étrangers du larynx et de la trachée. — 6. Névroses du larynx. — 7. Rhinites hypertrophique et atrophique (ozène). — 8. Malformations de la cloison. — 9. Epistaxis. — 10. Syphilis du nez. — 11. Tumeurs bénignes et malignes des fosses nasales. — 12. Végétations adénoïdes. — 13. Sinusites et ethmoïdites. — 14. Corps étrangers de l'oreille. — 15. Maladies de la trompe d'Eustache. Cathétérisme. — 16. Infections de l'oreille moyenne. Complications. — 17. Sclérose tympano-labyrinthique. — 18. Vertiges otiques. Maladie de Ménière. Infections du labyrinthe.

Le droit à payer pour ce cours est de 50 francs. Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures. Un certificat d'études est délivré aux élèves.

Conférences de clinique infantile. — M. Armand-Delille, chef de clinique, fera, du 2 au 21 septembre, une série de conférences privées avec étude de malades, pour un petit groupe d'élèves.

S'adresser à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

LITHIASE PHOSPHATIQUE DE LA VESSIE

ABLATION DES CALCULS PAR URÉTROTOMIE SIMPLE, SANS TAILLE

Par M. JABOULAY,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

C'est à la suite d'un long passé urinaire que notre malade d'aujourd'hui nous est arrivé ; et c'est de ce passé que je vais d'abord vous entretenir, car nous ne trouverions rien autre à vous signaler dans les antécédents, tant héréditaires que personnels, de ce robuste vieillard de soixante ans.

A l'âge de vingt-cinq ans, en 1871, il contracte une blennorragie d'intensité moyenne qui guérit en un mois ou deux, sans entraîner de cystite ni d'orchite. Marié peu de temps après, notre homme a trois enfants, actuellement en bonne santé.

Ce n'est que vingt-cinq ans plus tard, à cinquante ans, qu'apparaissent les premiers symptômes d'un rétrécissement urétral. En amont du point rétréci se développe un abcès urineux au périnée. On doit l'inciser et pratiquer une urétrotomie externe dans un hôpital des environs. Après trois mois de séjour, le malade part guéri et muni, paraît-il, de bougies métalliques qu'on lui avait confiées pour veiller lui-même au calibre de son urètre.

Trois mois plus tard, la dysurie reparaît à nouveau. Notre homme se sonde, aisément d'abord, puis de plus en plus difficilement; un beau jour, il sent un frottement au cours du sondage, et se croyant avec raison atteint de la pierre, nous arrive avec son diagnostic tout fait.

Nous le voyons ainsi pour la première fois, en janvier 1905, et lui enlevons à cette date par simple urétrotomie externe, un gros calcul phosphatique de la vessie, en partie enclavé dans l'urètre postérieur, par morcellement. Peu de temps après, il reprend sa vie, mais souffrant encore de temps en temps, présentant des urines troubles de cystite, obligé parfois de se sonder.

Enfin, une récidive de ses calculs vésicaux, fréquente, vous le savez, dans la lithiase secondaire, nous l'a ramené, à un an d'intervalle, ces jours derniers.

Nous nous trouvions en présence d'un solide sexagénaire, dont l'état général était remarquablement conservé, sans température, sans lésion apparente de l'appareil pulmonaire ou cardio-artériel : le cœur n'était pas gros; il n'y avait pas d'hypertension.

Les urines étaient troubles, purulentes, à odeur franchement ammoniacale, sécrétées en quantité normale. Les troubles fonctionnels consistaient en pollakiurie douloureuse; le malade devait uriner six à huit fois le jour, deux à trois fois seulement la nuit, mais enfin il n'avait pas ce « repos nocturne » à peu près absolu des lithiasiques vésicaux purs; c'est qu'à sa lithiase s'était superposé la cystite. Il n'existait pas de rétention. Pas de signe d'infection ascendante (pas de douleurs uretériques, ni rénales, ni spontanément, ni à l'examen, pas de gros reins, pas de polyurie, pas de troubles nerveux ni digestifs, bonne langue, bon appétit, pas de vomissements). Pas enfin d'infection périvésicale ni d'orchite cathétérienne.

Revenons à l'examen de l'urètre et du réservoir vésical. Le toucher rectal ne nous révèle qu'une prostate un peu hypertrophiée, sans soupçon de bacillose ou de néoplasme. D'ailleurs l'obstacle n'est pas là ; et le cathétérisme est aisé, lorsqu'on a une fois franchi les deux rétrécissements blennorragiques, l'un rétro-méatique, l'autre périnéo-bulbaire que nous connaissons déjà. On perçoit alors avec une sonde en gomme, ou mieux en métal, le choc caractéristique révélateur d'un calcul. Nous n'avons fait ni radiographie pour tenter de préciser un diagnostic aussi évident, ni endoscopie pour repérer le nombre, le volume, le siège ou la fixité des calculs. Toutes ces données n'ont quelque intérêt que lorsqu'on se propose de pratiquer une lithotritie, à laquelle nous ne songions pas dans le cas présent.

A quelle variété de calculs avions-nous affaire? Vous savez, Messieurs, qu'on en décrit deux principales. On dit que les calculs uriques ou oxaliques sont primitifs, sous-entendant qu'ils sont la conséquence d'un trouble primitif de la nutrition générale. Nés dans le rein, ils s'annoncent donc le plus souvent par des coliques néphrétiques plus ou moins caractérisées. Les calculs oxaliques sont les plus rares de beaucoup; ce sont aussi les plus durs et les plus lourds; incassables sous le lithrotriteur, opaques aux rayons X, ainsi que vous pourrez vous en convaincre d'après cette radiographie et cette pièce rarissime d'une énorme pierre oxalique mamelonnée que je dus sculpter dans la vessie par la taille haute. Combien différents sont les calculs phosphatiques ou secondaires! Mous et friables, d'un morcellement facile, mais sujets à récidive d'après la persistance de leur cause occasionnelle, le catarrhe lithogène de la vessie qui, par la fermentation ammoniacale des urines, en précipite les phosphates solubles sous forme de phosphate ammoniacomagnésien insoluble.

Or, ici nous n'avions que trop de causes d'infection, dans cette blennorragie, ces deux rétrécissements et ces nombreuses séances de sondage pratiquées par notre malade dans des conditions plus que douteuses d'asepsie. Nous devions tout naturellement diagnostiquer une récidive de la lithiase phosphatique.

Sans la perception nette d'un calcul et les données de la précédente intervention, aurions-nous dû nous arrêter longtemps au diagnostic de tuberculose ou de cancer de la vessie?

Non, car les tuberculeux ont une pollakiurie bien plus considérable et autrement douloureuse ; au lieu du repos nocturne dont je vous ai parlé, ils voient leurs douleurs s'exagérer d'ordinaire la nuit, tandis qu'elles sont indifférentes aux déplacements en voiture; l'état général est mauvais; les testicules ou les vésicules envahis; l'examen microscopique des urines peut fournir des indications. Quant aux cancéreux, rappelez-vous notre malade cystostomisé récemment au nº 17 de la salle Saint-Sacerdos; ce sont des gens qui, sans douleurs et presque sans pus,

font de grosses hématuries, parfois totales, et un déchet considérable.

Aussi bien, le diagnostic n'était-il pas discutable chez notre malade. Tout l'intérêt de son cas réside dans son étiologie complexe et lointaine, que je vous ai exposée, et dans le traitement que nous allons maintenant discuter. Car il est bien évident qu'il fallait l'opérer à nouveau, et je trouve inutile de vous énumérer la série des complications, en tête desquelles la pyélonéphrite ascendante, auxquelles il était voué tôt ou tard, sans l'intervention de la chirurgie.

Nous avions à notre disposition deux grandes méthodes : la lithotritie plus ou moins modifiée, c'est-à-dire l'intervention par les voies naturelles, ou l'une ou l'autre des diverses tailles; auxquelles j'en ajouterai une troisième, combinaison des deux précédentes, à laquelle j'ai eu recours : *la lithotritie après taille urétrale*.

Mon intention n'est point de vous parler ici de la lithotritie qui, combinée à la litholapaxie (c'est-à-dire broiement et aspiration), peut être déclarée la méthode de choix, mais à condition que l'on en reconnaisse bien les contre-indications. Or, les deux plus importantes de celles-ci, et dont chacune est suffisante, sont l'exiguïté de l'urètre ou la dureté des calculs. Nous ne pouvions donc y songer ici à cause de l'état du canal.

Mais alors, deux grandes voies s'offraient à nous pour aborder la vessie, la voie haute et la voie basse. La taille sus-pubienne ne me paraît pas mériter, dans la lithiase, même dans la lithiase non infectée, le bien qu'on dit d'elle. Il est inexact que les récidives soient ainsi plus rares; il est tel malade que je dus opérer jusqu'à sept fois par cette voie. Par contre, elle entraîne parfois un peu d'éventration, et des fistules urinaires sus-pubiennes, cause d'érythèmes et de macération des bourses, nécessitant plus de soins que les fistules périnéales.

C'est par la voie basse et pour des calculs qu'ont été faites, vous le savez, les premières ouvertures de la vessie; mais là comme en bien d'autres points, on est allé du composé au simple. Nous nous demandons aujourd'hui à quoi répondait le chemin détourné et périlleux de la taille latérale, ouvrant la vessie sous son reflet péritonéal et à travers tous les plexus veineux latéro-prostatiques. Que de chances d'infection et d'hémorragies secondaires à cette époque ! La taille latéralisée est tout autre chose; elle entre dans la vessie en fendant sur un cathéter conducteur la bague cervico-prostatique, suivant son grand rayon oblique postéro-latéral d'un côté ou des deux côtés à la fois (taille bilatéralisée). Enfin, dans la taille médiane, et quelle que soit la forme de l'incision superficielle (médiane ou prérectale courbe, peu importe), c'est toujours le rayon postérieur médian de la prostate, qui est incisé.

Il n'est pas douteux que la technique de cette opération si simplifiée, et que vous connaissez bien, pour nous l'avoir vu pratiquer si souvent, comme temps de la prostatectomie périnéale, a ramené les chirurgiens à la voie basse trop méconnue. Cette opération permet d'enlever aisément et avec de simples tenettes les plus grosses pierres, à condition qu'elles soient morcelables (les gros calculs d'oxalate réclamant la voie haute). Ses suites sont essentiellement simples et les malades infectés (ils le sont tous dans la lithiase secondaire) bénéficient largement des avantages d'un drainage déclive.

On peut faire mieux encore, Messieurs, et, ainsi que je vous l'annonçais tout à l'heure et que je l'ai pratiqué pour la deuxième fois avec succès chez ce malade, combiner la lithotritie à la taille de l'urètre seul, *sans ouverture de la vessie*. Par une incision périnéale, vous abordez l'urètre membraneux, vous l'incisez au-dessous du bec de la prostate; dès lors c'est à travers l'urètre postérieur dilaté que vous manœuvrez lithotriteur ou tenettes avec ou sans aspirateur de Bigelow pour l'extraction des calculs.

Pour un spectateur inattentif, cette opération n'est qu'une taille, alors qu'elle en diffère essentiellement par l'*intégrité du manchon prostato-cervical*, d'où : 1° conservation du *sphincter* vésical, fistule et incontinence réduites ou supprimées; 2° conservation certaine des *canaux éjaculateurs* et possibilité de recourir à tout âge à la voie basse, ainsi comprise.

En réalité, il s'agit bien plutôt d'une variété de lithotritie d'application plus facile et plus générale, grâce à l'urétrotomie périnéale qui, supprimant la traversée de l'urètre antérieur, met la lithotritie chez l'homme dans les conditions où elle se présente dans le sexe favorisé.

LA CLASSIFICATION ET LA NOMEMCLATURE EN MÉDECINE

D'après MM. LANCEREAUX et PAULESCO.

[A la suite de l'analyse du *Traité de pathologie* de MM. Lancereaux et Paulesco parue ici même il y a quelques semaines (*Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 80, p. 958), un certain nombre de nos lecteurs nous ont demandé quelques renseignements complémentaires au sujet de la terminologie employée par ces auteurs.

M. Lancereaux a bien voulu, sur notre demande, nous demander quelques renseignements qui montrent d'une façon claire tous les avantages qu'il y aurait à généraliser sa méthode. Nous tenons ici à le remercier de son amabilité.]

« Il y a bientôt quarante ans que l'un de nous (1) s'efforça de démontrer que les lésions anatomiques, de même que les symptômes qui les traduisent en clinique, ne sont que des effets variables suivant la cause qui les engendre. Or, comme l'histologie venait de montrer que les organes étaient composés de tissus différents, et comme aussi l'observation attentive des faits lui prouvait que chaque agent pathogène localise son action de préférence sur un seul

(1) E. Lancereaux, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1864 et 1865; — *Gaz. méd. de Paris*, 1864 et 1865; — *Traité de la syphilis*, 1866; — *Atlas d'anatomie pathologique*, 1871; — *Leçons cliniques*, Paris, 1879-1891; — *Traité des maladies du foie et du pancréas*; — art. REINS du *Dict. encyclop. des sc. méd.*, etc.

et même tissu, il en arriva à grouper les lésions organiques en *épithéliales* et en *conjonctives*, insistant sur ce fait que chacun de ces groupes est soumis à des causes distinctes. C'était corriger la classification anatomique en y introduisant la notion étiologique, mais ce n'était pas suffisant.

La médecine, en tant que science, ayant pour objet la connaissance des maladies par leurs causes, et les causes imprimant aux maladies des caractères véritablement spécifiques, il devint évident pour nous que toute classification pour être naturelle, en médecine, doit nécessairement reposer sur l'étiologie. Aussi, profitant des recherches personnelles, déjà anciennes, de l'un de nous sur l'étiologie d'un certain nombre d'états pathologiques considérés à tort comme des maladies (1) et des découvertes récentes sur les maladies infectieuses et microbiennes dues au génie de Pasteur, nous avons été amenés à adopter, dans notre ouvrage intitulé *Traité de médecine* (2), une classification étiologique.

L'étude attentive des maladies apprend, en effet, que les causes morbides sont, pour la plupart, des agents venus du dehors. Or, ceux-ci formant naturellement trois grands groupes : agents *physiques*, agents *chimiques*, agents *vivants* ou *biosiques* (3), nous avons été amenés à diviser les maladies en trois grandes classes, à savoir :

1° Les maladies par agents physiques ;
2° Les maladies par agents chimiques ;
3° Les maladies par agents biosiques.

Chacune de ces classes a été ensuite subdivisée en classes et en espèces.

Les maladies par agents physiques présentent autant de genres qu'il y a d'agents de cette sorte capables d'influencer l'organisme : calorique, lumière, électricité, pesanteur, etc.

Les maladies dues aux agents chimiques offrent, elles aussi, des genres différents, suivant la nature de ces agents : métalloïdes, métaux, composés organiques, etc., et autant d'espèces qu'il y a de variétés de corps chimiques.

Les maladies par agents biosiques comportent trois sous-classes des plus naturelles, selon que l'agent causal est un parasite animal, végétal ou microbien, et chacune de ces divisions comprend des genres et des espèces multiples, qu'il convient de soumettre à une étude attentive dans les différents appareils organiques et non dans quelques-uns seulement, ainsi que cela se passait autrefois. De cette façon, les manifestations de la syphilose, par exemple, ne sont pas recherchées uniquement à la surface de la peau, dans les tissus conjonctifs et osseux, mais bien dans tous les organes ; il en est de même de celles de la tuberculose, rarement limitée aux poumons, et qui peut également se rencontrer partout : ganglions lymphatiques, méninge, foie, rate, etc.

Les maladies de ces diverses classes laissent parfois à leur suite, du côté de l'appareil nerveux, des désordres matériels ou fonctionnels plus ou moins profonds et persistants, transmissibles, de même que toutes les affections nerveuses, par voie héréditaire. Avec le temps, ces modifications ont fini par donner naissance à la formation de véritables *races morbides*, aujourd'hui très répandues. Ainsi se sont formés et perpétués les états pathologiques connus sous le nom de *névroses* (ou mieux de neuronoses), à savoir : l'épilepsie, l'hystérie, l'herpétie, la folie, etc., maladies dont nous faisons une classe à part.

Il est encore certaines maladies qui, en raison de leur étiologie, toujours obscure, ne peuvent être comprises dans aucun des groupes précédents ; ce sont les maladies caractérisées par des productions anormales des divers tissus de l'organisme ou *néoplasies*. Ces maladies constituent donc une nouvelle classe, du moins, jusqu'au jour où il sera possible de les faire rentrer dans l'une ou l'autre des classes précédentes.

Ainsi, les maladies se groupent naturellement en cinq grandes classes, dont les genres et les espèces reposent sur l'étiologie, et si certaines d'entre elles échappent encore à cette classification, en raison de l'obscurité qui persiste à régner sur leur origine, tout porte à croire qu'elles y trouveront leur place un jour ou l'autre.

Reconnaissons, toutefois, que le nombre des maladies ne peut être fixé définitivement, que certaines sont appelées à disparaître avec la cause qui leur a donné naissance et que d'autres peuvent se produire sous l'influence de causes nouvelles ; mais ces maladies n'auront pas moins un cachet spécial, puisque l'agent étiologique en sera la base fondamentale. De cette façon, la médecine deviendra une science aussi rigoureuse et aussi positive que la physique et la chimie.

Dans ces conditions, des données statistiques certaines et précises peuvent être établies sur la fréquence relative, la durée des maladies, etc., ce qu'il est impossible d'obtenir avec une classification qui repose uniquement sur la lésion anatomique.

Que signifient, en effet, à ce point de vue, les statistiques relatives aux néphrites, aux cirrhoses hépatiques, etc., si on n'a soin de déterminer exactement la cause de ces affections ?

Celle-ci seule crée des types définis et, comme telle, doit être la base de toute statistique médicale sérieuse.

Nomenclature. — Toute idée abstraite et générale ayant besoin d'un nom qui la représente dans les jugements et dans le raisonnement, des dénominations spéciales ont été créées pour désigner les types abstraits des classifications scientifiques. C'est ainsi que, dans les sciences naturelles, on a eu recours à diverses nomenclatures dont la dernière, la nomenclature *binaire binominale* (Soc. zool. de France, 1881), est aujourd'hui définitivement adoptée.

D'après cette nomenclature, chaque être a reçu un nom de genre suivi d'un nom d'espèce.

Il en a été de même en chimie où, le nombre des corps étant devenu considérable, la nécessité d'une nomenclature s'imposa.

(1) E. Lancereaux. *Atlas d'anatomie pathologique*, Paris, 1871.
(2) E. Lancereaux et N. Paulesco. *Traité de médecine*, 1903.
(3) Il serait mieux, sans doute, de dire biotiques.

Réunis en 1892 en un Congrès international à Genève, les chimistes conservèrent la plupart des dénominations anciennes, telles, par exemple, les carbures : méthane, éthane, propane, butane, penthane, etc. ; et, pour désigner les diverses fonctions des composés dérivés de ces carbures, ils ajoutèrent à ces noms des suffixes, qu'ils considérèrent, arbitrairement, comme caractérisant ces fonctions. Ainsi la terminaison *ol* désigne la fonction alcool ; la terminaison *al*, celle d'aldéhyde ; la terminaison *oïque*, celle d'acide, etc.

Remarquons que ces savants n'ont pas reculé devant les noms souvent très compliqués et pas toujours euphoniques qui sont résultés de leur nomenclature.

En médecine, comme dans les sciences naturelles, les maladies ont reçu des noms empiriques, tels que ceux de scarlatine, rougeole, coqueluche, syphilis, etc. ; et, comme dans une classification scientifique, la nomenclature doit correspondre aux idées abstraites et générales sur lesquelles elle est établie, il nous a fallu chercher une nomenclature basée sur l'*étiologie*.

De même que les naturalistes et les chimistes, nous sommes partis des noms empiriques établis par l'usage commun ; toutefois, comme la nomenclature binominale, de beaucoup la plus logique, devait allonger outre mesure et inutilement les noms des maladies, c'est à la nomenclature par suffixes que nous avons donné la préférence.

Nous l'avons trouvée, en effet, pour ainsi dire toute formée, et c'est à peine s'il nous a fallu modifier les terminaisons des noms de quelques maladies.

Pour désigner les grandes classes de maladies, nous avons fait suivre du suffixe *nose* (de νοσὸς, maladie) le nom de la division dans laquelle rentre l'agent causal : *physinoses*, ou maladies par agents physiques ; *chiminoses*, ou maladies par agents chimiques ; *bionoses*, ou maladies par agents biosiques (parasitaires).

Névronoses ou *névroses*, maladies par troubles du système nerveux ; *néoplasinoses*, ou maladies caractérisées par des néoplasies.

Les physinoses sont désignées à leur tour par le nom de l'agent pathogène suivi de la même dénomination : *thermonoses*, maladies produites par le calorique ; *photonoses*, maladies produites par la lumière ; *électronoses*, maladies produites par l'électricité.

Les subdivisions de ces premiers groupes ayant pour la plupart la désinence *ure*, du latin *ura*, déjà employée pour fracture, blessure, brûlure, gelure, coupure, morsure, etc., nous avons généralisé cette désinence, en créant les mots de psychrure, de ψυχρὸς, froid ; héliure, de ἥλιος, soleil.

Les maladies par agents chimiques ou chiminoses étant déjà désignées, pour la plupart, par le nom de l'agent pathogène suivi du suffixe *isme* : iodisme, phosphorisme, saturnisme, alcoolisme, etc., très peu de mots nouveaux nous ont suffi pour compléter le tableau des intoxications et leur donner une même désinence caractéristique.

Les maladies par agents biosiques ou bionoses sont réparties dans trois grandes divisions, savoir : les *zoonoses* (de ζῶον, animal), les *phytonoses* (de φυτὸν, plante) et les *zymonoses* (de ζύμη, ferment), suivant qu'elles sont dues à des parasites animaux, végétaux ou microbiens ; et comme un certain nombre de ces maladies sont aujourd'hui désignées par le nom du parasite, suivi de la désinence *ose*, filariose, actinomycose, tuberculose, etc. (mots que l'on pourrait considérer comme des contractions des noms binaires : filario-zoonose, actinomyco-phytonose, tuberculo-zymonose), nous avons donné à toutes les bionoses le suffixe *ose*, et, de là, les dénominations de syphilose, léprose, rhumatose, tétanose, gonocose, au lieu de syphilis, lèpre, rhumatisme, tétanos, gonococcie. Ce suffixe, en conséquence, est l'indice d'une maladie produite par un être animé, d'une maladie parasitaire.

Les névroses, dans notre nomenclature, reçoivent, naturellement, la désinence *ie* qui leur appartient déjà : hystérie, épilepsie, folie, herpétie, au lieu de herpétisme (1).

Cette dernière maladie, en vertu de son origine nerveuse indiscutable, doit incontestablement rentrer dans ce cadre. Aux néoplasies, enfin, nous avons conservé le nom du tissu, d'où dérive le néoplasme, suivi du suffixe *ome*, dont on se sert généralement aujourd'hui pour les désigner : fibrome, chondrome, ostéome, lipome, adénome, épithéliome, etc.

Telle est, aussi simplifiée que possible, la nomenclature qui nous paraît s'accorder au mieux avec une classification étiologique des maladies. Quant à la dénomination des désordres organiques, ou *affections*, il nous a paru qu'il y avait lieu simplement de faire suivre le nom de l'organe intéressé de la terminaison *pathie* (de πάθος, souffrance, affection), voulant ainsi accentuer la distinction qui existe entre la lésion et la maladie.

Cette terminologie étant, d'ailleurs, souvent usitée aujourd'hui, nous n'avons eu qu'à en généraliser l'emploi. Si, donc, nous prenons, comme exemple, la peau qui, pas plus qu'un organe quelconque, n'est jamais que le siège d'une localisation morbide, nous avons des dermatopathies par agents physiques, des dermatopathies par agents chimiques, des dermatopathies par agents biosiques. Il en est de même des pneumopathies, des névropathies, etc.

De cette façon, nous mettons, croyons-nous, de l'ordre dans l'étude de la nosologie et dans celle de la pathologie.

Nous séparons, en effet, des maladies d'origines diverses et sans aucun rapport, comme les maladies traumatiques, les maladies toxiques, les maladies microbiennes, et nous rapprochons des maladies qui ont entre elles les plus parfaites analogies. Un non moindre avantage est acquis à la pathologie, car en remplaçant des expressions vagues, mal définies, appliquées à des états pathologiques, d'origines très différentes, comme celles de dermite, de néphrite, de

(1) Herpétie, au lieu de Herpétisme, qui pourrait faire croire à un empoisonnement. Sous cette dénomination, nous comprenons, avec la goutte et le diabète gras, le rhumatisme chronique, autant d'états pathologiques subordonnés à un désordre vaso-trophique.

gastrite, etc., par le nom de l'organe affecté, suivi de la terminaison *pathie*, et de l'agent physique, chimique ou biosique, cause du désordre anatomique, nous arrivons à constituer, en clinique, des types constants et bien définis.

Nous donnons, en tout cas, à la nosologie et à la pathologie une base inébranlable, puisque les mêmes causes engendrent toujours les mêmes effets. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 AOUT 1907)

Sur le poids atomique du radium. — Mme P. CURIE, revenant sur les expériences faites en 1902 avec du chlorure de radium très pur, a fait récemment des expériences de contrôle; avec quelques milligrammes de sel pur de 1907, elle a préparé une solution additionnée d'une petite quantité d'une solution titrée de chlorure de baryum.

En se basant sur l'examen des spectres, Mme Curie arrive à conclure que le poids atomique du radium est égal à 226,2.

ANALYSES

PÉDIATRIE

Essai sur le syndrome de Bouillaud; étiologie et clinique. (SIGWALT. Th. de Paris, 1906; Kapp, impr.) — Bouillaud avait réuni sous une même dénomination des maladies — l'auteur ne dit pas des affections — différentes, ayant des caractères communs, un syndrome spécial, une localisation sur les séreuses et une évolution à peu près semblable. Le professeur Bouchard, par sa description des pseudo-rhumatismes infectieux, a permis de séparer de ce complexus clinique, dit de Bouillaud, type bien spécialisé et qu'il attribuait à un trouble nutritif, des variétés de polyarthrites aiguës qui, à un moment de leur évolution, présentaient les symptômes de la maladie de Bouillaud : ce fut la grande classe des pseudo-rhumatismes infectieux. Le professeur Poncet prouva qu'une infection chronique, la tuberculose, peut, elle aussi, dans nombre de cas, donner naissance à des manifestations à allure aiguë et dont le diagnostic se pose fréquemment avec la maladie de Bouillaud. On peut donc classer ainsi les polyarthrites aiguës fébriles avec endocardite : *a.* Maladie de Bouillaud avec agents pathogènes variés; *b.* Polyarthrites infectieuses des maladies générales aiguës; *c.* Polyarthrite tuberculeuse aiguë.

Le cortège symptomatique dans toutes ces variétés de polyarthrites est uniforme : des différences légères, seules, les séparent. L'évolution, que dirige la cause, permet seule en clinique de les différencier.

L'étude des conditions étiologiques de la maladie décrite par Bouillaud a montré combien elle était variable dans sa cause, tout en conservant des manifestations qui présentent de nombreux points communs. La bactériologie a montré que la cause efficiente était le streptocoque, le staphylocoque, l'entérocoque, etc., dans les infections banales; le bacille d'Achalme et Thiroloix, celui de Triboulet et Coyon et un certain nombre de microorganismes divers, décrits par d'autres auteurs, dans le rhumatisme aigu franc; le gonocoque, dans une infection spécifique aiguë; enfin le bacille de Koch, dans une infection spécifique chronique pouvant présenter des accidents aigus.

L'auteur est donc autorisé à considérer l'ancienne maladie de Bouillaud comme un *syndrome* à agents pathogènes variés, qui n'ont sans doute qu'un seul point commun, une affinité spéciale pour le système séreux.

Différents par la cause, ces types de polyarthrite rhumatismale aiguë se différencient en clinique par leur évolution. Tandis que les uns lèchent, suivant l'expression de Lasègue, les articulations, les autres, comme la tuberculose, impriment des traces profondes, irréparables.

Le pronostic diffère essentiellement avec chaque variété étiologique, si on ne considère que les arthropathies; mais il n'en est pas de même pour l'endocardite, qui, quelle que soit sa cause, laisse sur le cœur une cicatrice indélébile. L'histogénèse des lésions rend compte de cette conséquence unique : la lésion, spécifique à son origine, est banale dans la suite.

Le salicylate de soude, dont l'empirisme a doté la médecine, est réputé comme le spécifique de ces polyarthrites aiguës fébriles qui rappellent le plus la maladie de Bouillaud, dont l'étiologie est variée et qui ne sont ni la polyarthrite des maladies infectieuses, ni celle du rhumatisme tuberculeux.

Ce caractère de spécificité attribué au salicylate de soude paraît avoir été exagéré : le salicylate ne semble pas agir sur la cause, mais sur les manifestations de cette cause, comme le font le mercure dans la syphilis et la quinine dans le paludisme, dont l'action supprime pour un temps les manifestations microbiennes, mais non la présence de ces microbes dans l'organisme.

On pourrait considérer le salicylate de soude comme un agent de renforcement de défense pour les séreuses.

L. GAYARD.

La pneumococcose gastro-intestinale épidémique. (M. Léon DESGUIN. *Ac. roy. de méd. de Belgique*, 27 juillet 1907.) — Au courant de l'hiver dernier, il y a eu à Anvers un nombre anormal de pneumococcoses atypiques. Les cas pouvaient revêtir, à certains moments, une vague apparence de fièvre typhoïde. On entendait dire que la fièvre typhoïde régnait en ville. Pourtant les décès par fièvre typhoïde signalés à l'état civil ne furent pas plus nombreux que d'habitude. La mortalité par pneumonie ou broncho-pneumonie n'a pas été non plus exagérée.

Bien des cas dont le diagnostic est resté impossible doivent vraisemblablement avoir été des pneumococcoses.

M. Desguin a personnellement eu à intervernir chirurgicalement dans une série de cas de pneumococcose abdominale, pour la plupart très graves.

De l'ensemble des circonstances, il résulte qu'il y a eu une épidémie de pneumococcose à localisation abdominale. Il y a des probabilités pour que cet état n'ait pas existé exclusivement à Anvers, ce que semblent révéler de nombreux cas publiés dans les pays limitrophes sous le titre de fièvre typhoïde anormale, abcès du foie nostras, etc.

Cette localisation abdominale constitue une entité morbide à laquelle il convient de donner le nom de *pneumococcose gastro-intestinale*. Les lésions peuvent prédominer sur l'une ou l'autre partie du tube digestif et engendrer facilement une péritonite ou aboutir même à une hépatite suppurée. La ma-

ladie débute brusquement, surprend en pleine santé, par douleur, fièvre et vomissements, ceux-ci d'abord alimentaires, puis bilieux. Quand l'élévation de température manque, le pouls est dissocié. Il n'y a pas de prostration typhoïde. Le météorisme est de règle. La diarrhée n'est pas constante. Il peut y avoir des épistaxis. Il est probable qu'il peut y avoir hématémèse et mélæna. La guérison spontanée est sans doute possible, sans qu'il reste de traces appréciables, mais aussi avec reliquats d'abcès apyrétiques, enkystés dans le péritoine ou collectés hors du péritoine, ou encore de fistules. Bien des fistules ombilicales résultent probablement de l'ouverture spontanée d'un abcès du ventre, dernière phase d'une péritonite pneumococcique. Souvent, il y a des complications résultant de l'infection générale ou de la perforation de l'intestin ou de suppurations diverses. Aussi faut-il souvent intervenir chirurgicalement.

Le diagnostic doit porter sur l'agent pathogène bien plus que sur la localisation du mal, et être posé le plus vite possible. La séro-réaction pneumonique peut être d'un précieux secours. L'état nosocomial du moment doit éveiller notre attention. Les antécédents du malade et de son entourage, quant à la grippe, à la pneumonie, aux angines, doivent être pris en très sérieuse considération.

Si le pneumocoque est ne fût-ce que soupçonné, il faut commencer le traitement par l'injection du sérum anti-pneumococcique. La sérothérapie prime tout. Le traitement ne doit en aucun moment être influencé par l'idée que le pneumocoque est un germe peu redoutable. L'intervention chirurgicale ne doit pas être différée si l'indication apparaît. Avec Dieulafoy, ajoute M. Desguin, je dirai : « Dès que la péritonite est reconnue, il faut opérer. »

Le pronostic peut être de la plus haute gravité. La terminaison mortelle peut survenir en peu de jours. Dans plusieurs des cas, l'affection eut le caractère suraigu, presque foudroyant. Il est à souhaiter que tous les Instituts sérothérapiques soient dorénavant en mesure de fournir du sérum antipneumococcique, aussi bien que du sérum antistreptococcique, antidiphtérique ou tous autres, dont les propriétés sont nettement démontrées. L. GAYARD.

CHIRURGIE

Les métastases osseuses de l'hypernéphrome. (Charles L. Scudder. *Annals of Surgery*, vol. XLIV, n° 6, déc. 1906, p. 851-865.) — En 1883, Grawitz décrivit une tumeur du rein semblable, quant à sa structure, à la capsule surrénale et traça son origine jusqu'à du tissu surrénal aberrant. En 1896, Birsch-Hirschfeld donna à ces tumeurs le nom d'hypernéphrome. Le terme d'hypernéphrome s'applique par conséquent à toutes les tumeurs d'origine surrénale. Elles peuvent se développer aux dépens des capsules surrénales normalement placées ou aux dépens de fragments ectopiques. A cause des connexions intimes de développement des capsules surrénales et de l'appareil génito-urinaire, on trouve fréquemment des fragments de tissu surrénal inclus à l'intérieur de certains organes, particulièrement le rein, l'ovaire, le testicule, l'utérus. Ce qui explique le développement de tumeurs à structure surrénale à l'intérieur de ces organes.

Les dimensions des hypernéphromes varient de celles d'un pois à celles d'une tête d'enfant. Il n'est pas rare de trouver, aux autopsies, dans le rein, des fragments de tissu surrénal qui n'ont jamais causé aucun symptôme. De même, un hypernéphrome, se développant lentement, peut rester silencieux pendant des années, puis grossir rapidement et devenir malin. La malignité se manifeste, soit par une destruction locale de tissu après rupture de la capsule, soit par métastases, soit enfin par une toxémie générale.

Les métastases peuvent se produire partout, mais le plus fréquemment dans les poumons, le foie et les os. L'invasion se fait par voie sanguine. Scudder relate 11 cas d'hypernéphrome dont 4 s'accompagnaient de métastase osseuse, et notamment un cas où l'on s'aperçut après désarticulation de l'épaule pour une affection diagnostiquée sarcome, qu'il s'agissait d'un hypernéphrome et qu'un des reins était augmenté de volume.

Un an après l'opération, l'opéré était toujours dans le même état, ce qui amène l'auteur à considérer l'utilité d'une néphrectomie, d'autant plus qu'en cas d'hypernéphrome, la métastase osseuse est souvent isolée. Elle dépasse souvent le volume de la tumeur primitive, et, bien souvent, celle-ci passe inaperçue, et alors la métastase devient le premier symptôme. Pratiquement, il faut se rappeler qu'une tumeur osseuse chez une personne d'âge mûr ou avancé doit faire songer à un hypernéphrome, car les tumeurs osseuses primitives sont rares à cet âge. Et, dans tous les cas de tumeur osseuse, palper avec soin la région des reins. F. GARDNER.

EPIDEMIOLOGIE

Etude bactériologique des huitres de Cette et de l'étang de Thau. (Gaucher. Soc. des sc. méd. de Montpellier, 5 juillet 1907.) — La recherche du bacille d'Eberth et du coli bacille en différents points du canal et de l'étang et l'analyse d'huîtres prélevées en différentes régions amènent l'auteur aux conclusions suivantes : Les huîtres séjournant dans le canal de Cette sont manifestement souillées par les excréta de la population, et les mesures prises pour en interdire la vente sont parfaitement justifiées; quant à l'étang de Thau, il peut être divisé, tant au point de vue bactériologique qu'au point de vue géographique, en deux parties distinctes : le grand étang qui n'est pas atteint par les souillures de Cette et l'étang dit des Eaux-Blanches : ce dernier est contaminé dans une région qui s'étend jusqu'à 3 kilomètres environ de l'embouchure du canal; à sa limite extrême est une zone intermédiaire susceptible d'être polluée à certains moments, sans doute lorsque le courant venant de la mer se prolonge durant de longues périodes. L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Séméiologie des maladies du système nerveux (1),
par R. Dufour.

En écrivant ce livre, l'auteur vise à réunir en un tout les symptômes des affections du système nerveux, et à montrer qu'on ne saurait séparer ces maladies du restant de la médecine.

Les divers symptômes étudiés dans un ordre arbitraire sont brièvement analysés dans leurs caractères essentiels. L'auteur s'attache surtout à bien indiquer leur signification et le traitement qu'ils comportent.

M. Dufour dit qu'il s'estimera heureux si son ouvrage est utile aux médecins. Cet espoir ne sera pas déçu et les praticiens trouveront là un guide sûr et de lecture facile, pour la pratique journalière de la neurologie. L. ALQUIER.

(1) In-18 jésus. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 32, 11 août 1907.) Dubreuilh : De l'herpès récidivant de la face chez les enfants. — Brindel : Sur l'opportunité de la création d'un service d'inspection des écoles au point de vue oto-rhino-laryngologique et sur son organisation. — (N° 33, 18 août.) Auché : Abcès multiples colibacillaires de la peau d'un nourrisson. — Guérin : L'acide phosphorique. — (N° 34, 25 août.) Vergely et Dupin : Fracture en coup d'ongle de la tête du troisième métacarpien. Longue indisponibilité consécutive. — Aubaret et Magne : L'oculo-réaction. Nouveaux essais séméiologiques.

Journal des praticiens. — (N° 33, 17 août 1907.) Calot : Le traitement de l'ostéomyélite. — Quadri : Altérations athéromateuses de l'aorte des lapins en l'absence de toute injection de substances toxiques. — Bazalgette : Maladie de Werlhoff avec otite hémorragique. — (N° 34, 24 août.) Broca : Erythème noueux des membres inférieurs avec arthrite aiguë du genou. — Variot : Les abcès rétro-pharyngiens. — Huchard : Erreurs cliniques et thérapeutiques sur les maladies du cœur.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 32, 10 août 1907.) Danel : Double tumeur papillaire primitive des trompes de Fallope. — (N° 33, 17 août.) Bonnet-Laborderie : Cas de rétention placentaire post-abortum. — (N° 34, 24 août.) Danel : La notion de dégénérescence, particulièrement dans l'étude du mouvement littéraire et artistique contemporain.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 33, 15 août 1907.) Desguin : Coup d'œil sur le traitement des fractures. Indications fondamentales. Evolution des protagonistes du massage. Triomphe de la mobilisation. — (N° 34, 22 août.) Wiener : Infiltration ecchymotique diffuse de la face par compression thoracique.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 8, 25 août 1907.) Coulonjou : Exhibitionnisme chez un alcoolique sans tares de dégénérescence.

Lyon médical. — (N° 32, 11 août 1907.) Gentil : La cure radicale de la hernie inguinale congénitale, suivant le procédé du « point doré ». — (N° 33, 18 août.) Lépine : Sur un cas de cancer du pancréas consécutif à un diabète. — Maignon : De l'influence des saisons sur la nutrition. — (N° 34, 25 août.) Porot et Froment : Cirrhose et polynévrite.

Marseille médical. — (N° 16, 15 août 1907.) Livon : Expulsion de l'œuf en bloc. — Dupeyrac : Traitement radiographique des adénites. — Vallette : Accouchements heureux dans des bassins rétrécis. — Arnaud : Projet de construction d'infirmerie pour enfants.

Montpellier médical. — (N° 29, 21 juillet 1907.) Sarda : Cours de médecine légale. Leçon-programme du cours de l'année scolaire 1906-1907 (5 mars 1907). — (N° 30, 28 juillet.) Dujardin-Beaumetz : Mémoire sur l'emploi du rétracteur métallique du baron Percy dans l'amputation de la cuisse et de la jambe. — (N° 31, 4 août.) Jeanbrau et Rimbaud : Un procédé pratique de désinfection en surface; la désinfection par l'autan. — Dujardin-Beaumetz : Mémoire sur l'emploi du rétracteur métallique du baron Percy dans l'amputation de la cuisse et de la jambe (*suite*).

Nord médical. — (N° 309, 15 août 1907.) G. Carrière et J. Vanverts : De la pleurésie purulente du sommet. — Cloez : La loi de 1902 sur l'hygiène publique (*suite et fin*).

Normandie médicale. — (N° 16, 15 août 1907.) Renaud Hue : Impressions de voyage sur la médecine aux Etats-Unis.

Pédiâtrie pratique. — (N° 16, 15 août 1907.) Roux : L'héliothérapie dans les tuberculoses locales et la méthode de Dreyer dans les adénites tuberculeuses expérimentales. — Comby : Ophtalmo-réaction tuberculeuse chez les enfants. — Cohen : Fièvre typhoïde suivie de guérison chez un nourrisson de cinq mois. — Roure : Sur les anomalies osseuses du pharynx nasal dans leurs rapports avec l'adénotomie. — Queyrat : Syphilis et mariage. Dystrophies multiples chez un enfant né d'un père syphilitique non traité, dix ans après l'accident initial.

Presse médicale. — (N° 64, 10 août 1907.) Sikora : Indications et procédés opératoires dans le traitement de l'hématométrie. — Comby : Oculo-réaction à la tuberculine chez les enfants. — De Champtassin : Poids lourds ou poids légers. — (N° 65, 14 août.) Latour : La trépanation précoce dans les fractures du crâne. — Sardou : La posologie du climat. — (N° 66, 17 août.) Parkon de Minea : L'origine du facial supérieur chez l'homme. — Mahé : L'anesthésie diploïque pour l'extraction des dents. — Rey : L'habitation. L'humidité. Lavage et séchage du linge. Le dernier étage. Les terrasses. — (N° 67, 21 août.) Lesieur et Jaubert : Formes cliniques des localisations respiratoires de la tuberculose post-typhique.

Province médicale. — (N° 32, 10 août 1907.) Cestan et Azéma : Un cas de colotyphus. — Chalier : Evacuation spontanée d'ascite par perforation de l'intestin. — (N° 33, 17 août.) Jaboulay : Pied-bot talus paralytique. Résection de la tubérosité postérieure du calcanéum. — Mazoyer : Les atrophies maculeuses de la peau. — (N° 34, 24 août.) P. Spillmann et M. Perrin : Résonnance gastrique des bruits du cœur et clapotis rythmé. — Roque et Antoine Dumas : Intoxication aiguë par la pâte phosphorée avec symptômes gastriques hépatiques et nerveux, fièvre continue et intermittente. Hystérie dans la convalescence. — Lafon : Les luxations spontanées du cristallin dans la chambre antérieure.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 32, 10 août 1907.) Sargnon et Barlatier : La laryngostomie dans le traitement des sténoses du larynx. — (N° 33, 17 août.) Sargnon et Barlatier : La laryngostomie dans le traitement des sténoses du larynx (*suite et fin*). — (N° 34, 24 août.) Claoué : De la cure des fistules alvéolaires du sinus maxillaire. — Cauzard : L'anesthésie dans les examens directs des voies respiratoires et digestives supérieures (larynx, trachée, bronches, pharynx, œsophage); méthode de Killian.

Revue médicale de l'Est. — (N° 15, 1er août 1907.) H. Zilgien : Deux cas d'hystéro-traumatisme survenant chez le même sujet à vingt ans d'intervalle. — A. Fruhinsholz : De quelques restrictions à la thérapeutique intra-utérine chez les nouvelles accouchées (*suite et fin*).

Semaine gynécologique. — (N° 33, 13 août 1907.) Pichevin : Des affections intercurrentes qui simulent l'infection puerpérale. — (N° 34, 20 août.) Pichevin : Du traitement électrique dans les fibro-myomes utérins.

Tribune médicale. — (N° 32, 10 août 1907.) H. Vaquez : Contribution à l'étude des arythmies. Le pouls lent et l'épreuve de l'atropine. — (N° 33, 17 août.) L'hystérie au Congrès de Genève-Lausanne ; sa définition et sa nature. — (N° 34, 24 août.) Lortat-Jacob et Laubry : Athérome expérimental et ovariotomie.

NOTES POUR L'INTERNAT

PARALYSIE RADIALE [1]

SYMPTOMES. — Le *début* de la paralysie radiale peut être brusque; au réveil, le malade s'aperçoit qu'il ne peut plus remuer le membre supérieur; c'est le cas des compressions brusques et, en particulier, de la paralysie du sommeil; dans la paralysie des béquilles, dans les compressions lentes par une tumeur, un cal, début graduel annoncé par des fourmillements.

MOTILITÉ. — Au repos, l'*attitude* du membre supérieur est en flexion : doigts moyennement fléchis dans la paume de la main. pouce en adduction, main fléchie en adduction et en demi-pronation, avant-bras fléchi sur le bras.

Examen des mouvements volontaires. — Le malade ne peut relever les premières phalanges des doigts sur le métacarpe : l'extension des phalangines et des phalangettes qui se fait par les interosseux est conservée, mais comme cette extension doit être précédée de celle des premières phalanges, il faut avoir relevé mécaniquement celles-ci pour que l'action des interosseux puisse s'exécuter. La flexion des doigts est affaiblie pour deux raisons : elle ne s'exécute avec énergie que si le poignet est en extension, mouvement supprimé en cas de paralysie radiale; les doigts en se fléchissant rencontrent dans la paume de la main le pouce fléchi en adduction; quand le malade veut fermer la main, le pouce se trouve pris sous les autres doigts.

Le *pouce* est, en effet, fléchi en adduction. Le long abducteur étant paralysé, le pouce ne peut être porté en abduction; la paralysie des long et court extenseurs du pouche empêche l'extension.

Au *poignet*, l'extension est abolie, l'adduction sans force. La main étant placée sur un plan résistant, les mouvements de latéralité sont impossibles, par suite de la paralysie du cubital postérieur qui est adducteur, et du premier radial qui est abducteur.

Le *court supinateur* étant paralysé, la supination de l'avant-bras est impossible, quand l'avant-bras est en extension sur le bras; elle est possible mais faible, si le malade fléchit en même temps l'avant-bras, c'est alors le biceps qui agit.

Pour reconnaître la paralysie du *long supinateur*, on place l'avant-bras du malade sur le bord cubital en demi-flexion et en demi-pronation; on prie le malade de fléchir davantage l'avant-bras pendant qu'on s'oppose à ce mouvement de flexion; on ne sent pas le long supinateur se contracter alors sur le bord externe de la région antibrachiale.

La paralysie du *vaste interne* et de l'*anconé* se décèle par la faible résistance qu'oppose le malade quand on essaye de fléchir l'avant-bras, le membre étant placé dans l'extension. Enfin, dans une paralysie complète, le *triceps* étant paralysé, l'extension de l'avant-bras sur le bras est impossible.

Tel est l'état des mouvements volontaires dans la paralysie totale; celle-ci est d'ailleurs rare. La plupart des compressions atteignent le nerf radial après qu'il a déjà innervé les extenseurs du coude; le triceps est alors respecté.

Dans la paralysie par compression au-dessous de la gouttière de torsion, on trouve une paralysie du long supinateur, des extenseurs et des muscles du pouce.

Dans la névrite saturnine, la paralysie ne frappe que les extenseurs des doigts; elle débute par l'extenseur commun des doigts, faisceaux du médius et de l'annulaire (le malade fait les cornes); le long supinateur, l'anconé et souvent le long abducteur du pouce sont intacts. On peut observer la même distribution de la paralysie à la suite des injections d'éther et même dans certaines névrites traumatiques (Déjerine).

SENSIBILITÉ. — La sensibilité peut n'être pas modifiée. C'est même le cas habituel dans les paralysies radiales par compression passagère. Deux théories pour expliquer cette conservation de la sensibilité : suppléance par d'autres nerfs sensitifs (Arloing et Tripier); résistance des fibres sensitives à la compression plus grande que celle des fibres motrices (Onimus).

Quand le nerf est profondément lésé, on trouve des altérations de la sensibilité (*anesthésie* ou *paresthésie*) dans le domaine cutané du radial; ces troubles ont leur maximum à la périphérie, c'est-à-dire à la main; ils vont s'atténuant vers la racine du membre. La face postéro-interne du bras est le plus souvent épargnée, la lésion nerveuse siégeant plus bas. L'anesthésie est très variable selon les cas; son territoire toujours moins étendu que celui du nerf radial (Ross).

RÉFLEXES. — Les réflexes tendineux sont diminués ou abolis; réflexes du triceps, des radiaux et du cubital postérieur.

TROUBLES VASO-MOTEURS ET TROPHIQUES. — Les troubles vaso-moteurs sont assez fréquents, mais sans gravité, peau livide et froide. Comme troubles trophiques, la chute des ongles et des poils est exceptionnelle.

La *tumeur dorsale du poignet* (Gubler) est assez fréquente dans la paralysie saturnine; c'est une tuméfaction allongée, mobile, vaguement fluctuante, indolente, de la grosseur d'une noix située au niveau de la gaine des tendons extenseurs. D'après Erb, c'est une synovite chronique hyperplastique, d'origine mécanique, due au frottement des tendons sur les os du carpe; Charcot l'a considérée comme un trouble trophique.

L'*atrophie musculaire* peut survenir dans les cas de compression grave; elle commence par le long supinateur (Vulpian et Déjerine). Atrophie musculaire dans la paralysie saturnine. L'atrophie musculaire intense est rare.

EXAMEN ÉLECTRIQUE. — Dans la paralysie radiale par compression, examen électrique du *nerf* : une excitation électrique du nerf au-dessus du point comprimé n'est suivie d'aucune contraction musculaire, la portion du nerf contusionné ne conduit plus les réactions électriques; au-dessous du point comprimé les réactions électriques du nerf radial sont normales (Erb); si on excite le nerf radial dans l'aisselle le triceps brachial se contracte seul (il s'agit, dans ces cas, de paralysie au-dessous du triceps); les muscles des régions postérieure et externe de l'avant-bras restent immobiles. Au-dessous de la compression, l'excitation du nerf radial fait contracter ces derniers muscles comme à l'état normal. Les contractions des *muscles* aux courants galvanique et faradique sont normales.

Dans les compressions prolongées, les traumatismes graves, les névrites intenses, on peut constater la *réaction de dégénérescence* complète d'Erb : le tronc du *nerf* n'est plus excitable; pour les *muscles*, la contractilité faradique est abolie; la contractilité galvanique est conservée ou même augmentée, mais la secousse est lente, paresseuse et traînante, avec inversion de la formule PFC $\geqq$ NFC (alors qu'à l'état normal NFC $>$ PFC). Parfois *réaction partielle de dégénérescence :* excitabilité faradique et galvanique du nerf conservée; excitabilité faradique des muscles diminuée; excitabilité galvanique avec inversion de la formule.

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 95, p. 1139.

MARCHE. PRONOSTIC. — La marche de la paralysie radiale varie suivant la cause. Ainsi, dans la *paralysie des béquilles*, le malade étant averti par des fourmillements dans le membre supérieur du début de la paralysie, si on cesse aussitôt l'usage des béquilles, la cause étant supprimée, la paralysie radiale est légère, ne dure qu'une à deux semaines.

La *paralysie du sommeil* dure un mois à un mois et demi. Elle ne s'accompagne habituellement ni d'atrophie musculaire, ni de réaction de dégénérescence. Après trois ou quatre semaines, les mouvements reviennent peu à peu aux premières phalanges, puis au poignet ; guérison complète.

La paralysie consécutive à une injection d'éther dure deux à trois mois et guérit.

Quand le nerf est comprimé dans un cal, paralysie plus grave avec réaction de dégénérescence, atrophie musculaire. Mais si on intervient pour dégager le nerf, la paralysie radiale peut cependant guérir ; les mouvements reviennent peu à peu dans les muscles paralysés. Dans un cas, le nerf ne fut dégagé que quinze mois après le début de la paralysie et on obtint le retour des fonctions musculaires.

La paralysie du *saturnisme* débute par le côté droit (à gauche chez les gauchers), aux muscles qui travaillent le plus ; elle devient bilatérale dans la plupart des cas. On peut en distinguer une forme subaiguë, guérissant en quelques semaines, mais il faut craindre récidives, une forme chronique avec atrophie musculaire, troubles trophiques (tumeur dorsale du poignet, gonflement de la tête des métacarpiens), réaction de dégénérescence. Quelquefois la paralysie saturnine ne se limite pas à l'avant-bras et se généralise. Pronostic toujours réservé basé sur l'examen des réactions électriques.

Dans toutes ces paralysies radiales, deux éléments de pronostic : la cause, l'examen électrique.

DIAGNOSTIC. — Il est généralement facile.

L'action des muscles fléchisseurs étant affaiblie par suite de la paralysie des extenseurs, on pourrait croire à une *paralysie des fléchisseurs* ; mais il suffit de placer le poignet en extension pour s'assurer que les fléchisseurs ont gardé leur force.

L'*atrophie musculaire progressive* réalise très rarement le type de la paralysie radiale ; dans les myopathies, le début est à la racine du membre ; dans les myélopathies, elle débute par les muscles de la main.

On a observé, mais très exceptionnellement, la localisation radiale dans quelques cas de *paralysie infantile*, la lésion ayant atteint uniquement les centres médullaires du nerf radial ; diagnostic très difficile, la paralysie ayant tous les caractères de la paralysie périphérique. Diagnostic par exclusion ; aucune cause de compression, aucune cause de névrite à l'origine.

Les lésions du *plexus brachial* n'amènent jamais de paralysie exactement localisée au territoire du nerf radial.

La paralysie radiale d'origine *cérébrale* est exceptionnelle (Raynaud) ; les réflexes sont exagérés ; il y a de la contracture.

L'*hystérie* peut donner, surtout chez les saturnins, une paralysie difficile à distinguer de la paralysie radiale. Toutefois c'est souvent une contracture des fléchisseurs plutôt qu'une paralysie des extenseurs ; l'anesthésie est toujours observée et elle ne siège pas exactement sur le territoire du nerf radial ; pas de modifications des réactions électriques.

Faire le diagnostic de la *cause*. La paralysie radiale des saturnins laisse intact le long supinateur, est souvent bilatérale ; profession du malade, liséré saturnin.

En cas de compression, diagnostic du *siège* de cette compression, d'après les muscles atteints ; se rappeler cependant qu'on a vu parfois une compression dans l'aisselle et le long supinateur non paralysé (Bernhardt).

TRAITEMENT. — *De la paralysie.* — Electricité sous forme de courants faradiques (Duchenne) ou galvaniques (Remak). Massage. Douches chaudes sulfureuses.

De la cause. — Par exemple, libérer le nerf englobé dans un cal ; réduire une luxation de la tête humérale ; faire une suture en cas de plaie du nerf.

BIBLIOGRAPHIE. — *Traités de médecine et de chirurgie ; Manuel de médecine* ; — DÉJERINE. *Traité de pathologie générale*, t. V. — VILLARET. *Gaz. des hôpit.*, 1903.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Excursions à Fontainebleau et à Moret.* — Des trains d'excursion, à prix réduits, auront lieu les dimanches 1er, 8, 15, 22 et 29 septembre, entre Paris, Fontainebleau et Moret.

Prix des places, aller et retour : Fontainebleau, 2e classe 4 fr. 50, 3e classe 3 fr. ; Moret, 2e classe, 5 fr. 50, 3e classe 3 fr. 50.

Départ de Paris à 7 h. 26 matin. — Arrivée : à Fontainebleau, 8 h. 40 matin ; à Moret, 8 h. 55.

Retour par tous les trains du même jour dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires. — Nombre de places limité. — Franchise de 30 kilos de bagages.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Billets simples de France en Espagne. — Les principales gares du réseau P.-L.-M. (Paris, Dijon, Lyon, Marseille, etc.) délivrent des billets directs simples pour Barcelone. Consultez le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M.

N° 99. — SAMEDI 31 AOUT 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 31 AOUT 1907. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LE CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE, DE CLIMATOLOGIE ET DE GÉOLOGIE tiendra sa huitième session à Alger, du 4 au 10 avril 1909, au moment des vacances de Pâques, sous les auspices de M. le gouverneur général de l'Algérie, et sous la présidence effective de M. Moreau, professeur d'hygiène à l'École de médecine d'Alger.

Toutes les demandes de renseignements doivent être adressées 46, rue d'Isly, à Alger, au professeur Ardin-Delteil, vice-président général du Comité d'organisation du Congrès.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-quatrième semaine, 816 décès, au lieu de 778 pendant la semaine précédente et de 826, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc normal.

La fièvre typhoïde a causé 2 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 39 (moyenne 40), au lieu de 16 pendant la semaine précédente.

La variole a causé 1 décès, il n'y avait pas eu de décès la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 7 au lieu de 8 pendant la semaine précédente (moyenne 12).

La rougeole a causé 8 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 119 (au lieu de 156 précédemment et au lieu de 83, moyenne des quatre dernières années).

La scarlatine a causé 8 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 187; il s'élevait à 233 pendant la semaine précédente (moyenne 50).

La coqueluche a causé 8 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 7).

La diphtérie a causé 1 décès au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 4); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 35, au lieu de 37 pendant la semaine précédente (moyenne 52).

La diarrhée infantile a causé 93 décès (dont 83 d'enfants nourris au biberon de 0 à 1 an, au lieu de 75 pendant la semaine précédente, moyenne 99).

En outre, 15 enfants sont morts de débilité congénitale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Jules Decorse, médecin-major des troupes coloniales.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL LAENNEC (COURS DE VACANCES). — Un cours clinique et pratique de manœuvres et techniques de diagnostic commencera le 16 septembre 1907 (matin) et comportera 24 leçons, faites le matin à 9 h. 1/2 et le soir à 2 h. 1/2, dans les salles et au laboratoire de la clinique Laënnec, par MM. Marcel Labbé, agrégé, et Léon Bernard, médecins des hôpitaux; Lortat-Jacob, Laignel-Lavastine et Salomon, chefs de clinique; Henri Labbé, chef de laboratoire, et Vitry, sous la direction de M. le professeur Landouzy.

PROGRAMME DES COURS. — *Lundi 16 septembre.* — Matin : Les affections tuberculeuses des reins. Examen histologique et bactériologique des urines. — Soir : Le syndrome d'hyperglycémie. La glycosurie.

Mardi 17 septembre. — Matin : Les syndromes rénaux. Diagnostic de l'insuffisance rénale. — Soir : Examen chimique des urines : Principes azotés et principes minéraux. Coefficients urinaires.

Mercredi 18 septembre. — Matin : Les syndromes surrénaux. Diagnostic de l'insuffisance rénale. — Soir : Examen chimique des urines. Principes anormaux. Sucre. Albumine. Pigments biliaires. Indican. Diazo-réaction.

Jeudi 19 septembre. — Matin : Les syndromes thyroïdiens.

Goitre exophtalmique; myxœdème. — Soir : Les syndromes hépatiques. Diagnostic de l'insuffisance hépatique.

Vendredi 20 septembre. — Matin : Nutrition et matière alimentaire. — Soir : Les syndromes gastriques et intestinaux; sécrétoires et moteurs.

Samedi 21 septembre. — Matin : Les régimes alimentaires dans les états pathologiques. — Soir : Examen chimique du sucre gastrique et des matières fécales.

Lundi 23 septembre. — Matin : Bactérioscopie et cytoscopie des épanchements : pleurétiques, ascitiques. Cyto-diagnostic. — Soir : Les syndromes d'insuffisance hématique. Ochrodermies. Oligémies. Anémie pernicieuses. Chlorose.

Mardi 24 septembre. — Matin : Diagnostic de la tuberculose. Stade bacillaire; stade tuberculeux. Formes larvées de la tuberculose. — Soir : Diagnostic des formes communes et frustes du tabes. Signe d'Argyll-Robertson. Syndromes radiculaires. Névrites et névralgies.

Mercredi 25 septembre. — Matin : Diagnostic de la tuberculose. Examen des crachats. Inoculations; injections de tuberculine. Séro-diagnostic. — Soir : Les syndromes cardiaques et vasculaires. Cardiographie. Sphygmographie. Sphygmomanométrie.

Jeudi 26 septembre. — Matin : Diagnostic des états typhoïdes : Dothiénentérie; paratyphoïde. Typhobacillose. Séro-diagnostic. Cultures du sang. Examen des fèces. — Soir : Valeur nutritive et énergétique des aliments : leur transformation; leur utilisation, leurs déchets.

Vendredi 27 septembre. — Matin : Diagnostic bactériologique des angines. — Soir : Préparation de sang sec. Formules hémo-leucocytaires. Valeur diagnostique des leucocytoses.

Samedi 28 septembre. — Matin : Diagnostic des adénopathies et des splénomégalies. Leucémies et pseudo-leucémies. — Soir : Sympotomatologie du grand sympathique : cutanée, pupillaire, viscérale. Ponction lombaire. Examen du liquide céphalo-rachidien.

Le montant du droit à verser est de 100 francs pour les douze jours de cours. Sont admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, sont délivrés dès à présent jusqu'au 16 septembre 1906, au secrétariat de la Faculté, guichet n° 3, les mardis, jeudis et samedis de midi à trois heures.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 219, 10 août 1907.) Belot : Eczéma chronique et radiothérapie.

Bulletin général de thérapeutique. — (15 août 1907.) Rochard : Hépatoptose ; hépatopexie. — Maurel : Dosage de la ration alimentaire du nourrisson à l'état de santé; sa base et ses variations (*suite*). — (23 août.) Maurel : Dosage de la ration alimentaire du nourrisson à l'état de santé; sa base et ses variations (*suite*).

Bulletin médical. — (N° 63, 14 août 1907.) Jaboulay : Ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure du tibia gauche. — Soulié : Contribution à l'étude de l'ophtalmo-réaction.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 32, 10 août 1907.) Weissmann : Les cures de boisson avec l'eau ferrugineuse de Lamscheider.

Clinique infantile. — (N° 16, 15 août 1907.) Eschbach : Recherches sur la plagiocéphalie chez l'enfant. — Ghislain-Houzel : Les hémorroïdes, malformation congénitale. — Dufestel : Les anormaux à l'établissement médico-pédagogique de Créteil. — Fonctionnement des Milk-Dépôts de Liverpool. — Morquio : Sur la valeur de l'examen du lait dans l'allaitement au sein.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 32, 8 août 1907.) Heine : Sur les suppurations du labyrinthe. — Halberstaedter et Prowazek : Sur l'étiologie du trachome. — Wassermann et Maier : Sur la valeur clinique du sérodiagnostic dans la syphilis. — Nagelschmidt : Sur les indications du traitement par les courants à haute fréquence. — Franke : Diagnostic et traitement des arthropathies chroniques. — Krœmer : Observations cliniques sur l'étiologie et le traitement de l'épithélioma du chorion et particulièrement sur le traitement de la môle hydatiforme. — Schindler : Sur une petite amélioration pratique du suspensoir de Neisser. — (N° 33, 15 août.) Weber : Progrès dans le diagnostic des maladies nerveuses. — Krause : Sur la néphrolithiase bilatérale. — Dœbbelin : Cas d'abcès enkysté de la rate. — Krœmer : Observations cliniques sur le diagnostic et le traitement de l'épithélioma du chorion et particulièrement sur le traitement de la môle hydatiforme. — Ogata et Ishiwara : Deuxième communication sur l'étiologie de la maladie de Tsutsugamuschi. — Müller : Sur l'état actuel et l'avenir de l'actinothérapie. — Lissauer : Suppositoire à la tuberculine.

Écho médical du Nord. — (N° 32, 11 août 1907.) Dubar et Leroy : Abcès à amibes des deux joues. — Verdun et Bruyant : Les amibes considérées comme agents pyogènes. Leur rôle dans la formation de certaines collections purulentes de la région malaire. — (N° 33, 18 août.) Folet : Un épisode de l'histoire de la médecine française au XIXe siècle. — Toussaint : Deux cas d'œdème traumatique dur et chronique du coude et du poignet. — (N° 34, 25 août.) Folet : Un épisode de l'histoire de la médecine française au XIXe siècle. Broussais et le broussaissisme.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 32, 11 août 1907.) Anglade et Jacquin : Un cas de folie à deux. — Duvergey : Statistique des opérations d'urgence pendant la durée d'un clinicat (service de clinique chirurgicale de M. le professeur Lannelongue, nov. 1903 et 1906) [*suite et fin*]. — (N° 33, 18 août.) Labougle : Mort subite au cours d'une typhoïde; altération des capsules surrénales. — (N° 34, 25 août.) Fieux : Traitement simple et guérison de deux cas de rupture utérine sous-péritonéale. — Salm : Un cas d'amnésie post-typhique.

Medizinische Blatter. — (N° 32, 10 août 1907.) Gäupner : Diagnostic fonctionnel de l'hypertension sanguine dans l'artério-sclérose et les maladies chroniques du rein. — (N° 33, 17 août.) Frank : Sur la résorption et la guérison des infiltrats inflammatoires dans les conduits spermatiques.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 32, 11 août 1907.) Nadory : Modification de l'hystérectomie abdominale. — (N° 33, 18 août.) Selleï : Sur un cas de tuberculose primitive de la prostate.

Semaine médicale. — (N° 33, 14 août 1907.) Cheinisse : L'artériosclérose gastrique.

REVUE GÉNÉRALE

LA CRAMPE DES ÉCRIVAINS

Par M. N. VASCHIDE,

Directeur-adjoint au Laboratoire de psychologie pathologique de l'Ecole des Hautes-Etudes (Asile de Villejuif).

I

La *crampe des écrivains* (1), improprement d'ailleurs nommée ainsi pour certains auteurs, paraît avoir été signalée pour la première fois par un auteur allemand, Brück, vers 1831. En effet, on ne retrouve aucune citation, aucune date bibliographique antérieure au travail de Brück; les observations de Gierl, Albers et Heyfelder — considéré à tort par Gaujot (p. 622) comme le premier auteur qui avait écrit sur la crampe des écrivains — se suivent de tout près, mais elles sont postérieures: 1832, 1835 et 1838. Wilde R..., cité pour la première fois par Zuber, reproduit en effet un passage de Ch. Bell (*Recherches*, etc.) — qu'il n'a pas pu d'ailleurs retrouver — qui indiquerait que cette maladie ne lui était pas inconnue. « J'ai observé, dit-il, la perte de la combinaison des mouvements nécessaires pour l'écriture ou bien une telle irrégularité des mouvements de la main, que les lettres étaient tracées en zigzag, pendant que l'aptitude du bras à travailler vigoureusement à faire des armes est tout entière. »

Heyfelder décrivit d'une manière plus précise cette affection en 1835. L'affection consisterait, selon cet auteur, « en un tremblement convulsif des trois premiers doigts de la main droite qui font divaguer la plume sur le papier et dans un égarement involontaire de ces mêmes doigts qui les font lâcher la plume. Hors de l'action d'écrire, ils jouissent de la même force, de la même adresse, de la même sûreté et de la même promptitude de mouvement. »

Zuber, dans son article *Spasmes fonctionnels*, du *Dictionnaire encyclopédique*, critique avec raison la mauvaise traduction française de la dénomination allemande, Schreiberkrampf, par *crampe des écrivains*, « erreur, dit-il, qui a eu pour résultat d'introduire dans la science française un mot bizarre contre lequel ont protesté depuis trente ans tous les auteurs qui se sont occupés de la question. Le mot restera, précisément parce qu'il est bizarre ». Ce fut le docteur Cazenave (de Bordeaux) qui l'employa pour la première fois en France en 1835. Des formes variées de crampes fonctionnelles furent citées après, ainsi celle concernant la traite des vaches par Basedow en 1851, celle des cordonniers par Clemens en 1856, celle des couturiers par Locher-Balber à la même époque, celle des télégraphistes par Onimus, et quantité d'autres spasmes fonctionnels par Duchenne (de Boulogne) et les auteurs postérieurs.

Pour mieux faciliter l'intelligence clinique de cette affection, nous parlerons tout d'abord des travaux cliniques et des observations des auteurs, puis nous essayerons de traiter de son mécanisme et à la fin nous examinerons la question de la thérapeutique.

II

Observations et documents cliniques. — Cazenave s'est occupé à plusieurs reprises des crampes de la main, *en 1846* et puis 1852; d'un tremblement tout spécial de la main que, selon lui, personne ne l'aurait signalé avant, tremblement qu'il appelle oscillatoire « parce qu'il consiste en un mouvement alternatif, en sens contraire, de la main droite quand elle est placée comme pour écrire. C'est ainsi que les doigts annulaire et auriculaire étant appuyés sur le papier, la plume étant tenue par les trois premiers doigts, la main se balance, oscille plus ou moins rapidement de droite à gauche, de façon que le malade qui écrit est obligé d'accomplir cet acte complexe par surprise, de l'escamoter en quelque sorte ». Les personnes atteintes de cette infirmité, si par hasard elles peuvent écrire, éprouvent une gêne difficile à vaincre et elles mettent un temps incalculable, par rapport au temps nécessaire quand la main écrit dans les conditions normales. La plupart des malades sont pourtant dans l'impossibilité absolue de conduire une plume et de former des lettres, d'écrire en un mot.

Une longue expérience aurait décidé le docteur Cazenave à faire construire chez un constructeur d'instruments de chirurgie de Bordeaux, M. Bataille, un appareil qu'il appelle *porte-main*. Toute autre thérapeutique lui paraissait illusoire et tous les moyens palliatifs conseillés en pareil cas lui semblaient des simples leurres. Son traitement, comme l'avoue l'auteur même avec une conscience qui lui fait honneur, n'arriva pas à guérir le tremblement oscillatoire de la main et des doigts, mais simplement à pallier et à soulager cette infirmité usuelle. Le traitement médical est d'ailleurs, comme il le constate lui-même, difficile, complexe et souvent inutile.

Cazenave publie six observations très documentées guéries ou palliées par son traitement orthopédique. Le *premier* cas est un chirurgien de Bordeaux, G... « qui avait le tremblement oscillatoire des deux mains, qui avait gardé quand même une grande habileté opératoire. En le voyant prendre des instruments pour opérer, on le taxait d'imprudence et de témérité, tant le tremblement de la main droite surtout était considérable. Néanmoins, en suivant les phases de chacune de ses opérations, on était rassuré, car dès qu'il avait pris sa détermination et qu'il voulait agir, le tremblement cessait, sa main était sûre, d'une grande prestesse, complètement

(1) *Crampe des écrivains*, synonymes = *Chorea scriptorum* (les anciens), *Mogigraphie* (Hirsch), *Névrose coordinatrice des écrivains de profession* (Benedikt), *Dyskinésie des écrivains professionnels* (Jaccoud), *Paralysie anapeiratique* (Hammond), *Contracture par abus fonctionnel* (Wuillez), *Hystérie fonctionnelle* (Gallard), *Spasme et paralysie musculaire fonctionnelle* (Duchenne de Boulogne), *Spasme fonctionnel* (Zuber), *Schreiberkrampf* (des Allemands), *Tremblement oscillatoire* (Cazenave), *Bégaiement des muscles de la main* (Debout). « Cette affection consiste dans l'impossibilité d'écrire, par suite de contraction particulière des muscles fléchisseurs, ou plus rarement des extenseurs des doigts, quoique, en général, la main exécute facilement tous les mouvements quand il s'agit d'un autoacte » (Valleix).

aux ordres de sa volonté. » La *seconde observation* est également un cas de tremblement oscillatoire des mains et des doigts, « chez un monsieur de formes athlétiques et âgé de cinquante ans; sarcocèle opéré avec succès; guérison du tremblement oscillatoire. » La *troisième observation* est le cas d'un jeune homme de Lyon ayant de la fatigue cérébrale. « On changea sa vie, ses habitudes; il cessa ses études et les tremblements oscillatoires de la main droite et des doigts cessèrent après deux ans, à tel point qu'il put écrire assez facilement, à condition qu'il n'écrivît pas longtemps. »

La *quatrième observation* concerne le tremblement oscillatoire des deux mains, de la droite surtout, à la suite de malheurs domestiques; le sujet était un employé supérieur de l'enregistrement, âgé de cinquante-deux ans. Le malade put continuer d'écrire grâce au traitement Cazenave, malgré le tremblement oscillatoire de sa main droite. La *cinquième observation* peut se résumer ainsi : tremblement oscillatoire de la main droite; alimentation choisie et précautions hygiéniques produisant un amendement; heureuse influence de la musique; guérison. Le sujet, le comte X..., âgé de quarante-huit ans, nerveux et très impressionnable, fut guéri surtout par l'influence musicale. La *sixième observation* : goutte et tremblement oscillatoire de la main droite chez un homme âgé de soixante-sept ans et atteint d'un véritable nervosisme. Guérison. Le sujet était un négociant; il s'était servi avec avantage du porte-main; il a écrit pendant plus de trois mois avec cette machine orthopédique et le tremblement disparut complètement.

Onimus décrivit en 1875 la *crampe des employés au télégraphe*. L'affection serait identique à la crampe des écrivains et elle surviendrait chez certaines personnes « à la suite des mouvements répétés », et avant lui, l'auteur ne croit pas qu'on ait signalé cette crampe, constatée en dehors des écrivains chez les dessinateurs, chez les graveurs et chez les musiciens. Il eut l'occasion d'observer deux cas, dont l'un très caractéristique et particulièrement intéressant. Ce dernier malade était très intelligent et employé au télégraphe depuis dix-neuf ans, avait suivi la maladie depuis son apparition; il constata les premiers symptômes, par le fait d'éprouver une certaine difficulté à faire les points et surtout une série de points. Dans le télégraphe Morse, on sait que les lettres sont représentées par une réunion de traits et de points et « les premières lettres pour lesquelles il éprouve une certaine raideur de manipulation sont l'*s* qui est formé de trois points, l'*i* qui est formé de deux points et le *v* de deux points et un point. Le *d*, qui commence par un trait et deux points, se faisait mieux que le *v*, parce que le premier mouvement terminant le trait donnait une plus grande assurance dans le mouvement. Peu à peu, la formation de toute espèce de traits et de points est devenue impossible, avec la main dans la position ordinaire; le malade essaye alors d'agir sur le manipulateur avec le pouce seul, et pendant près de deux ans, il peut ainsi transmettre les dépêches. Après cette époque, le pouce est pris de crampes et le malade se sert alors successivement de l'index et du médius. Chacun de ses doigts peut lui permettre de manipuler pendant deux à trois mois, mais tous deux sont à leur tour pris de spasmes. Enfin il se sert du poignet, mais les mouvements coordonnés deviennent bientôt également impossibles et tandis que pour les doigts il éprouvait une sorte de raideur, l'usage du poignet détermine des mouvements rapides et convulsifs de l'avant-bras dès qu'il veut lancer une dépêche. »

Si le malade voulait surmonter toutes ces difficultés, des froissements apparaissent dans le bras et même dans la jambe du même côté; il se plaignait des douleurs à la nuque et parfois d'un sentiment de vertige et d'insomnie.

Selon Onimus, cette affection ne serait pas rare parmi les employés du télégraphe et surtout pour ceux qui utilisent l'appareil Morse. Les malades désigneraient entre eux cette affection par l'expression de *mal télégraphique*.

Comme thérapeutique, Onimus conseille de faire changer de temps en temps l'appareil de l'expéditeur, et cela dès qu'il se plaint, dès l'apparition des premiers symptômes, en le remplaçant par le système Hughes, qui se trouve également employé dans tous les bureaux télégraphiques.

Dans un second travail, Onimus insiste, ayant eu l'occasion d'observer de nouveaux faits, sur ce point, que la crampe des écrivains n'est pas seulement « la répétition fréquente des mêmes mouvements qui amène la crampe, mais bien le plus ou moins d'irritabilité ». Ce fait constaté par Onimus chez des sujets atteints de mal télégraphique serait identiquement le même dans le cas de crampes des écrivains. Il y aurait des caractères communs pour tous les spasmes fonctionnels. Les phénomènes seraient plus généraux chez les télégraphistes; le télégraphe Morse exige une attention spéciale dans la transmission des traits et des lignes. Un employé intelligent lui avait communiqué que « la transmission défectueuse d'une seule lettre, E par exemple, a truqué le mot *référé* de quatre cent quarante-sept manières différentes ». Un employé d'une habileté moyenne transmet et reçoit environ 7000 signaux à l'heure, donc environ 49000 par jour, calculant la durée du service comme étant de sept heures. La tension d'esprit est un des facteurs intéressants dans la genèse des crampes fonctionnelles. La transmission des dépêches offre, comme tout acte d'habitude, des mouvements réflexes inconscients. « La main, écrit le docteur Onimus, n'obéit pas toujours aux déterminations de la volonté. Souvent même un mot mal lu est transmis correctement. D'un autre côté, un employé dont la transmission est lente naturellement ne s'interrompt pas toujours lorsqu'il vient à sommeiller; dans ce cas, il transmet à son correspondant les pensées qui accompagnent ce demi-rêve, car il continue à faire marcher le levier avec sa main et à expédier des dépêches. » La main va plus vite que la volonté et les désordres arrivent quand la main est entraînée, après une heure de manipulation, quand elle atteint son maximum de vitesse.

« D'après les renseignements, écrit Onimus, que nous avons obtenus, les symptômes généraux seraient

en outre bien plus fréquents et se produiraient bien plus rapidement chez la femme que chez l'homme. Ces symptômes se manifestent surtout par des palpitations, des vertiges, de l'insomnie et peut-être un affaiblissement de la vue; les employés anciens et laborieux font, la plupart, usage de lunettes. Dans cette affection, comme dans la fatigue cérébrale amenée progressivement par une grande activité du cerveau, il existe à la nuque un sentiment de constriction qui semble maintenir, comme dans un étau, la partie postérieure du crâne. Cette sensation est assez fréquente chez les hommes d'affaires, et M. Brown-Séquard nous a dit qu'elle existait presque constamment chez les Américains rendus malades ou surexcités à la suite de grandes préoccupations de commerce ou d'industrie. Elle apparaît surtout lorsqu'on veut forcer les fonctions intellectuelles déjà fatiguées; nous l'avons observée chez plusieurs personnes dans ces conditions.

A la surexcitation succèdent l'abattement, la tristesse et une complète atonie physique et morale. Le sujet perd la mémoire, et on m'a assuré que la folie même peut survenir au bout de quelques années de cet état pathologique. »

Le docteur Onimus, pour faciliter l'intelligence des troubles moteurs de ses malades atteints du *mal télégraphique*, cite cette page intéressante de Maxime du Camp (*Paris, sa vie et ses organes*) :

« La fatigue que cause le travail de manipulation est excessive. L'appareil est desservi par deux agents : l'un reçoit ou expédie la dépêche, l'autre la traduit si elle est arrivée par l'appareil Morse; on la coupe, on la colle sur la feuille de route, si elle est parvenue par l'appareil Hughes. Cela n'a l'air de rien au premier abord; être assis sur une chaise en présence d'une machine intelligente qui paraît fonctionner d'elle-même, suivre du regard les traits qu'elle dessine, dérouler lentement une feuille de papier : c'est là tout le travail apparent; mais pour être bien fait, il nécessite une rapidité de main, une fixité de regard, une tension d'esprit et souvent même un déploiement de force considérable. Tout l'être participe à la fonction; un instant d'inadvertance peut amener une erreur, il faut savoir les éviter. Il n'y a pas une seconde de repos, tous les nerfs sont tendus et surexcités; la diversité même des dépêches qui se succèdent sans relâche amène une lassitude de plus : affaires de famille, tripotages de Bourse, opérations commerciales, nouvelles politiques, lettres chiffrées, langues anglaise, française, italienne, espagnole, hollandaise, allemande, arrivent l'une après l'autre, comme les battements d'une pendule, régulièrement et infatigablement dans l'espace du même quart d'heure. A cela il faut ajouter le bruit ininterrompu des appareils, bruit nerveux, saccadé, presque aigre, tant il est sec, et qui, à force de se reproduire sans discontinuité, finit par ébranler les natures les plus vigoureuses.

Si jamais on arrive à écrire l'histoire des maladies spéciales à chaque corps de métier, je suis persuadé que le télégraphe électrique fournira un contingent remarquable et tout à fait particulier. »

Duchenne (de Boulogne) appelait *spasme fonctionnel* et *paralysie musculaire* fonctionnelle « une affection caractérisée, soit par des contractions pathologiques continues, douloureuses ou indolentes, soit par des contractions cloniques ou des tremblements, soit enfin par une paralysie, affection qui se manifeste seulement pendant l'exercice de certains mouvements volontaires ou instinctifs, et qui peut siéger dans toutes les régions ». Le *spasme fonctionnel* « peut établir son siège dans toutes les régions ou affecter un grand nombre de mouvements volontaires ou instinctifs ». L'abus d'une fonction musculaire provoquerait le spasme. Voici, en résumé, les observations de cet auteur : *Observation I.* Un agent de change « chez lequel les deux dernières phalanges de l'index se fléchissaient pendant que la première s'étendait sur le premier métacarpien dès qu'il avait écrit quelques mots ». *Obs. II.* Un employé du ministère de la guerre « dont les deux premiers doigts se plaçaient dans une attitude opposée, c'est-à-dire que la première phalange était fléchie, tandis que les deux dernières étaient dans l'extension ». *Obs. III.* Deux malades « dont la main exécutait un mouvement de supination sitôt qu'ils avaient tracé un mot, de sorte que le bec de leur plume regardait en l'air, sans qu'ils puissent s'y opposer ».

Duchenne remarque que ce spasme fonctionnel n'affecte pas seulement la main et les écrivains, comme l'indique son nom, et il cite plusieurs observations de malades atteints d'autres spasmes fonctionnels. Voici, en résumé, ses observations : *Observation I.* Un tailleur tournait violemment le bras en dedans en contracturant son sous-scapulaire dès qu'il commençait à peine à coudre. Tout autre exercice lui était possible. *Obs. II.* Chez un maître d'armes, l'humérus « du côté qui tenait l'épée, tournait en dedans sitôt qu'il se mettait en garde. » *Obs. III.* Chez un ouvrier ferblantier, « lorsqu'il veut placer une plaque de métal, le deltoïde et le biceps du membre qui tient le marteau se contractaient douloureusement ». *Obs. IV.* Chez un tourneur, « les fléchisseurs du pied sur la jambe se contracturaient dès qu'il l'appliquait sur la planche pour faire mouvoir son tour ». *Obs. V.* L'observation d'Andral concernant un monsieur « dont la tête se tourne à droite par la contraction des muscles rotateurs, lorsqu'il veut lire, jusqu'à ce qu'il ait rejeté son livre » (1855). Ce malade était également atteint de la crampe des écrivains. *Obs. VI.* Un savetier « éprouvait les mêmes contractures dans les rotateurs droits de la tête et dans quelques muscles de l'épaule droite et de la face dès qu'il se mettait au travail ». *Obs. VII.* Un savant qui avait passé plusieurs années à traduire des manuscrits, quand il lisait ou quand il fixait un objet « quoique sa vue avait toujours été bonne et n'était nullement troublée, quand son regard était vague; mais quelques secondes après que ces yeux s'étaient arrêtés sur un objet, il voyait double. » Ce phénomène morbide dépendait de la contracture spasmodique du droit interne de l'œil gauche. *Obs. VIII.* Un étudiant de Strasbourg, qui s'était livré à un travail intellectuel intense et continu, ne pouvait se livrer à la lecture sans éprouver les phénomènes morbides suivants : « J'ai constaté, écrit Duchenne, qu'alors ses

sourcils étaient élevés par la contracture des frontaux, et que ses paupières se fermaient par la contracture des orbiculaires, que sa face s'injectait et que ses veines temporales étaient gonflées. » Le jeune homme ne pouvant se guérir se tua de désespoir. *Obs. IX.* Chez un paveur, les deux sterno-mastoïdiens « se contracturaient pendant la contraction instinctive des muscles qui maintiennent la tête en équilibre entre la flexion et l'extension. Cette contracture était telle que sa tête se fléchissait avec une force extrême ». Dès que la tête s'appuyait, la contracture cessait. *Obs. X.* Un curé de campagne présentait les troubles suivants dans le mécanisme de la respiration : « A chaque inspiration, tout le côté gauche de son abdomen se tend et se déprime pendant que du côté gauche l'épigastre est soulevé normalement. » Ce trouble, le plus curieux observé par Duchenne (de Boulogne), était dû uniquement à la contraction spasmodique et douloureuse des muscles de l'abdomen du côté droit.

Duchenne (de Boulogne) distingue, comme nous l'avons vu, une autre catégorie de spasmes fonctionnels qui ne sont pas des crampes. Il cite plusieurs exemples. La douleur n'accompagne pas nécessairement, selon Duchenne, les troubles fonctionnels; la douleur serait provoquée quelquefois par une névralgie temporaire (Obs. CCXXIX).

Citons encore une dernière remarque de Duchenne : « L'exercice de certains mouvements volontaires produit quelquefois la paralysie temporaire d'un ou de plusieurs muscles qui concourent à ces mouvement. Cette paralysie fonctionnelle affecte les mêmes muscles que le spasme fonctionnel » (Obs. CCXXX et CCXXI).

En dehors de la crampe, en résumé, peuvent se trouver : 1° des paralysies plus ou moins complètes; 2° des tremblements musculaires ; 3° des convulsions choréiformes; 4° des troubles de la sensibilité musculaire; 5° des troubles de la sensibilité cutanée.

Gallard consacrait jadis une longue leçon clinique à la Pitié sur la *crampe des écrivains*, et présenta deux cas atteints de cette affection. Le premier cas était un jeune homme de dix-huit ans qui, dès l'âge de dix ans, fut employé dans une étude d'avoué à copier des rôles. Il changea de profession à l'âge de quinze ans et demi et devint commis mercier. Deux ans après avoir cessé d'écrire, il commença à se plaindre de la fatigue en écrivant. Après vingt minutes d'écriture, la main devenait lourde, « l'index et le médius se raidissaient, s'étendaient de plus en plus; la flexion de ces doigts, si nécessaire à l'acte d'écrire, devenait bientôt impossible, et ce jeune homme se voyait obligé de suspendre son travail. » Les accidents s'aggravèrent; l'anesthésie apparut et le désordre fut plus complet et se généralisa. L'attitude des doigts n'était pénible que lorsqu'ils se trouvaient en contact avec une plume ; « rien de pareil ne se produisait toutes les fois que les muscles des avant-bras entraient en contraction pour un autre usage. » Au moment où il présente le malade, il faisait remarquer que le malade, tout en écrivant lentement un nom, ne présente aucune trace de trémulation. Voici, d'après le docteur Gallard, l'examen de son écriture : « Les lignes sont loin d'être parallèles, comme dans l'écriture courante d'une personne qui est en pleine possession de la liberté de ses mouvements; elles s'élèvent et s'abaissent avec une grande irrégularité. Les lettres qui forment chaque mot n'ont pas toutes des dimensions égales : certains jambages de L ou de B montent très haut, empiètent même sur la ligne supérieure; d'autres, au contraire, ne présentent que des dimensions très réduites. Les pleins et les déliés se succèdent sans ordre, ou plutôt l'ordre habituel est souvent interverti, un plein se trouve à la place d'un délié et réciproquement » (p. 450). Ces désordres atteignent le maximum quand le malade se sert de la plume, il préfère pour ces raisons se servir du crayon. Les troubles fonctionnels, après avoir été limités à l'acte d'écrire, se font sentir à la longue « dans tous les actes qui exigent une certaine coordination des mouvements des doigts ». Le docteur Gallard faisait remarquer à ses élèves que son malade n'avait jamais eu des crampes à proprement parler, mais « une simple contracture, non douloureuse, bientôt suivie d'un certain degré d'anesthésie et de paralysie de la sensibilité tactile » (p. 451).

Son second cas était un employé d'administration, âgé de quarante-sept ans, auquel M. Gallard avait donné des soins depuis plusieurs années, mais malheureusement infructueux. Il était entré à l'âge de vingt-cinq ans dans l'administration, et comme son écriture laissait à désirer, il prit quelques leçons qui modifièrent sensiblement sa manière d'écrire. Il eut à lutter pendant de longues années pour assurer à son écriture une forme définitive. Plus tard, étant obligé d'écrire sur des livres de caisse, donc rapidement et sans prendre ses aises, il commence à éprouver de la fatigue dans l'avant-bras et dans la main. Atteint de rhumatisme à l'épaule droite pendant la guerre, il éprouve tout d'abord une certaine gêne seulement des mouvements de l'épaule, puis des contractures, des véritables crampes douloureuses des doigts. « Ces crampes affectaient surtout l'indicateur, qui se contractait sur le porte-plume de façon à le briser ou à le tordre, et qu'accentuait parfois le mouvement de flexion de ce doigt, à tel point que l'extrémité de l'ongle marquait son empreinte dans la paume de la main; le médius ne tarda pas à être entraîné dans le même mouvement de flexion convulsive et l'écriture devint absolument impossible » (p. 453).

Pendant longtemps cet homme chercha à dissimuler son infirmité de crainte de perdre sa place, cherchant les positions les plus étranges pour pouvoir écrire. Changé de service, il collait des timbres mobiles sur les quittances; sa main droite fonctionnant toujours irrégulièrement, « elle avait de la peine à bien saisir ces petits carrés de papier pour les passer sur l'éponge mouillée ». L'inhabileté réapparaissait toutes les fois qu'il s'agissait d'une contraction régulière et bien coordonnée des muscles des doigts; « il lui était impossible de saisir une épingle pour la fixer sur une étoffe, de faire le nœud de sa cravate, de tourner les feuillets d'un livre, de jouer aux cartes ». Les troubles de la mobilité se produisaient

surtout dans les mouvements que nécessitaient la flexion et l'extension alternative des doigts. Pour obtenir le résultat voulu, le malade faisait comme tous ceux atteints de la crampe des écrivains, il essayait de supprimer l'extension et de plier les quatre derniers doigts dans la main de façon à opposer au pouce, non plus l'extrémité de l'un ou de l'autre de ces doigts, mais bien la face externe des deux premières phalanges de l'indicateur » (p. 455).

Le docteur Gallard cite encore le cas publié par Duchenne (*Ibid.*, p. 1022) et il conclut que ces malades ne sont pas atteints, à proprement parler, d'une crampe.

Une crampe est une contraction spasmodique involontaire et elle n'existait pas chez tous ses malades; dans un seul cas, il a pu constater nettement cette crampe véritable. Chez les malades observés par le docteur Gallard à la Pitié, les désordres des mouvements peuvent se produire aussi pendant d'autres actes que ceux de l'écriture. Ce serait une erreur de croire, selon Gallard, que ces muscles qui se crampent pendant l'acte de l'écriture sont dociles à l'exécution d'autres mouvements. La main ne demeure pas « apte à accomplir tous les autres mouvements »; l'examen de ses malades fait foi de ses affirmations cliniques. Il cite encore à l'appui les observations de Duchenne pour montrer la variété des crampes fonctionnelles professionnelles, crampes qui attaquent presque tous les groupes de marche de la dynamique organique, depuis le péronier latéral jusqu'au sterno-cléido-mastoïdien. La maladie n'est pas spéciale aux écrivains, et il partage complètement l'avis de Duchenne (de Boulogne) pour qu'on appelle cette maladie : « spasme et impotence fonctionnelle », mais il n'est pas d'avis de garder le mot spasme, et il propose de le dénommer tout court : *impotence fonctionnelle.* Il y a dans tous les cas, non pas faiblesse ou exagération de la contractilité musculaire, non pas impuissance d'agir, mais seulement impossibilité d'obtenir une action régulière et bien coordonnée, ce qui constitue, à proprement parler, une véritable « impotence, bien plus qu'une gêne causée par une lésion anatomique quelconque ».

Belmondo tout dernièrement (1896) a voulu joindre aux formes de crampes fonctionnelles décrites une forme dont le symptôme unique prédominant serait l'ataxie; « les contractions spasmodiques proprement dites, tant cloniques que toniques, de la main et de l'avant-bras sont insuffisantes pour rendre compte du trouble grave de l'écriture. »

Son cas l'oblige à penser à l'existence d'un choc traumatique ancien de la main droite, au moment où il apprenait à écrire.

J'ai eu l'occasion de l'examiner et de suivre de près trois cas de *crampes d'écrivain*. Voici, en résumé, leurs observations :

Observation I. — Sujet bien portant. Aucune hérédité névropathique. Des goutteux dans la famille, mais qui n'en a pas? Agé de trente-quatre ans. Ecrivain, littérateur. Il a remarqué depuis sept mois que sa main ne supportait guère la plume quand il écrivait, quand il *créait*. Dans des travaux de copie cette sensation disparaissait, mais pour apparaître violemment dès qu'il s'agissait de l'écriture spontanée, de la plus simple phrase écrite sans dictée, sans modèle. Au moment où nous avons pu l'examiner, il lui était impossible d'écrire spontanément même une lettre d'une certaine longueur et pour faire sa correspondance il passait toute sa journée. Le pouce se contractait spasmodiquement, l'index devenait raide et la main s'ouvrait rythmiquement et chroniquement, de sorte que la plume ne pouvait être gardée entre les doigts longuement. Son infirmité l'ennuyait surtout parce que, vivant de sa plume, il lui était impossible de gagner sa vie. On employa l'électricité, des plumes de toute forme, lourdes, légères; la série des calmants fut vite épuisée et l'hydrothérapie ne faisait que l'énerver davantage. J'eus l'idée d'employer l'hypnotisme. Le sujet était suggestionnable, mais on n'a pu l'endormir qu'au bout de quatre séances ayant une certaine animosité contre l'hypnotisme.

Au bout de quatre mois de traitement pendant lequel on lui suggéra au commencement, deux fois par semaine et ensuite une fois, que sa main était « engourdie » et qu'elle pouvait très bien s'adapter à écrire et sans pour cela qu'il fasse autre exercice que celui de copier. Chaque jour il copiait soit des pages de ses anciens écrits, soit des pages d'auteurs classiques. Il lui était défendu de faire le moindre essai d'écriture spontanée. Au réveil, sa main était laissée légèrement engourdie. Il faut ajouter que le sujet ne présentait aucun trouble sensoriel. Au bout de deux mois le sujet commença à écrire d'abord pendant le sommeil hypnotique et quelque temps après, avant même la fin du troisième mois, il commença à écrire, mais il ne pouvait qu'écrire tout doucement, lentement et éprouvant une certaine gêne dans l'épaule et au coude. Le malade fut guéri et il recommença sa vie, gardant de son infirmité une vague appréhension toutes les fois qu'il s'agissait de commencer un travail et une impossibilité d'écrire aussi vite comme auparavant. Laissé à voler de ses propres ailes, il eut une rechute, mais assez légère, au bout de sept mois, mais depuis, voici trois ans, qu'il continue à travailler sans se plaindre d'autre chose que de l'impossibilité de suivre sa pensée, « d'écrire vite ».

Observation II. — Il s'agit d'un fonctionnaire comptable, âgé de vingt-sept ans. Hérédité un peu sujette à caution. Mère nerveuse, sœur malade (crises?) et grand'mère épileptique. Il éprouva des spasmes connus de la crampe des écrivains à la suite de chagrins moraux. Il tomba amoureux d'une jeune fille et pendant les longues heures du bureau sa pensée automatiquement le conduisait vers la personne, qui coquette ne faisait que vaguement attention à ses exploits. La jeune fille se maria; sa main devint petit à petit lourde et incapable à tenir la plume. Il associa subconsciemment les gestes de colère avec celui de tenir sa plume. Il s'ingénia pendant plus de quatre mois à changer de plume, à faire recours à tous les artifices aussi savants qu'inutiles, mais son mal ne faisait qu'augmenter. Il avait en outre peur de perdre sa place. Il obtint un congé; à plusieurs

reprises il vint se soigner à Paris. Il suivit des conseils médicaux nombreux; l'électricité galvanique améliora un peu son état de santé, mais seulement pendant une très courte durée. L'hypnotisme le rendit à son travail à la suite d'une trentaine de séances, pendant lesquelles on essaya de mettre au second plan ses préoccupations sentimentales. Aucune récidive depuis un an et demi.

Observation III. — Journaliste, âgé de quarante ans. Activité forcée et pris à toute heure par des articles d'informations. Il a toujours écrit dans des mauvaises conditions d'hygiène, écrivant dans le train, au coin d'une table de café, sur un calepin, etc. Son écriture devint à peine déchiffrable pour ses imprimeurs habituels. Vers l'âge de trente-quatre ans, il s'est aperçu qu'il avait une certaine difficulté à faire ses articles, à les écrire, la plume devenait lourde, ses doigts gesticulaient sur la plume ou se raidissaient capricieusement. Quand ils l'ont examiné, il suivait des traitements de neurasthénie, il prenait des quantités considérables de bromure, des douches, après avoir pris de la belladone pendant des semaines. Son mal ne faisait qu'empirer. Il mettait deux heures à écrire un article, qui habituellement lui demandait une demi-heure et il était forcé de faire appel à toute son énergie pour lutter contre les raideurs de ses doigts. Il pouvait donc encore écrire; la main n'était pas arrivée au maximum de contracture, mais le travail était pénible, angoissant et son attention s'épuisait rapidement. Par quelques séances d'hypnose, aidées avec du repos et une discipline de sa vie, on est arrivé à diminuer l'angoisse et les crampes spasmodiques des doigts, tout en ayant soin de laisser la main du sujet un peu engourdie après le réveil.

Näecke (d'Hubeurtusburg) vient tout dernièrement de publier quelques remarques cliniques très précises sur la crampe des liseurs : « crampe de la nuque ». Cette crampe, comme toutes les autres d'ailleurs, se développe sur des terrains prédisposés et de préférence neurasthéniques. Son cas personnel est un exemple. Cette crampe est causée par l'inclinaison trop prolongée de la tête pendant de longues heures consécutives. La tête se penche surtout du côté gauche, selon Näecke, car la position du livre n'étant jamais droite, la tête suivrait cette position du livre, dictée parfois par la lumière, il faut le dire. On garderait même, en dehors de toute crampe, cette habitude de tenir la tête dans cette position stéréotypique, pendant la marche, ou encore pendant la position debout. La myopie et les vices de réfraction accentueraient cette inclinaison de la tête. Näecke cite encore comme cas : l'usage des lunettes, l'effort mental pour mieux voir et l'éclairage insuffisant. Sur l'auteur même ces causes n'agissent pas lorsqu'il écrit durant des heures entières; il n'éprouve pas les mêmes troubles que lorsqu'il lit, quoique les conditions seraient encore plus mauvaises et les vices de réfraction identiques. La tension nerveuse épuiserait les muscles, tout comme dans la crampe des écrivains les muscles finissent par se fatiguer.

Rappelons, à titre de document, qu'en dehors des écrivains et des liseurs on a publié des cas de *crampe des pianistes* (Duchenne, Eulenburg), de *crampe des violonistes* (Onimus, Wilhelm), de *crampe des cordonniers, des tailleurs, des couturières* (Clemens, Locher-Balber, Miller, Stich, Simon, Thielmann), la *crampe des forgerons* (Duchenne, Franck Smith, Eulenburg), *crampe de la traite* (v. Basedow, Wilde), *crampe des télégraphistes* (Onimus), *crampe des cigarières* (Wilde), *crampe des horlogers* (v. Mitchell, Wilde), *crampe des danseuses* (Schultze, Kraussold, Onimus), *crampe des photographes* (Napias), etc.; en somme, toutes les crampes fonctionnelles possibles. Je ne connais pourtant aucun cas de crampe de dactylographes et l'explication est possible, car la main joue un rôle automatique et ne modèle rien, ne subit aucune modification subconsciente, comme par exemple dans l'acte de l'écriture.

P. Bonnier signala un cas de crampe professionnelle symptomatique de la maladie de Bright. « Il serait intéressant, conclut l'auteur, de rechercher dans quelle proportion les crampes professionnelles, si fréquentes et souvent si tenaces, comme celles-ci, céderaient à un traitement symptomatique justifié par la recherche, souvent négligée, de l'état brightique, dont elles semblent pouvoir être le premier et, pendant longtemps, l'unique symptôme. »

(*A suivre.*)

ANALYSES

MEDECINE

Contribution à l'étude histologique du cancer de l'estomac; classement des types. (Hayem. *Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*, n° 5, mai 1907, p. 257-275.) — D'après leur structure, les cancers de l'estomac doivent être divisés en trois catégories : épithéliomas, carcinomes, épithélio-carcinomes.

Epithéliomas. — Pour comprendre le cancer de l'estomac, dit M. Hayem, il faut partir, non de l'élément épithélial, mais de la glande. Il existe deux sortes de glandes gastriques : glandes à mucus, glandes à sécrétion spécifique. Les premières comprennent l'épithélium cylindrique de la surface et des goulots glandulaires et la membrane propre sur laquelle il s'implante; les secondes comprennent les tubes glandulaires et leurs digitations, et se décomposent en deux sections : l'appareil pylorique, assez réduit chez l'homme, et l'appareil peptique, fort étendu.

Ceci étant posé, lorsque la cause inconnue du cancer atteint l'appareil muqueux, celui-ci se met à végéter, et la végétation portant en même temps sur l'épithélium cylindrique et sur la membrane basale, on voit apparaître des formes glandulaires plus ou moins atypiques, mais ayant toutes pour caractère commun d'être constituées, au moins au début, par de l'épithélium cylindrique reposant sur une membrane basale. Ce sont des épithéliomas. L'épithélioma de l'estomac (cancer adénomateux de quelques auteurs) est donc une affection de l'appareil muqueux. Il comprend plusieurs variétés. Selon la forme des glandes ou parties de glandes néo-formées, on distinguera des épithéliomas ampullaires, racémiformes, tubu-

leux, rubanés, mixtes. Selon les divers modes de groupement des parties glandulaires, on peut décrire des épithéliomas réticulés, continus, en semis, lobulés et polylobulés, nodulaires et polynodulaires, kystiques. Enfin, suivant l'état des éléments épithéliaux, il y a lieu d'envisager isolément les épithéliomas simples, à couches stratifiées, à cellules dégénérées.

Carcinome. — Souvent, le cancer de l'estomac est constitué par des éléments tantôt disséminés sans aucun ordre dans le stroma, tantôt disposés en amas ou en colonnes pleines ne présentant ni lumière, ni ordination de cellules. On a alors affaire au carcinome ou cancer infiltré, dont il y a lieu de distinguer deux types : carcinome type ou infiltré pur, carcinome semi-infiltré ou columnaire. Le premier prend toujours naissance au niveau de tubes glandulaires ayant conservé le type pylorique ou le type peptique, et l'appareil muqueux, s'il est pris, ne l'est que secondairement. Le second se caractérise par l'existence, dans un cancer infiltré, de colonnes cellulaires anastomosées, et semble, lui aussi, avoir pour point de départ la partie tubuleuse des glandes préexistantes.

Epithélio-carcinome. — C'est une tumeur complexe, constituée par un mélange d'épithélioma à cellules cylindriques et de cancer infiltré. Il en existe deux variétés distinctes, suivant que la néoplasie prend cette forme mixte d'emblée, ou que la production du carcinome infiltré se montre dans le cours du développement d'un épithélioma. L. BABONNEIX.

Des albuminuries intermittentes (Revue critique). (A. Daversin. Th. de Paris, 1906; A. Michalon, édit.) — Le seul fait de l'intermittence dans l'élimination de l'albumine ne donne pas à cette albuminurie une valeur séméiologique particulière. Si, en effet, dans nombre de cas, l'intermittence est fonction d'une albuminurie curable, elle peut être chez d'autres l'expression d'une néphrite urémigène.

Pour apprécier sa valeur séméiologique exacte, il est nécessaire d'un examen précis des conditions dans lesquelles elle se présente et de l'organisme sur lequel elle évolue.

L'albuminurie orthostatique a pour cause nécessaire et suffisante la station debout. Le terrain sur lequel elle s'établit est prédisposé par une hérédité arthritique ou nerveuse aux troubles de la vaso-motricité. D'autre part, son évolution favorable, l'innocuité qu'ont pour elle les maladies infectieuses et la grossesse l'ont fait considérer comme un simple trouble fonctionnel d'ordre mécanique. Cependant plusieurs observations prouvent l'origine infectieuse de cette albuminurie, démontrent l'existence de quelques symptômes d'insuffisance rénale et parfois l'évolution vers l'albuminurie permanente et la néphrite.

L'albuminurie cyclique est soumise dans la majorité des cas à l'influence unique de la verticalité. C'est pourquoi la plupart des observations publiées sous ce titre doivent rentrer dans le cadre des albuminuries orthostatiques. Les albuminuries cycliques authentiques sont rares et ne présentent pas toujours le cycle urologique qu'on a dit être leur particularité.

Les albuminuries produites exclusivement par la digestion sont exceptionnelles. Cependant on a pu reconnaître dans l'urine la présence d'albumines alimentaires incomplètement élaborées par les organes d'assimilation. Le plus souvent la digestion n'a pour rôle que de mettre en évidence une albuminurie rénale.

L'albuminurie prétuberculeuse, qui aurait pour caractéristique le cycle matinal, relève vraisemblablement de l'action directe du bacille sur le rein.

L'hémoglobinurie paroxystique donne parfois naissance à des crises d'albuminurie.

L'hémoglobinurie musculaire permet peut-être d'expliquer certaines albuminuries provoquées par le froid, la fatigue, les crises nerveuses.

Les intermittences dans l'élimination de l'albumine s'observent aussi bien dans les albuminuries dites fonctionnelles que dans les néphrites confirmées et ce sont les mêmes causes qui provoquent les unes et les autres. En plus de l'action de la fatigue, du froid, de la digestion, de la station debout, nous mentionnons celle de la station à genoux et de la position assise ou couchée, l'influence du travail cérébral, des émotions, des orages, de la menstruation. Toutes ces influences agissent comme des réactifs capables de mettre en évidence l'altération du rein; l'orthostatisme est, entre tous, le plus sensible des réactifs.

L'origine rénale des albuminuries semble la théorie pathogénique la plus admissible; les troubles circulatoires n'agissant qu'à la faveur d'une lésion pour produire les intermittences.

L'intermittence d'une albuminurie n'a par elle-même aucune valeur pronostique. Bien que la plupart de ces albuminuries aient une évolution bénigne, quelques réserves sont dans tous les cas indiquées.

Le traitement doit être hygiénique et viser surtout l'état général. Mais il ne doit pas perdre de vue qu'il existe au rein un danger. L. GAYARD.

Premières applications d'ophtalmo-réaction à la tuberculine. (Grasset et Rimbaud. Soc. des sc. méd. de Montpellier, 5 juillet 1907.) — La réaction a été positive dans les cas suivants : quatre tuberculeux avec bacilles, trois tuberculeux cliniques sans bacilles, cinq tuberculeux douteux, un non tuberculeux; elle fut *négative* chez un tuberculeux clinique (sans bacilles), chez trois malades douteux et chez quatorze non tuberculeux.

S'appuyant sur les résultats obtenus jusqu'à ce jour, les auteurs sont d'avis que le professeur Calmette a donné à la clinique un procédé de la plus grande valeur pour le diagnostic de la tuberculose.

Mais, malgré l'absence de difficultés techniques, ce procédé ne peut pas et ne doit pas être mis entre les mains de tous à cause des difficultés d'interprétation et de l'émotion que pourraient éprouver d'une réaction positive des sujets porteurs de lésions tuberculeuses minimes et parfaitement curables.

L. GAYARD.

MEDECINE INFANTILE

La radioscopie dans la pneumonie de l'enfant. (Weill et Thévenot. *Arch. de méd. des enf.*, juillet 1907, p. 385-392.) — La pneumonie vraie avec exsudation fibrineuse donne, presque toujours, chez l'enfant, des signes physiques nets, parfois tardifs, et une zone obscure bien délimitée à l'examen radioscopique. La broncho-pneumonie à foyers disséminés et les poussées de congestion pulmonaire ne donnent, à l'écran, aucune ombre nette. Quant aux pneumonies centrales, elles se caractérisent par ce fait qu'elles ne donnent lieu à aucun signe physique d'hépatisation, mais, par contre, manifestent leur existence par une ombre radioscopique nette : d'après MM. Weill et Thévenot, elles seraient exceptionnelles.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Les fractures du col chirurgical de l'humérus chez l'enfant. (A. Bertrandon. Th. de Paris, 1907; A. Michalon, édit.) — Les fractures du col chirurgical de l'humérus ne sont pas très rares chez l'enfant. Leur fréquence, rapportée à celle des fractures de l'extrémité inférieure de cet os, semble dans le rapport de 1 à 6 environ.

La fracture basse, c'est-à-dire siégeant au-dessous du cartilage de conjugaison, semble occuper une place prépondérante parmi les fractures du col chirurgical avant l'âge de quinze ans.

Le décollement épiphysaire, plutôt exceptionnel avant quinze ans, deviendrait plus fréquent de quinze à vingt et un ans.

La fracture avec engrènement des fragments s'observe plus fréquemment que les autres variétés (fractures sous-périostées et fractures à fragments libres).

La radiographie est indispensable aussi bien pour faire le diagnostic de la variété anatomique de la fracture que pour guider les manœuvres de réduction du chirurgien.

Les fractures du col chirurgical doivent être soigneusement réduites toutes les fois que la déformation est notable.

La méthode classique de M. Hennequin n'est pas toujours suffisante. Il y a lieu, dans certains cas, en particulier dans les fractures fortement engrénés, de faire la réduction sous chloroforme et d'appliquer un appareil réalisant une immobilisation plus parfaite que l'appareil en H.

L. Gayard.

PSYCHIATRIE

Délire névropathique associé à une aliénation mentale à lésion organique. (Jacquemet et Ch. Pezet. Soc. des sc. méd. de Montpellier, 21 juin 1907.) — M. J..., entré à la clinique des maladies mentales et nerveuses (professeur Mairet) le 10 octobre 1906, présente dès le début les symptômes de la paralysie générale. Le délire est un délire de jalousie dont on peut retrouver très haut les racines chez le malade lui-même qui a reçu cette passion pathologique de ses ascendants (branche paternelle : le père, trois oncles ou tantes jaloux) et l'a transmise à son fils. Les deux sortes d'aliénation évoluent côte à côte, gardant une certaine indépendance. Plus de huit mois après l'internement, tout permet de maintenir le diagnostic de *folie nécro-organique* qui a été porté à l'entrée.

L. Gayard.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

De la nature des globules rouges ponctués. (Speroni. *Bull. de la Soc. anat.*, 1907, p. 36.) — Ce sont des globules rouges présentant de fines granulations colorables par le bleu de méthylène, et qui représentent des vestiges de noyaux en caryorexis. Cet aspect appartient aux anémies graves.

L. Alquier.

De la migration des globules blancs mononucléaires. (Speroni. *Bull. de la Soc. anat.*, 1907, p. 38.) — L'auteur montre et décrit, dans un cas de méningite tuberculeuse subaiguë, la diapédèse de gros leucocytes mononucléés, à protoplasma basophile, qu'il distingue des plasmazellen et des cellules endothéliales, et qui présentent des propriétés macro et microphagiques.

L. Alquier.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de technique opératoire (1), par MM. Ch. Monod, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, et J. Vanverts, ancien chef de clinique à la Faculté de Lille, membre correspondant de la Société de chirurgie.

Le succès remporté par cet ouvrage prouve qu'il répondait à un besoin. Dans cette seconde édition, les auteurs ont apporté un grand nombre d'améliorations et d'additions. La plus importante de celles-ci a été l'introduction, dans le premier volume, des chapitres : *Ligatures des artères* et *Amputations des membres.* Parmi les principales additions, nous signalerons : l'indication sommaire, mais aussi complète que possible, des nombreuses substances employées aujourd'hui soit comme antiseptiques, soit comme anesthésiques locaux, que le chirurgien ne peut ignorer; l'étude de l'intervention dans les ankyloses; celle de l'oblitération des anévrismes, des anastomoses artério-veineuses et veino-veineuses, des transplantations périostales des tendons, des anastomoses spino et hypoglosso-faciales, des injections anesthésiques aux points d'émergence à la base du crâne des branches du trijumeau, de la suture de la moelle, des injections épidurales, des injections rétrorectales de sérum artificiel, des injections prothétiques, de paraffine, de la résection et de la suture de la trachée, de la laryngoplastie et de la trachéoplastie, de la bronchoscopie, de la bronchotomie, de la chirurgie du thymus, de la cure des fistules congénitales du cou, de la ponction du cœur, de la chirurgie de l'épiploon (omentopexie), de la chirurgie du pancréas, de la chirurgie de l'inversion de l'utérus, de l'intervention dans les phlébites utéro-pelviennes puerpérales, des nouveaux procédés en cours pour la chirurgie viscérale (poumon, cœur, estomac, foie, intestin, reins, vessie, prostate), etc., sans compter l'augmentation considérable du nombre des figures. Les auteurs ont, cette fois encore, apporté tous leurs soins à la confection des index bibliographiques.

Ainsi augmentée, cette seconde édition résume l'état actuel de la technique opératoire, si changeante et tant perfectionnée depuis quelques années. Cet ouvrage est destiné à tous ceux qui s'occupent de chirurgie; ils pourront, en le parcourant, se remémorer en quelques instants les détails d'une opération et, à ce titre, il leur rendra les plus grands services.

L. Gayard.

Tuberculose humaine et tuberculoses animales (2), par Batier.

Le travail de M. Batier, un des meilleurs élèves de M. Arloing, est une vaste et consciencieuse étude d'ensemble sur l'unicité de la tuberculose chez les vertébrés. Elle aboutit aux conclusions suivantes, dont il est inutile de souligner l'importance :

I. La tuberculose est une maladie infectieuse spécifique, contagieuse, et inoculable, commune à tous les vertébrés, se

(1) Deuxième édition entièrement refondue. — T. I, gr. in-8, de XII-1016 p., avec 1189 fig. dans le texte. — Prix : 20 francs. — Le t. II, actuellement sous presse, sera vendu 18 francs. A dater de l'apparition du t. II, le t. I ne sera plus vendu séparément et le prix de l'ouvrage complet sera porté à 40 francs. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8. — Paris, 1907. F. Alcan, édit.

présentant au point de vue anatomique et clinique sous des aspects divers, mais relevant dans tous les cas du même parasite microbien, le bacille tuberculeux.

II. L'action incessante du milieu ambiant sur le bacille tuberculeux lui imprime des caractères qui varient avec le milieu, et qui sont d'autant plus tenaces que cette action s'est prolongée plus longtemps dans le même sens. Cela explique les différences que l'on constate entre les divers bacilles tuberculeux, et les variations que présente, au cours de son évolution dans le temps, chacun de ces bacilles.

III. La distinction des variétés ou *types* de bacilles « est purement conventionnelle et schématique, car elle repose sur des caractères qui ne sont qu'habituels », mais inconstants et inégalement prononcés (Gratia).

IV. Toutefois l'organisme des vertébrés à sang froid offre des conditions de vie trop particulières aux bacilles tuberculeux pour qu'ils n'y aient pas pris, à la longue, des caractères si spéciaux que, en dehors du laboratoire, leur transformation en bacilles des animaux à sang chaud, et de même la transformation inverse, doivent être exceptionnelles.

V. Les bacilles d'origine aviaire sont d'ordinaire assez nettement différenciés des bacilles d'origine humaine, ou bovine; mais on peut leur donner expérimentalement les caractères des bacilles de l'homme, et inversement on peut donner aux bacilles de l'homme les caractères des bacilles aviaires. Dans les conditions naturelles, le passage des bacilles tuberculeux de l'homme aux oiseaux et des oiseaux à l'homme est assez rare.

VI. Il n'existe pas de caractère constant qui permette de distinguer les bacilles d'origine humaine des bacilles d'origine bovine. Ceux-ci sont, en général, plus virulents que la plupart des bacilles d'origine humaine; mais on rencontre chez l'homme des bacilles aussi virulents que ceux du bœuf. D'autre part, tout permet de supposer que la virulence plus grande des bacilles d'origine bovine se manifeste sur l'homme comme sur les bovidés, les moutons et les porcs.

En conséquence, il y a lieu de ne pas perdre de vue le grand danger que constitue la tuberculose bovine, pour l'homme adulte et surtout l'enfant, et de continuer à prendre des mesures pour éviter la consommation des produits alimentaires contaminés.

L. BABONNEIX.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Voyages circulaires à itinéraires fixes. — La gare de Paris-Lyon, ainsi que les principales gares situées sur les itinéraires, délivrent, toute l'année, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes, extrêmement variés, permettant de visiter, à des prix très réduits, les contrées les plus intéressantes de la France, ainsi que l'Algérie, la Tunisie, l'Italie et l'Espagne.

Les renseignements les plus complets sur les voyages circulaires et d'excursion (prix, conditions, cartes et itinéraires), ainsi que sur les billets simples et d'aller et retour, cartes d'abonnement, relations internationales, horaires, etc., sont renfermés dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M.

Voyages circulaires à itinéraires facultatifs sur le réseau P.-L.-M. — La Compagnie délivre toute l'année, dans toutes les gares, des carnets individuels ou de famille pour effectuer en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraires tracés par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui peuvent atteindre, pour les carnets de famille, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de : 30 jours jusqu'à 1 500 kilomètres; 45 jours de 1 501 à 3 000 kilomètres; 60 jours pour plus de 3 000 kilomètres. Elle peut être prolongée deux fois de moitié moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du carnet. — Arrêts facultatifs.

Pour se procurer un carnet individuel ou de famille, il suffit de tracer sur une carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., les bureaux de ville et les agences de voyages, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte 5 jours avant le départ à la gare où le voyage doit être commencé, en joignant à cet envoi une consignation de 10 francs. Le délai de demande est réduit à 2 jours pour pour certaines grandes gares.

Pour plus amples renseignements, consulter les affiches publiées par la Compagnie, ou s'adresser au bureau P.-L.-M. de la rue Tiquetonne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Une méthode simple pour l'analyse de l'eau spécialement recommandée aux officiers médicaux du service militaire, par John C. THRESH, M. D. (Vic.), D. Sc. (Lond.), D. P. H. (Camb.), lecteur et examinateur de l'Université de Londres. Traduction sur la cinquième édition anglaise (1904), par MM. les docteurs MAGNIER, interne à l'asile de Maréville, et THIRY, G., chef du laboratoire de bactériologie des cliniques de l'Université de Nancy. — Londres, J. et A. Churchill, 7, Great Marlborough Street.

N° 100. — MARDI 3 SEPTEMBRE 1907. 80e ANNÉE. MARDI 3 SEPTEMBRE 1907. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LES NOUVEAUX HOPITAUX MILITAIRES. — Le sous-secrétaire d'Etat à la guerre vient d'adresser à MM. les commandants de corps d'armée une circulaire relative à la construction des nouveaux hôpitaux militaires.

Cette circulaire renferme les instructions arrêtées sur l'avis de la commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie que préside le docteur Roux, et dont fait partie notre collaborateur Courtois-Suffit. Elle porte comme principe qu'aucun hôpital ne sera construit à l'avenir s'il ne doit répondre aux exigences actuelles de la science.

Nous extrayons du vaste programme élaboré par la commission quelques paragraphes relatifs à l'organisation des salles de malades.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES. — *Plan de masse. Répartition et aménagement des pavillons.* — L'hôpital comprendra des pavillons de malades et les bâtiments nécessaires pour l'installation des services généraux et spéciaux.

Un hôpital de trois cents lits pourra comporter deux pavillons de fiévreux, deux pavillons de blessés et un pavillon de contagieux; celui-ci sera complètement séparé de l'hôpital général tout en restant desservi par les mêmes organes généraux à la faveur de dispositions spéciales maintenant son isolement.

Pour éviter de multiplier les bâtiments, les officiers et les sous-officiers, en raison de leur petit nombre, pourront être logés à l'étage du pavillon de l'administration.

Le plan général de l'hôpital sera subordonné aux dispositions du terrain choisi. On se conformera toutefois aux règles générales ci-après : les pavillons de malades, le pavillon de l'administration, celui des bains et des cuisines, le pavillon des services spéciaux (bactériologie, radiographie, etc.), seront groupés au centre et reliés entre eux, au rez-de-chaussée, par des galeries couvertes, fermées par des châssis vitrés mobiles.

Sur les côtés trouveront place : le casernement des infirmiers, et les autres dépendances : buanderie, service de désinfection, dépôt mortuaire, ateliers, etc.

Les parties libres du terrain seront transformées en jardins et en cours, aménagés de manière à attribuer, autant que possible, un secteur à chaque catégorie d'hospitalisés (fiévreux, blessés et divers groupes de contagieux).

Un mur d'enceinte clôturera le tout. Un chemin intérieur longera ce mur et les bâtiments annexes qu'il desservira. Des bouches d'incendie seront établies à la portée des bâtiments.

SOLS, PAROIS, FENÊTRES, MOBILIER. — Dans tous les pavillons de malades, on se conformera aux règles générales ci-après :

Le sol sera imperméable pour permettre le nettoyage humide; à cet effet, aux parquets on préférera la céramique ou les aires minérales (xylolith, porphyrolith) si les expériences en cours donnent des résultats satisfaisants.

Les parois seront recouvertes de peinture à l'huile ou d'enduit vernissés et la partie inférieure de ces parois, sur 1 mètre de hauteur, sera revêtue en matériaux imperméables.

Les angles seront arrondis.

Les fenêtres seront larges et descendront à 80 centimètres du sol de façon à assurer un bon éclairage et une bonne aération. Elles seront opposées dans les salles communes. Dans les chambres individuelles, à la fenêtre unique, s'opposera une porte vitrée disposée pour faciliter l'aération.

Les couchettes en fer supporteront des sommiers métalliques sans ressorts à boudin.

Les tables de nuit seront constituées par un châssis métallique avec tablettes imperméables.

Des crachoirs collectifs seront placés à hauteur convenable au-dessus du sol.

Les crachoirs individuels et collectifs les plus recommandables sont ceux qui nécessitent le minimum de manipulations, tels sont les crachoirs en carton imperméable qui peuvent être facilement incinérés, contenant et contenu. Si l'on fait usage de crachoirs en porcelaine ou en métal émaillé, ils seront garnis d'un antiseptique et désinfectés au poste de salubrité à l'aide d'appareils spéciaux et par les soins d'un personnel exercé.

Les seaux dits hygiéniques seront sans moulures et d'un nettoyage facile.

Des sacs en toile épaisse ou des récipients métalliques à couvercle recevront les linges souillés qui seront ainsi transportés au local de la désinfection.

Ces linges seront placés dans des bacs de trempage remplis d'un liquide alcalin antiseptique.

On évitera l'usage des trémies allant au sous-sol parce leurs parois internes, une fois souillées, sont difficiles à désinfecter.

Le chauffage sera assuré à l'aide d'un des procédés de chauffage par la vapeur (usine centrale ou calorifère à vapeur à basse pression, installé dans une cave de chaque pavillon).

L'éclairage électrique est recommandé et à son défaut, l'éclairage au gaz; dans ce dernier cas, les salles de malade seront éclairées de l'extérieur. Si des prises de gaz doivent être établies dans les salles de malades pour servir à chauffer quelques boissons ou médicaments, elles seront munies de robinets à clef.

Les latrines seront autant que possible du système du tout à l'égout; les eaux résiduaires, si elles ne sont pas déversées dans les égouts urbains, seront épurées avant d'être jetées dans des cours d'eau.

Les matières de vidange et les liquides souillés venant des pavillons de contagieux seront désinfectés soit par la chaleur, soit par des agents chimiques avant d'être rejetés à l'égout.

Toutes les canalisations faites sur les bâtiments seront apparentes et disposées de façon à être facilement surveillées et réparées.

Dispositions particulières. — Les pavillons seront disposés parallèlement à l'effet d'assurer à toutes les chambres la meilleure orientation suivant le climat. Dans les régions moyennes de la France, à moins d'indications spéciales, leur grand axe sera dirigé nord-sud, les façades regardant l'est et l'ouest.

Ils comprendront un rez-de-chaussée surélevé et un étage surmonté de combles inhabitables. Ils contiendront de 50 à 60 lits environ répartis entre le rez-de-chaussée et l'étage.

Les salles communes ne renfermeront pas plus de 6 lits; l'espace entre les lits ne sera pas inférieur à 1m50. Le nombre des chambres individuelles sera égal au quart au moins du chiffre total des lits.

Les dimensions des chambres seront calculées sur les bases de 10 mètres carrés par lit et et de 40 mètres cubes par malade.

L'eau froide et l'eau chaude seront largement distribuées à tous les étages.

Toutes les salles de malades communes et individuelles seront disposées de façon que leurs entrées soient indépendantes et que la surveillance des malades y soit facile. Pour cela, les portes et certaines cloisons seront vitrées à partir de 1m50 au-dessus du sol.

Un des moyens de remplir les conditions précédentes est de faire ouvrir les différentes pièces sur une galerie latérale munie de châssis vitrés mobiles et régnant sur la majeure partie de l'une des façades.

Pavillons de fiévreux. — Les dépendances seront de préférence groupées au centre du pavillon. Celles à prévoir au rez-de-chaussée comme au premier étage sont les suivantes :

Un réfectoire, une salle de jour, une petite salle de lecture et de correspondance, un office-laverie muni d'un chauffe-assiette et de fourneaux à gaz, un monte-charge, un poste de salubrité, une salle de bains et lavabo, une salle d'attente, des water-closets, le poste de l'infirmier de service.

On prévoira, en outre, à distribuer entre le rez-de-chaussée et l'étage les locaux suivants :

Un cabinet pour objets de pansements et liquides antiseptiques, un cabinet pour l'infirmier-major, une salle de pansements et un cabinet pour le médecin traitant.

Pavillons des blessés. — Le premier de ces pavillons sera affecté aux blessés proprement dits et l'autre aux malades atteints d'affections vénériennes et cutanées.

Les mêmes dispositions générales indiquées au paragraphe précédent sont applicables aux pavillons des blessés. Toutefois, le premier de ces pavillons comprendra, en outre, une salle d'opérations pour les septiques et une salle d'opérations pour les aseptiques. Ces installations seront complètement séparées et chacune d'elles comportera la salle d'opérations, la salle d'instruments et d'appareils, la salle d'anesthésie et de pansements, le préparatoire, le vestiaire et le lavabo.

Il faudra prévoir pour chaque salle d'opérations un appareil de chauffage spécial pour les jours où les calorifères ne seront pas allumés ou encore pour élever la température dans le cas où cela sera jugé nécessaire.

Le deuxième pavillon de blessés comprendra une salle de pansements au rez-de-chaussée et une à l'étage.

Pavillons de contagieux. — Un hôpital de corps d'armée ne reçoit pas habituellement assez de malades atteints d'affections contagieuses de nature différente, pour qu'il y ait lieu de construire autant de pavillons qu'il y a de maladies transmissibles.

L'isolement des malades contagieux pourra donc être réalisé dans un pavillon unique, mais à la condition de diviser celui-ci en sections strictement séparées, desservies par un escalier spécial et pourvues de toutes les dépendances nécessaires. Chacune des sections recevra une maladie spéciale.

Le pavillon pourra être divisé en quatre sections indépendantes : deux au rez-de-chaussée, deux à l'étage; les sections d'un même étage devront pouvoir être mises en communication par une porte qui ne sera ouverte qu'en cas de nécessité.

Lorsque les malades atteints de la même affection seront nombreux, on les logera dans les deux sections d'un même étage. On pourra aménager de la même façon un deuxième étage utilisé seulement en cas d'épidémie.

Chaque section au rez-de-chaussée et à l'étage sera pourvue des dépendances suivantes : un réfectoire, un office avec fourneau à gaz, laverie, bains et lavabos, poste de salubrité avec eau et gaz et muni d'un vidoir, vestiaire et lingerie, poste de l'infirmier de service, chambre à deux lits pour les infirmiers de service.

Dans une des sections du rez-de-chaussée, on prévoira, en outre, un cabinet pour le médecin avec petit laboratoire, une chambre pour l'infirmier-major, un dépôt de médicaments et d'antiseptiques. Cette section n'aura pas de salle commune, mais seulement des chambres individuelles aménagées pour le traitement des malades atteints de fièvre typhoïde, et comportant, à cet effet, une baignoire avec vidange siphonée et des canalisations d'eau froide et d'eau chaude.

Les autres sections comprendront deux salles communes contenant cinq lits au plus et cinq chambres d'isolement au moins.

Le service des contagieux sera séparé des autres services de l'hôpital. Les approvisionnements seront apportés à chaque section, où ils seront reçus au moyen d'une sorte d'éclusage. Les objets souillée de chaque section seront évacués par une sortie spéciale.

Le service des contagieux comprendra une vingtaine de lits au rez-de-chaussée et 25 à 30 lits à chaque étage.

Les matières fécales, les eaux souillées du pavillon de contagieux seront désinfectées avant d'être évacuées, les expériences en cours indiqueront le meilleur système : désinfection par la chaleur ou par les antiseptiques. Les ordures ménagères seront brûlées.

Bien que la présence des tuberculeux à l'hôpital doive être exceptionnelle, les règlements prescrivant leur renvoi de l'armée dès que leur affection est reconnue ou même simplement soupçonnée, les malades atteints de tuberculose pulmonaire ouverte accidentellement présents à l'hôpital seront installés individuellement dans une des sections du pavillon des contagieux.

UN DON A LA CROIX-ROUGE. — La Société de secours aux blessés militaires vient de recevoir, à titre de donation anonyme, le domaine du Mont-des-Oiseaux, situé en face des îles d'Hyères, comprenant un parc de 80 hectares, des terrasses, des jardins, une forêt de pins, un immeuble de cent vingt chambres et cinq villas jetées au milieu du parc, et représentant une valeur de 4 millions.

La Croix-Rouge va en faire un séjour de convalescence pour nos officiers blessés ou malades. Une somme de 100 000 fr. pour les premiers frais d'entretien est jointe à ce don.

CROIX-BLANCHE DE GENÈVE. — Il vient de se créer à Genève une importante organisation internationale sous le titre de Société universelle de la Croix-Blanche de Genève. Elle a pour objet de grouper les efforts faits dans tous les pays en vue de lutter contre la tuberculose, le cancer, les maladies épidémiques et infectieuses et les maladies sociales telles que l'alcoolisme, etc.

A PROPOS D'UN CAS

DE

POLYARTHRITE A STAPHYLOCOQUE DORÉ

Contribution à l'étude du rôle de l'accoutumance dans le déterminisme des localisations microbiennes.

Par MM. L. RIBADEAU-DUMAS et S.-I. DE JONG.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment un certain nombre d'infections septicémiques à staphylocoque doré. Un de nos malades, atteint d'une synovite des tendons péroniers, consécutive à une contusion avec plaie de la région malléolaire externe, présenta au cours de cette affection une série de périarthrites dont le germe pathogène semble bien avoir été ce microorganisme. Ces localisations si particulières ne sont pas à coup sûr l'effet du hasard : l'observation clinique et l'expérimentation permettent en effet d'entrevoir les conditions pathogéniques qui président à la fixation du staphylocoque sur les diverses synoviales.

Le rôle des lésions articulaires préalables est parfois évident. Avec Meslay, Mercier et Lesné, Widal a vu des arthrites ou des synovites venir compliquer une maladie infectieuse évoluant chez un saturnin goutteux, un rhumatisant chronique, ou chez un sujet ayant autrefois présenté dans la convalescence d'une fièvre typhoïde des arthropathies persistantes. Mais ces faits ne sont pas fréquents. L'expérimentation montre d'ailleurs que la loi de Max Schüller est souvent en défaut. Lannelongue et Achard avec le bacille de Koch, Vogelius, Gabbi, Del Vecchio et Parascondolo avec le pneumocoque ou d'autres microbes, n'ont pu obtenir d'arthrites chez des animaux dont ils avaient cependant lésé les articulations.

Par contre, celles-ci seront faciles à déterminer si, comme l'indiquent Bezançon et Griffon, on se sert d'un microbe de virulence atténuée, ou si l'animal infecté est en état d'immunité relative. C'est d'ailleurs la méthode que laissait pressentir l'observation clinique en mettant en évidence ces deux notions pathogéniques capitales : « Infection atténuée lorsqu'il s'agit de pseudo-rhumatisme primitif ; détermination consécutive à une maladie aiguë, à une période où l'organisme a déjà acquis un certain degré d'immunité lorsqu'il s'agit du pseudo-rhumatisme secondaire. »

Bezançon et Labbé (1) ont encore montré qu'un microbe ayant séjourné dans un tissu et y ayant produit une lésion pathologique, acquerrait par cela même une certaine tendance à se localiser dans un tissu similaire. Leurs expériences rapprochées des faits de Gilbert et Lion, Roux et Lannois, Roger et Josué, de Charrin, Mosny, Gouget, Lucet, ont montré la réalité de cette loi, pour les cas les plus divers.

Notre étude apporte, en ce qui concerne les arthrites expérimentales, un document de plus en sa faveur.

(1) F. Bezançon et Labbé. Soc. de biol., 13 janv. 1900.

Observation. — P... François, âgé de douze ans, entre le 3 septembre dans le service de M. Netter, à l'hôpital Trousseau. Cinq jours auparavant, il s'est fait en tombant une petite plaie au niveau de la malléole externe du pied gauche, et depuis est apparu un gonflement très douloureux de la jambe. A son entrée, l'enfant est extrêmement abattu, sa température est de 40°2. Localement, on constate un œdème résistant au doigt de toute la région antéro-externe de la jambe gauche. Cet œdème atteint en bas l'articulation tibio-tarsienne et s'arrête en haut à quelques centimètres du genou. A son niveau, la peau est chaude, rouge, sillonnée de quelques veines dilatées. Pas de fluctuation nette. Il n'y a ni douleur bien limitée, ni douleur transmise par percussion de la malléole ou du péroné. L'articulation tibio-tarsienne se laisse mobiliser sans douleur, malgré son gonflement apparent. Les ganglions inguinaux sont un peu tuméfiés de ce côté. L'articulation radio-carpienne gauche est douloureuse. L'enfant les jours suivants se plaint encore du coude et de l'épaule du côté opposé. Une ponction exploratrice pratiquée au niveau de l'œdème péronier, au point le plus douloureux, ramène un pus épais brunâtre.

L'opération est pratiquée le 7 au matin. On trouve une collection purulente dont le siège paraît répondre aux gaines des muscles de la région antéro-externe de la jambe, l'os est intact au fond de la plaie. A la suite de l'intervention, la température tombe à 38 degrés. Le poignet est toujours douloureux, rouge et tuméfié.

Quelques jours plus tard, le genou droit augmente de volume, la température s'élève. Tout autour du genou, un empâtement se forme, identique dans son aspect extérieur à l'œdème péronier, le membre inférieur se place en flexion et rotation externe. La douleur et la tuméfaction croissantes commandent une nouvelle intervention. L'incision de l'aponévrose de la cuisse donne issue à un pus abondant nettement collecté entre le demi-membraneux, le vaste interne et le grand adducteur.

Les suites opératoires furent très simples, et l'enfant guérit complètement. Seule a persisté pendant quelque temps une légère ankylose du poignet gauche. A aucun moment, l'auscultation du cœur ou du poumon n'a révélé de bruit suspect.

Le pus recueilli au cours de la ponction exploratrice et des deux interventions a donné du staphylocoque doré.

Ce cas rentre donc dans cette variété d'affections articulaires qui ont été isolées par Bouchard et Bourcy, sous le nom de pseudo-rhumatisme infectieux. Sa pathogénie semble assez curieuse.

Il est probable que le staphylocoque, après avoir pénétré dans les tissus à la faveur d'une plaie contuse, a gagné les bourses séreuses des muscles péroniers et que de là, se souvenant de son origine, il est allé créer des synovites multiples se présentant cliniquement sous la forme de périarthrites douloureuses simples, suppurées ou ankylosantes.

Cette affinité spéciale du staphylocoque isolé, pour les synoviales, a pu être démontrée expérimentalement. A plusieurs lapins, nous avons injecté dans les veines des doses variables d'une culture en bouillon âgée de vingt-quatre heures. Suivant la dose employée, nous avons obtenu des lésions plus ou moins compliquées, et dans tous les cas des arthrites et périarthrites suppurées.

Les lapins dont nous nous sommes servis étaient

des animaux adultes pesant de 2k800 à 3k400. Ils recevaient de VI à XX gouttes de culture. Au début les doses même minimes tuaient l'animal en trois jours; plus tard le staphylocoque ayant assez rapidement perdu sa virulence, des doses plus fortes étaient nécessaires. Mais, à ne tenir compte que de nos premières expériences qui seules avaient une valeur suffisante, nous avons pu constater l'affinité très nette du microorganisme pour les synoviales articulaires.

Chez le lapin en voie de croissance, Courmont a pu reproduire suivant la dose et la virulence de la culture essayée, des septicémies mortelles, des arthrites purulentes, des abcès ou des ostéomyélites. Henke avait cru que le staphylocoque de l'ostéomyélite était un microorganisme particulier différant des autres espèces par son pouvoir de créer l'inflammation des os. Cette erreur s'explique si on se reporte aux expériences de Bezançon et Labbé. Ces auteurs ont pu reproduire des arthrites à coup sûr en injectant dans la veine auriculaire un staphylocoque retiré d'une arthrite sterno-claviculaire. Griffon (1), en partant d'une arthrite chondro-sternale consécutive à une infection mixte à staphylocoques et à pneumocoques, a obtenu des résultats analogues. Fiorentini (2) a eu entre les mains une culture de staphylocoques provenant d'une arthrite suppurée du genou et qui reproduisait constamment des lésions articulaires. Récemment, Joyeux, Perrin et Parisot (3), ayant isolé du pus d'une arthrite du genou un staphylocoque doré, ont inoculé ce microorganisme à un certain nombre de lapins, et ont pu provoquer la formation d'arthrites, non seulement avec les cultures atténuées, mais aussi avec les cultures jeunes et à virulence exaltée par un passage chez l'animal.

Il importe en effet de remarquer que les expériences entreprises à ce sujet n'ont de valeur que si les inoculations sont faites avec un microbe fraîchement isolé de l'arthrite chez l'animal adulte, un staphylocoque de virulence atténuée aurait en effet, comme on l'a vu, une tendance naturelle à se fixer sur les synoviales.

Ces expériences sont à rapprocher également des faits récemment acquis sur la bactériologie du rhumatisme articulaire aigu et très complètement exposés dans un travail de Lewis et Longcope (4).

Wassermann a pu reproduire, avec un streptocoque obtenu dans un cas de chorée avec rhumatisme et endocardite végétante, des arthrites non mortelles; Menzer et Meyer ont publié des résultats analogues. Poynton et Payne, étudiant plus spécialement les cas graves, ont cultivé dans le sang ou les produits pathologiques examinés après la mort, un microorganisme qui, en inoculation intra-veineuse au lapin, avait provoqué des arthrites mono et polyarticulaires. Ces auteurs considèrent leur streptocoque comme analogue à celui qu'avaient déjà décrit Triboulet et Wassermann, et le regardent comme l'agent spécifique du rhumatisme. Walker, Walker et Beaton, Beatter, Shaw ont confirmé ces recherches comme aussi Lewis et Longcope.

Quelle place doit-on donner à ces microorganismes dans la pathogénie du rhumatisme? quelle est leur valeur et celle des microbes d'Achalme, de Thiroloix? Nous ne chercherons pas à élucider ce problème, tenant simplement à rapprocher le rôle supposé spécifique de certains streptocoques dans la production des arthrites, et les expériences positives obtenues avec des microbes auxquels leurs habitudes histologiques ont conféré une sorte de spécificité articulaire. L'intérêt de ces rapprochements dépasse même la pathologie spéciale des affections articulaires; au point de vue de la pathologie générale, ces différentes expériences nous expliquent l'allure de quasi-spécificité que peuvent prendre des épidémies de microbes quelconques, et notamment des voies respiratoires, épidémies si souvent qualifiées de grippe.

(1) GRIFFON. *Bull. de la Soc. anat.*, mars 1898.

(2) FIORENTINI. Sur les arthrites à staphylocoques pyogènes obtenues sans traumatisme articulaire par injection intra-veineuse, laboratoire du professeur Gatti, *Gazzetta degli Ospedali*, 22 janv. 1903, p. 235.

(3) JOYEUX, PERRIN et PARISOT. Arthrite suppurée primitive à staphylocoques, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, oct. 1906, p. 445.

(4) LEWIS et LONGCOPE. Arthrite expérimentale et endocardite produites par un streptocoque isolé du sang dans un cas de rhumatisme, endocardite et chorée, *Amer. Journ. of med. Sc.*, 1904, vol. CXXVIII, p. 601.

ANALYSES

MEDECINE

Effets curatifs du sérum antidysentérique. (DOPTER. *Arch. des maladies de l'appareil digestif*, 1907, n° 2, p. 79-89.) — Après une période assez longue de tâtonnements, et grâce, surtout, aux recherches de MM. Vaillard et Dopter, la sérothérapie antidysentérique est définitivement entrée dans la pratique. Cette méthode est efficace. En effet, 1° dans les formes moyennes, quelques heures après l'injection, les malades éprouvent une réelle sensation d'euphorie : les coliques, les épreintes, le ténesme s'apaisent, les déjections perdent leurs caractères sanglants : elles deviennent muqueuses, pour prendre rapidement l'aspect fécaloïde, et leur nombre diminue rapidement. L'état général s'améliore proportionnellement. Cette amélioration est naturellement d'autant plus lente à se produire que le traitement a été institué plus tard. Dans les formes extrêmement graves, les mêmes effets favorables peuvent s'observer, mais ils sont plus incomplets, plus tardifs; 2° la brusquerie de cette détente réduit sensiblement la durée de cette maladie. Dans les formes moyennes, la guérison complète survient en deux à trois jours, en trois à quatre pour les cas plus sévères, en quatre à six pour les cas graves. De plus, la convalescence est infiniment plus réduite que pour la dysenterie traitée par les moyens ordinaires.

Comment faut-il employer le sérum antidysentérique? L'injection sera le plus souvent sous-cutanée. M. Dopter conseille d'utiliser la face externe de la cuisse, et d'injecter d'emblée : dans les formes *bénignes*, 20 centimètres cubes si la maladie a tendance à se prolonger; dans les formes *moyennes*, la même dose. Dans les formes *sévères*, on commencera par 30 centimètres cubes et si, après vingt-quatre heures, il ne s'est produit aucune modification, on renouvellera cette dose

une fois, parfois même deux fois, les jours suivants. Dans les formes *graves*, infecter d'emblée 40 à 60 centimètres cubes et réitérer cette dose le lendemain. Si les symptômes ne sont pas alors suffisamment amendés, le sérum doit être employé chaque jour, mais à doses décroissantes jusqu'à ce que le nombre des selles s'abaisse à quelques unités. Dans les formes *mortelles*, il faut injecter, dès le premier jour, 80, 90 et même 100 centimètres cubes et continuer les injections, à plus petites doses, jusqu'à ce que le chiffre des selles se rapproche de l'unité. Lorsqu'on introduit le sérum dans l'organisme par la voie veineuse, on emploiera des doses moindres. En somme, la dose de sérum à injecter dépend d'un certain nombre d'éléments : fréquence et caractères des selles, température, état du pouls, présence ou absence des phénomènes cholériformes, d'albuminurie, de hoquets, de vomissements, etc. Cette méthode peut être employée seule ; cependant, au déclin de certaines formes graves, le calomel et l'ipéca pourront utilement lui être associés. Faut-il ajouter que le sérum antidysentérique n'est efficace que vis-à-vis de la dysenterie bacillaire, et qu'il est sans action sur la dysenterie amœbienne ?

L. BABONNEIX.

Sur la pénétration du bacille tuberculeux à travers la paroi intestinale. (HERMAN. Académie roy. de méd. de Belgique, 27 juillet 1907.) — Le bacille tuberculeux, en cultures finement émulsionnées, traverse la muqueuse intestinale et amène la formation de lésions spécifiques soit dans les ganglions mésentériques, soit dans les organes internes.

L'état de division de la matière d'inoculation a une influence plus considérable, au point de vue de l'infection, que la quantité absolue de cette matière en elle-même.

L'inoculation concomitante d'un bacille pathogène sous la peau paraît favoriser le passage du bacille tuberculeux à travers la muqueuse intestinale. L. GAYARD.

L'exploration radiologique de l'estomac, particulièrement chez l'homme sain, étudiée au point de vue anatomique et physiologique. (René-F. GUILLON. Th. de Paris, 1907 ; Bonvalot-Jouve, édit.) — Parvenu au terme qu'en débutant nous avions assigné à notre étude, nous tenons à conclure par un résumé de ses points principaux, par le bref énoncé des quelques faits importants ou nouveaux que nous avons tâché d'y mettre en lumière, et sur lesquels nous croyons utile d'insister ici une dernière fois.

L'exploration radiologique de l'estomac, chez l'homme vivant, sain ou malade, est une précieuse méthode d'investigation qui doit rendre à l'anatomie, à la physiologie, à la pathologie et surtout à la médecine pratique de très grands services.

Elle fournit sur le siège, la forme et les dimensions de cet organe, normal ou pathologique, à l'état de vacuité ou à divers degrés de réplétion, des renseignements qui surpassent en évidence, en précision et en certitude les données de toutes les autres méthodes d'investigation.

Pour l'exploration radiologique de l'estomac, il faut préférer de beaucoup la radioscopie à la prise de clichés radiographiques. En tant que documents à garder, ceux-ci sont remplacés par des calques des images obtenues sur l'écran.

L'estomac est différencié des organes avoisinants à l'aide du bismuth, c'est-à-dire de son sous-nitrate, enrobé dans une pilule ou un cachet, suspendu dans une boisson, ou intimement mêlé aux aliments. On emploie aussi l'insufflation.

On pratique l'examen dans les différentes positions du sujet, dans la station debout suivant les différents diamètres de l'abdomen, et dans les divers décubitus, en inspiration et en expiration.

Cette exploration se fait sans douleur, sans danger, et même sans le moindre inconvénient pour le sujet examiné, à la condition toutefois de n'être pas prolongée ou renouvelée au delà de certaines limites.

L'orthodiagraphie permet de faire avec une grande exactitude toutes les localisations et mensurations désirables.

Normalement l'estomac a une direction verticale et est situé presque entièrement à gauche de la ligne médiane. Le pylore occupe le point le plus déclive de l'organe. C'est la disposition normale, celle qui répond le mieux au fonctionnement de l'estomac et le type primitif d'où dérivent toutes les autres formes ; il est peu fréquent chez l'adulte, même en parfaite santé. La présence d'un petit cul-de-sac inférieur, au-dessous du niveau du pylore, que les classiques figurent comme la forme normale de l'estomac, doit être regardée comme un premier degré, latent, de dilatation : c'est la disposition la plus répandue.

A l'état de vacuité, l'estomac comprend deux régions : la première immédiatement accolée au diaphragme, large et peu élevée, aux parois constamment maintenues écartées par des gaz : c'est la chambre à air ; la seconde, sous-jacente, allongée, verticalement, étroite et à parois accolées.

La réplétion abaisse légèrement le fond de l'estomac, l'élargit en tous sens, et déplace le pylore vers la droite. Les mouvements respiratoires, ceux de propulsion et de retrait de la paroi abdominale amènent des déplacements verticaux de l'estomac et particulièrement de son pôle inférieur.

L'exploration radioscopique est le procédé le plus pratique d'examen de la motricité gastrique. Elle est supérieure à la méthode d'extraction d'un repas d'épreuve à l'aide de la sonde. Elle nous confirme que l'évacuation de l'estomac s'opère par périodes successives, répondant à l'isolement de l'antre du pylore par un anneau de contraction à la limite du corps ; l'évacuation des liquides est plus rapide que celle des aliments solides ou en bouillie, et généralement débute aussitôt après leur arrivée dans l'estomac. L. GAYARD.

CHIRURGIE

L'ulcère peptique du jéjunum. (Pierre VACHEZ. Th. de Paris, 1907.) — L'ulcère peptique du jéjunum n'est pas une affection rare après la gastro-entérostomie (36 cas observés). On ne l'a noté qu'après interventions pour affections bénignes de l'estomac. Il affecte de préférence le sexe masculin à l'âge moyen de la vie.

Le mode opératoire ne paraît pas avoir d'influence sur sa production. Toutefois le procédé de Roux (Y postérieur) semblerait présenter des avantages sur les autres en empêchant plus efficacement le chyme acide de stagner dans une anse d'intestin grêle.

Son siège le plus fréquent est la branche descendante du jéjunum ; il peut siéger aussi au niveau de l'anastomose, plus rarement sur la branche ascendante. Au point de vue anatomopathologique il ne diffère pas des ulcères de l'estomac et du duodénum. Sa pathogénie paraît se résumer dans l'influence d'un suc gastrique hyperacide à pouvoir exalté par la stase, qu'exagère encore la présence d'une sténose très serrée avec dilatation considérable. La notion pratique qui en découle est qu'il faut porter l'anastomose le plus loin possible du pylore très abaissé dans ce cas.

L'ulcère peptique du jéjunum peut évoluer d'une façon latente. Sa terminaison habituelle est alors la perforation d'emblée avec péritonite mortelle. Bien plus souvent il revêt une

allure chronique avec troubles digestifs accompagnés de phénomènes de réaction péritonéale. Cette forme « plastique » aboutit soit à une infiltration de la paroi (plastron), soit à la formation d'une fistule bimuqueuse (perforation dans un viscère creux).

Le diagnostic de l'ulcère jéjunal est souvent facile ; toutefois aux premières phases de son évolution il est des plus délicats; aussi l'observation où l'on tiendra le malade doit-elle être toujours très attentive.

Le traitement s'adresse à chaque cas en particulier. Laparotomie précoce dans la forme perforante ; en général, excision de l'ulcère et nouvel abouchement. Le traitement chirurgical n'est qu'un traitement de nécessité. L'idéal est de prévenir la formation de l'ulcère. Les alcalins sont avec un régime approprié un adjuvant précieux dans cette conduite de choix.

L. GAYARD.

Quand doit-on opérer la gangrène diabétique ? (G. Klemperer. *Therapie der Gegenwart*, janv. 1907.) — Klemperer cherche dans cette étude à déterminer les signes auxquels on doit se fier pour décider de l'opportunité d'une intervention au cours d'une gangrène diabétique.

Passant en revue l'opinion des divers auteurs qui se sont occupés de la question, Klemperer fait remarquer que ces auteurs sont d'accord pour déclarer que la démarcation de la gangrène doit être attendue, mais qu'ils ne disent pas si on doit opérer dans tous les cas de démarcation de la gangrène ; à les entendre, les processus phlegmoneux, à marche rapide, forceraient seuls à une intervention immédiate.

Klemperer est d'avis qu'en pareille matière il faut beaucoup moins se préoccuper de l'état de la lésion locale que de la nature du diabète en tant qu'affection générale. Avant tout, il faut, selon lui, distinguer deux grandes catégories de diabétiques : ceux qui éliminent de l'acide acéto-acétique ou de l'acétone, et ceux qui n'en éliminent pas.

Si l'on diminue la glycosurie de ces derniers, en supprimant les hydrocarbures de leur alimentation, ces malades peuvent revenir à un état de santé normal; les premiers, au contraire, offrent des troubles de la nutrition presque toujours irréparables.

Les diabétiques qui n'éliminent pas d'acide acéto-acétique ou d'acétone voient presque toujours leur gangrène se délimiter spontanément par le retrait sévère des hydrocarbures.

Sous cette influence, on voit le sucre bientôt disparaître, et il suffit d'attendre tranquillement la démarcation de la gangrène qui guérit spontanément sans opération ; l'auteur a observé huit cas de ce genre.

Il faut toutefois noter que la gangrène paraît plus fréquente dans cette catégorie de diabétiques que dans l'autre. De plus, Klemperer distingue, parmi les diabètes non accompagnés d'acide acéto-acétique ou d'acétone, ceux qui se compliquent d'une grosse albuminurie ; en pareil cas, il est d'avis de pratiquer une amputation haute et rapide si l'on veut éviter les septicémies toujours à redouter ; l'auteur cite deux cas personnels à l'appui de cette manière de voir.

La recherche dans l'urine de l'acide acéto-acétique et de l'acétone a-t-elle été positive, quand bien même cette réaction positive ne se serait manifestée qu'à l'occasion de la suppression des hydrocarbures, la conduite à tenir doit être tout autre.

En pareil cas, sans opération, le malade est à coup sûr perdu, c'est du moins ce qui résulte des cinq observations de l'auteur ; sur ce nombre deux malades furent sauvés par l'opération, trois succombèrent malgré celle-ci, peut-être auraient-ils pu, opérés plus tôt, être sauvés ; le pronostic en pareil cas est néanmoins toujours grave, même quand les lésions locales paraissent favorables, car déjà la vitalité des tissus est très compromise, alors que le malade ne paraît pas trop mal, surtout quand l'acide acéto-acétique est latent.

Les améliorations éprouvées par un malade atteint de gangrène sans acide acéto-acétique, sans acétone, tant que le malade suit son régime, sont telles que si plus tard on lui propose une opération quand est apparu l'acide acéto-acétique sous l'influence d'un écart de régime, il devient impossible de faire accepter l'opération au malade ; il a peine à en concevoir la nécessité actuelle et se montre d'autant plus réfractaire qu'on ne peut lui cacher la gravité d'une intervention en pareil cas.

Quand l'albuminurie complique le diabète accompagné d'acide acéto-acétique, le pronostic opératoire n'en est que plus sombre.

Klemperer conclut de ses observations à l'intervention immédiate et haute d'une gangrène diabétique pour peu qu'il y ait acidité acéto-acétique ou signes de néphrite ; en revanche, il conseille l'abstention et l'attente de la démarcation et l'élimination spontanée de la partie gangrenée toutes les fois que le diabète ne se complique ni d'albumine, ni d'acidité acéto-acétique en se bornant à une alimentation absolument dépourvue d'hydrocarbures.

P. VIOLLET.

La maladie de Hodgkin, type de sarcome. (William B. Coley. *Southern surg. and gynecol. Assoc.*, 12 déc. 1906.) — C'est sous ce nom que l'on désigne en Amérique le lymphome malin de Billroth, le lymphosarcome généralisé de Virchow.

La nature sarcomateuse de l'affection a été abandonnée par la plupart des auteurs récents qui se rattachent à l'idée de Reed, à savoir qu'il s'agit là d'un processus infectieux. L'origine tuberculeuse défendue par Stemberg n'est plus admise par personne. Les arguments de Reed en faveur de l'origine infectieuse sont : l'évolution fébrile fréquente de la maladie ; la fréquence de la localisation au cou, suggérant la possibilité d'une infection par la muqueuse des cavités naturelles ; l'absence d'infiltration de la capsule et des tissus voisins : les cellules géantes particulières que l'on trouve dans ces tumeurs ; et enfin, et surtout, le fait que les métastases ne se produisaient jamais que dans du tissu lymphoïde préexistant. Coley croit très ferme à la nature sarcomateuse de l'affection ; il fait remarquer que la fièvre n'est pas rare dans les néoplasmes, en particulier dans le sarcome, surtout après généralisation. L'argument tiré de la fréquence de la lésion au cou pourrait s'appliquer tout aussi bien à d'autres affections, le sarcome du cou notamment. L'infiltration de la capsule et des tissus avoisinants peut se voir dans la maladie de Hodgkin, et Gibbon a publié des cas de métastases là où il ne pouvait guère y avoir de tissu lymphoïde. Bien souvent, le diagnostic clinique est sarcome, et le microscope répond : maladie de Hodgkin.

Les travaux récents de Banti tendent à démontrer que non seulement cette dernière, mais aussi les leucémies, soit myélogène, soit lymphatique, sont de nature sarcomateuse. Mais Coley réconcilie sa théorie, qui veut que la maladie de Hodgkin ne soit qu'une variété spéciale de sarcome, avec celle de Reed, parce qu'il est convaincu que le sarcome est d'origine infectieuse. Il considère la discussion sur la nature du lymphome malin comme de nature à renforcer sa conviction.

F. GARDNER.

De la jéjunostomie. (Jean-Louis DAVID. Th. de Paris, 1907; Jules Rousset, édit.) — La jéjunostomie est bien d'origine française; c'est à Surmay qu'appartient la première jéjunostomie.

La jéjunostomie est une opération rationnelle au point de vue physiologique.

C'est à Maydl que revient l'honneur d'avoir montré que la jéjunostomie valait mieux qu'on ne l'avait cru, d'avoir étendu (en exagérant un peu) et précisé ses indications.

Dans le cancer de l'estomac, la jéjunostomie est une opération palliative de second ordre, ne vivant que des contre-indications de la gastrectomie, et de la gastro-entérostomie. Elle donne et ne peut donner que des résultats médiocres. La gastro-entérostomie n'en donne, d'ailleurs, pas de bien supérieurs.

Dans l'ulcère peptique, ses indications sont plus nombreuses, plus étendues. L'ulcère floride non pylorique, compliqué ou non, résistant au traitement médical, sera heureusement influencé dans sa marche par la création d'une bouche jéjunale.

Dans les brûlures de l'œsophage et de l'estomac, la jéjunostomie est l'opération de choix. Elle est ici une opération d'urgence. Elle a donné de bons résultats, et peut encore en donner de meilleurs.

Deux procédés excellents :

Procédé en Y de Maydl avec torsion à la Souligoux;

Procédé de jéjunostomie latérale avec canalisation de Eiselberg-Witzel.

Le premier, compliqué, s'adresse aux malades encore résistants.

Le deuxième, plus simple, plus rapide et moins grave, convient aux malades affaiblis, incapables de supporter une intervention de quelque durée. L. GAYARD.

VARIÉTÉS

LES PASSANTS DU PASSÉ : BOUTEILLE (DE MANOSQUE)

Par M. L. BABONNEIX.

> Un octogénaire plantait...
> LA FONTAINE.

Nous nous imaginons volontiers que la médecine n'existait pas avant nous. Nous prétendons l'avoir tirée du néant. Et, plusieurs fois par jour, nous découvrons l'Amérique.

C'est ainsi qu'un auteur étranger vient de faire paraître, en l'accompagnant des commentaires traditionnels, une observation de chorée rhumatismale. Les faits de ce genre sont depuis longtemps connus. Ils ont été, dès 1810, signalés par un de nos compatriotes, le docteur Bouteille (de Manosque).

* * *

La vie et les travaux de Bouteille (de Manosque) sont aujourd'hui bien ignorés. Le *Dictionnaire des sciences médicales*, publié chez Panckouke, en 1832, par une « Société de médecins et de chirurgiens », ne mentionne même pas son nom. Le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* et le *Dictionnaire Jaccoud* observent le même silence. Et il nous semble que notre spirituel confrère Cabanès n'a jamais tenté de faire revivre la mémoire du vieux médecin français.

Bouteille (de Manosque) fut pourtant un des praticiens les plus réputés de son époque. L'énumération de ses titres tient à elle seule plusieurs lignes (1). Elle nous montre qu'au commencement du XIX[e] siècle, on pouvait mener de front les occupations professionnelles et les recherches théoriques. Les choses ont bien changé depuis. Tant d'honneurs auraient pu inspirer quelque orgueil à notre héros. Mais Bouteille était un sage. L'accomplissement du devoir journalier, la satisfaction de contribuer, dans sa mesure, au perfectionnement de la médecine, suffisaient à ses ambitions. Jamais il n'essaya de se mettre en avant. Il était de ceux dont Pope (2) a dit : « Ils sont si amis de l'ombre qu'ils considèrent comme étant dans le tourbillon tous ceux qui sont dans la lumière. »

* * *

Modeste dans sa vie, Bouteille (de Manosque) le fut encore dans ses écrits. Il attendit, pour publier son *Traité de la chorée*, d'avoir exercé la médecine pendant un demi-siècle et d'avoir atteint quatre-vingts ans. Il prit, avant d'écrire, le temps de la réflexion. Son exemple pourrait être utilement proposé à nombre d'auteurs contemporains.

Le *Traité de la chorée ou danse de Saint-Guy* parut en 1810, à Paris, chez Vinçard, imprimeur-libraire, breveté par S. M. l'Empereur et Roi, rue du Marché-Neuf, n° 3. Il porte en exergue la phrase suivante de Manilius : *Artem experientia fecit, exemplo monstrante viam* (3). Il est dédié à Vicq d'Azyr :

Clarissimi viri
VICQ D'AZYR,
Quem nominare laudare est
piis manibus,
ob ipsius in me singularem benevolentiam
et amicum patrocinium
hoc opus, octogenarius medicus
grato animo, et corde mœrente (4)
V. D. C.

Ayant ainsi placé son livre sous un patronage fameux, Bouteille (de Manosque) résolut de le soumettre à l'examen de savants illustres. Il y avait alors des juges meilleurs qu'à Berlin. Chargé par la Société de médecine de la Faculté de Paris de faire un rapport sur le *Traité de la chorée*, Bayle déclara que cet ouvrage méritait l'approbation de la Société, car « la doctrine médicale en paraît très sage et très lumineuse ». Il ajouta que c'était « une monographie bien faite, et dont l'impression ne peut qu'être avantageuse sous le double rapport de la nosologie et de la médecine pratique ». Le doyen d'alors, Thouret, autorisa Bouteille à faire figurer ces appréciations élogieuses en tête de son mémoire.

* * *

Il ne faudrait pas croire, cependant, que le *Traité de la chorée* ne soit qu'une honnête revue générale. L'auteur n'a pas craint, en maint endroit, de nous faire connaître son opinion.

(1) Docteur en médecine de l'Université de Montpellier, ancien associé regnicole de la Société royale de médecine de Paris, de l'Académie des Belles-Lettres, Sciences et Arts de Marseille, de la Société médicale de la même ville et de celle du Gard, correspondant de la Société de médecine de Montpellier et de de celle Grenoble, médecin du gouvernement pour les épidémies, etc.

(2) Cité par SAINTE-BEUVE, *Essai sur Virgile*.

(3) L'expérience a fait l'art, l'exemple montrant la route.

(4) « Aux mânes vénérables de l'illustre Vicq d'Azyr, dont le nom seul vaut un long éloge, moi, médecin octogénaire, je dédie cet ouvrage. Par sa bienveillance singulière à mon endroit, et ses affectueux conseils, il a mérité ma reconnaissance. Je le pleurerai toujours. »

« Dans la discussion où je vais entrer, dit-il dans son avant-propos, je ne me bornerai pas toujours à être simple rapporteur, mais je me permettrai quelquefois de m'ériger en juge, et je ne me dissimule pas qu'ayant eu de fréquentes occasions de traiter cette étrange maladie, et toujours avec plein succès, je crois avoir quelque droit de prononcer d'après ce que j'ai vu et fait. »

Au commencement du XIXe siècle, tout n'était que confusion dans l'histoire de la chorée. Sous le nom de *danse de Saint-Guy*, on décrivait indistinctement des chorées vraies, des chorées hystériques, des maladies des tics, des myoclonies, des phénomènes de simulation, des accidents d'ordre comitial, des convulsions d'origine variée, des mouvements athétosiques, divers tremblements, des crises d'agitation maniaque et encore quelques autres affections. La maladie tirait son nom d'une chapelle rurale, bâtie près d'Ulm, dédiée à un certain Saint-Guy, et que visitaient, au printemps, un grand nombre de convulsionnaires, de possédés, d'hystériques, de démoniaques et de pitres. A chaque village qu'ils traversaient, les pèlerins recrutaient de nouveaux adeptes. Arrivés devant la tombe du saint, et sans doute pour attirer sur eux les faveurs dont il disposait, « ils venaient, à un jour précis, sauter et danser d'une manière extravagante et frénétique ». L'histoire ne nous dit malheureusement pas les résultats que donnait cette singulière cure. Mais ce que nous savons par des témoignages autorisés, c'est qu'au commencement du XIXe siècle, on s'entendait aussi mal sur le traitement que sur la nature de la chorée. Sennert et Willis, considérant cette maladie comme un châtiment des dieux infernaux, préféraient ne pas la soigner; d'autres auteurs s'adressaient, selon les circonstances, à la saignée, aux purgatifs, aux vomitifs, aux antispasmodiques, à l'opium, au mercure, aux sels de zinc, à l'électricité, etc. ; Cullen conseille sérieusement, dans les cas de chorée sévère, l'ingestion de suc de cloportes.

*
* *

Dans ce chaos, Bouteille (de Manosque) essaye d'introduire un peu d'ordre. Il commence par affirmer l'autonomie de la chorée : « Il est bien constaté par la pluralité des observations, que la chorée ou danse de Saint-Guy n'est pas une maladie feinte, moins encore un prodige miraculeux ou un sortilège diabolique, ainsi que quelques auteurs l'ont cru et dit. C'est une maladie réelle, caractérisée par des symptômes pathognomoniques, invariables et qui n'appartiennent qu'à elle, en deux mots, une maladie essentielle, *morbus per se*, telles que sont l'épilepsie, l'apoplexie, la manie, etc. » Il faut d'ailleurs reconnaître que la chorée ne se présente pas toujours sous les mêmes apparences. Mais, de toute façon, il est indispensable de séparer la chorée vraie « des affections spasmodiques, convulsives, hystériques, épileptiques... qui n'ont de commun, avec la véritable chorée, qu'une fausse ressemblance... Cette prétendue chorée mérite d'autant plus d'être distinguée que c'est surtout à son égard que l'on administre les remèdes les plus extraordinaires et les moins convenables à la maladie qui, seule, mérite vraisemblablement ce nom. »

Ayant ainsi isolé la chorée vraie, essentielle (*chorea protopathica*) de la chorée fausse (*chorea pseudo-pathica*), Bouteille donne, de la première, la définition suivante : « Cette espèce consiste dans des mouvemens convulsifs (1) qui attaquent les enfans des deux sexes qui n'ont pas atteint la puberté, mais particulièrement ceux qui sont entre dix et quatorze ans. » Il met ainsi en relief, après Sydenham, l'importance capitale de la notion d'âge dans le développement de la chorée.

Mais, tout de suite, une grave question se pose. La chorée doit-elle être rangée parmi les convulsions ou parmi les paralysies? De ces deux hypothèses, Bouteille adopte la seconde, et l'on peut même se demander s'il n'a pas entrevu les parésies choréiques : « La maladie commence à se déclarer par une espèce de boîtement ; or, cette claudication paraît manifestement causée par la *faiblesse de cette jambe et par le relâchement ou l'atonie de ses muscles...* L'irrégularité et le peu de solidité dans l'exercice des mouvements de la main, du côté de la jambe affectée, dépendent aussi d'un état de débilité et d'inertie dans l'action musculaire. »

Bouteille signale ensuite les troubles intellectuels : « *Un idiotisme léger, il est vrai*, mais cependant assez remarquable pour effrayer les parens sur la nature, et les suites de l'affection de leur jeune malade, *est un des symptômes spécifiques de la chorée essentielle.* »

Sydenham avait déjà insisté, d'ailleurs, sur la façon dont les choréiques retiraient à eux la jambe affectée à la manière des idiots, *fatuorum more*.

Quant aux manifestations articulaires, le *Traité de la chorée* les mentionne à plusieurs reprises : « Dans la chorée essentielle, lit-on à la page 168, *toutes les articulations du côté affecté sont dans un état de souffrance* et livrées à un état intérieur fatigant. »

Bouteille rapporte, de plus, plusieurs observations de *chorées rhumatiques*.

La première (p. 286) concerne un « jeune enfant, âgé de huit ans, doué d'une heureuse constitution, ayant le teint très beau et les traits de la figure, de l'expression la plus douce, qui fut atteint d'une douleur rhumatismale au bras gauche, qui se faisait ressentir sur l'épaule et se prolongeait jusqu'aux parties correspondantes et externes de la poitrine du même côté ». Il ne s'agissait ni de névralgie, car « il y avait fièvre », ni d'accidents pleuro-pulmonaires, car l'enfant ne toussait pas, n'expectorait pas. Le malade fut saigné cinq fois dans la semaine (ce à quoi on est rarement obligé à cet âge). La douleur *rhumatico-bracchiale* s'amenda, la fièvre disparut, « mais il leur succéda des accidents d'un autre genre. Des mouvements extraordinaires par leur variété et leur fréquence se manifestèrent sur les différentes parties du corps du jeune malade ». La chorée avait fait son apparition.

Un certain nombre d'autres sont empruntées à Stoll et à Sauvages. La première a trait à un jeune homme de seize ans qui, à la suite de rhumatisme, fut atteint de mouvements choréiques du bras gauche : cette observation est peu probante. Les deux suivantes ne le sont guère plus. L'une concerne une jeune fille qui fut « attaquée de la chorée à la suite d'un rhumatisme chronique négligé »; l'autre, « une femme sexagénaire attaquée de cette maladie à la suite d'un rhumatisme sec, où son sang était acrimonieux ». Dans la quatrième, plus topique, il s'agit d'un enfant de dix ans « qui venait d'être guéri d'un rhumatisme goutteux lorsqu'il fut attaqué peu à peu d'une telle instabilité de tout son corps que, pendant deux mois, sans le savoir et

---

(1) « Ces mouvements affectent communément le bras et la main d'un seul côté, ressemblant aux gesticulations des histrions. » Cette comparaison est empruntée à Sydenham, d'après lequel les choréiques se livrent à toutes sortes de contorsions, *circulatorum instar*.

malgré lui, il mouvait continuellement, hors du sommeil, le bras, la tête ou quelque autre partie, comme s'il eût joué... Ensuite son esprit et sa voix s'affaiblissaient, et alors une douleur légère s'emparait du pied. Il fut guéri par la saignée et les purgatifs réitérés. »

Bouteille a donc vu les principaux symptômes de la chorée. Il n'a laissé passer que l'endocardite. Mais il faut se rappeler qu'à l'époque où il vivait, la pathologie cardiaque était encore dans l'enfance. On n'admettait alors, avec Méret, que deux causes de cardiopathies : 1° « les passions auxquelles l'homme est en proie, qui toutes contribuent à déranger l'action régulière du cœur (1) »; 2° « la plupart des actions de la vie qui tendent à déranger le rythme de cet organe : tels sont les ris, les pleurs, la danse, la course, l'usage des instruments à vent ». Il était réservé à Germain Sée de découvrir les rapports de la chorée et de l'endocardite.

***

Au chapitre des *chorées deutéropathiques*, Bouteille a rassemblé un certain nombre d'observations intéressantes. Un cas, intitulé *Pseudo-chorée histérique*, concerne une fillette de dix ans, atteinte de chorée depuis trois mois, et que rien n'améliorait, lorsque ses parents eurent l'idée de s'adresser à un sorcier de la région : « Le magicien arrive; il oppose maléfice à maléfice, et opère publiquement sur la malade; son procédé consistait à faire, trois à quatre fois par jour, quelques simagrées baroques, accompagnées de quelques mots, et d'un certain cérémonial pour en imposer, soit aux assistants, soit encore bien plus à la malade. » En peu de jours, celle-ci était complètement guérie. Sceptique, Bouteille (de Manosque) attribue cette guérison, moins aux incantations du sorcier qu'« à l'influence du printemps, qui a donné de l'énergie à la constitution de la malade ». Un cas de *chorée traumatique* (p. 261) ressortit vraisemblablement aussi à l'hystérie.

D'autres observations du même auteur sont des exemples typiques de chorée post-hémiplégique : telle celle qui est relatée à la page 197 sous le titre de *Chorée deutéro-pathique, effet d'une apoplexie hémiplégique*. Une autre a trait à un cas de *chorée maniaque* (p. 315). D'autres encore signalent l'apparition de la chorée à la suite d'infections générales : rougeole, petite vérole. Enfin, si Bouteille (de Manosque) ne parle pas encore du lait bulgare, il recommande déjà, dans la chorée, l'emploi du lait écrémé.

***

Si, dans le *Traité de la chorée*, l'observation clinique est impeccable, il s'en faut qu'il en soit de même de l'interprétation. Ici, nous touchons au point faible de l'ouvrage. L'auteur établit, entre la chorée et la puberté, un rapport étroit qu'il fonde sur les arguments suivants :

1° L'époque de la puberté et celle de la chorée essentielle ont été fixées, par la nature, à l'âge de douze à quatorze ans, selon la différence de sexe des sujets;

2° On retrouve dans la chorée cet engourdissement des aines que Buffon considère comme un des premiers signes de la puberté;

3° Dans la puberté, l'engourdissement des aines est accompagné de douleurs plus ou moins fortes dans toutes les jointures des membres. Mêmes phénomènes dans la chorée;

4° La révolution pubère fait ressentir ses premiers effets sur les extrémités inférieures; elle dirige ensuite son action vers les parties supérieures. Les symptômes de la chorée essentielle suivent la même marche;

5° L'époque de la puberté s'annonce souvent par de légères atteintes de mélancolie, qui n'excluent pas cependant des moments plus ou moins durables de gaieté. Les jeunes choréiques éprouvent aussi ces alternatives de tristesse sombre et de joie folle.

Une telle argumentation rappelle les fameux raisonnements par l'absurde chers à l'ancienne scolastique : jugeons-la, toutefois, avec indulgence, en songeant à ce que l'on pensera, dans quelque cent ans, des théories actuelles. Et contentons-nous de sourire lorsque Bouteille écrit ce passage, que n'auraient pas désavoué les médecins de Molière : « Les miasmes spermatiques, s'il est permis d'appeler ainsi les dernières sous-divisions du sperme, qui sont repompés par les vaisseaux absorbants, et qui sont les particulles les plus subtiles et les plus actives de l'humeur prolifique, ces miasmes, dis-je, soit en refluant dans la circulation par la voie de l'absorption, soit, ce qui paraît encore plus vrai, par l'impression de force des nouveaux organes qui entrent en érection pour la confection de la nouvelle matière qu'ils doivent sécréter sur tout le système sensitif et glanduleux, produisent les différens changemens qui s'opèrent pendant la puberté (1). »

***

Les commentateurs prêtent souvent à leurs héros des sentiments qu'ils n'eurent pas. Ne tombons point dans ce travers. Nous avons pris assez de recul pour pouvoir apprécier sainement l'œuvre du clinicien. D'aucuns, après l'avoir amplement démarqué, ont affirmé que son seul mérite était d'avoir, au terme de *danse de Saint-Guy*, substitué celui de *chorée*. C'est là une erreur grossière, et dans laquelle ne sont point tombés MM. Blocq et Grenet (2). Bouteille a séparé nettement la chorée vraie des affections qui peuvent la simuler; à l'exception de l'endocardite, il en a signalé tous les symptômes et la plupart des complications. Il a entrevu les parésies choréiques, les chorées hystériques et post-hémiplégiques. Il a mentionné le premier des observations de chorée consécutive à une infection générale. Ce sont là des titres suffisants à notre admiration. Sa description confirme et amplifie celle de Sydenham. Elle mérite mieux que l'oubli.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Lorsqu'on veut utiliser la seule influence médicamenteuse du brome, il faut avoir recours au *bromure de sodium* que l'on peut administrer à doses assez élevées (5 contre 4 de KBr) sous la forme du sirop de Henry Mure. Ce sel ne produit pas de dépression cardiaque comme le bromure de potassium et peut être utilisé à doses un peu plus fortes que ce dernier. Le *bromure de strontium* possède la même action que le bromure de sodium et s'emploie aux mêmes doses. Il est surtout intéressant par la provocation des doubles décompositions mobilisant et mettant en train l'action médicamenteuse, influence physico-mécanique à laquelle M. le professeur Pouchet attache une importance considérable dans la production de l'action pharmacodynamique. Le strontium, que l'on pourrait comme le sodium qualifier d'élément neutre au point de vue

(1) *Dict. des sc. méd.*, art. CŒUR.

(1) P. 98.

(2) Blocq et H. Grenet. Chorée, *Traité Charcot-Bouchard*, t. X, 2e édition.

de l'influence médicamenteuse, n'intervient pas autrement que pour solliciter les échanges d'éléments électro-positifs et électro-négatifs qui sont le début nécessaire de toute action dynamique aboutissant à une modification moléculaire : utiliser ce bromure à l'état de pureté, condition essentielle, telle qu'on le trouve dans le sirop de Henry Mure.

LIVRES NOUVEAUX

L'amnésie au point de vue séméiologique et médico-légal (1), par les docteurs L. Dromard et J. Levassort.

Si l'étude de la mémoire a été bien souvent tentée au point de vue de sa psychologie comme au point de vue de sa pathologie, par contre aucun travail d'ensemble n'a été publié sur la séméiologie et la médecine légale des amnésies. C'était une importante lacune à combler.

Pour l'étude de ce sujet si vaste et d'une explication délicate, il fallait s'orienter d'une manière prudente et sûre. Les auteurs ont distingué des amnésies de nature fonctionnelle parmi lesquelles nous trouvons les amnésies de commotion, les amnésies d'intoxication, l'amnésie dans les névroses, l'amnésie dans les vésanies. Puis les amnésies de nature organique consécutives aux lésions disséminées et aux lésions circonscrites du cerveau.

La seconde partie de travail intéresse la médecine légale. Les auteurs se sont efforcés de porter la lumière sur des points souvent très obscurs dans l'épilepsie, la paralysie générale au début et les traumatismes cérébraux. Les accidents du travail ont rendu ces examens aujourd'hui si fréquents quand il s'agit de déterminer les responsabilités des uns, les droits à des indemnités des autres, que les développements donnés à ce chapitre ont un intérêt de premier ordre. Une étude sur la simulation de l'amnésie qui est bien l'une des difficultés les plus grandes que l'expert puisse avoir à résoudre, complète ce travail. L. GAYARD.

Les tumeurs malignes du larynx (2), par J. Molinié.

C'est un réel service que le docteur Molinié a rendu aux chirurgiens en écrivant son livre sur les tumeurs du larynx; les travaux récents sur la question, dont un bon nombre a paru en Allemagne, leur étaient peu familiers; et d'autre part, certains points relevaient trop exclusivement du domaine du spécialiste. M. Molinié nous montre, dans cette monographie, que la laryngologie et la chirurgie ne s'excluent point puisqu'elles se prêtent dans son livre un concours mutuel et fécond. Nos confrères liront surtout avec intérêt la seconde partie du volume, celle qui est consacrée à la thérapeutique; il va sans dire que les méthodes endolaryngées sont soigneusement étudiées; mais l'auteur a consacré de longs chapitres à toute la grosse chirurgie : pharyngotomies, laryngectomies totale et partielle, etc. La prothèse laryngée, où l'ingéniosité des médecins et des fabricants s'est donné libre jeu, est longuement décrite; la description de ses procédés ne peut manquer d'intéresser tous les opérateurs. A ces titres divers, le livre de M. Molinié mérite de devenir classique et nous aurons tout intérêt à le consulter. L. IMBERT.

(1) In-18 de la Collection médicale, cartonné à l'anglaise. — Paris, F. Alcan.

(2) In-8°. — Paris, Maloine.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 8, août 1907.) Talma : Gastrite chronique simple ou inflammatoire. — Léon : De la cure du sous-nitrate de bismuth dans les affections de l'estomac.

Bulletin médical. — (N° 67, 28 août 1907.) Laquerrière : Artério-sclérose et d'Arsonvalisation. — Noël : Infirmiers et brancardiers régimentaires. — (N° 68, 31 août.) Roubinovitch : De l'instruction et de l'éducation des enfants arriérés et instables. — Weitzel : Appendicite aiguë. Occlusion intestinale. Intervention d'urgence. Guérison.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 août 1907.) Rochard : Epithélioma végétant des deux ovaires avec ascite, puis pour une péritonite tuberculeuse. — Dominici : De l'application du radium en thérapeutique.

Journal de médecine et de chirurgie pratique. — 25 (août 1907.) Lucas-Championnière : L'acide sulfureux et les désinfections. La désinfection des navires.

Journal des praticiens. — (N° 35, 31 août 1907.) Bernheim : Définition et traitement curatif de l'hystérie. — Le Gendre : Responsabilités encourues par le médecin dans la pratique. — Berger : Les adénites du cou.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 35, 29 août 1907.) Dekeyser : Choses de Chine. — Van Lint : La pratique ophtalmologique.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 33, 13 août 1907.) Alzheimer : Sur les indications de l'interruption artificielle de la grossesse chez les démentes. — Nieter : Sur la présence et l'importance des porteurs de bacilles typhiques dans les asiles d'aliénés. — Ach : Sur l'anesthésie lombaire. — Sticker : Transplantation suivie de succès d'un sarcome fusocellulaire de l'avant-bras chez le chien. — Cremer : Sur l'enregistrement électrique des processus mécaniques, spécialement au moyen du galvanomètre et de l'électromètre à cordes. — Heinecke : Un cas de rupture du rectum. — Berblinger : Rupture traumatique intra-péritonéale de la vessie; laparotomie; guérison. — Voecksser : Contusions de l'abdomen. — Seggel : Tumeurs multiples du cerveau évoluant avec la symptomatologie d'un foyer dans la capsule interne. — Fraenkel : Recherches comparées sur la recherche du sang dans les fèces au moyen du spectroscope et par le procédé de Weber modifié. — Heyde : Intoxication aiguë par le citrophène. — Ittameyer : Instrument pour l'excision partielle de l'ongle incarné. — (N° 34, 20 août.) Otto : Sur la question de l'hypersensibilité au sérum. — Baer : Guérison, intoxication et index opsonique pendant le traitement du sérum antituberculeux de Marmorek. — Curschmann : Sur les sueurs hystériques. — Ebstein : Rapports entre la pneumonie et la goutte. — Schlecht : Sur l'administration des médicaments dans les capsules de Rumpœl. — Ringel : Sur un cas de hernie ombilicale congénitale. — Grünberg : Sur le traitement de la tuberculose par l'iode et le mercure dans le nez, la gorge et le larynx. — Risel : Contribution à la statistique de la morbidité des nourrissons. — Lilienstein : Contribution casuistique de l'étiologie et la symptomatologie des kystes du pancréas. — Hartleib : Enchondrome du larynx. — Gotthilf : Sur l'onychoatrophie chez les teinturiers. — Federschmidt : Sur un cas d'intoxication par le fromage. — Hofmann : Procédé d'extension modifié.

Presse médicale. — (N° 69, 28 août 1907.) Chauffard et

RENDU : L'urobiline fécale et sa valeur clinique. — MAIRE : Nouvelle opération destinée à remplacer la symphyséotomie. — HALLION : Sur la théorie karyogamique du cancer. — KÖLNER : Hypothèses sur la nature véritable des cancers. — (N° 70, 31 août.) LEVADITI : Les opsonines. — BROCA : Fistule congénitale thyro-hyoïdienne. — RAFINESQUE et Paul RAYMOND : Revaccination. Piqûre ou grattage.

Revue de la tuberculose. — (N° 4, août 1907.) ARLOING, DUMAREST et MAIGNON : De l'élimination urinaire des tuberculeux.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Sept. 1907.) D'ASTROS : Les œdèmes chez le nouveau-né et le nourrisson. — DIEULAFÉ : Résection cunéiforme médio-tarsienne dans la cure du pied-bot varus équin. — SITTLER : Nouvelle médication phosphorée dans le traitement du rachitisme.

Revue neurologique. — (N° 15, 15 août 1907.) DÉJERINE : A propos de l'agnosie tactile. — Italo ROSSI et ROUSSY : Contribution anatomo-pathologique à l'étude des localisations motrices corticales. A propos des trois cas de sclérose latérale amyotrophique avec dégénération de la voie pyramidale suivie au Marchi de la moelle au cortex (20 fig.).

Revue scientifique. — (N° 8, 24 août 1907.) LOISEL : Les ménageries privées et les parcs de réserve d'animaux sauvages de la Grande-Bretagne. — MÉRAY : Mes « nouveaux éléments de géométrie ». — COUSTET : Photographie des couleurs. Le procédé trichome par éléments juxtaposés. — (N° 9, 31 août.) LINDET : La localisation de l'industrie chimique en France. — FÉRY : Les nouvelles méthodes pyrométriques. — BONNIN : L'aération des tunnels métropolitains.

Semaine gynécologique. — (N° 35, 27 août 1907.) PICHEVIN : De la gonococcie latente.

Semaine médicale. — (N° 35, 28 août 1907.) ENRIQUEZ et AMBARD : La sécrétion gastrique dans les néphrites.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Quelques renseignements sur les verres de lunettes et leur emploi, par le docteur M. Dufour, ancien élève de l'École supérieure, agrégé de l'Université, assistant à la clinique nationale des Quinze-Vingts. In-8. — Paris, A. Maloine.

L'urine au point de vue chimique et médical, par le docteur Blarez. In-8° de 290 p. — Paris, A. Maloine.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Relations entre Paris et Genève. — Train express de nuit entre Paris et Genève, composé de lits-salons, sleeping-car, première et deuxième classes à couloir avec lavabos et water-closets (voitures directes à lits salons, première et deuxième classes pour Évian, voiture directe première classe pour Divonne).

Aller : départ, Paris 9 h. 5 soir; arrivée, Genève 7 h. 21 matin, Évian 8 h. 39 matin, Divonne 9 h. 20 matin; dernier départ de Paris, le 4 octobre (nuit du 4 au 5).

Retour : départ, Divonne 5 h. 30 soir, Évian 7 h. 48 soir, Genève 8 h. 35 soir; arrivée, Paris 7 h. 35 matin; dernier départ pour Paris le 5 octobre (nuit du 5 au 6).

N° 101. — JEUDI 5 SEPTEMBRE 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 5 SEPTEMBRE 1907. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-32

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Le jury de l'externat est provisoirement composé de MM. Ramond, Ravaut, Pissavy, André Riche, Fredet, Baumgartner, Guibé et Funck.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision du 27 août 1907 :

M. le médecin-major de première classe Weiss passe aux hôpit. d'Alger.

M. le médecin-major de deuxième classe Oui passe au 1er étranger.

MM. les médecins aides-majors de première classe Périé, de Gaulejac et Eybert passent aux hôpit. d'Oran.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Delater, Antoine et Salètes passent aux hôpit. d'Oran.

— Corps de santé des troupes coloniales. — Par décision ministérielle, en date du 2 septembre 1907, ont été affectés :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Wagon, au 21e d'infanterie; Rey, au 1er d'infanterie.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été promu ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale Charvot.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Gendre et Delisle.

MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Carrié et Pineau.

MM. les médecins-majors de première classe de l'armée territoriale Bézy, Martinet et Rousseau.

MM. les médecins-majors de deuxième classe de réserve Sendral et Froger.

— Ont été nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — M. le docteur Aubert (de Saint-Sauvan).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bailliot (de Tours), Baratte (de Vichy), Bellier (de Dijon), Bourdonnet et Collinet (de Vichy), Dubois (de Nantes), Giraud (de Toulon), Guilloteau (d'Alfort), Husson et Launois (de Paris), Mirveaux (de Pellevoisin), Tapret (de Dammartin-sur-Tigeaux).

LES TUBERCULEUX A L'HOPITAL LAENNEC. — On sait que l'Assistance publique avait décidé la création, à l'hôpital Laënnec, d'un sanatorium pour la cure de la tuberculose pulmonaire et d'y adjoindre un dispensaire destiné à assister les malades des deux sexes atteints de tuberculose et ne pouvant ou ne voulant pas être hospitalisés.

Selon le projet adopté, les immeubles affectés à ce double service auront accès dans la rue Vaneau, presque à l'angle de la rue de Sèvres. Les habitants du quartier s'émurent à la pensée d'un voisinage qu'ils jugeaient dangereux, surtout pour les enfants fréquentant l'école maternelle située dans cette même rue.

Ils pétitionnèrent en vue de demander au ministre de l'instruction publique qu'il s'opposât à la création du dispensaire, ou tout au moins de n'en point permettre l'accès par la rue Vaneau, en raison des dangers de contamination que pourraient courir les enfants.

Le conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine fut saisi de cette question et désigna une commission d'étude, laquelle avait chargé le docteur Letulle de rédiger le rapport.

Au cours de la dernière séance du conseil d'hygiène et de salubrité, M. Letulle a fait connaître les résultats de son enquête sur le bien ou mal fondé des protestations; voici les conclusions d'après *Le Temps* :

« L'entrée du dispensaire de l'hôpital Laënnec sera distante de plus de 150 mètres de l'école maternelle ; d'ailleurs celle-ci occupe le côté impair de la rue Vaneau, alors que le dispensaire se trouvera de l'autre côté et qu'une rue et une impasse coupent les trottoirs conduisant à l'école et au dispensaire.

D'autre part, l'expérience universelle des procédés de prophylaxie antituberculeuse utilisés dans tous les pays démontre d'une manière indiscutable que le dispensaire antituberculeux, loin de nuire aux habitants du voisinage, contribue au contraire à assainir le quartier qu'il occupe et dessert et à y faire diminuer dans des proportions remarquables les cas de tuberculose pulmonaire. Il est matériellement impossible de considérer le futur dispensaire comme susceptible de contaminer d'une façon quelconque les enfants de l'école maternelle, tant pendant leurs allées et venues que pendant les heures de garde où ils logent à l'école. »

En conséquence, le conseil, après une courte discussion sur les divers moyens de prophylaxie antituberculeuse, a décidé le rejet de la pétition adressée au ministre de l'instruction publique contre le dispensaire antituberculeux de l'hôpital Laënnec.

Les nouveaux services fonctionneront à une date très rapprochée, date qui sera fixée par un avis du directeur général de l'Assistance publique.

ASSOCIATION AMICALE DES INTERNES EN PHARMACIE DES HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS. — Le bureau de cette association pour l'année courante est ainsi formé :

Président : M. Paul Couroux (Tarnier); vice-présidents : MM. Breton (Saint-Antoine) et Douris (Broca); secrétaire : M. Flament (Boucicaut); trésorier : M. Grosjean (Maternité); conseillers : MM. Boulay (Pitié), Guéritheau (Charité), Douesseau (Necker), Mérigon (Cochin) et Darrigade (Ricord).

NOUVELLE REVUE. — Nous recevons le premier numéro des *Archives générales de chirurgie*, revue mensuelle publiée à Paris, sous le patronage de MM. les professeurs Lannelongue et Le Dentu, de MM. Nové-Josserand (de Lyon) et L. Picqué. La direction en est confiée à notre ami P. Mauclaire. Nos meilleurs vœux à ce nouveau confrère.

L'ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL PROFESSIONNEL organise, du 1er au 14 octobre 1907, une série de cours à l'usage des praticiens.

LISTE DES COURS. — I. *A l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente.* — Huit heures. M. Cazin; — Onze heures. Chirurgie dentaire, M. Roy; — Quatre heures. Orthopédie et chirurgie infantile, M. Barbarin; — Cinq heures. Accouchements, M. Dubrisay; — Six heures. Electrothérapie, M. Zimmern.

II. *Dans différents hôpitaux.* — Huit heures. Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, M. Leredde (établissement dermatologique); — Neuf heures et demie. Auscultation, M. Audistère (Hôtel-Dieu); — Neuf heures et demie. Gynécologie, M. d'Herbécourt (Clinique, 73, rue d'Amsterdam); — Onze heures. Maladies des voies urinaires, M. Pasteau (Necker); — Une heure et demie. Oto-rhino-laryngologie, M. Laurens (Clinique de la Trinité); — Cinq heures. Ophtalmologie, M. de Font-Réaulx (Clinique, 73, rue d'Amsterdam.

Le droit d'inscription de chaque cours (qui comprendra en moyenne 9 leçons) est fixé à 25 francs, payables en s'inscrivant. On peut s'inscrire par correspondance, ou bien le mardi 1er octobre, à onze heures et demie, à l'hôtel des Sociétés savantes.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au docteur Barbarin, 186, faubourg Saint-Honoré, Paris.

ERRATUM. — Dans la Variété : « Les passants du passé : Bouteille (de Manosque) », page 1195, 34e ligne, au lieu de : « Il y avait alors des juges meilleurs qu'à Berlin », lire : « Il y avait alors des juges *ailleurs* qu'à Berlin. »

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 220, 25 août 1907.) MORIN : Névralgie faciale grave guérie par le traitement ionique salicylé. — BERTOLOTTI et BOIDI-TROTTI : Examen radioscopique dans un cas de dilatation énorme de l'œsophage. — BERGONIÉ et TRIBONDEAU : Altération de la glande interstitielle après röntgénisation de l'ovaire. — MAURY : Une nouvelle couveuse électrique pour maternités et services hospitaliers.

Archives de médecine navale. — (N° 8, août 1907.) VALENCE : Pelade et marine. — BALCH : Travaux de laboratoire à bord des navires. — ROBERT : Le péril vénérien. — BELLET : Considérations hygiéniques sur la ville de Dakar et les établissements de la marine. — COUTEAUX : La paracentèse abdominale doit se faire sur la ligne médiane. — ETOURNEAU : Sarcome encéphaloïde du médiastin.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 8, août 1907.) CHAVANNE : Papillomes des fosses nasales. — PHILIP : Des accidents auriculaires chez les travailleurs des caissons.

Archives de médecine des enfants. — (N° 9, sept. 1907.) BRUDZINSKI : Pleurésie et signe du son. — PÉHU : Traitement des diarrhées par la gélatine. — MORQUIO : Examen du lait dans l'allaitement.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 34, 24 août 1907.) BACHEM : L'alcool et le cœur des animaux à sang chaud.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 34, 22 août 1907.) LŒFFLER et RÜHS : Guérison de la nagana expérimentale. — KLAPP et DÖNITZ : Sur le « chirosoter ». — HEILE : Sur l'étiologie et le traitement des troubles intestinaux post-opératoires. — KAEHLER : Trois cas de perforations intestinales typhiques traités chirurgicalement. — WEBER : Progrès dans le diagnostic des maladies nerveuses. — WEDERHACKE : Comment éviter sûrement d'oublier des compresses dans les opérations abdominales. — MÜLLER : Sur l'état actuel et sur l'avenir de l'actinothérapie.

Medizinische Blatter. — (N° 34, 24 août 1907.) FRANK : Sur la résorption et la guérison des infiltrats inflammatoires dans les voies spermatiques.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 32, 8 août 1907.) HIBLER : Rapport bactériologique sur deux cas de méningite cérébro-spinale. — DEIACO : Sur la localisation et la nature des symptômes cutanés de la pellagre. — OPPENHEIM : Sur les modifications cutanées des adultes liées à la réaction de Pirquet. — OKUMIANSKI : Contributions casuistiques. — ZUPNIK : Sur la spécificité des précipitines bactériennes. — (N° 33, 15 août.) WEISZ : Sur le principe et la signification de la diazo-réaction d'Ehrlich. — KÜRT : Sur quelques symptômes cliniques de l'hypertrophie du ventricule droit. — ETTINGER : Méthode auscultatoire de fixation de la pression sanguine et sa valeur pratique. — MANN : Un cas de fistule gastrique spontanée consécutive à un ulcère de l'estomac. — (N° 34, 22 août.) — STÜRK : Sur la cirrhose hépatique expérimentale. — SUESS : Sur les méthodes de coloration diagnostiques des bacilles tuberculeux. — AXAMIT : Recherches sur l'hyperémie de stase chez le lapin. — HOFMANN : Arrêts du pouls et fermentation gastrique.

LES COURBURES CONGÉNITALES

DES OS DE LA JAMBE ET LES PSEUDARTHROSES INFANTILES

Par M. RABÈRE,

Chef de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de médecine de Bordeaux.

La pathologie chirurgicale infantile s'est enrichie dans ces dernières années d'un chapitre nouveau, celui des courbures congénitales des os de la jambe, comprenant entre autres, à peu près tous les faits connus sous le nom de fractures intra-utérines. On pourrait y rattacher comme constituant un degré plus avancé de ces malformations les cas d'absence congénitale du tibia ou du péroné, dans lesquels il existe toujours une incurvation du segment du membre anormal, et aussi les cas d'atrophie plus ou moins considérable des membres, dans lesquels ceux-ci sont réduits parfois à de véritables moignons. L'intérêt qui s'attache à l'étude de ces faits est encore augmenté par la coexistence si fréquente de pseudarthroses constatées à la naissance ou consécutives à une fracture, se produisant dans les premiers jours ou les premières années de la vie. Ces fractures sont particulièrement fréquentes dans les cas de courbures congénitales des os de la jambe. Nous avons eu l'occasion d'observer un enfant présentant une pseudarthrose au niveau de la jambe gauche, pseudarthrose survenue à la suite d'une fracture compliquant une inflexion congénitale. Son observation, que nous rapportons ici, va nous fournir l'occasion de faire sur ce sujet quelques considérations.

Observation (service de clinique chirurgicale infantile, suppléance de M. le professeur agrégé Venot). — Paul-Louis F..., un an, entre à l'hôpital des Enfants le 6 mars 1906.

Ses antécédents héréditaires sont dépourvus d'intérêt; son père et sa mère sont bien portants; il a quatre frères et sœurs également bien portants et normalement constitués; il n'existe pas d'anomalies congénitales chez aucun de ses ascendants ou collatéraux. Cet enfant n'a lui-même jamais été malade; il est né à terme dans d'excellentes conditions, a été nourri au sein et a augmenté régulièrement et progressivement de poids. Sa mère a cependant noté chez lui dès sa naissance une déformation de la jambe gauche; cette déformation ne s'est nullement modifiée depuis; elle consiste en une incurvation de ce segment de membre, incurvation régulière, d'assez grand rayon, à convexité dirigée en avant.

Le 17 décembre 1905, alors qu'il était âgé de neuf mois et demi, notre petit malade fut confié à son frère âgé de cinq ans, qui le prit sur ses genoux, et le laissa tomber; la mère de l'enfant mise au courant de l'accident quelques minutes plus tard ne constata rien d'anormal; elle remarqua toutefois, que depuis cette époque l'enfant devint maussade, irritable, qu'il criait souvent et paraissait souffrir. Ce n'est qu'un mois après, qu'elle découvrit par hasard la mobilité anormale de l'extrémité inférieure de la jambe gauche, qu'il est encore facile de constater, et qui lui avait jusqu'alors échappé; cela s'explique, la déformation consécutive à la fracture, qui s'est probablement produite au moment de l'accident, n'ayant pas beaucoup modifié l'aspect du membre déjà déformé par l'incurvation congénitale. Depuis cette époque, il ne s'est produit aucune modification dans l'état de l'enfant; la mobilité anormale de l'extrémité inférieure de la jambe gauche n'a pas disparu, et il ne s'est jamais manifesté de tendance à la consolidation. C'est ce qui a déterminé les parents à amener leur enfant à l'hôpital.

A l'examen (7 mars 1906), cet enfant paraît normalement développé pour son âge.

Rien à signaler d'anormal du côté de ses différents viscères et grands appareils, si ce n'est des traces de rachitisme léger: chapelet costal et ventre un peu gros; par contre, pas de déformation cranienne, pas de déformation rachitique des os, et pas de nouûres au niveau des articulations. L'attention est immédiatement attirée du côté des membres inférieurs; ceux-ci reposant sur le plan du lit, on constate que la jambe gauche présente une incurvation à convexité dirigée en avant; de plus, le pied correspondant est en équinisme, légèrement déjeté en dehors; si l'on saisit alors la partie supérieure de la jambe et si l'on soulève le membre, on constate qu'il existe une solution de continuité siégeant à peu près à l'union de ses deux tiers supérieurs avec son tiers inférieur; si l'on agite légèrement le membre, l'extrémité inférieure de la jambe et le pied ballottent en tous sens, donnant l'aspect d'un membre de polichinelle. Si, en saississant le pied, on cherche l'étendue de la mobilité de l'extrémité inférieure de la jambe, on constate qu'elle est mobile en tous sens, qu'il existe là une véritable pseudarthrose, et que c'est du côté externe que la mobilité est le plus étendue. La réduction de la déformation s'obtient très facilement par de légères tractions exercées sur le pied. La palpation méthodique de la partie inférieure de la jambe permet de se rendre compte du siège exact de la pseudarthrose, à trois centimètres et demi au-dessus de la pointe de la malléole externe; les extrémités osseuses ne présentent rien de particulier, ni atrophie, ni hypertrophie; on sent parfois, en cherchant à mobiliser le fragment inférieur en différents sens, une sorte de crépitation un peu sourde et difficile à reproduire; toutes ces manœuvres sont parfaitement supportées par l'enfant, qui ne manifeste absolument aucune douleur. La mensuration comparative des deux membres inférieurs démontre qu'il n'existe ni raccourcissement ni atrophie de la jambe gauche.

La radiographie faite le 8 mars permet de constater que la solution de continuité siège au même niveau sur le tibia et le péroné; le trait de fracture est oblique de haut en bas et d'arrière en avant sur les deux os; les extrémités osseuses ne sont ni atrophiées, ni émoussées.

Les parents de l'enfant refusant l'intervention qui leur est proposée, celui-ci est retiré de l'hôpital; on se contente d'immobiliser son membre pendant quelque temps dans une gouttière en carton. Onze mois plus tard (février 1907), nous apprenons, par un médecin appelé auprès de l'enfant, qu'aucune modification n'est survenue dans son état, que la pseudarthrose subsiste toujours avec les mêmes caractères.

Bien que cette observation soit incomplète, le traitement faisant malheureusement défaut, elle n'en est cependant pas moins intéressante; nous y trouvons la description clinique d'une courbure congénitale des os de la jambe avec ses complications : fracture et pseudarthrose consécutive.

Les incurvations congénitales du squelette de la jambe ne sont pas très rares; il nous a été donné d'en observer trois cas : en premier lieu, un cas

rapporté par Rocher (1) à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux le 11 décembre 1903, sous le nom de fracture de jambe sus-malléolaire, d'origine obstétricale, ensuite un cas au sujet duquel M. J. Andérodias (2) a fait une communication à la Société de pédiatrie de Bordeaux le 24 avril 1906, et enfin le cas du petit malade dont nous venons de rapporter l'observation. Jusqu'à ces toutes dernières années, bon nombre de ces déformations constatées à la naissance ou dans les premiers jours de la vie ont été décrites sous le nom de fractures de jambe intra-utérines. Citons à ce propos les thèses d'Ithen (3) et de Vilcoq (4). Mais l'analyse plus complète des observations, l'absence absolue de cal, l'atrophie généralement très marquée du membre, et enfin les recherches anatomo-pathologiques ont déterminé les auteurs à abandonner la théorie et partant la dénomination de fracture intra-utérine, et à considérer ces coudures, incurvations, inflexions du tibia et du péroné, comme constituant une entité morbide désignée sous le nom de courbures congénitales des os de la jambe.

Ces courbures ont des aspects très variés ; ce sont tantôt des incurvations à grand rayon, intéressant toute la longueur des deux os, constituant le squelette de la jambe, comme chez notre petit malade, tantôt des coudures brusques, le segment inférieur du membre formant avec le segment supérieur un angle de dimensions variables, angle droit, aigu ou obtus, généralement ouvert en dehors et en arrière ; dans ces cas, la coudure siège généralement à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la jambe. Une particularité intéressante à noter est l'existence d'une dépression ou d'un pli cutané, d'une sorte de cicatrice linéaire ou étoilée, transversale ou oblique, siégeant au niveau de l'inflexion sur toute la circonférence du membre ou seulement dans le voisinage de la crête tibiale ; cette cicatrice souple et mobile n'est pas adhérente au squelette ; on la trouve pour ainsi dire constamment dans les cas de coudures brusques, elle fait souvent défaut, au contraire, dans les cas de simples incurvations.

Nové-Josserand (5) a mis en relief deux symptômes importants de ces courbures congénitales : l'atrophie du membre et l'équinisme du pied. L'atrophie du membre est surtout marquée au-dessous de l'incurvation ; elle est définitive, nullement modifiée par la correction chirurgicale de la difformité, et elle est progressive ; à la fin de la croissance le raccourcissement du membre malade peut atteindre 8 ou 10 centimètres. L'équinisme du pied résulte de la rétraction du tendon d'Achille ; à cet équinisme s'ajoute un degré plus ou moins marqué de valgus. Le squelette de la jambe présente des altérations facilement mises en relief par la radiographie, et aussi dans certains cas par le palper ; en effet, la palpation méthodique du bord antérieur du tibia permet de constater l'existence à son niveau d'aspérités, d'irrégularités et de saillies plus ou moins marquées.

Une autre particularité de ces incurvations congénitales, dont l'étude est extrêmement intéressante, est constituée par la fragilité véritablement excessive des os de la jambe ; en effet, les fractures sont très fréquentes à leur niveau. Ces fractures spontanées ou consécutives à un traumatisme léger ont pour caractère principal de ne pas tendre à la consolidation, et d'aboutir, nous pouvons dire dans la plupart des cas, à une pseudarthrose. L'étude des pseudarthroses infantiles, on le sait, est intimement liée à celle des incurvations congénitales ; ces pseudarthroses existent quelquefois dès la naissance ; elles peuvent ne se produire que plus tard, à la suite d'un accident, d'un léger traumatisme, ou bien spontanément ; elles résultent parfois d'une intervention chirurgicale, d'une ostéoclasie manuelle par exemple, faite dans le but de redresser la courbure congénitale, ou d'une intervention sanglante, ostéotomie, résection osseuse, répondant à la même indication. Charet [de Lyon (1)] les a étudiées dans sa thèse ; il a pu en réunir 28 cas, qui avec 3 cas de pseudarthroses du fémur, et 2 cas de pseudarthroses de l'humérus ont fait l'objet de son travail.

Les fractures survenant au niveau des membres congénitalement incurvés et aboutissant aux pseudarthroses se produisent le plus souvent, d'après Charet, durant les premières années de la vie. Sur 28 cas, la fracture s'est produite neuf fois avant la fin de la première année, de trois mois à un an, treize fois de la première à la cinquième année, et six fois entre la cinquième et la onzième année ; elles sont un peu plus fréquentes chez les fillettes que chez les garçons, très souvent spontanées, avons-nous déjà dit, ou consécutives à un traumatisme léger. Le traitement n'est pas, la plupart du temps, immédiatement institué. Charet explique cette particularité en faisant remarquer que la douleur assez vive au premier moment passe vite, que l'attention des parents est peu éveillée, vu la banalité de l'appareil traumatique ou même son absence complète. Nous pourrions ajouter que la déformation consécutive à la fracture peut passer inaperçue étant dissimulée comme dans notre cas, par la déformation résultant de l'incurvation congénitale déjà existante, à laquelle les parents ne font plus attention. Ceux-ci ne s'inquiètent que plus tard devant les difficultés de la marche, alors que la pseudarthrose est constituée, quelquefois depuis longtemps et souvent pour longtemps. Les pseudarthroses infantiles, en effet, n'évo-

(1) L. Rocher. Fracture de jambe sus-malléolaire d'origine obstétricale. Déformation très accentuée consécutive. Ostéotomie cunéiforme du tibia, linéaire du péroné. Redressement et guérison (enfant de dix mois), *Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, séance du 11 déc. 1903, et *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, 1904, n° 2, p. 18.

(2) J. Andérodias. Malformation de la jambe et du pied, *C. r. de la Soc. de gynécol., d'obstét. et de pédiat. de Bordeaux*, séance du 24 avril 1906. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1906, n° 30, p. 543.

(3) Ithen. *Die intra-uterinen Unterschenkel Brüche*, Th. de Zurich, 1885.

(4) Vilcoq. *Des fractures intra-utérines*, Th. de Paris, 1888-1889.

(5) Nové-Josserand. *Précis d'orthopédie*, p. 448.

(1) Charet dit Chalet. *Des pseudarthroses de l'enfance*, Th. de Lyon, 1899-1900.

luent pas toujours favorablement. Sur les 33 cas de Charet « la guérison ne s'est produite que quatre fois : dans un cas, après extension continue et immobilisation simple, dans les trois autres cas, grâce à la résection, ou à l'enchevillement. Le *statu quo* s'est maintenu pour quatre de ces pseudarthroses, dont la durée était d'un à deux ans ; une amélioration sensible a été constatée trois fois, pour des non-consolidations remontant à une époque variant de huit mois à trois ans ; cinq des petits malades ont retiré un certain bénéfice d'un traitement assez long qui a abouti à une réunion fibreuse, suffisamment ferme, pour les mettre en état de s'en aller sans appareil ». Les autres, au nombre d'une quinzaine, ont dû subir l'amputation pour se faire débarrasser d'un membre inutile et gênant. Dans la grande majorité des cas, on le voit, il s'agit d'une infirmité irrémédiable aboutissant à l'amputation.

Des faits que nous venons d'exposer, il résulte que les courbures congénitales des os de la jambe constituent une affection sérieuse, quelquefois grave, à cause des troubles fonctionnels dus à l'incurvation du squelette et à l'atrophie du membre, à cause de la difficulté du traitement, et à cause enfin des complications fréquentes, fractures et pseudarthroses consécutives.

Quelle est la nature de ces courbures congénitales ? Quel en est le mécanisme ? Quelle en est la pathogénie ? C'est là un des points intéressants de leur étude.

Jusqu'à ces dernières années, quelques-uns de ces faits d'incurvations congénitales étaient considérés comme résultant d'une fracture obstétricale, vicieusement consolidée; la plupart des autres, avec ou sans intégrité du squelette comprenant par conséquent les cas d'absence congénitale du tibia ou du péroné, étaient considérés comme résultant d'une fracture intra-utérine. D'après cette théorie, la difformité serait due à la consolidation vicieuse d'une fracture survenue avant la naissance.

Cette fracture serait la conséquence soit d'un traumatisme subi par la mère, soit de la compression des membres fœtaux par la paroi utérine (Gurlt, Braun) ou bien elle pourrait résulter de la contraction des muscles du fœtus (Brodhurst, Little). Mais ces théories sont passibles de graves objections : le traumatisme fait absolument défaut dans bon nombre d'observations de courbures congénitales des os de la jambe; la grossesse de la mère, l'accouchement, se sont passés en général d'une façon absolument normale; de plus, il serait pour le moins bizarre de voir la fracture se produire si souvent au même point bien déterminé, à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs du squelette de la jambe; il est également à remarquer que le traumatisme durant la grossesse n'explique pas les anomalies du squelette, que l'on observe parfois dans les cas d'incurvations congénitales : absence du péroné ou même du tibia, absence d'un ou de plusieurs orteils et de leurs métatarsiens, malformations des os du tarse, etc. Il n'explique pas davantage l'atrophie très marquée, parfois considérable, grave, qui se rencontre souvent chez les petits malades, atteints de ces malformations congénitales; les lésions traumatiques, telles que fractures, luxations, les interventions chirurgicales, telles que résections, entraînent chez les enfants toujours un certain degré d'atrophie du membre intéressé. Mais jamais l'atrophie n'atteint l'importance qu'elle a dans les cas de courbures ou coudures congénitales.

Il existe enfin, au niveau des membres congénitalement incurvés, deux particularités que n'explique pas la théorie de la fracture intra-utérine ; c'est l'absence de cal d'une part, et d'autre part, la tendance marquée aux pseudarthroses, et la difficulté parfois excessive que l'on rencontre pour obtenir une consolidation suffisante après l'intervention chirurgicale. L'absence de cal est facilement mise en relief par la palpation méthodique du membre au niveau de la coudure, et mieux encore par la radiographie et l'examen anatomo-pathologique sur lequel nous allons revenir. Quant à la tendance aux pseudarthroses, à la difficulté qu'il y a à obtenir un membre solide après redressement par ostéotomie ou ostéoclasie, il suffit de se reporter à ce que nous avons dit plus haut au sujet de l'évolution des incurvations congénitales, pour voir qu'il y a là une particularité fort importante à noter, que l'on ne rencontre pas dans les fractures ordinaires.

Un fait paraissant en faveur de la théorie de la fracture intra-utérine est constitué par l'existence fréquente au niveau de la courbure d'une petite cicatrice plus ou moins étendue, située souvent au-devant de la crête tibiale, et paraissant due à la perforation des téguments par l'un des fragments osseux. Mais c'est là une interprétation erronée; et l'examen histologique a démontré que cette cicatrice avait une autre origine. C'est en effet à l'anatomie pathologique qu'il faut avoir recours, pour voir quelle est la nature de cette dépression cicatricielle. C'est aussi à l'examen microscopique de l'os incurvé qu'il faut recourir, pour avoir sur la lésion des renseignements précis et pouvoir établir une théorie pathogénique plus conforme à la réalité des faits.

L'examen anatomo-pathologique a été pratiqué, entre autres, par Sperling et Nové-Josserand sur l'os malade et par Haudeck sur la zone formée au niveau des téguments par le tissu cicatriciel. Ce dernier pratiqua un examen sur une dépression cicatricielle de la peau, excisée chez un malade de Hoffa, atteint d'incurvation congénitale de la jambe avec absence du péroné (1). Les éléments constituants de la peau faisaient défaut ; on rencontrait seulement quelques rares glomérules glandulaires aplatis, avec tous les caractères d'une atrophie des téguments due à une pression exercée de dehors en dedans, et non ceux d'une cicatrice véritable. Quant aux lésions du squelette, elles sont également caractéristiques ; il n'existe au niveau de la courbure ni cal, ni hyperostose; l'aspect est celui d'une ostéite guérie (Nové-Josserand). Dans le cas de pseudarthrose, que celle-ci existe dès la naissance ou soit consécutive à une

(1) Haudeck. Ueber congenitalen Defecte der Fibula und dessen Verhalten zur sogenannten intra-uterinen Fracturen der Tibia, *Zeits. f. orthop. Chir.*, IV Band 2 und 3 Heft, p. 326.

fracture, on retrouve suivant les observations toutes les variétés de pseudarthroses, fibreuse, cartilagineuse, ou pseudarthrose flottante.

Que conclure au point de vue pathogénique des résultats de l'examen anatomo-pathologique? Que conclure de ces altérations du squelette et de cette atrophie de la peau, correspondant à l'atrophie du membre, si nettement mise en relief par l'examen clinique? Quelle est, en d'autres termes, la théorie que l'on peut substituer à l'hypothèse de la fracture intra-utérine, pour donner de ces incurvations congénitales une explication satisfaisante? La théorie de Dareste (1) nous paraît pouvoir facilement atteindre ce but; c'est elle qui actuellement est la plus généralement admise. Dareste attribue les courbures congénitales des os de la jambe à l'étroitesse du capuchon amniotique. De plus, il existe parfois des adhérences entre l'amnios et le corps de l'embryon, adhérences quelquefois longues et étroites, véritables brides amniotiques pouvant déterminer, en même temps que des coudures ou inflexions des membres, l'atrophie des téguments au niveau de leurs points d'insertion : ainsi s'explique l'existence de la petite dépression cicatricielle, que l'on constate souvent sur la crête tibiale, au niveau de l'incurvation.

La théorie de Dareste explique également les cas dans lesquels on rencontre des lésions congénitales beaucoup plus accentuées : incurvations des jambes non plus avec intégrité du squelette, mais avec absence du tibia ou du péroné, avec vices de conformation des os du tarse et du métatarse; elle explique aussi les cas d'atrophie considérable des membres, transformés en véritables moignons, absolument informes; elle explique enfin les cas d'absence congénitale des membres. Il suffit pour cela de faire remonter l'action de la compression amniotique « qui atrophie certains éléments anatomiques et met obstacle à leur développement ultérieur » beaucoup plus avant dans la vie embryonnaire. Si cette cause mécanique entravant le développement exerce son influence tout à fait au début de la croissance de l'embryon, alors que toutes les parties constituantes des membres sont formées de cellules identiques, celles-ci peuvent être définitivement frappées, anéanties, et le membre faire totalement défaut; ou si leur degré d'altération est moins accentué, il peut être remplacé par un moignon plus ou moins rudimentaire; si l'action de la compression amniotique s'exerce au moment de la différenciation des éléments anatomiques, aux environs de la huitième semaine, elle peut entraîner simplement, suivant les cas, l'absence du tibia ou du péroné avec altérations correspondantes au niveau du pied; si enfin cette action s'exerce plus tard, elle peut ne déterminer qu'une simple courbure du membre avec atrophie correspondante plus ou moins accentuée.

Schiff (2) explique autrement l'incurvation du membre dans les cas d'absence congénitale de l'un des deux os de la jambe. Lorsque l'un de ces deux os fait défaut, ce qu'il attribue à un arrêt de développement, il est remplacé par un cordon fibreux, qui n'a pas la même tendance à l'accroissement en longueur que l'os voisin; ce dernier, en grandissant, doit nécessairement s'incurver en formant un arc dont le cordon fibreux voisin forme la corde.

(1) Dareste. *Journ. de l'anat. et de la physiol.*, 1882, p. 510.

(2) P. Schiff. *Die sogenannten intrauterinen Frakturen und ihre Ætiologie*, Inaug. Dissert., Leipzig 1904.

La question du traitement des inflexions congénitales des os de la jambe constitue un problème thérapeutique fort important, parfois difficile à résoudre. L'histoire de ces malformations, leur évolution, leur tendance aux pseudarthroses, expliquent les difficultés qu'il y a à poser d'une façon précise les indications d'une intervention chirurgicale. Lorsque la lésion est peu accentuée, qu'il s'agit d'une incurvation à grand rayon, que le raccourcissement du membre et son atrophie sont minimes, il y a avantage à s'abstenir de faire une opération, dont les chances de succès sont limitées, et qui fait courir certains risques au petit malade. Ce sont ces considérations qui ont déterminé le professeur agrégé Venot, à conseiller à M. Anderodias de ne pas redresser le membre de l'enfant qui a fait l'objet de sa communication à la Société de pédiâtrie de Bordeaux [séance du 24 avril 1906 (1)]. Lorsque, au contraire, la lésion est constituée par une coudure brusque, que la partie inférieure du membre est fortement déviée, que celui-ci est complètement inutilisable, le chirurgien doit essayer d'améliorer par une intervention chirurgicale l'état de l'enfant qui lui est amené; il doit chercher à corriger la déviation du membre, de façon à lui permettre d'accomplir ses fonctions aussi parfaitement que possible, à moins que l'atrophie et les lésions du squelette soient trop considérables et nécessitent uniquement l'emploi d'appareils prothétiques.

Quelles sont les interventions chirurgicales auxquelles on peut avoir recours pour opérer le redressement du membre?

Le redressement lent au moyen d'appareils peut toujours être tenté chez des enfants jeunes; mais on n'obtient généralement pas par ce procédé de bons résultats. M. Nélaton conseille de pratiquer l'ostéoclasie; il vaut mieux, selon l'avis de la majorité des chirurgiens, avoir recours à l'ostéotomie linéaire ou cunéiforme, suivant les cas; de plus, il faut pratiquer le redressement du pied, de façon que celui-ci puisse servir pendant la marche de base de sustentation; on obtient ce redressement soit par le massage forcé, soit au moyen de ténotomies : ténotomie du tendon d'Achille par exemple; dans certains cas, dans les cas d'incurvations congénitales avec absence du péroné, en particulier, pour corriger la déviation qui tend, malgré tout, toujours à se produire, il faut pratiquer l'arthrodèse tibio-tarsienne, comme l'ont déjà fait Braun et Nélaton. Quoi qu'il en soit, il ne faut pas oublier que l'on intervient sur des membres anormaux, atrophiés, et que souvent, l'intervention chirurgicale aboutit, comme la fracture accidentelle, à une pseudarthrose; par conséquent les ostéotomies doivent être prudentes et le traitement consécutif aussi parfait que possible.

(1) S. Andérodias. Loc. cit.

Le pronostic opératoire, nous nous permettons d'insister sur ce point, est donc sérieux, il suffit pour le constater de parcourir les observations de redressements d'inflexion congénitale, qui ont été publiées. Kirmisson (1) rapporte le cas d'un enfant opéré pour une malformation de ce genre, chez lequel a persisté après l'intervention, un peu de mobilité anormale de la partie inférieure de la jambe. R. Sainton (2), Saint-Cyr (3) notent dans leurs observations la même particularité à un degré plus ou moins accentué. Cependant, il existe des cas où l'intervention est suivie d'un heureux résultat. L'observation rapportée par Rocher (4) à la Société de médecine de Bordeaux, sous le nom de fracture d'origine obstétricale, que nous avons déjà mentionnée, en est un exemple. Il s'agissait d'un enfant de dix mois présentant une déformation de la jambe droite. Le tiers inférieur de ce segment de membre formait avec les deux tiers supérieurs un angle obtus ouvert en dehors; cette déviation a été corrigée par une ostéotomie cunéiforme du tibia et une ostéotomie linéaire oblique du péroné. Le résultat a été excellent; seul, a persisté du côté malade un raccourcissement de 4 centimètres qui ira probablement, pensons-nous, en s'accentuant, comme cela se produit dans les cas analogues.

Les considérations thérapeutiques que l'on peut faire à propos des pseudarthroses consécutives aux incurvations congénitales, présentent beaucoup d'analogie avec celles que nous avons déjà faites au sujet de ces malformations. Une intervention chirurgicale est toujours indiquée en principe, dans les cas de pseudarthroses rebelles à l'immobilisation; mais, si nous avons attiré l'attention à propos des courbures congénitales sur la gravité du pronostic opératoire et la difficulté qu'il y avait à avoir un membre solide après redressement, à plus forte raison, pouvons-nous insister sur la gravité du pronostic opératoire des interventions, destinées à obtenir la cure radicale des pseudarthroses infantiles, complications de ces courbures congénitales.

L'immobilisation doit toujours être essayée, et prolongée quelque temps, surtout dans les cas récents; mais si ce qui se produit dans la plupart des cas, elle ne donne pas de bons résultats, il faut, sans perdre de temps, avoir recours à l'intervention sanglante, la résection. Ollier (5) a minutieusement décrit la technique de cette opération; nous nous contentons ici de la résumer, en renvoyant le lecteur à son travail, pour des détails complémentaires. Après incision des parties molles, il faut ruginer avec le plus grand soin les deux extrémités fragmentaires, de façon à obtenir autour de chacune d'elles une collerette périostique: on pratique ensuite l'excision de tout le tissu fibreux interfragmentaire, puis l'avivement des os, avivement aussi réduit que possible, mais intéressant une surface suffisante, pour assurer le contact des extrémités osseuses. « Il faut chercher la section, qui sera à la fois la plus convenable, la plus économique et la plus efficace. »

(1) Kirmisson. *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, p. 564.

(2) R. Sainton. Du pronostic opératoire de la malformation connue sous le nom de fracture intra-utérine du tibia, *Revue d'orthop.*, 1898, p. 399.

(3) Saint-Cyr. *Des fractures intra-utérines de la jambe*, Th. de Paris, 1898-1899.

(4) Rocher. Loc cit.

(5) Ollier. *Traité des résections*, I et III.

On peut, pour faciliter la coaptation des os, recourir à certains artifices, la résection cunéiforme, par exemple, comme l'a conseillé Berger; une des extrémités osseuses, taillée en forme de coin, s'enfonce dans l'autre extrémité portant une encoche; on peut encore tailler l'un des fragments en forme de cône et le faire pénétrer dans le canal médullaire du fragment correspondant. Souvent, il sera difficile d'employer ces divers procédés; le petit volume des extrémités osseuses, leur peu de résistance s'y opposent. Quoi qu'il en soit, une fois les os avivés, il faut les mettre au contact et les fixer. La mise au contact sera facilitée par l'ostéotomie du péroné, dans les cas où la pseudarthrose ne porte que sur le tibia. Cette ostéotomie sera linéaire ou cunéiforme, transversale ou oblique suivant les cas.

La fixation présente généralement plus de difficultés. On peut avoir recours à une simple immobilisation bien faite, comme dans les fractures ordinaires; ce procédé est rarement suivi de bons résultats. On peut aussi utiliser les divers procédés de contention directe : la suture osseuse, à l'aide de fils d'argent ou de gros catguts, le clouage ou le vissage des fragments à l'aide de clous ou de vis métalliques en plomb, acier ou argent, l'enchevillement avec des chevilles d'ivoire ou de métal, la prothèse interne au moyen de plaques métalliques, la greffe osseuse ou enfin la transplantation de fragments ostéo-périosto-cutanés. La suture osseuse nécessite des précautions minutieuses pour la perforation de l'os et la fixation des fils; la fragilité, l'amincissement des extrémités osseuses, la raréfaction du tissu osseux qui les constitue, en augmentent les difficultés; de la suture osseuse, on peut rapprocher les différents procédés de fixation par les pointes de Malgaigne, les griffes divergentes, les fourches, les trépieds d'Ollier, etc. La rivure des fragments par clouage, vissage ou enchevillement dérive de la méthode de Dieffenbach; Ollier la préférait à la suture osseuse.

La prothèse interne au moyen de plaques métalliques a été minutieusement étudiée par Doizy (1); on peut se servir de l'armature latérale ou plaque d'Ollier en platine, de l'appareil de Martin (de Lyon), constitué par un treillis métallique, d'attelles en aluminium (Quénu) ou enfin de la pince fixatrice de Jaboulay.

Les greffes osseuses autoplastiques ou hétéroplastiques peuvent rendre des services; mais elles offrent des inconvénients; elles se résorbent facilement, peuvent se nécroser, obstruer le canal central et devenir d'une extraction difficile et douloureuse; leur emploi aboutit souvent à des échecs.

Le grand nombre de ces méthodes et de ces pro-

(1) Doizy. *De la prothèse interne au moyen d'attelles d'aluminium dans le traitement des pseudarthroses*, Th. de Lille, 1893-1894.

cédés de fixation des extrémités osseuses, leurs insuccès, mettent suffisamment en relief les très grosses difficultés en présence desquelles on se trouve dans la pratique. C'est ce qui a déterminé Reichel (de Chemnitz) à imaginer un nouveau procédé.

Dans une communication au XXXII[e] Congrès des chirurgiens allemands (1), cet auteur rapporte tout d'abord l'histoire de trois enfants, âgés respectivement de neuf, huit et trois ans, présentant au niveau de l'une des jambes ce qu'il appelle « une prétendue fracture intra-utérine ». Il énumère toutes les opérations pratiquées chez ces jeunes sujets par lui-même et par d'autres chirurgiens : résections, sutures osseuses, greffe osseuse, enchevillement, prothèse interne à l'aide de plaques d'aluminium, toutes opérations suivies d'insuccès. L'échec de la greffe osseuse, d'après Reichel, résulte de la mortification ou de la résorption trop rapide du lambeau ostéo-périosté transplanté. En assurant la nutrition et partant la conservation de ce lambeau, l'opération doit, semble-t-il, être suivie d'un résultat satisfaisant; c'est dans ce but que Reichel a imaginé de laisser les téguments adhérents au lambeau osseux et de tailler par conséquent un lambeau ostéo-périosto-cutané, lambeau maintenu en relation par un large pédicule avec le membre sain, auquel il est emprunté, et appliqué au niveau de la solution de continuité du membre malade, préalablement préparé. Cette opération a été pratiquée par l'auteur chez sa troisième malade âgée de trois ans. Il en décrit minutieusement les différents temps. Après incision des parties molles au niveau du péroné du côté droit, siège de la pseudarthrose, le périoste de cet os est ruginé, et la continuité de la tige osseuse est rétablie au moyen d'une cheville d'ivoire de 4 centimètres de longueur et de 3 millimètres d'épaisseur; le périoste est suturé au catgut au-dessus de la cheville, et les téguments au crin de Florence. Au niveau de la face interne du tibia les parties molles sont incisées jusqu'à l'os sur une étendue de 3 à 4 centimètres, et le périoste est ruginé de chaque côté de l'incision. Ensuite, il est procédé à la taille du lambeau ostéo-périosto-cutané sur la jambe gauche, saine, au moyen d'une incision verticale de 6 centimètres, parallèle au bord interne du tibia, située à 3 millimètres en arrière de ce bord, et de deux incisions perpendiculaires à la précédente, tirées de ses deux extrémités supérieure et inférieure, et conduites jusqu'à 2 centimètres en dehors du bord antérieur du tibia. Ces trois incisions, très profondes, intéressent toute l'épaisseur des parties molles jusqu'à l'os, et en dehors jusqu'à l'aponévrose : peau, tissu cellulaire sous-cutané et périoste.

A l'aide du ciseau, une mince plaquette osseuse de 3 millimètres d'épaisseur environ est détachée à la surface de la face interne du tibia sur une étendue égale à celle du lambeau; les connexions intimes de cette lamelle osseuse et du périoste sont soigneusement conservées, de telle sorte qu'avec un instrument mousse, le lambeau ostéo-périosto-cutané ainsi formé est facilement détaché et soulevé de dedans en dehors jusqu'à son pédicule externe, large et suffisamment épais. Ce lambeau ainsi libéré, assez mobile, est appliqué sur la plaie de la jambe droite, de telle sorte qu'il comble parfaitement la solution de continuité qui existe à ce niveau.

Les deux jambes sont alors partiellement entrecroisées. Une suture soignée au catgut réunit le bord libre du périoste du lambeau au périoste du tibia droit. Quant aux téguments du lambeau, ils sont suturés très exactement aux téguments de la jambe malade.

Un appareil plâtré, remontant des orteils jusqu'à la partie supérieure des deux jambes, maintient celles-ci dans une immobilisation parfaite. Au vingtième jour, le pédicule du lambeau est sectionné, la jambe droite est encore maintenue dans un appareil plâtré pendant quelque temps, et la guérison se produit dans la suite, dans d'excellentes conditions, comme le démontrent l'examen clinique et l'examen radiographique pratiqués plus tard.

Reichel rapporte comme détail complémentaire que l'intervention eut pour conséquence d'affaiblir la jambe gauche au niveau du point où avait été pris le lambeau ostéo-périosto-cutané; en effet, l'enfant se fractura deux fois la jambe en ce point, mais ces fractures guérirent facilement et sans complications.

Quoi qu'il en soit, l'opération de Reichel, pratiquée une seule fois par son auteur et suivie d'un excellent résultat, semble offrir plus de chances de succès que les différentes interventions que nous avons énumérées; elle pourra être pratiquée d'emblée, ou en cas d'échec de ces dernières. Le chirurgien devra prendre toutes les précautions antiseptiques ou aseptiques d'usage, et être très soigneux, très minutieux dans l'accomplissement des divers temps de l'opération : taille du lambeau, son adaptation exacte sur le membre malade, différentes sutures du périoste et des téguments, et enfin immobilisation parfaite de deux membres au moyen de l'appareil plâtré. Il pourra ainsi obtenir la guérison d'une lésion considérée, à juste titre, comme particulièrement grave, et éviter à l'enfant qui en est porteur une amputation devenue souvent l'ultime remède de cette infirmité.

(1) Reichel. Zur Behandlung schwerer Formen von Pseudarthrosis. Ein Beitrag zur Behandlung der sogen. intrauterinen Fracturen der Unterschenkels, *Arch. f. klin. Chir.*, 1903, LXXI, p. 639-651.

ANALYSES

MEDECINE

La valeur séméiologique de l'épilepsie jacksonienne. (René Rome. Th. de Paris, 1907; A. Maloine, édit.) — Bien qu'il existe entre l'épilepsie jacksonienne et l'épilepsie généralisée dite essentielle des formes intermédiaires et des cas de transitions nombreux, les deux variétés de convulsions restent distinctes au point de vue clinique et doivent être étudiées séparément. L'épilepsie jacksonienne se caractérise par des convulsions localisées au moins au début, et suivant dans

leur propagation une règle fixe déterminée par la situation des centres moteurs corticaux.

Elle est souvent consécutive à un traumatisme crânien. Dans ce cas, la trépanation révèle ordinairement une lésion irritative dont le siège répond aux centres moteurs, quelquefois une lésion située en avant ou en arrière des circonvolutions rolandiques. Dans d'autres cas, la trépanation reste négative et il s'agit d'une altération purement dyamique des centres. Quelle que soit la nature de la lésion, l'épilepsie traumatique est grave et nécessite presque toujours une intervention.

En dehors du traumatisme, l'épilepsie jacksonienne s'observe dans des conditions très diverses. Elle n'est pas toujours la preuve d'une lésion organique des centres nerveux.

Quand elle est symptomatique d'une lésion, celle-ci intéresse le plus souvent l'écorce rolandique du côté opposé aux convulsions, mais elle est localisée ou diffuse et sa nature est très variable (méningite syphilitique, tumeur, tuberculose, hémorragie, ramollissement, P. G...).

La lésion peut siéger à une certaine distance des centres en avant ou en arrière; elle peut être sous-corticale. Dans quelques cas, elle intéresse un hémisphère cérébelleux, elle est alors homolatérale. On a signalé des cas tout à fait exceptionnels, où elle siégeait sur l'hémisphère cérébral, du même côté que les convulsions.

L'épilepsie jacksonienne fonctionnelle s'observe dans deux conditions différentes :

Tantôt elle relève de causes bien définies, il s'agit de convulsions toxiques ou réflexes à type unilatéral.

Tantôt elle s'observe en dehors de toute étiologie fixe et sa pathogénie reste obscure.

Dans certains cas, il s'agit d'épilepsie jacksonienne hystérique; dans d'autres cas, les convulsions peuvent être dues à une lésion des centres, qui guérit sans laisser de traces : pseudo-tumeurs cérébrales.

Dans quelques cas, enfin, des accès jacksoniens, fréquents, liés à d'autres symptômes cérébraux, font porter le diagnostic de tumeur ou d'abcès du cerveau, alors que la trépanation reste négative et que l'autopsie laisse encore dans le doute sur la nature de l'épilepsie. On a proposé de réunir ces faits sous le nom d'hémiépilepsie idiopathique ou d'épilepsie jacksonienne essentielle, termes qui paraissent sujets à la critique.

L. GAYARD.

MEDECINE INFANTILE

Lymphadénie tuberculeuse chez l'enfant. (Weill et Lesieur. *Arch. de méd. des enf.*, 1907, n° 3, p. 129-134.) — D'une observation recueillie par eux, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

1° La tuberculose peut déterminer chez l'homme des adénopathies chroniques généralisées, revêtant l'aspect des tumeurs lymphadéniques (lymphomes tuberculeux);

2° Cette pseudo-lymphadénie tuberculeuse peut s'accompagner de splénomégalie, d'hépatomégalie, d'anémie (pseudo-lymphadénie aleucémique);

3° L'évolution *clinique* peut être fébrile, affectant le type continu, le type intermittent, le type inverse;

4° *Histologiquement*, l'adénite tuberculeuse diffère surtout de l'adénite tuberculeuse par la prédominance des lésions scléreuses et par l'absence ou le faible degré de la caséification;

5° Les bacilles de Koch isolés de lymphomes tuberculeux peuvent se montrer adaptés au tissu lymphoïde, au point de produire chez le cobaye une tuberculose à marche lente, presque exclusivement ganglionnaire, véritable lymphadénie tuberculeuse *expérimentale*.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Sur les blessures par automobiles. (Kettner. *Deuts. med. Wochens.*, n° 30, 25 juillet 1907, p. 1214.) — Au cours d'une communication faite à l'assemblée libre des chirurgiens de Berlin, sur les traumatismes observés chez les automobilistes, Kettner relate le fait suivant :

Un enfant de treize ans fut renversé sur le dos par un autobus. Une roue d'avant du véhicule rencontra le pied gauche de l'enfant déchira la chaussure, le bas, le pantalon, et enfin la peau, et entraîna le tout en arrière, en continuant à rouler.

A l'entrée du blessé à l'hôpital, on constata que la totalité de la jambe gauche était complètement dépouillée de ses téguments, peau et tissu cellulaire sous-cutané.

Depuis les orteils jusqu'à la racine de la cuisse, les aponévroses étaient complètement mises à nu.

Les téguments retournés comme un bas formaient un unique lambeau conservant la forme du pied, de la jambe et de la cuisse; ce lambeau se continuait avec la peau de la région fessière par un pédicule large d'environ 20 centimètres. L'hémorragie était nulle; de même les phénomènes douloureux manquaient complètement et ne firent leur apparition que du sixième au huitième jour après l'accident.

Chose remarquable, le squelette du membre inférieur était absolument intact.

Après un nettoyage soigné des parties blessées, on rapprocha les téguments des aponévroses, et l'on tenta de les conserver.

Pendant les trois premiers jours la température se maintint entre 38 et 39 degrés. Le cinquième jour les téguments du pied et de la jambe ayant montré des signes manifestes de sphacèle, on se décida à les reséquer. La fièvre tomba alors en lysis.

Le malade ayant échappé aux complications infectieuses toujours à craindre en pareil cas, septicémie, tétanos, érysipèle, on put espérer un moment que l'on obtiendrait une réparation suffisante du membre inférieur, et qu'il faudrait tenter de faire des greffes cutanées.

Mais la neuvième semaine après l'accident, l'enfant commença à s'agiter, à mal dormir, à ne plus manger; ses forces déclinèrent rapidement et le délire apparut.

C'est alors seulement que l'on pratiqua l'amputation haute du membre blessé.

A. LEMIERRE.

OBSTETRIQUE

Contribution à l'étude des grossesses extra-utérines doubles. (J. Pécher. Th. de Paris, 1907; A. Michalon, édit.) — Les grossesses extra-utérines doubles sont rares; l'auteur n'a pu en trouver que neuf cas.

Leur existence peut s'expliquer par la bilatéralité pour ainsi dire constante des inflammations des trompes.

Diagnostiquer une grossesse tubaire double, rompue de l'un ou de l'autre côté, d'avec une grossesse tubaire simple, rompue, est en général impossible.

Au cours d'une laparotomie pour une grossesse extra-utérine diagnostiquée simple, il faut toujours examiner les annexes du côté opposé : on pourra y trouver un fœtus du même âge, ou un fœtus conçu un laps de temps variable auparavant, momifié ou en partie résorbé dans ce cas.

L'ablation des annexes des deux côtés s'impose. Faite en temps opportun, elle donne généralement de très bons résultats.

L. GAYARD.

NOTES POUR L'INTERNAT

VARICES

Les varices sont des dilatations permanentes des veines avec altérations plus ou moins profondes de leurs parois. Toutes les veines peuvent devenir variqueuses : veines de la tête et du cou, des membres, veines caves, iliaques, veines viscérales, par exemple les varices œsophagiennes. Les varices des veines de l'anus et du rectum sont décrites sous le nom d'hémorroïdes; celles des veines du cordon spermatique sont dites varicocèle. Le terme de varices est appliqué usuellement aux varices des membres inférieurs; ce sont celles-ci que nous avons à étudier.

ÉTIOLOGIE. — Dans certains cas, les varices sont accidentelles ou *symptomatiques;* elles apparaissent à la suite de tumeurs pelviennes ou abdominales comprimant les veines iliaques ou cave inférieure, à la suite de thromboses iliaques ou crurales. On en peut rapprocher les varices de la *grossesse*; elles surviennent chez un tiers des femmes enceintes (Budin), rarement dès la fin du premier mois, habituellement vers le milieu de la grossesse; surtout fréquentes chez les multipares.

Dans tous les autres cas, beaucoup plus nombreux, les varices sont ou paraissent être *idiopathiques*. Très rares chez l'enfant (il s'agit alors de varices congénitales), elles apparaissent surtout de trente à quarante ans, et même chez les vieillards (Vidal de Cassis); les hommes y sont plus exposés que les femmes. A signaler l'influence des professions : station debout prolongée dans un milieu humide (débardeurs, blanchisseuses) ou à la grande chaleur (verriers, cuisiniers). Les fatigues du service militaire expliquent les varices des jeunes soldats.

Il faut aussi tenir compte de la *constitution;* l'arthritisme ou herpétisme a été incriminé et a certainement un rôle, le lésions veineuses, aussi bien que les lésions artérielles, se développant de préférence sur ce terrain. Aussi l'*hérédité* des varices a été signalée en particulier par Briquet.

Toutes ces causes sont des causes prédisposantes; on verra, en étudiant la pathogénie, si la cause efficiente des varices des membres inférieurs doit être cherchée dans les conditions mécaniques de la circulation veineuse en ces régions ou dans une lésion de la paroi veineuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les varices sont superficielles ou profondes; les varices superficielles les plus communes siègent à la saphène interne et à ses branches; les varices profondes aux veines musculaires, tributaires des péronières et des tibiales postérieures. D'après Verneuil, le début est toujours aux veines profondes musculaires du mollet; la loi de Verneuil, vraie en général, comporte quelques exceptions (Quénu).

Les veines variqueuses sont allongées et dilatées. Selon que l'un ou l'autre élément domine, les varices sont *cylindroïdes* rectilignes, serpentines; ou circonscrites et *ampullaires*; la dilatation irrégulière donne naissance aux ectasies circonférentielles ou latérales. Presque toujours ces deux formes sont combinées.

Briquet a distingué trois degrés : 1° veine simplement élargie; 2° veine élargie avec paroi uniformément épaissie; 3° veine élargie, paroi inégale épaissie en certains points, amincie en d'autres.

Les valvules veineuses ont souvent disparu ou n'existent plus que sous forme de petites brides celluleuses.

Les dilatations ampullaires contiennent du sang fluide ou des caillots.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — On constate des lésions plus ou profondes de la paroi veineuse, une véritable phlébo-sclérose. Mais tous les auteurs ne sont pas d'accord sur le début de ces lésions.

D'après Cornil, l'épaississement de la veine tient à une hypertrophie de la portion interne de la tunique moyenne; il s'y développe du tissu conjonctif sous forme de longs faisceaux séparés par des cellules plates; les fibres musculaires lisses, plus volumineuses qu'à l'état normal, sont séparées les unes des autres par ce tissu conjonctif néoformé. La tunique interne de la veine n'est pas sensiblement épaissie; c'est donc un processus de *méso-phlébite*.

Au contraire, Epstein admet que l'hypertrophie et la sclérose débutent par la paroi interne, *endophlébite*.

D'après un travail récent de Marullaz, le début des altérations veineuses se fait dans la tunique interne; la lame élastique interne se divise en deux lamelles et dans l'espace ainsi créé se développent des cellules claires, agglomérées par une substance fondamentale; autour des cellules, éléments de tissu élastique. L'hypertrophie et la prolifération du tissu conjonctif s'étendent bientôt à toute la tunique interne. C'est secondairement que la tunique moyenne est envahie; les débris musculaires finissent par être noyés dans une masse de tissu conjonctif. Enfin, à un dernier degré, survient une atrophie des éléments de la paroi, atrophie affectant particulièrement la musculature et coïncidant avec la période de dilatation veineuse; on ne retrouve alors presque plus trace des éléments néoformés; il subsiste des restes des lames élastiques primitives, à côté du tissu conjonctif pour ainsi dire seul présent dans les stades extrêmes, où les veines sont transformées en tuyaux rigides, plus ou moins calcifiés.

Des poussées de phlébite peuvent provoquer d'autres altérations veineuses et la formation de coagulations sanguines.

ETAT DES PARTIES VOISINES. — Autour des veines, périphlébite chronique, les vaisseaux variqueux sont dans une atmosphère de tissu induré.

Les artérioles ont leurs parois sclérosées; les nerfs sont atteints de névrite interstitielle (Quénu).

Les muscles souffrent dans leur nutrition; inflammation chronique du tissu conjonctif interfasciculaire qui se charge de graisse.

Les os eux-mêmes peuvent présenter des lésions d'hyperostose décrites par Reclus.

Le tissu cellulaire sous-cutané est œdématié, avec toutes les conséquences de l'œdème chronique.

Les lésions cutanées ont été étudiées par Broca, Jeanselme, Quénu. La couche cornée de l'épiderme est épaissie, le chorion ou derme et les papilles sont sclérosés. Les glandes sudoripares, les appareils pilo-sébacés sont atrophiés et ont quelquefois complètement disparu. Sur cette peau mal nourrie se développent facilement l'eczéma chronique, diverses dermites et l'ulcère variqueux.

En résumé, aux membres variqueux, trouble général de la nutrition, en partie sous la dépendance de la même cause que les varices, en partie conséquence des modifications apportées à la circulation par la présence des varices.

(*A suivre.*)

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Cartes de circulation à demi-place départementales.* — La Compagnie délivre des cartes nominatives et personnelles valables pendant six mois ou un an et donnant le droit d'obtenir des billets à demi-tarif pour des parcours exclusivement P.-L.-M. entre toutes les gares d'un même département.

Les départements desservis par le réseau P.-L.-M. sont répartis en trois catégories, selon l'importance kilométrique des lignes qui les sillonnent.

Les cartes sont délivrées moyennant le paiement préalable des prix suivants :

A. Cartes donnant droit à des billets à demi-tarif de toutes classes, pendant six mois : 1re catégorie, 60 francs; 2e catégorie, 50 francs; 3e catégorie, 40 francs; — un an : 1re catégorie, 80 francs; 2e catégorie, 65 francs; 3e catégorie, 55 francs.

B. Cartes donnant droit à des billets à demi-tarif de 2e et 3e classes, pendant six mois : 1re catégorie, 40 francs; 2e catégorie, 32 francs; 3e catégorie, 25 francs; — un an : 1re catégorie, 50 francs; 2e catégorie, 40 francs; 3e catégorie, 32 francs.

C. Cartes donnant droit à des billets à demi-tarif, de 3e classe seulement, pendant six mois : 1re catégorie, 25 francs; 2e catégorie, 20 francs; 3e catégorie, 15 francs; — un an : 1re catégorie, 30 francs; 2e catégorie, 25 francs; 3e catégorie, 20 fr.

Il sera perçu, en outre, à chaque voyage, la moitié du prix d'un billet simple (place entière) de la classe demandée par le voyageur pour le parcours qu'il veut effectuer.

Les cartes courent du 1er et du 15 de chaque mois et doivent être demandées au moins cinq jours à l'avance.

Consulter le livret-guide-horaire P.-L.-M., vendu au prix de 50 centimes dans toutes les gares du réseau.

— *Relations avec l'Espagne.* — 1° Par Arvant-Neussargues (1er, 2e et 3e classes entre Paris et Béziers). Départ de Paris : 8 h. 15 soir.

2° Par Lyon-Cette (L-S, 1re classe, Paris-Cerbère). Départ de Paris : 7 h. 20 soir (2e et 3e jusqu'à Avignon); 9 h. 20 soir (1re seulement).

3° « Barcelone-Express » (train de luxe V-L, V-R, nombre de places limité). Aller, départ de Paris (mercredi, samedi) : 7 h. 30 soir; retour, départ de Barcelone (lundi, vendredi) : 1 h. 50 soir (H. E. O.).

Pour plus amples renseignements, consulter le livret-guide-horaire P.-L.-M. vendu 50 centimes dans toutes les gares du réseau.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 102. — SAMEDI 7 SEPTEMBRE 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 7 SEPTEMBRE 1907. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

GUERRE. — École de santé militaire. — Voici la liste par ordre de mérite des candidats nommés élèves à l'École du service de santé militaire :

MM. 1. Rome, 2. Renesson, 3. Bonnefoy, 4. Le Bourdellès, 5. Séchan, 6. Gauthier, 7. Zœller, 8. Aubriot, 9. Bertet, 10. Sondag, 11. Liégeois, 12. Jourdan, 13. Nivière, 14. Risser, 15. Giacardy, 16. Collilieux, 17. Hanin, 18. Robert, 19. Landret, 20. Du Laurens de la Barre, 21. Théveney, 22. Nain, 23. Lèques, 24. Delrieu, 25. Raux, 26. Sarrat, 27. Détis, 28-29. Camo-Seine et Gosswiller, *ex æquo*, 30. Chénélot, 31. Maix, 32. Coïc, 33. Longuet, 34. Ballet, 35. Georges, 36. Le Landais, 37-38. Ehringer et Goursolas, *ex æquo*, 39-40-41-42. Frilet, Guillaume, Mathiot et Talpain, *ex æquo*, 43. Vialatte, 44. Amsler, 45. Sarrazin, 46-47. Jean-Raymond Noël et Sieur, *ex æquo*, 48-49. Aveline et Mulot, *ex æquo*, 50. Chapuis.

Ceux de ces élèves qui ont déjà accompli un an de service militaire devront se présenter au médecin inspecteur, directeur de l'École du service de santé militaire, le jeudi 10 octobre à huit heures du matin.

Les autres devront, s'ils remplissent les conditions d'aptitude physique au service armé, accomplir avant leur entrée à l'école une année de service dans l'un des régiments de cavalerie ou d'artillerie stationnés dans le corps d'armée où leur famille est domiciliée, sous réserve pour la cavalerie de satisfaire aux conditions de taille exigées pour les engagements volontaires.

Tous les élèves de cette dernière catégorie devront adresser avant le 10 septembre au ministère de la Guerre la liste par ordre de préférence des corps dans l'un desquels ils désirent servir.

MARINE. — Voici la liste, par ordre alphabétique et par port, des candidats à l'École principale du service de santé de la marine à Bordeaux, reconnus admissibles aux épreuves orales à la suite des examens écrits (médecine) :

Brest. — MM. Adrien, Ardouin, Bablet, Bienvenue, Chapel, Chauvel, Collin, Dauvert, Demelun, Dénès, Doré, Dufour, Giudicelli, Goéré, Govy, Guay, Kérébel, Le Bris, Le Gallen, Le Houerf, Le Maux, Lemoussu, Le Tulle, Levot, Lhuerre, Louarn, Michaud, Navennec, Prat, Proux, Quéméner, Rault, Robillard, Scouarnec et Vourch.

Rochefort. — MM. Bérard, Bonnet, Bonrepos, Calvel, Chagnaud, Coureaud, Dissez, Fauquet, Faur, Filâtre, Flèche, Fraudet, Garnaud, Gayot, Guierre, Hollier, Jouin, Juhel, Kervramm, Laborit, Larroque, Laurence, Lebouvier, Liberge, Marmouget, Martin, Mauranges, Mazères, Mirabail, Montel, Muguet, Parcellier, Pautet, Pénissou, Périer, Puncet, Quériaud, Ramond, Raynaud, Rondet, Séguy, Suldey et Valat.

Toulon. — MM. Agostini, Bédier, Bèvengut, Carbillet, Chevreau, Eggimann, Esquier, Fabri, Gautier, Guy, Labanowski, Labernadie, Morracchini, Noël, Odinet, Pasquet, Quenouille, Renard, Robin, Saltet d'Estières, Scotti, Stefani, Talpain, Trégan, Verdollin et Voizard.

— M. le médecin principal Rétière, du port de Brest, est désigné, sur sa demande, pour remplir les fonctions de médecin-major du 2e dépôt.

— M. le médecin de première classe Durand, du port de Cherbourg, est désigné pour embarquer à la 2e flottille des torpilleurs de la Manche.

— M. le médecin de première classe Réjou, du port de Lorient, a été désigné pour embarquer sur le cuirassé *Liberté*, à Brest.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-cinquième semaine, 836 décès, au lieu de 816 pendant la semaine précédente et de 826, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc normal.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 46 (moyenne 40), au lieu de 39 pendant la semaine précédente.

La variole a causé 1 décès, chiffre identique à celui de la se-

maine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 4 au lieu de 7 pendant la semaine précédente (moyenne 12).

La rougeole a causé 8 décès, comme pendant la semaine précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 98 (au lieu de 119 précédemment et au lieu de 83, moyenne des quatre dernières années).

La scarlatine a causé 5 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 155; il s'élevait à 187 pendant la semaine précédente (moyenne 50).

La coqueluche a causé 11 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente (moyenne 7).

La diphtérie a causé 1 décès comme, pendant la semaine précédente (moyenne 4); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 38, au lieu de 35 pendant la semaine précédente (moyenne 52).

La diarrhée infantile a causé 100 décès de 0 à 1 an, au lieu de 93 pendant la semaine précédente (moyenne 99).

En outre, 24 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 62 décès, au lieu de 69 pendant la semaine précédente (moyenne 77). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 3 décès; bronchite chronique, 6; pneumonie, 13. Autres maladies de l'appareil respiratoire, 40, dont 15 sont dus à la broncho-pneumonie et 16 à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 179 décès; la méningite tuberculeuse, 17; la méningite simple, 21; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 16 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 40 décès; les maladies organiques du cœur, 49; le cancer, 41; la hernie et l'obstruction intestinale, 6; la cirrhose du foie, 18; la néphrite, 24; enfin, 38 vieillards sont morts de débilité sénile.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Hygiène rurale, par le docteur IMBEAUX, directeur du service municipal de Nancy, et E. ROLANTS, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Lille. Gr. in-8° de 249 p., avec 125 fig. — Prix : broché, 6 francs; cartonné, 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Psychologie morbide, par le docteur DUPOUY. In-8° de 237 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Librairie des sciences psychiques, 42, rue Saint-Jacques.

Les enfants anormaux, par les docteurs BINET et SIMON. In-8° de 211 p. — Prix : 2 francs. — Paris, Colin.

Guide pratique pour le choix des lunettes, par le docteur TROUSSEAU. In-8° de 102 p. — Paris, De Rudeval.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Billets simples de France en Espagne. — Les principales gares du réseau P.-L.-M. (Paris, Dijon, Lyon, Marseille, etc.) délivrent des billets directs simples pour Barcelone. Consultez le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M.

REVUE GÉNÉRALE

LA CRAMPE DES ÉCRIVAINS (1)

Par M. N. VASCHIDE,
Directeur-adjoint au Laboratoire de psychologie pathologique de l'Ecole des Hautes-Etudes (Asile de Villejuif).

III

Diagnostic et étiologie. — La crampe des écrivains, en dehors des vieilles recherches de Zuradelli, Haupt et Burckhardt sur l'écriture en elle-même, n'a été guère l'objet des études de ce genre, les seules pourtant capables de nous éclairer sur le mécanisme pathologique de cette affection. Car si cette maladie n'atteint pas exclusivement ceux qui écrivent, l'acte de l'écriture est le seul dont la psychologie nous est plus connue et plus précise. L'acte d'écrire exige non seulement une certaine coordination motrice, mais une mobilité toute particulière. La main tout entière se transforme dans un appareil unique et par l'action synergique des fléchisseurs, des lombricaux, des interosseux, il résulte une activité harmonieuse, souple et rigide à la fois, cet appareil dynamique se modelant sensiblement, automatiquement et rapidement aux exigences complexes du dessin des lettres et aux images élaborées par la pensée.

Selon Burckhardt, trois groupes musculaires jouent un rôle important dans l'acte d'écrire indifféremment, si l'acte est tonique (fixation de la main et de la plume) ou clonique (formation des caractères) : 1° le groupe des interosseux; 2° le groupe des longs extenseurs; 3° celui des longs fléchisseurs. Les extenseurs viendraient surtout en aide quand les mouvements sont plus étendus, et ils auraient une action plutôt tonique. Les fléchisseurs sont de véritables antagonistes des interosseux, qui sont à la fois toniques et cloniques. Mais comme le font remarquer Burckhardt et plus tard Zuber, l'acte d'écrire constitue une individualité dynamique, une activité musculaire spéciale, individuelle. « Quand on songe à la multiplicité des organes musculaires et nerveux, écrit Zuber, mis en jeu par l'acte que nous étudions à la régularité et à la longue durée de la distribution nerveuse nécessaire au consensus harmonique de toute sorte d'appareils peu destinés à agir simultanément, on arrive à s'étonner que les altérations fonctionnelles de cet acte compliqué entre tous ne soient pas plus fréquentes. »

La plupart des auteurs qui avaient songé à la pathogénie de cette maladie en ont accepté toutes les hypothèses sans aucun contrôle critique. Erlenmeyer, entre autres, n'avait-il pas fait époque avec ses paradoxes clinico-physiologiques? Erlenmeyer fut un des premiers auteurs qui songèrent à la nécessité d'un centre cortical. Il pense même que les Juifs et les peuples de l'antiquité qui écrivaient de droite à gauche étaient droitiers du cerveau, et ils devaient écrire avec la main gauche. La direction de l'écriture la plus naturelle est de gauche à droite, dans le sens de l'abduction de la main. L'écriture se fera de droite à gauche, donc toujours dans le sens de l'abduction, quand le centre de l'écriture étant détruit, il a suppléance d'un centre du côté droit. Les paralytiques écriraient selon cette loi physiologique, donc de droite à gauche comme ces peuples orientaux. Erb n'admet pas un centre propre de coordination, mais il incline vers une possibilité d'une systématisation des solutions systématiques devenues réflexes par l'habitude, mais l'acte de l'écriture n'est pas le seul geste fonctionnel atteint, donc il faut envisager autrement le problème.

Duchenne (de Boulogne) s'est demandé parmi les premiers quelle serait la nature de cette maladie. Est-elle périphérique, donc limitée aux muscles qui concourent à l'accomplissement de la fonction musculaire définie, ou bien serait-elle d'origine centrale? Le centre nerveux en d'autres sortes serait surexcité, écrasé par la répétition continuelle fonctionnnelle. Duchenne sans avoir de preuves, incline vers la seconde hypothèse. « Comment en effet admettre qu'un muscle serait plus surexcitable et se contracturerait ou s'agiterait convulsivement, ou qu'il aurait perdu son aptitude à réagir sous l'influence de l'excitant nerveux, quand il aurait à remplir certaines fonctions, tandis qu'il se contracterait normalement pour toutes les autres fonctions? »

« Existerait-il, écrit Duchenne, un point des centres nerveux qui, surexcité ou épuisé par l'exercice souvent répété de certaines fonctions musculaires, tantôt ferait une démarche nerveuse trop considérable et produirait la contracture de certains muscles, tantôt leur enverrait l'excitant nerveux irrégulièrement et occasionnerait des tremblements ou des mouvements cloniques, tantôt enfin cesserait de leur distribuer la force nerveuse, et tout cela seulement pendant l'accomplissement de ces mêmes fonctions musculaires?... J'avoue que je ne suis pas actuellement en mesure de résoudre cet important problème, mais je penche beaucoup pour cette hypothèse (3e édit., p. 1028).

Reynold (*Encyclopédie classique*) classait la crampe des écrivains parmi les maladies nerveuses générales caractérisées par un état d'incoordination musculaire (Benedikt).

V. Poore est un des défenseurs de l'*origine périphérique* de cette affection. Le bon sens de Duchenne (de Boulogne) reste pourtant debout, malgré l'ingéniosité toute théorique de l'auteur anglais. Cet auteur considère qu'il y a toujours des lésions périphériques, mais hâtons-nous de dire qu'il entend par lésion les parésies, les contractures musculaires, les tremblements, les troubles sensoriels, etc., il admet en plus l'existence d'un vague centre graphique. La crampe serait en outre capable d'être provoquée par l'excitation faradique. Le fait n'est pas exact. Sur moi-même j'ai essayé à plusieurs reprises, jamais je n'ai pu obtenir autre chose qu'une convulsion musculaire plus ou moins banale ou brusque. Citons encore parmi les arguments de Poore sa soi-disant *fatigue*

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 99, p. 1179.

chronique musculaire, le seul fait à retenir. Ajoutons encore que, pour cet auteur, cette affection fait partie de la même famille que les névralgies.

Toutes les théories expliquent tout et aucune n'avance le problème.

D'après le docteur Gallard, pour la pathogénie de cette singulière affection, il faut partager l'avis de Duchenne; qu'on ne pense pas la localiser dans les muscles, ni dans les lésions des nerfs, mais peut-être dans la moelle. « Mais, ajoute-t-il, je cherche en vain la nature de l'altération morbide qui correspond à ces symptômes, et, ce qui est plus grave, le point précis de l'axe médullaire sur lequel devrait se fixer cette altération, de nature inconnue » (p. 475). Le docteur Gallard inclinerait plutôt à ne voir dans cette maladie « qu'un simple trouble fonctionnel, sans lésion d'organes ou de tissus ». Ce qui expliquerait la variété de ses symptômes. La fatigue n'est pas la principale cause, et parmi les éléments pathogènes signalés, il faut citer le froid, l'influence du rhumatisme et des affections diathésiques et surtout l'hérédité. Le docteur Gallard a connu une famille « dans laquelle la mère et deux enfants sont affectés de l'impotence fonctionnelle ».

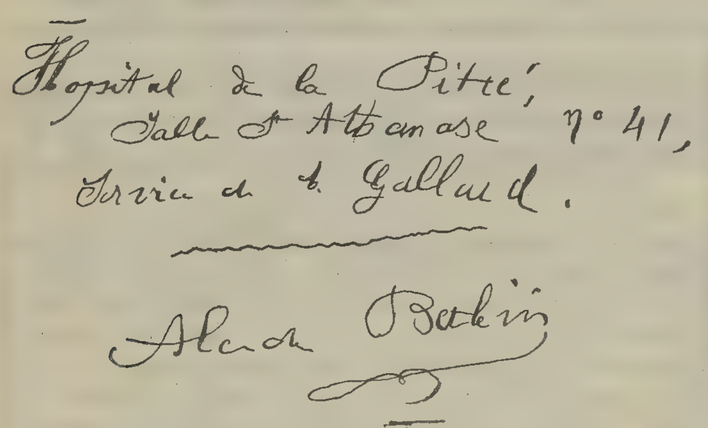


Fig. 1. — *Spécimen d'écriture d'un malade atteint de la crampe des écrivains,* d'après Gallard.

« La névrose des écrivains, dit Jaccoud, présente en réalité quatre modalités pathogéniques : la faiblesse paralytique, le tremblement, les mouvements d'association, les contractions spasmodiques... Elle présente toutes les formes connues des désordres de la motilité qu'elle semble résumer en elle : c'est une *akinésie*, c'est un trouble de stabilité (tremblement), c'est une ataxie (anomalie des irradiations spinales), c'est une *hyperkinésie* (crampes ou spasmes). »

Jules Simon nous donne une définition presque analogue : « On donne le nom de crampe des écrivains à la raideur des muscles fléchisseurs, rarement des extenseurs des doigts, *au moment d'écrire*. Quelquefois pourtant, la crampe est produite par l'immobilisation simultanée des fléchisseurs et des extenseurs, et même des muscles propres de la main. Cet organe reste apte à tous les autres mouvements. »

La symptomatologie est ainsi extrêmement variable, mais qui ne correspond pas toujours à la réalité clinique. Canstatt ne divisait-il pas les malades en deux catégories : ceux dont la contracture est caractérisée par la prédominance des fléchisseurs, et ceux qui ont tout spécialement atteint les extenseurs? Rien de plus faux, quand on songe à la multiplicité des modulations de la main pour écrire la plus simple des propositions.

Zuber, dans son article, un des mieux faits sur les *spasmes fonctionnels*, se contente d'admettre la description symptomatique de Duchenne (de Boulogne) : la *forme spasmodique* et la *forme paralytique*. Les cas de Duchenne, quoique analysés avec sa pénétration scientifique connue, ne plaident pas pourtant pour cette classification symptomatique. S'il n'y a pas toujours spasme, comme le pense Gallard, il y a quand même des formes spasmodiques. Tout acte fonctionnel, à mon avis, a un peu de l'activité spasmodique, et surtout quand il s'agit d'atteindre un maximum et d'obtenir la limite ultima de son automatisme musculaire.

Les formes paralytiques sont rarement vraiment paralytiques; il y a des impotences fonctionnelles, des parésies musculaires tout au plus. Les contractures ne se produisent que sous l'influence de l'acte fonctionnel, de l'acte d'écrire surtout, le plus émotionnel des actes fonctionnels musculaires. Les traits de l'écriture ont des formes ondulées et les lettres n'ont presque pas de continuité. Certains hystériques auraient des graphismes identiques. Pour ce qui concerne la forme paralytique, on constate un vague commencement de dégénérescence. D'après Poore : trois fois sur trente-deux cas; deux fois l'interosseux dorsal; une fois les extenseurs et le court fléchisseur du pouce. Eulenburg a constaté en outre, par l'exploration électrique (galvanique), une exagération de l'irritabilité dans des cas de contracture du pouce.

L'*anatomie pathologique* de cette affection n'existe pas; de même qu'il reste à faire et à connaître son mécanisme physio-pathologique et sa psycho-pathologie.

En résumé, quoique les auteurs ne soient pas d'accord, on pourrait penser avec certains d'entre eux qu'on a nommé à tort cette maladie : crampe des écrivains, et que si par hasard elle attaque plus ceux qui écrivent, cette affection pathologique se retrouve dans tous les actes fonctionnels de la main. Le mot de « spasme fonctionnel » semble donc plus indiqué, ou encore pour employer le terme du docteur Gallard : « impotence fonctionnelle », car le spasme n'est pas toujours adéquat à cette affection.

Si l'on parcourt les auteurs classiques, on retrouve une variété de significations pathologiques de cette affection. Ainsi elle est considérée par :

	Synonyme.
Brücke................	*bégayement.*
Albers................	*vertige partiel.*
Heyfelder..............	*chorée locale.*
Dzondy................	*faiblesse* due à une paralysie des antagonistes.
Romberg...............	*maladie d'origine réflexe.*
Duchenne (de Boulogne).	*maladie d'origine réflexe centrale.*

	Synonyme.
Gallard	*maladie d'origine réflexe plutôt médullaire.*
Jaccoud	névrose (faiblesse paralytique, tremblements, hauts mouv. d'association, contraction spasmodique).
V. Poore	*névralgies.*

Les symptômes de la maladie ne nous indiquent rien sur sa pathogénie, on comprend plus facilement le mécanisme de sa pathologie. Il faut distinguer deux opinions contradictoires appuyées toutes les deux par des observations à l'appui : selon certains auteurs, la crampe serait limitée pour le spasme fonctionnel; en d'autres mots, le sujet pourrait utiliser les muscles de la main pour toute autre activité musculaire, sauf l'acte d'écrire par exemple. Le fait ne serait pas exact pour d'autres auteurs, et la main tout entière, toute activité musculaire deviendrait spasmodique ou non, mais elle ne serait pas capable d'une activité fonctionnelle précise. Pourtant, si cette maladie n'est pas exclusivement liée à l'acte d'écrire, elle est plus intéressante à être étudiée à ce point de vue, car l'acte d'écrire est qualitativement plus compliqué, plus capable à nous donner quelques renseignements que l'acte de balayer, que le geste du cordonnier ou celui de la fille de ferme qui trait les vaches. A mon avis, il faut distinguer dans cette affection deux éléments : l'élément fonctionnel, automate, physiologique, l'habitude de la coordination systématique, répétée indéfiniment, d'un certain nombre de mouvements pour un geste fonctionnel et l'*acte psychique*, l'attention qui entre en jeu dans l'acte fonctionnel. Nos trois observations personnelles nous ont permis de nous faire une idée précise à ce sujet; elle a été confirmée par la lecture des observations des auteurs. Tout acte fonctionnel qui est arrivé à un degré d'automatisme plus ou moins grand, est sujet à des troubles pathologiques qui attaqueront certainement la conduction systématique musculaire spécialisée. Les combinaisons des mouvements de la main sont infinies; qualitativement et quantativement, les muscles de la main peuvent ébaucher des centaines de mille de combinaisons, ayant chacune sa physionomie dynamique, son activité propre, bien définie. Or, certains de ces gestes, par exemple celui de rouler une cigarette, de couper avec les ciseaux, etc., sont dénués d'activité psychologique; l'automatisme est parfait, l'altération psychologique est nulle, et rarement l'écorce cérébrale est affaissée par cette activité purement médullaire. Mais l'acte d'écrire, aussi automatique qu'il soit, demande une activité psychologique, il réclame de l'attention et une orientation psychique définie. Le mécanisme n'est donc guère le même; ou s'il y a des éléments connus, elles font partie des synergies musculaires, des actes réflexes habituels.

C'est à cause de ce fait que je ne suis pas d'avis des auteurs de confondre « la crampe des écrivains » avec toutes les crampes fonctionnelles, ou si cliniquement elles ont quelques éléments communs, il faut faire une place à part aux crampes fonctionnelles psychiques, comme la crampe des écrivains caractérisée surtout par des troubles psychologiques notoires. Lisant attentivement les observations des crampes des écrivains, on remarque tout comme chez nos sujets que souvent l'idée d'écrire, l'évocation de l'acte d'écrire suffit pour provoquer la crise musculaire, la chorée typique, spasmodique, fonctionnelle.

Chez le malade de Larrey, la main tremblait dès qu'il se servait de la plume sous les yeux de quelqu'un. Dans les autres cas, il paraît qu'il s'agit plutôt d'une fatigue, d'un épuisement musculaire, d'une dissonance de l'automatisme. Dans nos observations, la synergie musculaire était liée strictement et intimement seulement à l'acte de l'écriture, et la main avait gardé toute sa souplesse merveilleuse pour les nombreux actes fonctionnels.

Les idées récentes sur l'aphasie de M. Pierre Marie ont jeté une lumière nouvelle sur la fonction cérébrale, considérée trop automatiquement, trop pratiquement au point de vue des centres cérébraux. Admettre un centre de l'écriture, malgré les quelques faits cliniques, me semble anodin, et peu scientifique. On aime les schémas, mais un esprit scientifique doit faire complète abstraction de leur usage. L'acte de l'écriture est une des multiples adaptations musculaires, augmentée en plus d'une activité intellectuelle spéciale, d'un processus d'attention qui fait appel à toute l'activité cérébrale, depuis l'automatisme banal jusqu'à la création intellectuelle, la création littéraire et scientifique.

Haupt a publié sept cas de crampes fonctionnelles et il a constaté une certaine parésie des muscles isolés, qui provoqueraient l'entrée en scène des muscles antagonistes. Pour lui, la maladie débuterait par des paralysies; les contractures suivraient de tout près et il pense que toute la musculature intéressée dans l'art d'écrire pourrait être isolément ou en totalité la cause de la maladie, mais parmi ces muscles de préférence atteints seraient les interosseux et ceux de l'éminence thénar.

Burckhardt constate également que les interosseux sont les plus atteints. L'exploration myopsychique précise le plus péremptoirement l'irritation latente de la conductibilité périphérique.

« Dans la crampe des écrivains, écrit G. Vivian Poore, c'est plutôt la puissance de ténacité que la force brutale qui est altérée. La conclusion que le malade peut tout faire, excepté d'écrire, est émise hâtivement. » Un rapide examen, selon cet auteur, prouverait que les actes qu'il exécute diffèrent sensiblement de celui d'écrire. « Un de ses malades avait pourtant la difficulté à mouvoir le régulateur de sa montre avec la pointe d'un canif. Un autre avait d'abord nié tout dérangement en dehors de l'écriture, puis avait fini par admettre qu'en tenant une cuillère à thé il trouvait que son index glissait sur le manche, et que dans ses affaires (il était banquier), il avait une grande difficulté à épingler les billets de banque. Un troisième malade, qui avait une irritabilité diminuée du court fléchisseur et de l'adducteur du pouce, avait de la difficulté à tenir une

pièce de monnaie entre le pouce et l'index ou entre le pouce et la tête du cinquième métacarpien. »

Voici comme Poore explique le fait que ces trois malades pouvaient écrire assez bien avec le crayon, tout en étant incapables de manier la plume.

« 1° La pointe du crayon peut supporter un certain poids; elle arrive par suite à rendre au malade le même service que la béquille à l'estropié; 2° La façon de saisir le crayon, surtout s'il est court, n'est pas la même que pour tenir la plume; 3° La pointe du crayon ne pénètre jamais dans le papier. Un de nos malades qui avait une très grande irritabilité du long fléchisseur du pouce trouvait que, par suite de la contracture de ce muscle, la plume subissait une rotation et le bec pénétrait dans le papier. Avec un crayon une pareille rotation eût été insignifiante; 4° Avec un crayon on n'a pas à craindre de salir ou de détériorer le manuscrit, si l'écrivain est mieux à son aise. »

Gowers, J. Müller, Shever, Poore, Moritz Meyer, Erb, Goldschmith, etc., ont rapporté des observations de crampes professionnelles et particulièrement des crampes des écrivains, avec des troubles sensoriels, soit des anesthésies, étendues dans le domaine des nerfs cubital et médian (Gallard, Gowers), soit des abolitions de la sensibilité musculaire (Duchenne, Poore, J. Müller), soit des douleurs névralgiques. Zuber rapporte, d'après Shever, une observation intéressante. « Un homme de quarante-deux ans fut pris d'une faiblesse subite sans perte de connaissance, mais il dut s'appuyer quelques instants contre la muraille pour ne pas tomber. Le lendemain il remarqua qu'il ne pouvait plus écrire à cause d'un sentiment inexplicable de frayeur qui le prenait dès que sa main traçait des caractères. Il se passait, disait-il, quelque chose de particulier dans sa tête. Son état s'améliora au point de lui permettre d'écrire pendant quelque temps, puis la peur revenait et avec elle l'impossibilité d'écrire. Lorsqu'il fermait les yeux, tout allait bien. Aucune trace de paralysie, de contracture, etc. »

Au point de vue de l'*étiologie*, la crampe des écrivains, les opinions les plus variées et les plus anodines ont été formulées. La fameuse prédisposition a été certainement invoquée à côté des symptômes les plus divers, depuis le rhumatisme (Hanot) jusqu'aux palpitations (Cazenave), aux spasmes du larynx et du pharynx (Roggen, Langenbeck, Bracke, Kopp, Albers, Goldsmith, Frochel). En d'autres mots, toute affection pathologique peut être considérée comme la cause de la première des affections étudiées, comme jadis toute voie, dans la géographie antique, conduisait à Rome. Il faut retenir seulement ces quelques faits de toute la verbologie clinique. L'abus de l'écriture ou de tout acte manuel serait une des causes principales, quoiqu'on cite des cas où cette affection serait survenue sans qu'il y ait réellement surmenage, tel le cas d'Eulenburg qui écrivait à peine une lettre de temps à autre et donnait rarement sa signature, ou encore ceux de Gallard et Spring. Mais ce ne sont que des cas isolés; habituellement tous les cas publiés se réfèrent à des surmenés, à des cerveaux fatigués, épuisés par un automatisme trop forcé. Les femmes ne paraissent pas être souvent atteintes de cette affection. L'explication serait due surtout au fait que dans la comptabilité et dans les écritures la femme n'avait qu'un emploi très secondaire, elle commence à y être largement admise et on aura à constater sous peu certainement de pareilles affections chez les femmes. Bernhardt admet comme prédisposition les terrains hystériques et épileptiques. Biswanger pense que la crampe des écrivains est la seule maladie qui constitue une névrose certaine, mais qu'il ne faut jamais penser à la neurasthénie.

La position défectueuse et la nature de la plume employée ont été citées comme des causes efficaces. Les plumes d'acier rendent plus pénible l'acte de l'écriture, de même que toutes causes qui fatiguent la main, mais on a constaté pourtant des cas chez des sujets utilisant la plume d'oie. Les cas de traumatisme invoqués par Hubert-Valleroux, Froriep, Runge, Remak et Meyer comme cause des crampes des écrivains me semblent bien problématiques et je partage l'avis de Zuber, pour douter du fait que les malades de ces auteurs sont vraiment atteints de la crampe des écrivains.

En résumé, la *crampe des écrivains* : 1° est une maladie dont l'étiologie est des plus obscures. On lui a attribué les causes les plus complexes et les plus variées; 2° certains auteurs veulent généraliser les symptômes de cette affection à tous les spasmes fonctionnels, d'où la dénomination de *spasme* ou impotence fonctionnelle. Il nous semble pourtant que le mécanisme psycho-pathologique n'est point le même et que si par hasard il existe des analogies dans toutes les crampes fonctionnelles, il y faut une symptomatologie spéciale, particulière de la crampe des écrivains; 3° son pronostic est assez grave, à moins qu'un des nombreux moyens thérapeutiques puisse guérir le malade; 4° il faut considérer de près la psychologie de ces malades, ils sont atteints surtout dans leur attention et le mécanisme n'est pas encore connu; certains d'entre eux entrent dans la catégorie des phobiques de toute sorte et des névropathes, surmenés par une activité obligatoire et automate.

IV

Thérapeutique. — L'étude des auteurs nous révèle qu'en fait de thérapeutique, la *crampe des écrivains* ou plutôt les *crampes fonctionnelles*, tout reste à faire. Comme l'étiologie est complexe, inconnue et comme les suppositions sont nombreuses, il résulte toute une thérapeutique vague et qui n'a que la qualité d'être extrêmement variée et compliquée parfois, donc capable d'intéresser le malade.

C'est en première ligne la médicamentation intérieure. On a administré des toniques, des ferrugineux, de la belladone, de la strychnine, de l'atropine, des narcotiques. Le docteur Debout a employé une solution de chlorhydrate de morphine et de sulfate d'atropine.

« Une fermière des environs de Saint-Quentin, écrit Debout, était affectée depuis plusieurs années d'une crampe de l'extension du gros orteil qui se produi-

sait plusieurs fois chaque nuit et réveillait la malade. Pendant une année la compression de la partie supérieure de la jambe avait suffi pour triompher de cet

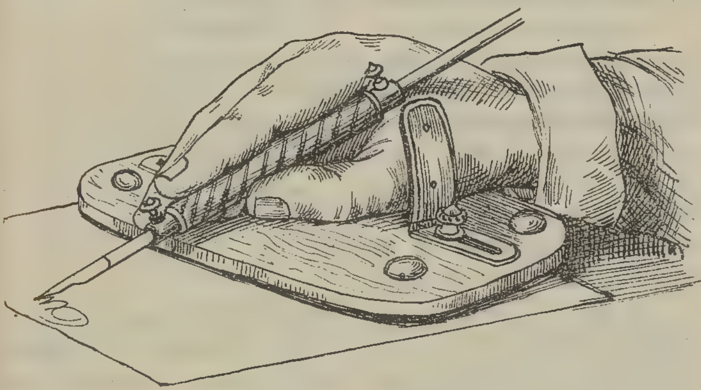


FIG. 2. — *Palette roulante ou chariot de Cazenave, pour le tremblement oscillatoire de la main.*

accident et rendre le sommeil à cette femme. L'action de ce moyen thérapeutique s'étant usée, nous eûmes l'idée de recourir aux injections d'une solution ainsi formulée ;

Eau distillée...............	30 grammes.
Chlorhydrate de morphine..	60 centigr.
Sulfate d'atropine..........	30 —

Une injection de xx gouttes de cette solution narcotique fut pratiquée tous les trois jours pendant le mois d'août 1885. Sous l'influence de ces huit injections faites dans la partie charnue du muscle, la crampe disparut, et la cure se montrait encore aujourd'hui » (p. 383).

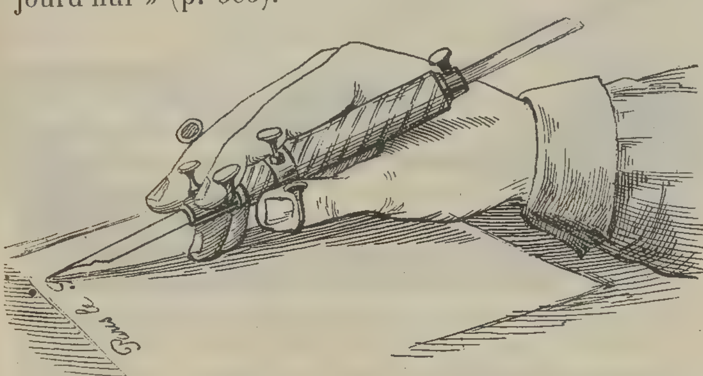


FIG. 3. — *Appareils à crochets de Cazenave, pour assujettir les doigts dans la crampe des écrivains.*

Le docteur Debout citant le cas de Stromeyer critique son intervention chirurgicale et il retient l'usage du mélange d'opium et de belladone, et plaide pour l'usage de la seringue de Pravaz. « Notre but était de vérifier l'antagonisme des deux agents médicamenteux, et de nous assurer si, par leur mélange, il était permis d'augmenter la dose de chacun d'eux sans provoquer d'accidents toxiques. Les résultats de notre expérimentation nous ont prouvé une fois de plus que, grâce à cette association, on pourra produire des médications locales plus puissantes. En effet, l'action topique de ces deux substances vient s'ajouter, tandis que leurs effets généraux, inutiles dans l'espèce, s'amoindrissent. »

Le docteur Debout conseille d'utiliser ces deux substances, car en dehors de l'ignorance du mécanisme de la puissance antagoniste, il faut penser à la question des idiosyncrasies.

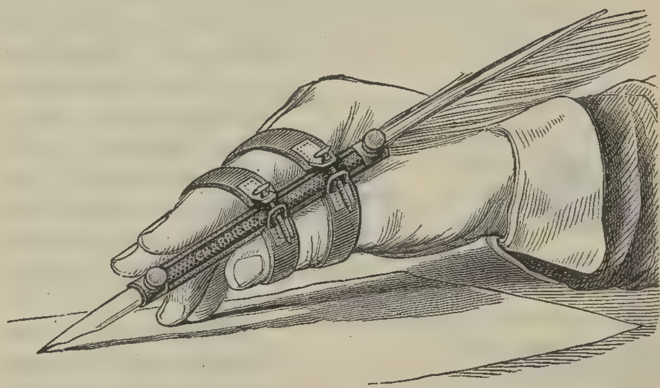


FIG. 4. — *Appareil de Cazenave. Un des premiers modèles.*

Bianchi et Rosander recommandent des injections de strychnine d'un milligramme environ, tous les deux jours. Bianchi aurait obtenu une guérison après six injections.

Reuben Vence conseille des injections de sulfate d'atropine à la dose d'un milligramme tous les deux jours.

Comme *traitement extérieur*, il faut citer le *massage* sous toutes ses formes, combiné ou avec des injections. Cederschjöld, un médecin suédois, a conseillé l'irritation mécanique des troncs nerveux. On cherche le tronc par un massage méthodique écartant soigneusement les muscles, on exerce alors une pression vigoureuse. Il obtint ainsi plusieurs guérisons radicales des crampes des écrivains. Normalement cette opération provoquerait dans la région touchée des douleurs et des fourmillements, ce qui n'arrive pas dans les cas de crampe des écrivains et ce qui prouverait, selon cet auteur, que la conductibilité nerveuse est diminuée.

L'*électricité* a été utilisée sous toutes ses formes. Duchenne, quoiqu'un artiste dans le métier, échoua ; mais des cas de guérison furent rapportés à la suite par différents auteurs. Ainsi Meyer cite deux cas de guérison avec le courant continu : le premier par faradisation des muscles extenseurs, le second par l'usage du pinceau électrique. Eulenburg et Berger réussirent médiocrement dans l'emploi de l'électricité et considérèrent même le traitement nuisible. Le courant galvanique serait le plus avantageux ; il faut tenir compte dans ce cas du siège et de la nature du spasme. Le pôle positif conviendrait aux formes trémulentes des paralytiques appliqué sur la colonne vertébrale, tandis que le pôle négatif convient à la périphérie, appliqué sur les muscles et les nerfs malades ou considérés comme tels. Le courant doit contenir de 15 à 30 éléments et il faut qu'il soit appliqué six fois par mois sans dépasser à chaque application un quart d'heure.

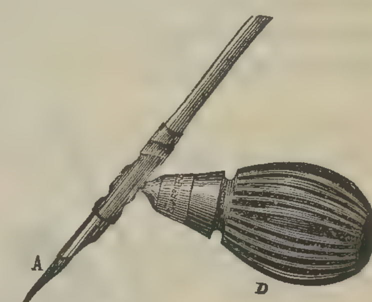


FIG. 5. — *Appareil Velpeau.*

Berger n'aurait obtenu aucun succès (4 cas).

Comme traitement cette maladie exige, selon Gallard, une thérapeutique des plus variées. S'il s'agit d'une vraie crampe, il faut songer aux narcotiques, aux calmants et aux antispasmodiques administrés intérieurement et extérieurement. Gallard nous rapporte qu'il a très bien réussi chez un de ses malades par l'administration des préparations arsenicales.

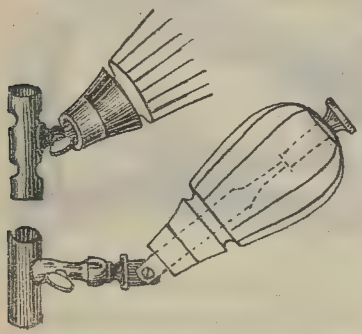


Fig. 6. — *Appareil de Velpeau modifié par Charrière et pourvu d'un collet articulé.*

Le malade de Seccamani était atteint de la crampe des écrivains, survenue à la suite d'une fatigue réelle de la main; il est à remarquer dans ces cas que les muscles de la main et ceux des doigts étaient sensiblement paralysés. Son malade fut guéri par le traitement électrique. On a pensé encore au traitement chirurgical.

Stromeyer pratiqua par la ténotomie la section du long fléchisseur du pouce et son malade fut guéri; depuis toutes tentatives chirurgicales ont avorté (Langenbeck, Diffenbach) et aujourd'hui on a renoncé complètement.

Lucas Stromeyer communique à Cazenave (de Bordeaux) l'observation suivante : « M. M... avait perdu la faculté d'écrire avec la main droite depuis un an, et fut forcé de le faire avec la gauche. Je trouvai, dit-il, en le voyant s'exercer, que cette perte de la faculté d'écrire était due à un spasme des petits muscles du pouce, qui ne se faisait sentir qu'au moment où il voulait se mettre à l'œuvre. L'acupuncture des petits muscles le mettait en état de tenir la plume et de tracer quelques mots.

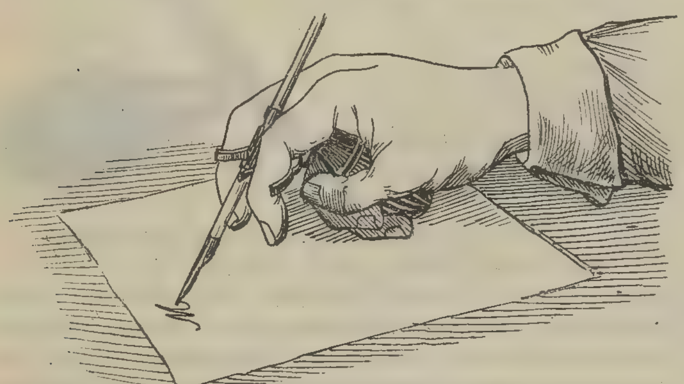


Fig. 7. — *Appareil de Charrière, à manche ovoïde et à crochets*

Alors, je passai un séton de deux fils de soie à travers les petits muscles du pouce. Ce séton fut maintenu pendant cinq semaines; on le mouillait chaque matin avec une solution d'opium et d'extrait de belladone. Après cela, le jeune homme a complètement recouvré le pouvoir de se servir de cette main pour écrire. Pendant que le séton traversait les petits muscles, leur action était anéantie et le pouce se trouvait dans une abduction complète. » Quatre mois plus tard, la crampe avait reparu, et donc l'impossibilité d'écrire.

Tuppert pratiqua trente ténotomies sur un bras sans observer la moindre amélioration.

Une autre catégorie de moyens thérapeutiques est celle des *moyens mécaniques* des appareils qui semblaient à Zuber une pure plaisanterie. Les formes et les procédés mécaniques ne manquent pas. Cazenave (de Bordeaux) nous donné un premier spécimen, et depuis nous connaissons quantité d'autres appareils, tous ayant pour principe de permettre à la main de conduire la plume sans que les doigts soient forcés de bouger.

Gaujot divise les appareils en deux catégories : ceux qui maintiennent les doigts (Cazenave, F. Martin, Mathieu) et ceux qui maintiennent l'attitude de la main (Velpeau, Charrière, Mathieu, Cazenave, Duchenne).

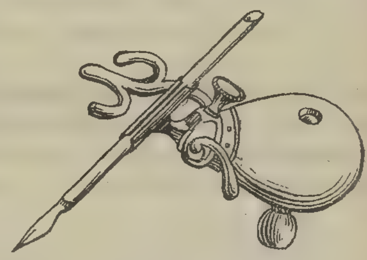


Fig. 8. — *Appareil de Mathieu, à marche sphérique et à crochets.*

Cazenave (de Bordeaux) a réussi à guérir un malade par l'application d'un bandage serré autour des muscles de l'avant-bras (1846).

L'appareil de Cazenave consiste « en une tablette d'acajou, au-dessous et aux quatre angles de laquelle jouent quatre boules en ivoire qui font l'office de roulettes. Sur les côtés de cette tablette, vue par sa face supérieure ou manuelle, sont deux montants matelassés qu'on éloigne ou qu'on rapproche à volonté à l'aide de deux mortaises horizontales et de deux vis de 2 ou 3 centimètres ; en avant est un support qu'on peut abaisser ou élever en faisant jouer une vis de pression. Ce support, qu'on peut supprimer pour le plus petit nombre des malades, est presque toujours un bon appui pour la paume de la main qu'il sert à fixer ». Pour se servir de cet appareil, « il faut placer la main droite armée d'une plume entre les montants, appuyer la paume de cette main sur le support et écrire sans s'occuper du déplacement du porte-main, qui s'effectue sans embarras et sans effort aucun, grâce au jeu des quatre roulettes en ivoire ».

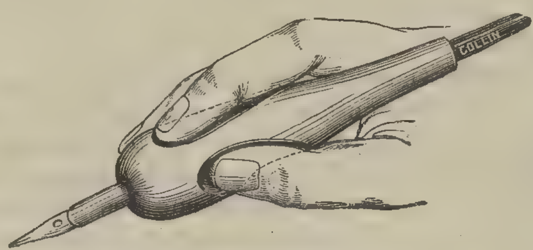


Fig. 9. — *Appareil de Ferdinand Martin.*

Cazenave modifia à plusieurs reprises ce modèle et pour d'autres auteurs à la suite. On le perfectionne surtout en utilisant des crochets à la place des anneaux, comme on voit par exemple dans le porte-plume à anneaux de Mathieu.

L'appareil de Ferdinand Martin est un simple porte-plume en bois ou de préférence en bois de liège dans

lequel on creuse des sillons, des empreintes pour les doigts, préalablement fixées par les traces laissées par la main sur une couche de cire à modeler déposée sur l'appareil.

Jules Simon nous dit avoir maintes fois vu son maître Velpeau « se servir d'une sorte de boucle maintenue par la concavité de la main pour donner à ses doigts le point d'appui qui leur était indispensable ».

Velpeau, écrit Gallard, « avait imaginé un appareil tout aussi simple, qui permet d'écrire en saisissant le porte-plume à pleine main et en faisant exécuter, non plus par les doigts ni même par la main ou le poignet, mais bien par l'avant-bras, les mouvements nécessités par l'écriture. Un de mes malades s'était confectionné lui-même un porte-plume assez semblable à celui de Velpeau, et voici en quels termes il nous le décrit, en nous indiquant la manière très simple de le préparer : Pour faire un porte-plume dont l'extrémité supérieure s'appuie dans le creux de la main, sa grosseur permettant aux doigts de s'allonger sur toute son étendue, on prend un porte-plume ordinaire, on le coupe à la longueur déterminée, on le couvre de bandelettes de linge, sur lesquelles on appliquera de la ouate en donnant la forme nécessaire, puis on l'enveloppe d'un taffetas posé en spirale et cousu à chaque pli. »

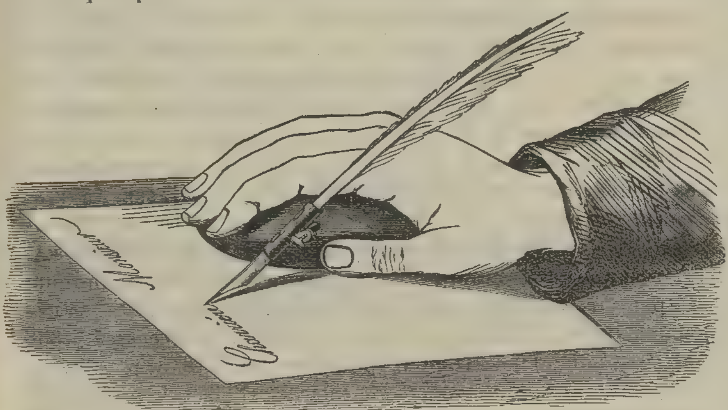


Fig. 10. — *Appareil de Duchenne (de Boulogne).*

Duchenne (de Boulogne) a modifié l'appareil de Cazenave en ne mettant qu'un palet et en le plaçant sur un support plus élevé des mains, glissant au

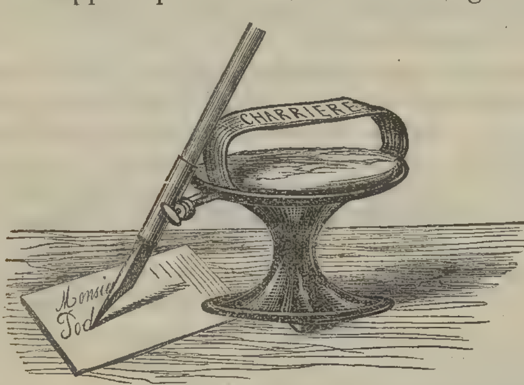


Fig. 11. — *Appareil de Duchenne (de Boulogne) ; nouveau dispositif.*

moyen d'un galet roulant. « Mais on comprend que l'usage en sera bien plus commode, écrit Gallard, si, comme l'a fait Aubry, on a soin de prendre au préalable l'empreinte de la main du sujet auquel il est destiné, et de reproduire cette empreinte sur la partie supérieure du galet, de façon que la main s'y adapte exactement. »

Ces divers appareils répondent, écrit Gallard « à toutes les indications exigées par chacune des variétés de l'impotence fonctionnelle des écrivains, et lorsqu'on les examine, ou même lorsqu'on les essaie, comme vous venez de le faire, sans être affligé de l'infirmité qui oblige à y avoir recours, on se prend facilement à les admirer. Mais cette admiration est loin d'être partagée par ceux qui se trouvent dans la douloureuse obligation d'y avoir recours. Ils les prennent avec un certain enthousiasme ; mais, après un très court usage, ils ne tardent pas à les abandonner, préférant suppléer à leurs mouvements défectueux par des combinaisons plus ou moins compliquées, dans lesquelles ils mettent en jeu des muscles très différents de ceux qui devraient être physiologiquement appelés à produire ces mouvements. »

H. Langer et son frère, sujets à la crampe des écrivains, sont arrivés à s'en guérir par le procédé suivant :

« Au lieu de tenir leur porte-plume selon l'usage, ils le placent entre l'index et le médius. Ce dernier doigt est recourbé en crochet et c'est sur sa face radiale que repose le porte-plume qu'y appuie le pouce. L'annulaire et le petit doigt à demi fléchis servent de point d'appui. On arrive très rapidement à écrire par ce procédé ; l'écriture même revient plus rapide et la fatigue vient moins vite. »

L'appareil le plus connu en Allemagne, « c'est le bracelet de Nussbaum, qui est maintenu et distendu par tous les doigts écartés ; le bracelet porte en haut le porte-plume ; de cette manière, on se sert pour écrire des extenseurs de la main et des doigts, au lieu des flexeurs malades. »

Le principe du traitement des crampes de l'écriture est le remplacement d'un groupe de muscles malades par d'autres, qui fonctionnent encore.

Toutes les autres méthodes de traitement, exception faite des mesures générales, telles que l'électricité, le massage, l'hydrothérapie, etc., reposent sur ce principe.

Parmi les autres appareils de ce genre, il y a le porte-plume indiqué par Zabludowski, ainsi que le porte-plume de Guth ; celui-ci consiste en un morceau de liège qui est traversé par le pouce et par le porte-plume, de sorte que la conduite du porte-plume est soustraite à certains muscles, et confiée à la main entière. Le même principe, de dégager certains muscles, se trouve dans les manières d'écrire en tenant le porte-plume entre l'index et le troisième doigt, ou entre le troisième et le quatrième, ou avec toute la main, ou bien en apprenant à écrire de la main gauche. Quand toutes ces méthodes ne réussissent pas, ou quand la main gauche devient aussi impropre à écrire, il ne reste plus d'autre secours que d'apprendre à écrire à la machine. »

Les appareils peuvent avoir donc leur utilité et ils ne sont pas de pures plaisanteries, comme écrivait

un peu trop légèrement Zuber. Ils peuvent rendre des réels services, car presque tous répondent à ces deux desiderata : 1° immobiliser les doigts et donner à la main une nouvelle synergie musculaire; 2° la nouvelle position de l'écriture, la tenue musculaire de la main sont tout autres.

Il nous reste à parler de la *psychothérapie*. Les auteurs conseillent du repos; d'autres, d'apprendre à écrire avec l'autre main, ce qui n'est pas avantageux, car presque toujours la crampe réapparaît. L'*hypnotisme* dans un cas a donné des résultats excellents, mais je n'ose pas généraliser l'application, car ce traitement est d'une délicatesse extrême. Je conseillerai toujours d'endormir profondément le malade et d'attaquer la genèse de ses préoccupations sans s'inquiéter du spasme fonctionnel. A mon avis, les malades atteints de cette affection ont tous des troubles moteurs d'attention. Secondairement, il faut engourdir systématiquement le bras, seulement l'engourdir. Je conseillerai encore à faire écrire les sujets pendant le sommeil et les obliger à apprendre à écrire avec la machine à écrire.

Cazenave conseille aussi la musique comme agent thérapeutique.

« La musique, que le malade cultivait comme harmoniste et comme violoncelliste remarquable, lui vint heureusement en aide, mais sur la condition expresse que la mélodie dominât et qu'il n'entendît que de faibles, que de rares effets d'harmonie. On ne saurait imaginer l'effet prodigieux et bienfaisant que produisaient toujours sur le comte de X... quelques airs tendres et mélodieux exécutés en ut mineur sur le cor anglais par son beau-frère, qui est un instrumentaliste de première force » (p. 326).

BIBLIOGRAPHIE

ALBERS. In *Med. Zeit. v. Verein f. Heilk.*, 1835; — In *Zeits. f. rat. Med.*, t. X, 31. — AXENFELD. *Névroses*, t. II de la *Pathologie de Requin*, Paris, 1863.

BASEDOW V. Melkerkrampf, *Casper's Wochens.*, 1851. — BEARD. Writer's Cramp; its symptoms and treatment, *Philad. med. Times*, 1877, fév. 317; — In *New-York med. Record*, 1879. — BELMONDO. Sopra una forma prevalentemente atonica di mogigrafia con alcune considerazioni sulle patogenesi degli spasmi fonzionali, *Rivista di patol. nervosa e mentale*, vol. I, fasc. 8, août 1896. — BENEDIKT. Sur la crampe, *Club médical viennois*, 23 janv. (d'après *Revue neurol.*, 1898, p. 333; — In *Nervenpathologie und Elektrotherapie*, 1874, p. 267-349. — BIANCHI (L.). Il crampo degli scrittori, *Il Morgagni*, 1873, fasc. 1, p. 36. — BIGG. *Orthopraxy*, etc., London 1865, p. 34. — BLUM. *Chirurgie de la main*, 1 vol. Paris, 1882, 207 p. — BONNIER (Pierre). Sur un cas de crampe professionnelle symptomatique de la maladie de Bright, Soc. neurol., in *Revue neurol.*, 1896, p. 414. — BRÜCK. *Caspers's Krit Repertorium*, XXX, 1831, liv. II, p. 2; — In *Hufeland's Journal*, 1835, p. 4. — BURCKHARDT. *Die physiol. Diagnostik d. Nervenh.*, 1875, p. 147.

CANSTATT. *Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie* (d'après Zuber). — CARRIEU. *De la fatigue et de son influence pathogénique*, Th. pour l'agr. de Paris, 1878. — CARTER. In *Clinical Society's Transactions*, vol. II. — CAZENAVE. De quelques infirmités de la main droite qui s'opposent à l'action d'écrire, *Gazette méd.*, 1835; — *Sur quelques infirmités de la main droite (crampe des écrivains) qui s'opposent à ce que les malades puissent écrire et sur les moyens de remédier à ces infirmités*, 1845, broch. avec pl.; — Observations de tremblements oscillatoires de la main droite guéris ou palliés avec ou sans le secours d'une machine orthopédique appelée porte-main, *Gaz. méd. de Paris*, 1872, p. 212-215, 225-227, 326-327. — CEDERSCHJÖLD. In *Schmidt's Jahrbücher*, 180, p. 121 (d'après Zuber), 772. — CLEMENS. Schusterkrampft, *Zeits. f. rat. Med.*, 1856.

DEBOUT. Sur les appareils prothétiques destinés à prévenir la production des spasmes pendant l'exercice de la main et spécialement la crampe des écrivains, *Bull. gén. de thérap. méd, et chir.*, 1860, LVIII, 327, 332, 377; — Coup d'œil sur quelques appareils destinés aux malades affectés de paralysie partielle des membres, *Bull. gén. de thérap.*, 1860. — DECHAMBRE (*Dict.*). CRAMPE DES ÉCRIVAINS, v. *Spasmes fonctionnels*, t. XXI, 1re série, p. 378. — DUCHENNE (de Boulogne). *Mécanisme de la physionomie humaine*, Paris, 1876, 2e édit.; — Spasme fonctionnel et paralysie musculaire fonctionnelle, *Bull. de thérap.*, 1860; — *De l'électrisation localisée*, Paris 1861, 2e édit., p. 849 et suiv; — *De l'électrisation localisée*, 3e édit., p. 1028. — DZONDY. In *Aesculap*, nouv. série, t. I, p. 2 et 5.

ERB. In *Ziemssen's Handbuch der specialen Pathologie und Therapie* (Zuber). — EULENBURG. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 1878, t. II, p. 194.

FRANK SMITH Hephoestie Hemiplegie (Hammer Palsy), *The Lancet*, 1869, 27 mars. — FRITZ. Ueber Reflexionsfingerkrampf. *Œsterr. Jahrbücher*, 1844, t. XLVI et XLVII. — FRORIEP. Heilwirkungder Electricität bei des Rheumat-Schwiele, p. 181 (Zuber).

GALLARD (T.). Crampe des écrivains. Impotence fonctionnelle, in *Clinique méd. de la Pitié*, 1877, p. 485-493; — *Progrès méd.*, 1877, nos 25, 26, 28. — GAUJOT et SPILLMANN. *Arsenal de la chirurgie contemporaine*, Paris 1867, t. I (Appareils pour la crampe des écrivains), p. 622-634. — GEIGEL. Der Schreibekrampf, *Würzburger med. Zeits.*, 1864. — GIERL. In *Salzburg. med. Chir. Zeit.*, 1832. — GOLDSCHMIDT. In *Casper's Wochens.*, 1838, n° 2. — GUYON. Moyen de faire cesser immédiatement la crampe des écrivains, *Gazette méd. de Paris*, 1852.

HARTELIUS. Crampe des écrivains traitée par la méthode des mouvements, *Hygieia*, XXXVIII, 1876. — HASSE. In *Virchow's Pathologie*, t. IV, 1re partie, p. 142. — HAUPT. *Nemographie über die Schreibekrankheit*, Wiesbaden 1860. — HERTZKA. Traitement de la crampe des pianistes par le geselminum semper virews, *Pest med. Chir. Presse*, 1876, n° 12. — HEYFELDER. *Med. Zeitung von Verein f. Heilk. in Preussen*, 1838 (cité par Zuber). — HIRSCH. *Spinalneurosen*, 1843, p. 430.

JACCOUD. *Traité de pathologie interne*, 1878, t. I, p. 524; — écrit dans son *Traité de pathologie interne* : « L'acte d'écrire n'est pas le seul qui puisse être troublé par ces anomalies; on les observe, mais plus rarement, dans certains mouvements professionnels qui, comme ceux de l'écriture, sont le résultat d'une coordination artificielle acquise par l'exercice. »

KOPP. *Denkwürdigheiten*, III, p. 406. — KRAVSSOLD. Ueber eine moderne Erkrankung der unteren Extremitäten, *Centralbl. f. Chir.*, 1878, n° 33.

LANGER (H.). Contribution à la prophylaxie et au traitement de la crampe des écrivains, *Munch. med. Wochens.* (d'après *Revue neurol.*, 1893, p. 402). — LANGENBECK. In *Vereins-Zeitung*, 1835, n° 19. — LARREY. Discussion, Soc. de chir., 12 déc. 1866. — LOCHER-BALBER. In *Schweiz. Zeits. f. Med.*, 1836.

MEYER. Schmerzhafte Druckpunkte der Wirbelsacide, etc., in *Berl. klin. Wochens.*, 1878, n° 51; — Zur Therapie der Schreibekrankheit, *Verh. d. Berlin. Ærzte Ges.*, 1867, I. — MILLER (J.). Schusterkrampf, *Deuts. Klinik*, 1868, n° 28.

NAECKE. La crampe des liseurs, in *Neurol. Centralbl.*, 1906, n° 19. — NAPIAS (H.). Note sur un nouveau cas de crampe professionnelle, *Revue d'hygiène*, 1879, I, 927.

ONIMUS. Crampe des employés au télégraphe, *Gazette méd. de Paris*, 1875, p. 175, et Soc. de biol., mars 1875; — Le mal télégraphique ou crampe télégraphique, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1878, p. 92-97.

Poore (V.). An analysis of seventy-five Cases of « Writer's Cramp » and impaired wirting Power, *Medico-chirurgical Transactions*, t. LXI. — Writer's cramp, its Pathclogy and Treatment, *The Practitioner*, 1873, juin-août. — Electricity in Spasmodie affections and Writer's cramp, *The Lancet*, 23 janv. 1875.

Raymond. Crampe des écrivains, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 janv. 1895. — Reuben Vence. Writer's cramp or Scrivener's Palsy, *Boston med. and surg. Journ.*, mars 1873. — Revillout. Spasme fonctionnel et tétanie chez un athlète, *Gaz. des hôpit.*, 1880, n° 68. — Richter. Grundriss der inneren Klinik, *Schmidt's Jahrb.* 1838, t. II, p. 123. — Romberg. Schreibekrampf, in *Lehrbuch d. Nerver-Krankeit.*, Berlin 1881, 2e édit., p. 354. — Runge. Zur Genese und Behand. d. Schreibekrankeit, *Berl. klin. Wochens.*, 1873, n° 21.

Schultz. De la crampe des danseuses, *Wien. med. Wochens.*, 1876. — Seccamani. Crampe des écrivains guérie par l'électricité, *Gazette méd. de Paris*, 1859. — Seeligmüller. Zur Pathogenie der peripheren Krämpfe, *St-Petersburger Medicinich. Wochens.*, 1881, n° 2. — Seiffew. Atlas und Grundriss des allgemeiner Diagn. u. Thes. des Nervenkrankh., 1902, Münich, p. 322. — Shearer. Diseases of Consideration in the Fonctions of Reading and Writner, *Journ. of med. Sc.*, janv. 1876. — Sieboedi. In *Med. Verein-Zeitung f. Preeussen*, 1835, n° 19 (d'après Zuber). — Simon (F.). *Ein Beitrag. z. Lehre von d. Tetanie*, Th. de Breslau, 1874. — Simon (J.). Art. crampe, *Nouveau Dict. de méd. et de chir.* (Jaccoud), 1869, t. X, p. 143-148; p. 144-148. — Simon (A.-C.). *D'une nouvelle variété de spasmes musculaires fonctionnels*, Th. de Paris, 1878, n° 338. — Solly. Lectures on Scrivener's Palsy, *The Lancet*, 1865 et 1867 (d'après Zuber). — Stich. Neuropathology und Therapie Mitheilungen, *Archiv f. klin. Med.*, fasc. 4 et 5. — Strauss (J.). *Des contractures*, Th. d'agr. de Paris, 1878. — Stromeyer. Ueber den Schreibekrampf, *Bayerisch med. Corresp. Blatt*, 1840, n° 8.

Thielmann. Fall von Näkekrampf, *Med. Zeit. Russlander*, 1889, n° 44. — Trousseau. Des diverses espèces de chorée, in *Clinique méd.*, 4e édit., 1875, t. II, p. 268. — Tuppert. Zur Behandlung der Schreibekrankeit, *Bays. Ærtze Intelligenzblatt*, 1860, n° 24.

Ulrik. Et. apparat und Skrivekrampe, *Ugesk. f. Lager*, 15, p. 465 (d'après Zuber).

Valleroux et Delthil. In *Union méd.*, 1853. — Valleix. In *Guide du médecin praticien*, 3e édit. t. IV, p. 603; 5e édit. revue par Lorain, Paris 1866, t. I, fig. — Vaschide (N.). La crampe des écrivains, *Conférence à l'Ecole de graphologie de Mme Salberg*, juin 1907.

Weir-Mitchell. On Functional Spasmes, *Amer. Journ. of med. Sc.*, oct. 1876. — Wilhelm. Ueber einege Fälle von Coordinations neurosen bei Küntlern, *Allg. Wien. med. Zeit.*, 1876, n° 16. — Wilde (R.). *Ueber Schreilkrampf und analoge Zustände*, Th. de Breslau, 1875. — In *Centralbl. f. Chir.*, 1875.

Zuber (C.). Spasmés fonctionnels, *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 1881, t. X, 2e édit., p. 754-780; — Crampes, *Dict. encyclop. des sc. méd.*, t. XXI, 1re série, p. 367-378.

Zuradelli. Del crampo degli scrittori, *Gaz. med. ital. Lomb.*, 1857, n° 3642; et *Ann. Univ.*, 1864.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 26 aout 1907)

Développements parthogénétiques en solutions isotoniques à l'eau de mer. Elevage des larves d'oursins jusqu'à l'image. — M. Yves Delage, poursuivant ses expériences, montre que, grâce à un nouveau procédé dans lequel il introduit du tannin et de l'ammoniaque, des œufs d'un animal marin peuvent être lancés dans la voie du développement parthogénétique, dans une solution ne déterminant aucune pression osmotique supérieure à celle des œufs eux-mêmes et ne contenant aucun des constituants de l'eau de mer ni aucun autre électrolyte.

Après cinq années d'efforts, M. Delage a donc pu obtenir de vrais oursins munis de tous les organes caractéristiques piquants, pédicellaires, ambulacres. Il en a actuellement quatre, dont trois ont grimpé contre les parois de verre des vases d'élevage, où ils se maintiennent aisément au moyen de leurs ambulacres, ce qui montre qu'ils ont abandonné définitivement la vie larvaire pélagique.

Il n'est donc plus permis de dire, conclut M. Delage, qu'il manque quoi que ce soit d'essentiel à ces êtres pour lesquels l'intervention du parent mâle a été remplacée par une pure action chimique.

Sur le mécanisme de fermeture du canal appendiculaire. — M. R. Robinson Le canal de l'appendice vermiculaire est-il toujours ouvert vers le cæcum ou, au contraire, n'y a-t-il pas une barrière à son orifice contre l'introduction de corps étrangers? C'est une question qui ne paraît pas, à l'heure actuelle, complètement résolue.

Les recherches de M. Robinson lui ont montré que le canal appendiculaire se ferme par le concours de trois agents :

1° La musculature de la paroi qui forme une sorte de sphincter;

2° La valvule constatée par Morgagni et dessinée par Bonazoli. C'est un pli de la muqueuse en forme de paupière;

3° La direction de l'appendice qui, au moment où les matières arrivent de l'iléon au cæcum, se redresse, se relève et va former un angle aigu avec la paroi cæcale.

On a beaucoup exagéré, en clinique, l'introduction des corps étrangers dans ce canal. En effet, en consultant les meilleures statistiques, celles par exemple de Mitchell Bell, de Renvers, de Rostovtzev, on trouve seulement 2 p. 100 de corps étrangers engagés dans l'appendice sur un total de 3.337 cas observés après l'opération ou après l'autopsie. Si l'on compare cette proportion à celle que l'on observe journellement pour d'autres sphincters, on se convainc de la rareté de l'insuffisance de fermeture appendiculaire.

A côté de ces faits anatomo-physiologiques, il est bon de signaler un fait d'expérience clinique. Les chirurgiens américains ont essayé, dans ces dernières années, de faire le lavage du gros intestin pour combattre les colites aiguës ou chroniques. Dans ce but, ils ont suturé l'appendice à la paroi abdominale, ouvert l'extrémité libre de l'appendice et poussé différents liquides par cet anus artificiel (appendicostomie). Le liquide passait aisément et sortait par l'anus normal forcé par la pression. Or, ils n'ont jamais observé de fistule stercorale et la fermeture de l'anus appendiculaire s'est faite sans aucune complication. S'il n'y avait aucune barrière à l'orifice de l'appendice, les matières intestinales pourraient circuler dans le canal et empêcheraient la fermeture de la bouche appendiculaire.

Il y a donc une autre conclusion pratique à tirer de l'étude de M. Robinson. Si les matières s'accumulent trop longtemps dans le cæcum, si ce dernier organe reste constamment distendu, si une excitation ou une inflammation prolongée laissent fermé plus que d'habitude le canal appendiculaire, dans le premier cas par la coudure permanente, dans le second par réflexe contractural, le produit de sécrétion de l'appendice qui serait acide d'après Huschke, s'accumulant dans le canal, produirait l'inflammation de la muqueuse, diminuerait la défense de la paroi et faciliterait singulièrement l'œuvre des micro-organismes.

C'est là une hypothèse, mais qui a le mérite de reposer sur un faisceau de faits dûment constatés.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Nº 103. — MARDI 10 SEPTEMBRE 1907. 80e ANNÉE. MARDI 10 SEPTEMBRE 1907. — Nº 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Corps de santé militaire. — Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin inspecteur Czernicki, directeur du service de santé du 18e corps d'armée, est placé, depuis le 6 septembre 1907, dans la 2e section (réserve) du cadre des médecins inspecteurs.

Marine. — Par décret en date du 4 septembre 1907, ont été promus dans le corps de santé de la marine, pour compter du 1er septembre 1907 :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins de troisième classe sortant de l'école d'application : Coulomb, Mathieu, Valleteau, Laurès, Moreau, Violle, Le Brunetel, Pellé, Thibaudet, Baril, Mirguet, Huber et Marcandier.

— M. le médecin principal Bonnain, du port de Brest, est désigné, au choix, pour embarquer sur le *Borda*.

M. le médecin de deuxième classe Coulomb, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur le *Dunois*, dans la 3e flottille de torpilleurs de la Méditerranée, en remplacement de M. Savidan, qui termine la période réglementaire d'embarquement.

M. le médecin de deuxième classe Mathieu, du port de Brest, est désigné pour embarquer sur le *Redoutable* (division navale de l'Indo-Chine), en remplacement de M. Dupin, rapatrié pour raisons de santé.

M. le médecin de deuxième classe Valleteau de Moulliac, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur la *Rance* (mission hydrographique de Madagascar), en remplacement de M. Lossouarn, rapatrié pour raisons de santé.

Les nouvelles casernes et le nouvel hopital de Chalons. — Les nouvelles casernes et le nouvel hôpital militaire de Châlons, qui vont être inaugurés à la fin de septembre, en présence du ministre de la Guerre, sont un témoignage des nouveaux soins apportés à l'hygiène et au bien-être du soldat.

Situées au nord de la ville, dans un isolement qui n'est pas un éloignement trop rigoureux, les casernes, destinées au 5e chasseurs à cheval, sont divisées en trois corps de bâtiments ; leur façade de ciment bleuté, aux fenêtres à parements de briques rouges, rient au regard, dans le décor de verdure qui les entoure.

Elles couvrent une superficie considérable, près de 10 hectares ; deux bâtiments sont situés à droite et à gauche de l'entrée du quartier ; chacun d'eux recevra un escadron. Le troisième, qui logera deux escadrons, est au fond, à 150 mètres.

L'aménagement intérieur est tel que peuvent le désirer les plus sévères hygiénistes. Toutes les pièces sont peintes de couleurs claires ; les arêtes et les angles en sont arrondis afin d'éviter les poussières ; le sol est imperméable : bitume comprimé, faïence ou parquet ciré. Partout le chauffage à la vapeur. Plus de sceau à charbon ; plus de poêle aux encoignures ; des lavabos éclatants de propreté ; des water-closets sans odeur désagréable.

Le prix de ce quartier de cavalerie modèle atteint presque deux millions.

L'hôpital est mieux encore. C'est une sorte de sanatorium divisé en trois bâtiments reliés par une galerie vitrée. Le premier bâtiment est réservé aux services d'administration ; le second est destiné aux blessés, avec cinquante-cinq lits et une salle spéciale d'opérations. Le troisième, dit « pavillon des fiévreux », pourra abriter soixante-quinze malades. Un pavillon pour les contagieux s'élève à gauche, séparé de tout le reste de l'hôpital.

L'hydrothérapie règne partout.

Un vaste jardin entoure les bâtiments.

Le service d'égouts mérite une mention spéciale : les eaux, traversant une série de fosses septiques à siphons, sont incolores et pures comme à une source lorsqu'elles sortent de la fosse.

Cet hôpital aura coûté 800.000 francs. Les travaux duraient depuis cinq années.

Les maladies contagieuses dans les écoles communales. — Le ministre de l'Instruction publique vient d'adresser aux préfets une circulaire relative aux précautions

à prendre dans les établissemenis publics d'enseignement primaire contre certaines maladies contagieuses.

Le ministre a résolu de retrancher la pelade du nombre des maladies contagieuses, conformément à la solution adoptée par le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine.

Les mesures suivantes doivent être prises lorsque les maladies ci-dessous désignées sévissent dans les écoles :

Variole. — Eviction des enfants malades (durée : quarante jours). Destruction de leurs livres et cahiers. Désinfection générale. Revaccination de tous les maîtres et élèves.

Rougeole. — Eviction des enfants malades (durée : seize jours). Destruction de leurs livres et cahiers. Au besoin, licenciement des enfants au-dessous de six ans.

Scarlatine. — Eviction des enfants malades (durée : quarante jours). Destruction de leurs livres et cahiers. Désinfection générale. Licenciement si plusieurs cas se produisent en quelques jours malgré toutes précautions.

Varicelle. — Evictions successives des malades.

Oreillons. — Evictions successives de chacun des malades (durée : dix jours).

Diphtérie. — Eviction des malades (durée : quarante jours). Destruction des livres, des cahiers, des jouets qui ont pu être contaminés. Désinfections successives.

Coqueluche. — Evictions successives (durée : trois semaines).

Teigne. — Evictions successives. Retour après traitement et avec pansement méthodique.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Relations entre Paris et Genève. — Train express de nuit entre Paris et Genève, composé de lits-salons, sleeping-car, première et deuxième classes à couloir avec lavabos et water-closets (voitures directes à lits salons, première et deuxième classes pour Évian, voiture directe première classe pour Divonne).

Aller : départ, Paris 9 h. 5 soir; arrivée, Genève 7 h. 21 matin, Evian 8 h. 39 matin, Divonne 9 h. 20 matin ; dernier départ de Paris, le 4 octobre (nuit du 4 au 5).

Retour : départ, Divonne 5 h. 30 soir, Évian 7 h. 48 soir, Genève 8 h. 35 soir; arrivée, Paris 7 h. 35 matin ; dernier départ pour Paris le 5 octobre (nuit du 5 au 6).

TUBERCULOSE INFLAMMATOIRE

DU COL DE L'UTÉRUS

Par M. Gaston COTTE,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer une jeune fille atteinte de métrite cervicale hypertrophique et d'annexite bilatérale, chez laquelle la clinique et le séro-diagnostic ont montré la nature tuberculeuse de l'affection. L'examen histologique fait sur un fragment du col prélevé à cet effet n'a permis de rencontrer que des lésions inflammatoires simples. Il s'agit donc d'un beau cas de tuberculose inflammatoire, et sur les conseils de notre maître, M. le professeur A. Poncet, il nous a paru intéressant de rapporter ici cette observation.

A. L..., vingt-trois ans, vient à l'hôpital parce qu'elle a des pertes rouges abondantes. Son père est mort il y a sept ans d'un cancer d'estomac; sa mère est vivante et bien portante. Personnellement, elle n'a eu aucune maladie dans l'enfance, mais elle a toujours été de santé délicate. Réglée à quatorze ans, ses règles ont toujours été régulières, mais douloureuses. Pertes blanches en dehors des époques, depuis l'établissement de la menstruation.

L'affection actuelle a débuté au mois de novembre 1906. Deux mois auparavant, la malade a eu quelques rapports sexuels avec un sujet bien portant qui ne paraissait pas atteint de bacillose.

En novembre 1906, au moment de ses règles, la malade eut des pertes rouges abondantes. Pendant deux mois, elle eut des hémorragies continuelles; elle continua cependant son travail de dévideuse; puis elle fut obligée de se mettre au lit. Mais, au bout de deux autres mois, ses métrorragies persistant malgré le repos au lit, malgré les injections chaudes, la malade se décida à entrer à l'hôpital.

Pendant les quatre mois du début de la maladie, elle n'a présenté aucun autre trouble morbide. La malade ne tousse pas; elle a perdu l'appétit; pas de diarrhée; constipation opiniâtre.

A l'entrée, il s'agit d'une femme profondément anémiée, au teint très pâle. L'examen somatique ne révèle rien de bien particulier. Pas de bacillose pulmonaire. Quelques ganglions cervicaux.

Au toucher, on constate immédiatement que le col est hypertrophié, dur; sa muqueuse est épaissie, infiltrée. Sur ses lèvres il existe un ectropion très marqué.

L'utérus augmenté de volume est en bonne position; il a conservé sa mobilité. Mais de chaque côté de lui, on voit qu'il existe des masses annexielles volumineuses, traduisant surtout un état d'empâtement très marqué; pas de douleurs à la palpation.

A aucun moment, il n'a existé de signes de gonococcie. D'ailleurs, les lésions qu'on trouve donnent bien cliniquement l'impression d'une bacillose utéro-annexielle. Sur le col, on voit au spéculum qu'il n'existe pas d'ulcération; la muqueuse du museau présente seulement un ectropion très marqué.

Dès son entrée à l'hôpital, la malade fut un peu améliorée. Les pertes qui duraient depuis quatre mois s'arrêtèrent. Toutefois, comme les lésions qu'on avait trouvées au premier examen persistaient, on se décida à faire une excision partielle du col pour déterminer la nature de cette inflammation. L'examen histologique de cette pièce fut fait par M. le professeur-agrégé Paviot, au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, et voici la note qui nous a été remise : « La pièce qui nous parvient, à l'examen des coupes, appartient au col utérin, dont la partie recouverte par l'épithélium ectodermique du vagin et les glandes sont parfaitement reconnaissables. Ces glandes sont hypertrophiées et devenues sinueuses; elles sont hyperplasiées et ont pris un épithélium cylindrique très élevé. Le reste du col est très sclérosé. Sous la muqueuse, le derme sous-muqueux, le tissu périglandulaire sont très hyperplasiés. Mais sur aucune coupe, il n'est possible de rencontrer de formation histologique tuberculeuse. »

Par contre, le séro-diagnostic fait au même moment au laboratoire du professeur Arloing a été nettement positif. L'agglutination a été positive à 1/5, 1/10, 1/15.

Pour en finir avec l'histoire de notre malade, disons qu'au bout d'un mois, ses pertes ne s'étaient pas reproduites. Les masses annexielles semblaient avoir un peu diminué. Aussi, comme il s'agissait d'une jeune fille de vingt-trois ans, on ne voulut pas recourir d'emblée chez elle à une castration, et on la renvoya à la campagne. Depuis, elle n'a pas repris de métrorragies et a pu se remettre à son travail de dévideuse.

En résumé, il s'agit ici d'une malade n'ayant eu aucun signe antérieur de gonococcie; sa lésion n'a d'ailleurs évolué que deux mois après quelques rapports sexuels.

Cliniquement, l'état du col utérin et l'empâtement diffus qu'on trouvait de chaque côté de l'utérus donnaient l'impression très nette d'une bacillose utéro-annexielle. L'épreuve du séro-diagnostic est venue confirmer le diagnostic de la nature de l'affection, tandis que l'histologie pathologique a montré qu'il s'agissait de lésions inflammatoires simples. Mais nous savons actuellement que des lésions scléreuses comme celles qui ont été décrites plus haut, reconnaissent souvent une origine tuberculeuse, et M. le professeur R. Tripier lui-même, dans son *Traité d'anatomie pathologique* (Masson, 1904, p. 604) dit formellement : « Il faut attribuer encore la même origine (tuberculeuse) non seulement aux lésions inflammatoires, diffuses, produites au voisinage de ces premières manifestations, mais probablement aussi aux lésions également diffuses plus ou moins éloignées qu'on observe fréquemment sur divers organes avec ou sans tubercules concomitants, et même sur des sujets seulement prédisposés à la tuberculose dont les premières manifestations ont pu être légères jusqu'au point de passer inaperçues et de se révéler ensuite par ses seules lésions scléreuses ». M. le professeur A. Poncet a depuis longtemps attiré l'attention sur cette forme purement inflammatoire de la tuberculose, et il a montré avec ses élèves que si elle était surtout fréquente au niveau des articulations, il n'y a pour ainsi dire pas un tissu de l'organisme qui ne soit susceptible de réagir d'une façon purement inflammatoire à une infection tuberculeuse. Depuis l'origine de ses travaux, cette action uniquement sclérogène du bacille de Koch a du reste été démontrée par Armand Delille, pour les méninges; Jousset, Bernard et

Salomon, pour le rein; Oppenheim et Lœper, pour les surrénales; Courroux et Ribadeau-Dumas, pour le foie (1).

Le système génital ne doit pas, à priori, faire exception à cette loi de pathologie générale, et il est probable que bien des métrites simplement inflammatoires et qu'un bon nombre de scléroses ovariennes ne reconnaissent pas une autre origine.

Pour ce qui est de la tuberculose du col de l'utérus (2), on admet ordinairement avec Pozzi l'existence de trois formes :

1° Une tuberculose miliaire du col;
2° Une forme ulcéreuse;
3° Une forme bourgeonnante papillaire.

Ces différentes formes traduisent d'une façon tout à fait spécifique l'infection tuberculeuse du col utérin. Mais nous croyons qu'il faut y ajouter une forme purement inflammatoire. Cette dernière forme a d'ailleurs été soupçonnée déjà par Schütt (3) dans sa thèse, et décrite par lui sous le nom de forme catarrhale.

Il s'agissait d'une femme de trente-trois ans, à l'autopsie de laquelle on trouva une tuberculose caséeuse des voies urinaires. Il y avait en outre des granulations miliaires récentes sur les méninges, le foie, la rate, la thyroïde, le rein. Emphysème et œdème du poumon. Bacilles de Koch dans le sang artériel. L'utérus gravide renfermait quelques granulations caséeuses. Le fœtus bien développé présentait seulement de la congestion du cerveau et un état de pâleur du foie très marqué. Au microscope, après coloration au picro-carmin, on trouva sur le col, des glandes très développées, dont la lumière était remplie de masses troubles grisâtres. Leur épithélium détaché par endroits, était constitué par des cellules peu colorées et mal conservées; très peu avaient gardé un aspect normal. Le reste de la muqueuse ne présentait nulle part ses caractères habituels. A sa place on voyait une rangée de cellules granuleuses dont les noyaux étaient mal colorés et les limites peu distinctes. Dans la tunique sous-muqueuse et la musculeuse, autour des vaisseaux il existait une abondante infiltration de cellules rondes. Nombreux bacilles sur les coupes.

Il s'agissait en somme, comme le dit Schütt, sous l'inspiration de Heller, de lésions uniquement catarrhales, qu'on pourrait et qu'on doit décrire comme des altérations simplement inflammatoires. Mais, elles étaient évidemment causées par un germe infectieux spécifique; aussi l'auteur leur donna-t-il le nom de « catarrhe bacillaire de la muqueuse ».

Dans le cas que nous avons observé il y avait des lésions annexielles et des lésions utérines.

Pour les premières, il est difficile d'affirmer leur nature exacte, puisque la clinique a révélé seulement un empâtement diffus, bilatéral, et que, en l'absence de toute intervention, nous n'avons aucun examen histologique; peut-être y avait-il des lésions nettes de tuberculose. En tout cas, peu importe. Nous voulons seulement attirer l'attention ici sur la possibilité de lésions inflammatoires d'origine tuberculeuse sur les organes génitaux de la femme. Les altérations que l'histologie a montrées sur le col n'ont aucun caractère spécifique : ce sont des lésions purement inflammatoires. S'agit-il de lésions inflammatoires banales développées autour d'un foyer annexiel tuberculeux. Ou bien les deux organes sont-ils exempts l'un et l'autre de lésions spécifiques. Les deux hypothèses peuvent également bien se défendre. En tout cas, il s'agissait d'une malade exempte de toute gonococcie, présentant depuis quatre mois des métrorragies abondantes liées à des lésions utéro-annexielles que dès le premier examen on n'hésita pas à qualifier de tuberculeuses.

Pour les lésions du col de l'utérus que seules on a pu étudier au microscope, on n'a trouvé que des altérations banales; mais le séro-diagnostic a été nettement positif. Nous n'hésitons donc pas à décrire les lésions du col comme un cas de métrite cervicale, hypertrophique, de nature tuberculeuse, en laissant dans l'ombre pour le moment la nature exacte, spécifique ou inflammatoire, des lésions annexielles.

L'avenir de cette malade apportera peut-être un jour des arguments plus frappants en faveur de l'origine tuberculeuse de ses lésions actuelles, car nous savons que ces lésions, malgré leur apparence simplement inflammatoire, peuvent devenir tôt ou tard le point de départ de lésions virulentes locales ou à distance.

(1) Voir H. Alamartine. Le rhumatisme tuberculeux articulaire et abarticulaire, *Revue de médecine*, 10 mai 1907.

(2) A. Pollosson et Violet. Tuberculose du col de l'utérus, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 10 avril 1906; — Lamet-Dehou. Th. de Lyon, 1904.

(3) Schütt. *Reine bacilläre Erkrankung epithelbedeckter Flächen bei prim-Tuberculose des Urogenitalapparates*, Inaug. dissert., Kiel 1889.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DE LA MALADIE DE BRIGHT CHRONIQUE

En réalité, dit M. le professeur Albert Robin, dans une de ses récentes cliniques thérapeutiques de l'hôpital Beaujon (1), il n'y a pas de traitement type de la maladie Bright chronique. Aucun des systèmes proposés n'est pas absolument praticable; aucune théorie pathogénique n'impose d'indications qu'il soit possible de remplir, et chaque brightique réclame un régime et un traitement qui lui soient personnels.

Ces réflexions s'appliquent en particulier au *régime alimentaire.*

Si le régime lacté, qui surnage encore, diminue l'albuminurie dans quelques cas, il en est d'autres où l'albumine augmente sous l'influence du lait et diminue par l'alimentation végétale, carnée ou mixte.

Il est donc indispensable, pour fixer ce régime, de faire des essais préalables.

Après avoir commencé par mesurer la quantité des urines et doser l'albumine pendant deux à trois jours, de façon à établir un point de repère, on ordonne le régime lacté absolu, institué de la manière suivante :

De sept heures du matin à dix heures du soir, prendre toutes les trois heures, un demi-litre de lait écrémé, très chaud, par

(1) *Bull. gén. de thérap.*, 15 juillet 1907.

toutes petites gorgées, ou mieux encore par cuillerées, de façon à mettre de quinze à vingt minutes pour ingérer cette quantité. Le malade prendra ainsi 3 litres de lait dans sa journée, et cette période alimentaire sera suivie d'un repos stomacal qui durera jusqu'à la première prise du lendemain, soit sept heures du matin.

Ce repos est indispensable pour assurer la digestion du lait et la totale évacuation de l'estomac.

Si cette quantité de 3 litres est bien tolérée par l'estomac et si elle provoque une élimination d'urine correspondante, on l'augmente peu à peu jusqu'à son maximum de 4 litres qu'il n'est jamais utile de dépasser. Si elle n'est pas tolérée, on la réduira jusqu'à ce que l'on arrive à la quantité minima supportée par la malade.

Pendant les premiers jours de *régime lacté absolu*, l'albuminurie subit des variations qui sont souvent très mobiles et très irrégulières, tantôt augmentant, tantôt diminuant; mais en général, après quelques jours, elle tend à diminuer plus ou moins régulièrement, jusqu'au moment où elle devient stationnaire.

Quand convient-il de cesser ce régime lacté absolu?

1° Quand l'albumine, après avoir diminué, demeure stationnaire ou augmente;

2° Quand les œdèmes ne s'atténuent pas ou s'accroissent;

3° Quand il survient des troubles dyspeptiques qui le rendent insupportable au malade;

4° Quand il provoque une constipation opiniâtre ou de l'intolérance intestinale que traduit la diarrhée.

Quand se réalise l'une de ces éventualités, M. Robin cesse le régime lacté absolu, en instituant le *régime lacto-végétarien* pendant une huitaine de jours, temps suffisant pour juger de ses effets sur l'albuminurie et sur les principaux symptômes. Si l'albumine augmente ou demeure stationnaire, on fait la tentative du *régime mixte lacto-végéto-animal*. Et les diverses tentatives, chacune de courte durée, nous renseignent sur le régime type qu'il convient de faire suivre, et dont il faudra établir le détail.

M. Robin insiste sur la nécessité où l'on se trouve de fixer, pour chaque malade, ce régime définitif qu'il devra suivre. Néanmoins, l'expérience lui a montré certaines règles qui paraissent applicables à la majorité des cas. Ces règles sont au nombre provisoire de huit :

1° Les régimes lacté absolu, lacto-végétarien, lacto-végéto-animal donnent moins d'albumine que les régimes sans lait;

2° L'albuminurie augmente quand l'on substitue le vin ou simplement l'eau rougie au *lait*;

3° L'alimentation où figurent les œufs donne moins d'albuminurie que celle où entre la viande;

4° Un régime composé d'œufs et de lait donne souvent moins d'albumine que le régime lacté absolu;

5° Parmi les viandes, le veau et le bœuf donnent moins d'albumine que le poulet et le mouton;

6° L'action du poisson a été diversement jugée. Tandis que certains auteurs, comme Potain, le proscrivent, d'autres, au contraire, le permettent et même le conseillent. Il semble que le degré de fraîcheur et la qualité des poissons sont, au moins, l'une des causes de ces opinions divergentes. M. Robin estime que le poisson est recommandable sous certaines conditions.

Au bord de la mer, des étangs, des rivières où le poisson peut être consommé très frais, au sortir de l'eau, il n'augmente pas l'albumine. Ailleurs, le poisson tend plutôt à augmenter celle-ci, soit parce que, moins frais, il est moins bien digéré, soit parce qu'il renferme alors des substances qui offensent l'épithélium rénal. La qualité du poisson, surtout en ce qui concerne le poisson d'eau douce, a aussi une influence sur l'albuminurie : seuls, les poissons qui vivent dans les eaux limpides courantes, comme la truite par exemple, sont recommandables et il vaut mieux éviter les autres;

7° Parmi les végétaux, les pommes de terre, le riz, les carottes sont ceux qui donnent le moins d'albuminurie;

8° Il est rare que l'addition de pain à un régime quelconque augmente l'albuminurie. (*A suivre*.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 SEPTEMBRE 1907)

Sur l'oxydation intra-organique et la charge électrique des leucocytes comme agents importants d'immunisation. — M. Alexandre POEHL a constaté, dès 1894, que la résistance ou immunité de l'organisme dépend de l'état actuel de l'oxydation intra-organique, c'est-à-dire de la respiration des tissus. La leucocytose ou sang alcalin est un des facteurs les plus importants de l'immunité.

Si la leucocytose se produit dans un milieu suffisamment alcalin, il se forme de la spermine. La leucocytose maligne se produit en milieu acide.

Parmi les agents thérapeutiques que produisent la leucocytose et rehaussent l'alcalescence du sang, il faut placer en première ligne cette spermine. D'après plusieurs auteurs, cet alcaloïde peut être considéré comme l'agent le plus efficace.

La spermine agit en catalyseur des processus d'oxydation et elle rehausse l'alcalescence du sang.

Les acides organiques qui se forment dans l'organisme, par suite de l'excitation du système nerveux ou du système musculaire, se brûlent alors surtout en donnant de l'acide carbonique.

Les remèdes physico-diététiques et balnéo-thérapeutiques peuvent aussi rehausser l'alcalescence du sang, mais leur effet n'est jamais si prompt, tandis qu'une injection de spermine la rehausse en quelques minutes.

C'est un fait connu que la fatigue, les influences psychiques (chagrins, émotions), l'alcoolisme, etc., abaissent la résistance de l'organisme aux infections. L'abaissement de l'alcalescence du sang a été constaté dans les auto-intoxications (neurasthénie, marasme, hystérie, artério-sclérose). Ces faits sont confirmés par les observations de Benedict, de Buck, Ewald, Frétin, Fürbringer, Goldberg, Kostiurin, Mendel, Ostroumoff, Podkopaieff, Rostchinin, Rovighi, Salomon, Shichareff, Sokoloff, Ballet et d'autres.

Le fait constaté par Behring et Fodor en 1893, que l'alcalescence du sang est d'une grande importance pour l'immunité, se trouve en conformité avec les observations de Charrin et Roger, qui ont trouvé que la surfatigue, en produisant de l'acide lactique, abolit l'immunité.

Les observations récentes de l'auteur prouvent que la spermine augmente aussi l'énergie électrique. La petite quantité de 4 milligrammes de spermine suffit pour développer, *in vitro*, la quantité énorme d'électricité qui, calculée d'après l'hydrogène dégagé, correspond à 3765 coulombs. Cette propriété de la spermine nous fait ainsi reconnaître un des facteurs de l'immunisation.

Les recherches récentes de Pauli viennent de montrer que l'albumine se charge électronégativement dans un milieu alcalin, tandis que dans un milieu légèrement acidule elle se charge électro-positivement. Dreschewetzki a constaté que les globules rouges du sang ne reçoivent évidemment que peu d'électricité, tandis que les leucocytes, grâce à leur labilité chimique, se chargent plus facilement. La charge électrique des leucocytes semble donc devoir changer facilement en correspondance avec la réaction du milieu. Comme les leucocytes sont chargés électronégativement quand l'alcalescence du sang est suffisante, ils attirent les bactéries chargés positivement et ainsi apparaît la leucocytose bénigne ou phagocytose (chimiotaxis positive). Au contraire, si les leucocytes sont chargés positivement par suite d'une acidulation des sucs des tissus, la chimiotaxis négative se produit et les bactéries sont repoussées. Dans ce cas, nous avons la leucocytose maligne.

On peut donc conclure que la thérapeutique qui combine les effets de la spermine avec ceux de la sérothérapie et des métaux colloïdes, en produisant le rehaussement de l'alcales-

cence du sang et relevant la charge électronégative des leucocytes, assure le mieux la désintoxication et l'immunisation.

DOCUMENTS OFFICIELS

CONVENTION SANITAIRE INTERNATIONALE

La Convention internationale conclue à Paris le 3 décembre 1903, entre la France, l'Allemagne, l'Autriche-Hongrie, la Belgique, le Brésil, l'Espagne, les Etats-Unis, la Grande-Bretagne, la Grèce, l'Italie, le Luxembourg, le Monténégro, les Pays-Bas, la Perse, le Portugal, la Roumanie, la Russie, la Serbie, la Suisse et l'Egypte, en vue d'arrêter les mesures propres à sauvegarder la santé publique contre l'invasion et la propagation de la peste et du choléra, va entrer en vigueur.

En voici les principales dispositions parues dans le *Journal officiel* du 1er septembre :

TITRE PREMIER. — Dispositions générales.

Chapitre premier. — Prescriptions à observer par les pays signataires de la convention dès que la peste ou le choléra apparaît sur leur territoire.

Section I : *Notification et communications ultérieures aux autres pays.* — Article premier. — Chaque gouvernement doit notifier immédiatement aux autres gouvernements la première apparition sur son territoire de cas avérés de peste ou choléra.

Art. 2. — Cette notification est accompagnée ou très promptement suivie de renseignements circonstanciés sur :

1° L'endroit où la maladie est apparue;

2° La date de son apparition, son origine et sa forme;

3° Le nombre des cas constatés et celui des décès;

4° Pour la peste : l'existence, parmi les rats ou les souris, de la peste ou d'une mortalité insolite;

5° Les mesures immédiatement prises à la suite de cette première apparition.

Art. 3. — La notification et les renseignements prévus aux articles 1 et 2 sont adressées aux agences diplomatiques ou consulaires dans la capitale du pays contaminé.

Pour les pays qui n'y sont pas représentés, ils sont transmis directement par télégraphe aux gouvernements de ces pays.

Art. 4. — La notification et les renseignements prévus aux articles 1 et 2 sont suivis de communications ultérieures données d'une façon régulière, de manière à tenir les gouvernements au courant de la marche de l'épidémie.

Ces communications, qui se font au moins une fois par semaine et qui sont aussi complètes que possible, indiquent plus particulièrement les précautions prises en vue de combattre l'extension de la maladie.

Elles doivent préciser : 1° les mesures prophylactiques appliquées relativement à l'inspection sanitaire ou à la visite médicale, à l'isolement et à la désinfection; 2° les mesures exécutées au départ des navires pour empêcher l'exportation du mal et spécialement, dans le cas prévu par le 4° de l'article 2 ci-dessus, les mesures prises contre les rats.

Art. 5. — Le prompt et sincère accomplissement des prescriptions qui précèdent est d'une importance primordiale.

Les notifications n'ont de valeur réelle que si chaque gouvernement est prévenu lui-même, à temps, des cas de peste, de choléra et des cas douteux survenus sur son territoire. On ne saurait donc trop recommander aux divers gouvernements de rendre obligatoire la déclaration des cas de peste et des cas de choléra, et de se tenir renseignés sur toute mortalité insolite des rats ou des souris, notamment dans les ports.

Art. 6. — Il est entendu que les pays voisins se réservent de faire des arrangements spéciaux en vue d'organiser un service d'informations directes entre les chefs des administrations des frontières.

Section II : *Conditions qui permettent de considérer une circonscription territoriale comme contaminée ou redevenue saine.* — Art. 7. — La notification d'un premier cas de peste ou de choléra n'entraîne pas contre la circonscription territoriale où il s'est produit l'application des mesures prévues au chapitre II ci-après.

Mais, lorsque plusieurs cas de peste non importées se sont manifestés ou que les cas de choléra forment foyer, la circonscription est déclarée contaminée.

Art. 8. — Pour restreindre les mesures aux seules régions atteintes, les gouvernements ne doivent les appliquer qu'aux provenances des circonscriptions contaminées.

On entend par le mot circonscription une partie de territoire bien déterminée dans les renseignements qui accompagnent ou suivent la notification : ainsi, une province, un « gouvernement », un district, un département, un canton, une île, une commune, une ville, un quartier de ville, un village, un port, un polder, une agglomération, etc., quelles que soient l'étendue et la population de ces portions de territoire.

Mais cette restriction limitée à la circonscription contaminée ne doit être acceptée qu'à la condition formelle que le gouvernement du pays contaminé prenne les mesures nécessaires : 1° pour prévenir, à moins de désinfection préalable, l'exportation des objets visés aux 1° et 2° de l'article 12, provenant de la circonscription contaminée et 2° pour combattre l'extension de l'épidémie.

Quand une circonscription est contaminée, aucune mesure restrictive n'est prise contre les provenances de cette circonscription, si ces provenances l'ont quittée cinq jours au moins avant le début de l'épidémie.

Art. 9. — Pour qu'une circonscription ne soit plus considérée comme contaminée, il faut la constatation officielle :

1° Qu'il n'y a eu ni décès, ni cas nouveau de peste ou de choléra depuis cinq jours, soit après l'isolement (1), soit après la mort ou la guérison du dernier pesteux ou cholérique;

2° Que toutes les mesures de désinfection ont été appliquées, et, s'il s'agit de cas de peste, que les mesures contre les rats ont été exécutées.

Chap. II. — Mesures de défense pour les autres pays contre les territoires déclarés contaminés.

Section I : *Publications des mesures prescrites.* — Art. 10. — Le gouvernement de chaque pays est tenu de publier immédiatement les mesures qu'il croit devoir prescrire au sujet des provenances d'un pays ou d'une circonscription territoriale contaminés.

Il communique aussitôt cette publication à l'agent diplomatique ou consulaire du pays contaminé, résidant dans sa capitale, ainsi qu'aux conseils sanitaires internationaux.

Il est également tenu de faire connaître, par les mêmes voies, le retrait de ces mesures ou les modifications dont elles seraient l'objet.

A défaut d'agence diplomatique ou consulaire dans la capitale, les communications sont faites directement au gouvernement du pays intéressé.

Section II : *Marchandises. Désinfection. Importation et transit. Bagages.* — Art. 11. — Il n'existe pas de marchandises qui soient par elles-mêmes capables de transmettre la peste ou le choléra. Elles ne deviennent dangereuses qu'au cas où elles ont été souillées par des produits pesteux ou cholériques.

Art. 12. — La désinfection ne peut être appliquée qu'aux marchandises et objets que l'autorité sanitaire locale considère comme contaminés.

(1) Le mot « isolement » signifie : isolement du malade, des personnes qui lui donnent des soins d'une façon permanente et interdiction des visites de toute autre personne.

Toutefois, les marchandises ou objets énumérés ci-après peuvent être soumis à la désinfection ou même prohibés à l'entrée, indépendamment de toute constatation qu'ils seraient ou non contaminés :

1° Les linges de corps, hardes et vêtements portés (effets à usage), les literies ayant servi.

Lorsque ces objets sont transportés comme bagages ou à la suite d'un changement de domicile (effets d'installation), ils ne peuvent être prohibés et sont soumis au régime de l'article 19.

Les paquets laissés par les soldats et les matelots et renvoyés dans leur patrie après décès, sont assimilés aux objets compris dans le premier alinéa du 1°.

2° Les chiffons et drilles, à l'exception, quant au choléra, des chiffons comprimés qui sont transportés comme marchandises en gros par ballots cerclés.

Ne peuvent être interdits les déchets neufs provenant directement d'ateliers de filature, de tissage, de confection ou de blanchiment; les laines artificielles (Kunstwolle, Shoddy) et les rognures de papier neuf.

Art. 13. — Il n'y a pas lieu d'interdire le transit des marchandises et objets spécifiés aux 1° et 2° de l'article qui précède, s'ils sont emballés de telle sorte qu'ils ne puissent être manipulés en route.

De même, lorsque les marchandises ou objets sont transportés de telle façon qu'en cours de route ils n'aient pu être en contact avec les objets souillés, leur transit à travers une circonscription territoriale contaminée ne doit pas être un obstacle à leur entrée dans le pays de destination.

Art. 14. — Les marchandises et objets spécifiés aux 1° et 2° de l'article 12 ne tombent pas sous l'application des mesures de prohibition à l'entrée, s'il est démontré à l'autorité du pays de destination qu'ils ont été expédiés cinq jours au moins avant le début de l'épidémie.

Art. 15. — Le mode et l'endroit de la désinfection, ainsi que les procédés à employer pour assurer la destruction des rats, sont fixés par l'autorité du pays de destination. Ces opérations doivent être faites de manière à ne détériorer les objets que le moins possible.

Il appartient à chaque Etat de régler la question relative au paiement éventuel de dommages-intérêts résultant de la désinfection ou de la destruction des rats.

Si, à l'occasion des mesures prises pour assurer la destruction des rats à bord des navires, des taxes sont perçues par l'autorité sanitaire, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une société ou d'un particulier, le taux de ces taxes doit être fixé par un tarif publié d'avance et établi de façon qu'il ne puisse résulter de l'ensemble de son application une source de bénéfice pour l'Etat ou pour l'administration sanitaire.

Art. 16. — Les lettres et correspondances, imprimés, livres, journaux, papiers d'affaires, etc. (non compris les colis postaux), ne sont soumis à aucune restriction, ni désinfection.

Art. 17. — Les marchandises arrivant par terre ou par mer ne peuvent être retenues aux frontières ou dans les ports.

Les seules mesures qu'il soit permis de prescrire à leur égard sont spécifiées dans l'article 12 ci-dessus.

Toutefois, si des marchandises, arrivant par mer en vrac ou dans des emballages défectueux, ont été, pendant la traversée contaminées par des rats reconnus pesteux et si elles ne peuvent être désinfectées, la destruction des germes peut être assuré par leur mise en dépôt pendant une durée maxima de deux semaines.

Il est entendu que l'application de cette dernière mesure ne doit entraîner aucun délai pour le navire, ni des frais extraordinaires résultant du défaut d'entrepôts dans les ports.

Art. 18. — Lorsque des marchandises ont été désinfectées par application des prescriptions de l'article 12, ou mises en dépôt temporaire, en vertu du troisième alinéa de l'article 17, le propriétaire ou son représentant a le droit de réclamer, de l'autorité sanitaire qui a ordonné la désinfection ou le dépôt, un certificat indiquant les mesures prises.

Art. 19. — Bagages. — La désinfection du linge sale, des hardes, vêtements et objets qui font partie de bagages ou de mobiliers (effets d'installation) provenant d'une circonscription territoriale déclarée contaminée, n'est effectuée que dans les cas où l'autorité sanitaire les considère comme contaminés.

Section III : *Mesures dans les ports et aux frontières de mer.* — Art. 20. — Classification des navires. — Est considéré comme infecté le navire qui a la peste ou le choléra à bord ou qui a présenté un ou plusieurs cas de peste ou de choléra depuis sept jours.

Est considéré comme suspect le navire à bord duquel il y a eu des cas de peste ou de choléra au moment du départ ou pendant la traversée, mais aucun cas nouveau depuis sept jours.

Est considéré comme indemne, bien que venant d'un port contaminé, le navire qui n'a eu ni décès, ni cas de peste ou de choléra à bord, soit avant le départ, soit pendant la traversée, soit au moment de l'arrivée.

Art. 21. — Les navires infectés de peste sont soumis au régime suivant :

1° Visite médicale;

2° Les malades sont immédiatement débarqués et isolés;

3° Les autres personnes doivent être également débarquées, si possible, et soumises à dater de l'arrivée, soit à une observation (1) qui ne dépassera pas cinq jours et pourra être suivie ou non d'une surveillance (2) de cinq jours au plus, soit simplement à une surveillance qui ne pourra excéder dix jours.

Il appartient à l'autorité sanitaire du port d'appliquer celle de ces mesures qui lui paraît préférable selon la date du dernier cas, l'état du navire et les possibilités locales;

4° Le linge sale, les effets à usage et les objets de l'équipage (3) et des passagers qui, de l'avis de l'autorité sanitaire, sont considérés comme contaminés seront désinfectés;

5° Les parties du navire qui ont été habitées par des pesteux ou qui, de l'avis de l'autorité sanitaire, sont considérées comme contaminées, doivent être désinfectées;

6° La destruction des rats du navire doit être effectuée avant ou après le déchargement de la cargaison, le plus rapidement possible et, en tout cas, dans un délai maximum de quarante-huit heures, en évitant de détériorer les marchandises, les tôles et les machines.

Pour les navires sur lest, cette opération doit se faire le plus tôt possible avant le chargement.

Art. 22. — Les navires suspects de peste sont soumis aux mesures qui sont indiquées sous les numéros 1, 4 et 5 de l'article 21.

En outre, l'équipage et les passagers peuvent être soumis à une surveillance qui ne dépassera pas cinq jours à dater de l'arrivée du navire. On peut, pendant le même temps, empêcher

(1) Le mot « observation » signifie : isolement des voyageurs soit à bord d'un navire, soit dans une station sanitaire, avant qu'ils n'obtiennent la libre pratique.

(2) Le mot « surveillance » signifie que les voyageurs ne sont pas isolés, qu'ils obtiennent tout de suite la libre pratique, mais sont signalés à l'autorité dans les diverses localités où ils se rendent et soumis à un examen médical constatant leur état de santé.

(3) Le mot « équipage » s'applique aux personnes qui font ou ont fait partie de l'équipage ou du personnel du service de bord, y compris les maîtres d'hôtel, garçons, cafedji, etc. C'est dans ce sens qu'il faut comprendre ce mot chaque fois qu'il est employé dans la présente convention.

le débarquement de l'équipage, sauf pour raisons de service.

Il est recommandé de détruire les rats du navire. Cette destruction est effectuée, avant ou après le déchargement de la cargaison, le plus rapidement possible et, en tout cas, dans un délai maximum de quarante-huit heures, en évitant de détériorer les marchandises, les tôles et les machines.

Pour les navires sur lest, cette opération se fera, s'il y a lieu, le plus tôt possible et, en tout cas, avant le chargement.

ART. 23. — Les navires indemnes de peste sont admis à la libre pratique immédiate, quelle que soit la nature de leur patente.

Le seul régime que peut prescrire à leur sujet l'autorité du port d'arrivée consiste dans les mesures suivantes :

1° Visite médicale;

2° Désinfection du linge sale, des effets à usage et des autres objets de l'équipage et des passagers, mais seulement dans les cas exceptionnels, lorsque l'autorité sanitaire a des raisons spéciales de croire à leur contamination;

3° Sans que la mesure puisse être érigée en règle générale, l'autorité sanitaire peut soumettre les navires venant d'un port contaminé à une opération destinée à détruire les rats à bord, avant ou après le déchargement de la cargaison. Cette opération doit être faite aussitôt que possible et, en tout cas, ne doit pas durer plus de vingt-quatre heures en évitant de détériorer les marchandises, les tôles et les machines et d'entraver la circulation des passagers et de l'équipage entre les navires et la terre ferme. Pour les navires sur lest, il sera procédé, s'il y a lieu, à cette opération le plus tôt possible et en tout cas avant le chargement.

Lorsqu'un navire venant d'un port contaminé a été soumis à la destruction des rats, celle-ci ne peut être renouvelée que si le navire a fait relâche à un port contaminé en s'y amarrant à quai, ou si la présence des rats morts ou malades est constatée à bord.

L'équipage et les passagers peuvent être soumis à une surveillance qui ne dépassera pas cinq jours à compter de la date où le navire est parti du port contaminé. On peut également, pendant le même temps, empêcher le débarquement de l'équipage, sauf pour raisons de service.

L'autorité compétente du port d'arrivée peut toujours réclamer sous serment un certificat du médecin du bord ou, à son défaut, du capitaine, attestant qu'il n'y a pas eu de cas de peste sur le navire depuis le départ et qu'une mortalité insolite des rats n'a pas été constatée.

ART. 24. — Lorsque, sur un navire indemne, des rats ont été reconnus pesteux après examen bactériologique, ou bien que l'on constate parmi ces rongeurs une mortalité insolite, il y a lieu de faire application des mesures suivantes :

I. Navires avec rats pesteux :

a. Visite médicale;

b. Les rats doivent être détruits, avant ou après le déchargement de la cargaison, le plus rapidement possible et, en tout cas, dans un délai maximum de quarante-huit heures, en évitant de détériorer les marchandises, les tôles et les machines. Les navires sur lest subissent cette opération le plus tôt possible et, en tout cas, avant le chargement;

c. Les parties du navire et les objets que l'autorité sanitaire locale juge être contaminés sont désinfectés;

d. Les passagers et l'équipage peuvent être soumis à une surveillance dont la durée ne doit pas dépasser cinq jours comptés à partir la date d'arrivée, sauf des cas exceptionnels où l'autorité sanitaire peut prolonger la surveillance jusqu'à un maximum de dix jours.

II. Navires où est constatée une mortalité insolite des rats :

a. Visite médicale;

b. L'examen des rats au point de vue de la peste sera fait autant et aussi vite que possible;

c. Si la destruction des rats est jugée nécessaire, elle aura lieu, dans les conditions indiquées ci-dessus, relativement aux navires avec rats pesteux;

d. Jusqu'à ce que tout soupçon soit écarté, les passagers et l'équipage peuvent être soumis à une surveillance dont la durée ne dépassera pas cinq jours comptés à partir de la date d'arrivée, sauf dans des cas exceptionnels où l'autorité sanitaire peut prolonger la surveillance jusqu'à un maximun de dix jours.

ART. 25. — L'autorité sanitaire du port délivre au capitaine à l'armateur ou à son agent, toutes les fois que la demande en est faite, un certificat constatant que les mesures de destruction des rats ont été effectuées et indiquant les raisons pour lesquelles ces mesures ont été appliquées.

ART. 26. — Les navires infectés de choléra sont soumis au régime suivant :

1° Visite médicale;

2° Les malades sont immédiatement débarqués et isolés;

3° Les autres personnes doivent être également débarquées, si possible, et soumises à dater de l'arrivée du navire à une observation ou à une surveillance dont la durée variera, selon l'état sanitaire du navire et selon la date du dernier cas, sans pouvoir dépasser cinq jours ;

4° Le linge sale, les effets à usage et les objets de l'équipage et des passagers qui, de l'avis de l'autorité sanitaire du port sont considérés comme contaminés, sont désinfectés;

5° Les parties du navire qui ont été habitées par les malades atteints de choléra, ou qui sont considérées par l'autorité sanitaire comme contaminées, sont désinfectées;

6° L'eau de la cale est évacuée après désinfection.

L'autorité sanitaire peut ordonner la substitution d'une bonne eau potable à celle qui est emmagasinée à bord.

Il peut être interdit de laisser s'écouler ou de jeter dans les eaux du port les déjections humaines, à moins de désinfection préalable.

ART. 27. — Les navires suspects de choléra sont soumis aux mesures qui sont prescrites sous les numéros 1°, 4°, 5° et 6° de l'article 26.

L'équipage et les passagers peuvent être soumis à une surveillance qui ne doit pas dépasser cinq jours à dater de l'arrivée du navire. Il est recommandé d'empêcher, pendant le même temps, le débarquement de l'équipage, sauf pour raisons de service.

ART. 28. — Les navires indemnes de choléra sont admis à la libre pratique immédiate, quelle que soit la nature de leur patente.

Le seul régime que puisse prescrire à leur sujet l'autorité du port d'arrivée consiste dans les mesures prévues aux numéros 1°, 4° et 6° de l'article 26.

L'équipage et les passagers peuvent être soumis, au point de vue de leur état de santé, à une surveillance qui ne doit pas dépasser cinq jours à compter de la date où le navire est parti du port contaminé.

Il est recommandé d'empêcher, pendant le même temps, le débarquement de l'équipage, sauf pour raisons de service.

L'autorité compétente du port d'arrivée peut toujours réclamer sous serment un certificat du médecin du bord ou, à son défaut, du capitaine, attestant qu'il n'y a pas eu de cas de choléra sur le navire depuis le départ.

ART. 29. — L'autorité compétente tiendra compte, pour l'application des mesures indiquées dans les articles 21 à 28, de la présence d'un médecin et d'appareils de désinfection (étuves) à bord des navires des trois catégories susmentionnées.

En ce qui concerne la peste, elle aura égard également à l'installation à bord d'appareils de destruction des rats.

Les autorités sanitaires des Etats auxquels il conviendrait de s'entendre sur ce point pourront dispenser de la visite médicale et d'autres mesures les navires indemnes qui auraient à bord un médecin spécialement commissionné par leur pays.

ART. 30. — Des mesures spéciales peuvent être prescrites à l'égard des navires encombrés, notamment des navires d'émigrants ou de tout autre navire offrant de mauvaises conditions d'hygiène.

ART. 31. — Tout navire qui ne veut pas se soumettre aux obligations imposées par l'autorité du port en vertu des stipulations de la présente convention est libre de reprendre la mer.

Il peut être autorisé à débarquer ses marchandises après que les précautions nécessaires auront été prises, savoir :

1° Isolement du navire, de l'équipage et des passagers ;

3° En ce qui concerne la peste, demande de renseignements relatifs à l'existence de mortalité insolite parmi les rats ;

8° En ce qui concerne le choléra, évacuation de l'eau de cale après désinfection et substitution d'une bonne eau potable à celle qui est emmagasinée à bord.

Il peut également être autorisé à débarquer des passagers qui en font la demande, à la condition que ceux-ci se soumettent aux mesures prescrites par l'autorité locale.

ART. 32. — Les navires d'une provenance contaminée qui ont été désinfectés et ont été l'objet de mesures sanitaires appliquées d'une façon suffisante, ne subiront pas une seconde fois ces mesures à leur arrivée dans un port nouveau, à la condition qu'il ne se soit produit aucun cas depuis que la désinfection a été pratiquée, et qu'ils n'aient pas fait escale dans un port contaminé.

Quand un navire débarque seulement des passagers et leurs bagages ou la malle postale, sans avoir été en communication avec la terre ferme, il n'est pas considéré comme ayant touché le port.

ART. 33. — Les passagers arrivés par un navire infecté ont la faculté de réclamer de l'autorité sanitaire du port un certificat indiquant la date de leur arrivée et les mesures auxquelles ils ont été soumis, ainsi que leurs bagages.

ART. 34. — Les bateaux de cabotage feront l'objet d'un régime spécial à établir d'un commun accord entre les pays intéressés.

ART. 35. — Sans préjudice du droit qu'ont les gouvernements de se mettre d'accord pour organiser des stations sanitaires communes, chaque pays doit pourvoir au moins un des ports du littoral de chacune de ses mers d'une organisation et d'un outillage suffisants pour recevoir un navire, quel que soit son état sanitaire.

Lorsqu'un navire indemne, venant d'un port contaminé, arrive dans un grand port de navigation maritime, il est recommandé de ne pas le renvoyer à un autre port en vue de l'exécution des mesures sanitaires prescrites.

Dans chaque pays, les ports ouverts aux provenances de ports contaminés de peste ou de choléra, doivent être outillés de telle façon que les navires indemnes puissent y subir, dès leur arrivée, les mesures prescrites, et ne soient pas envoyés, à cet effet, dans un autre port.

Les gouvernements feront connaître les ports qui sont ouverts chez eux aux provenances de ports contaminés de peste ou de choléra.

ART. 36. — Il est recommandé que, dans les grands ports de navigation maritime, il soit établi :

a. Un service médical régulier du port et une surveillance médicale permanente de l'état sanitaire des équipages et de la population du port ;

b. Des locaux appropriés à l'isolement des malades et à l'observation des personnes suspectes ;

c. Des installations nécessaires à une désinfection efficace et des laboratoires bactériologiques ;

d. Un service d'eau potable non suspecte à l'usage du port et l'application d'un système présentant toute la sécurité possible pour l'enlèvement des déchets et ordures.

SECTION IV : *Mesures aux frontières de terre. Voyageurs. Chemins de fer. Zones frontières. Voies fluviales.* — ART. 37. — Il ne doit plus être établi de quarantaines terrestres.

Seules, les personnes présentant des symptômes de peste ou de choléra peuvent être retenues aux frontières.

Ce principe n'exclut pas le droit, pour chaque Etat, de fermer au besoin une partie de ses frontières.

ART. 38. — Il importe que les voyageurs soient soumis, au point de vue de leur état de santé, à une surveillance de la part du personnel des chemins de fer.

ART. 39. — L'intervention médicale se borne à une visite de voyageurs et aux soins à donner aux malades. Si cette visite se fait, elle est combinée, autant que possible, avec la visite douanière, de manière que les voyageurs soient retenus le moins longtemps possible. Les personnes visiblement indisposées sont seules soumises à un examen médical approfondi.

ART. 40. — Dès que les voyageurs venant d'un endroit contaminé seront arrivés à destination, il serait de la plus haute utilité de les soumettre à une surveillance qui ne devrait pas dépasser dix ou cinq jours à compter de la date du départ, suivant qu'il s'agit respectivement de peste ou de choléra.

ART. 41. — Les gouvernements se réservent le droit de prendre des mesures particulières à l'égard de certaines catégories de personnes, notamment des bohémiens et des vagabonds, des émigrants et des personnes voyageant ou passant la frontière par troupes.

ART. 42. — Les voitures affectées au transport des voyageurs, de la poste et des bagages ne peuvent être retenues aux frontières.

S'il arrive qu'une de ces voitures soit contaminée ou ait été occupée par un malade atteint de peste ou de choléra, elle sera détachée du train pour être désinfectée le plus tôt possible.

Il en sera de même pour les wagons à marchandises.

ART. 43. — Les mesures concernant le passage aux frontières du personnel des chemins de fer et de la poste sont du ressort des administrations intéressées. Elles sont combinées de façon à ne pas entraver le service.

ART. 44. — Le règlement du trafic-frontière et des questions inhérentes à ce trafic, ainsi que l'adoption des mesures exceptionnelles de surveillance, doivent être laissés à des arrangements spéciaux entre les Etats limitrophes.

ART. 45. — Il appartient aux gouvernements des Etats riverains de régler, par des arrangements spéciaux, le régime sanitaire des voies fluviales.

TITRE II. — DISPOSITIONS SPÉCIALES AUX PAYS SITUÉS HORS D'EUROPE.

Chapitre premier. — **Provenances par mer.**

SECTION I : *Mesures dans les ports contaminés au départ des navires.* — ART. 46. — L'autorité compétente est tenue de prendre des mesures efficaces pour empêcher l'embarquement des personnes présentant des symptômes de peste ou de choléra.

Toute personne prenant passage à bord d'un navire doit être, au moment de l'embarquement, examinée individuellement, de jour, à terre, pendant le temps nécessaire, par un médecin délégué de l'autorité publique. L'autorité consulaire dont relève le navire peut assister à cette visite.

Par dérogation à cette stipulation, à Alexandrie et à Port-Saïd, la visite médicale peut avoir lieu à bord, quand l'autorité sanitaire locale le juge utile, sous la réserve que les passagers de troisième classe ne seront plus ensuite autorisés à quitter le bord. Cette visite médicale peut être faite de nuit pour les passagers de première et de deuxième classe, mais non pour les passagers de troisième classe.

ART. 47. — L'autorité compétente est tenue de prendre des mesures efficaces :

1° Pour empêcher l'exportation de marchandises ou objets quelconques qu'elle considérerait comme contaminés, et qui n'auraient pas été préalablement désinfectés à terre sous la surveillance du médecin délégué de l'autorité publique ;

2° En cas de peste, pour empêcher l'embarquement des rats;
3° En cas de choléra, pour veiller à ce que l'eau potable embarquée soit saine.

SECTION II : *Mesures à l'égard des navires ordinaires venant des ports du Nord contaminés et se présentant à l'entrée du canal de Suez ou dans les ports égyptiens.* — ART. 48. — Les navires ordinaires indemnes venant d'un port, contaminé de peste ou de choléra, d'Europe ou du bassin de la Méditerranée, et se présentant pour passer le canal de Suez, obtiennent le passage en quarantaine. Ils continuent leur trajet en observation de cinq jours.

ART. 49. — Les navires ordinaires indemnes, qui veulent aborder en Egypte, peuvent s'arrêter à Alexandrie ou à Port-Saïd, où les passagers achèveront le temps de l'observation de cinq jours, soit à bord, soit dans une station sanitaire, selon la décision de l'autorité sanitaire locale.

ART. 50. — Les mesures auxquelles seront soumis les navires infectés et suspects, venant d'un port contaminé de peste ou de choléra d'Europe ou des rives de la Méditerranée, et désirant aborder dans un des ports d'Egypte ou passer le canal de Suez, seront déterminées par le conseil sanitaire d'Egypte, conformément aux stipulations de la présente convention.

Les règlements contenant ces mesures devront, pour devenir exécutoires, être acceptées par les diverses puissances représentées au conseil; ils fixeront le régime imposé aux navires, aux passagers et aux marchandises et devront être présentés dans le plus bref délai possible.

SECTION III : *Mesures dans la mer Rouge.* — A. Mesures à l'égard des navires ordinaires venant du Sud se présentant dans les ports de la mer Rouge ou allant vers la Méditerranée.

ART. 51. — Indépendamment des dispositions générales qui font l'objet de la section III du chapitre 2 du titre I, concernant la classification et le régime des navires infectés, suspects ou indemnes, les prescriptions spéciales, contenues dans les articles ci-après, sont applicables aux navires ordinaires venant du Sud et entrant dans la mer Rouge.

ART. 52. — Les navires indemnes devront avoir complété ou auront à compléter, en observation, cinq jours pleins à partir du moment de leur départ du dernier port contaminé.

Ils auront la faculté de passer le canal de Suez en quarantaine et entreront dans la Méditerranée en continuant l'observation susdite de cinq jours. Les navires ayant un médecin et une étuve ne subiront pas la désinfection avant le transit en quarantaine.

ART. 53. — Les navires suspects sont traités d'une façon différente suivant qu'ils ont ou qu'ils n'ont pas à bord un médecin et un appareil à désinfection (étuve).

a. Les navires, ayant un médecin et un appareil de désinfection (étuve), remplissant les conditions voulues, sont admis à passer le canal de Suez en quarantaine dans les conditions du règlement pour le transit.

b. Les autres navires suspects, n'ayant ni médecin ni appareil de désinfection (étuve), sont, avant d'être admis à transiter en quarantaine, retenus à Suez ou aux Sources de Moïse pendant le temps nécessaire pour exécuter les mesures de désinfection prescrites et s'assurer de l'état sanitaire du navire.

S'il s'agit de navires postaux ou de paquebots spécialement affectés aux transports des voyageurs, sans appareil de désinfection (étuve), mais ayant un médecin à bord, si l'autorité locale a l'assurance, par une constatation officielle, que les mesures d'assainissement et de désinfection ont été convenablement pratiquées, soit au point de départ, soit pendant la traversée, le passage en quarantaine est accordé.

S'il s'agit de navires postaux ou de paquebots spécialement affectés au transport des voyageurs, sans appareil de désinfection (étuve), mais ayant un médecin à bord, si le dernier cas de peste ou de choléra remonte à plus de sept jours et si l'état sanitaire du navire est satisfaisant, la libre pratique peut être donnée à Suez, lorsque les opérations réglementaires sont terminées.

Lorsqu'un bateau a un trajet indemne de moins de sept jours, les passagers à destination d'Egypte sont débarqués dans un établissement désigné par le conseil d'Alexandrie et isolés pendant le temps nécessaire pour compléter l'observation de cinq jours. Leur linge sale et leurs effets à usage sont désinfectés. Ils reçoivent alors la libre pratique.

Les bateaux ayant un trajet indemne de moins de sept jours et demandant à obtenir la libre pratique en Egypte sont retenus dans un établissement désigné par le conseil d'Alexandrie, le temps nécessaire pour compléter l'observation de cinq jours; ils subissent les mesures réglementaires concernant les navires suspccts.

Lorsque la peste ou le choléra s'est montré exclusivement dans l'équipage, la désinfection ne porte que sur le linge sale de celui-ci, mais sur tout ce linge sale, et s'étend également aux postes d'habitation de l'équipage.

ART. 54. — Les navires infectés se divisent en navires avec médecin et appareil de désinfection (étuve) et navires sans médecin et sans appareil de désinfection (étuve).

a. Les navires sans médecin et sans appareil de désinfection (étuve) sont arrêtées aux Sources de Moïse (1); les personnes présentant des symptômes de peste ou de choléra sont débarquées et isolées dans un hôpital. La désinfection est pratiquée d'une façon complète. Les autres passagers sont débarqués et isolés par groupes composés de personnes aussi peu nombreuses que possible, de manière que l'ensemble ne soit pas solidaire d'un groupe particulier, si la peste ou le choléra venait à se développer. Le linge sale, les objets à usage, les vêtements de l'équipage et des passagers sont désinfectés ainsi que le navire.

Il est bien entendu qu'il ne s'agit pas du déchargement des marchandises, mais seulement de la désinfection de la partie du navire qui a été infectée.

Les passagers resteront pendant cinq jours dans un établissement désigné par le conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte. Lorsque les cas de peste ou de choléra remonteront à plusieurs jours, la durée de l'isolement sera diminuée. Cette durée variera selon l'époque de la guérison, de la mort ou de l'isolement du dernier malade. Ainsi, lorsque le dernier cas de peste ou de choléra se sera terminé depuis six jours par la guérison ou la mort, ou que le dernier malade aura été isolé depuis six jours, l'observation durera un jour; s'il ne s'est écoulé qu'un laps de cinq jours, l'observation sera de deux jours; s'il ne s'est écoulé qu'un laps de quatre jours, l'observation sera de trois jours; s'il ne s'est écoulé qu'un laps de trois jours, l'observation sera de quatre jours; s'il ne s'est écoulé qu'un laps de deux jours ou d'un jour, l'observation sera de cinq jours.

b) Les navires avec médecin et appareil de désinfection (étuve) sont arrêtés aux Sources de Moïse. Le médecin du bord doit déclarer, sous serment, quelles sont les personnes à bord présentant les symptômes de peste, de choléra. Ces malades sont débarqués et isolés.

Après le débarquement de ces malades, le linge sale du reste des passagers, que l'autorité sanitaire considérera comme dangereux, et de l'équipage subira la désinfection à bord.

Lorsque la peste ou le choléra se sera montré exclusivement dans l'équipage, la désinfection du linge ne portera que sur le linge sale de l'équipage et le linge des postes de l'équipage.

Le médecin du bord doit indiquer aussi, sous serment, la partie ou le compartiment du navire et la section de l'hôpital

---

(2) Les malades sont autant que possible débarqués aux Sources de Moïse; les autres personnes peuvent subir l'observation dans une station sanitaire désignée par le conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte (lazaret des pilotes).

dans lesquels le ou les malades ont été transportés. Il doit déclarer également, sous serment, quelles sont les personnes qui ont été en rapport avec le pestiféré ou le cholérique depuis la première manifestation de la maladie, soit par des contacts directs, soit par des contacts avec des objets qui pourraient être contaminés. Ces seules personnes seront considérées comme suspectes.

La partie ou le compartiment du navire et la section de l'hôpital dans lesquels le ou les malades auront été transportés seront complètement désinfectés. On entend par « partie du navire » la cabine du malade, les cabines attenantes, le couloir de ces cabines, le pont, les parties du pont sur lesquelles le ou les malades auraient séjourné.

S'il est impossible de désinfecter la partie ou le compartiment du navire qui a été occupé par les personnes atteintes de peste ou de choléra, sans débarquer les personnes déclarées suspectes, ces personnes seront ou placées sur un autre navire spécialement affecté à cet usage, ou débarquées et logées dans l'établissement sanitaire, sans contact avec les malades, lesquels doivent être placés dans l'hôpital.

La durée de ce séjour sur le navire ou à terre pour la désinfection sera aussi courte que possible et n'excédera pas vingt-quatre heures.

Les suspects subiront, soit sur leur bâtiment, soit sur le navire affecté à cet usage, une observation dont la durée variera suivant les cas et dans les termes prévus au troisième alinéa du paragraphe (*a*).

Le temps pris par les opérations réglementaires est compris dans la durée de l'observation.

Le passage en quarantaine peut être accordé avant l'expiration des délais indiqués ci-dessus, si l'autorité sanitaire le juge possible. Il sera, en tout cas, accordé lorsque la désinfection aura été accomplie, si le navire abandonne, outre ses malades, les personnes indiquées ci-dessus comme « suspectes ».

Une étuve placée sur un ponton peut venir accoster le navire pour rendre plus rapides les opérations de désinfection.

Les navires infectés demandant à obtenir la libre pratique en Egypte sont retenus aux Sources de Moïse cinq jours; ils subissent, en outre, les mêmes mesures que celles adoptées pour les navires infectés arrivant en Europe.

B. Mesures à l'égard des navires ordinaires venant de ports contaminés du Hedjaz, en temps de pèlerinage.

Art. 55. — A l'époque du pèlerinage de la Mecque, si la peste ou le choléra sévit au Hedjaz, les navires provenant du Hedjaz ou de toute autre partie de la côte arabique de la mer Rouge, sans y avoir embarqué des pèlerins ou masses analogues et qui n'ont pas eu à bord, durant la traversée, d'accident, sont placés dans la catégorie des navires ordinaires suspects. Ils sont soumis aux mesures préventives et au traitement imposés à ces navires.

S'ils sont à destination de l'Egypte, ils subissent, dans un établissement sanitaire désigné par le conseil sanitaire maritime et quarantenaire, une observation de cinq jours, à compter de la date du départ, pour le choléra comme pour la peste. Ils sont soumis en outre à toutes les mesures prescrites pour les bateaux suspects (désinfection, etc.), et ne sont admis à la libre pratique qu'après visite médicale favorable.

Il est entendu que si les navires, durant la traversée, ont eu des accidents suspects, l'observation sera subie aux Sources de Moïse et sera de cinq jours, qu'il s'agisse de peste ou de choléra.

Section IV : *Organisation de la surveillance et de la désinfection à Suez et aux Sources de Moïse.* — Art. 56. — La visite médicale prévue par les règlements est faite pour chaque navire arrivant à Suez, par un ou plusieurs médecins de la station; elle est faite de jour pour les provenances des ports contaminés de peste ou de choléra. Elle peut avoir lieu même de nuit sur ces navires qui se présentent pour transiter le canal s'ils sont éclairés à la lumière électrique et toutes les fois que l'autorité sanitaire locale a l'assurance que les conditions d'éclairage sont suffisantes.

Art. 57. — Les médecins de la station de Suez sont au nombre de sept au moins, un médecin en chef, six titulaires. Ils doivent être pourvus d'un diplôme régulier et choisis de préférence parmi les médecins ayant fait des études spéciales pratiques d'épidémiologie et de bactériologie. Ils sont nommés par le ministre de l'intérieur, sur la présentation du conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte. Ils reçoivent un traitement qui, de 8000 francs peut s'élever progressivement à 12000 francs pour les six médecins et de 12000 francs à 15000 francs pour le médecin en chef.

Si le service médical était encore insuffisant, on aurait recours aux médecins de la marine des différents Etats : ces médecins seraient placés sous l'autorité du médecin en chef de la station sanitaire.

Art. 58. — Un corps de gardes sanitaires est chargé d'assurer la surveillance et l'exécution des mesures de prophylaxie appliquées dans le canal de Suez, à l'établissement des Sources de Moïse et à Tor.

Art. 59. — Ce corps comprend dix gardes.

Il est recruté parmi les anciens sous-officiers des armées et marines européennes et égyptiennes.

Les gardes sont nommés, après que leur compétence a été constatée par le conseil, dans les formes prévues à l'article 14 du décret khédivial du 19 juin 1893.

Art. 60. — Les gardes sont divisés en deux classes :

La première classe comprend quatre gardes;

La deuxième comprend six gardes.

Art. 61. — La solde annuelle allouée aux gardes est pour:

La première classe, de 160 livres égyptiennes à 200 livres égyptiennes;

La deuxième classe, de 120 livres égyptiennes à 168 livres égyptiennes, avec augmentation progressive jusqu'à ce que le maximum soit atteint.

Art. 62. — Les gardes sont investis du caractère d'agents de la force publique, avec droit de réquisition en cas d'infraction aux règlements sanitaires.

Ils sont placés sous les ordres immédiats du directeur de l'office de Suez ou de Tor.

Ils doivent être initiés à toutes les pratiques et à toutes les opérations de désinfection usitées, et connaître la manipulation des substances et instruments employés à cet effet.

Art. 63. — La station de désinfection et d'isolement des Sources de Moïse est placée sous l'autorité du médecin en chef de Suez.

Si des malades y sont débarqués, deux des médecins de Suez y seront internés, l'un pour soigner les pesteux ou les cholériques, l'autre pour soigner les personnes non atteintes de peste ou de choléra.

Dans le cas où il y aurait à la fois des pesteux, des cholériques et d'autres malades, le nombre des médecins internés sera porté à trois : un pour les pesteux, un pour les cholériques et le troisième pour les autres malades.

(A suivre.)

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Billets d'aller et retour de Paris à la frontière suisse, délivrés conjointement avec des cartes d'abonnements généraux suisses. — La gare de Paris délivre des billets d'aller et retour de 1re et 2e classes valables 48 jours, pour Genève, les Verrières-frontière, Vallorbe-frontière et Villers-frontière (sans réciprocité).

Ces billets, qui sont émis au prix de 87 francs en 1re classe et de 64 francs en 2e classe, comportent la faculté d'aller de Paris en Suisse par l'un quelconque des points frontières ci-dessus dénommés et de revenir, soit à Paris P.-L.-M. par l'un quelconque de ces points, soit à Paris-Est par Delle-frontière ou par Bâle-Petit-Croix. Ils sont délivrés exclusivement aux voyageurs qui prennent en même temps une carte d'abonnement suisse de 15, 30 ou 45 jours, valable sur les principaux chemins de fer et lignes de navigation suisses.

Les prix des abonnements généraux suisses sont les suivants :

Abonnement de 15 jours, 1re classe : 80 fr. ; 2e classe : 55 fr. ; 3e classe : 40 fr.

Abonnement de 30 jours, 1re classe : 120 fr. ; 2e classe : 85 fr. ; 3e classe : 60 fr.

Abonnement de 45 jours : 1re classe : 160 fr. ; 2e classe : 110 fr. ; 3e classe, 80 fr.

En outre des prix ci-dessus, il doit être versé un dépôt de garantie de 5 fr. qui est remboursé au moment de la restitution de la carte.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Le concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine pour l'année 1907-1908 et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 1er mai 1908 auront lieu le lundi 16 décembre 1907, à midi précis.

Les élèves seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du personnel médical, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le samedi 2 novembre jusqu'au samedi 30 du même mois inclusivement.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve. Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition.

La lecture des compositions ainsi que l'épreuve orale auront lieu dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saint-Pères, n° 49.

Avis important. — Aux termes du règlement, les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur sixième année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions; d'autre part, ceux qui vont terminer leurs trois premières années d'externat ne pourront figurer sur la liste des internes provisoires que s'ils ont obtenu l'autorisation de faire une année supplémentaire d'exercice comme externes.

— Concours de l'externat. — Le jury de l'externat est définitivement composé de MM. Ramond, Ravaut, Pissavy, André Riche, Fredet, Baumgartner, Guibé et Funck.

— Legs Marjolin. — Par son testament, en date du 1er novembre 1894, le docteur Marjolin (René-Nicolas) a légué à la Faculté de médecine de l'Université de Paris une somme dont le revenu est de 5 161 francs.

La disposition testamentaire est ainsi conçue :

« Ce revenu sera affecté, chaque année, au remboursement des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français, internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude et ayant recueilli avec soin des observations dans leurs services. »

MM. les internes et externes français des hôpitaux de Paris, qui désireraient obtenir sur le legs Marjolin le remboursement de leurs inscriptions prises antérieurement, devront adresser à M. le Doyen une demande libellée sur papier timbré de 0 fr. 60.

Les demandes sont reçues au secrétariat de la Faculté deux fois par an du 1er au 15 avril et du 1er au 15 octobre.

MARINE. — M. le médecin principal Bonain, du port de Brest, est désigné, au choix, pour embarquer sur le *Borda*.

M. le médecin de première classe Alain, du port de Toulon, est désigné pour servir en sous-ordre à l'arsenal de Lorient.

M. le médecin de deuxième classe d'Auber de Peyrelongue, du port de Toulon, est désigné pour servir en sous-ordre aux établissements de pyrotechnie à Toulon.

M. le médecin de deuxième classe Coulomb est désigné pour embarquer sur le *Dunois*.

M. le médecin de deuxième classe Gaubin, du port de Brest, est désigné pour embarquer sur la *Couronne*.

M. le médecin de deuxième classe Mathieu est désigné pour embarquer sur le *Redoutable*.

M. le médecin de deuxième classe Valleteau de Maulliac est désigné pour embarquer sur la *Rance* (mission hydrographique de Madagascar).

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE. — L'organisation de ce Congrès est déjà très avancée, et tout laisse prévoir qu'il aura un grand succès.

Le Comité d'organisation, sous la présidence de l'illustre maître Guido Baccelli, et sous l'impulsion énergique du

secrétaire général, professeur Ch. Colombo, est en train de préparer aux congressistes le plus aimable des accueils.

Non seulement le gouvernement italien a accordé aux congressistes le *Livret de voyage* à coupons, valable pour effectuer vingt voyages — à prix réduits de 60 p. 100 — sur tous les réseaux des chemins de fer italiens; mais les principales Compagnies italiennes de navigation ont accordé une réduction de 50 p. 100 sur leurs tarifs ordinaires, pour les voyages sur toutes les lignes aussi bien de la mer Méditerranée que des Océans Pacifique et Atlantique.

La France a aussi accordé la réduction de 50 p. 100 sur ses tarifs ordinaires pour le voyage sur tous les chemins de fer français.

La Suisse, de son côté, a accordé la réduction de 50 p. 100 sur ses réseaux, pour toutes les marchandises qui seront expédiées à Rome, pour l'exposition spéciale d'appareils de physiothérapie, d'eaux minérales et de produits thermaux et alimentaires, qui se tiendra en même temps que le Congrès. La même facilité sera accordée pour les envois en transit par la Suisse.

Enfin le Comité d'organisation a établi un service d'hôtels avec le système à coupons, à tout avantage des congressistes. Ces coupons seront valables aussi bien à Rome que dans les hôtels des principales villes d'Italie, que les congressistes voudront visiter soit isolément, soit par groupes, soit en caravanes organisées sur le genre des *Voyages d'études médicales* qui ont tant de succès en France.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le professeur Ch. Colombo, secrétaire général du Comité d'organisation (Rome, via Plinio, 1) ou bien à M. le docteur Maurice Faure, à La Malou (Hérault), secrétaire du Comité.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs J. Coiraud, professeur honoraire à l'École de médecine de Poitiers; Couquet (de Bordeaux) et J.-F. Guyon, directeur adjoint du laboratoire de physique biologique à l'École des hautes études. Nous adressons à notre vénéré maître, le professeur Guyon, l'expression de notre vive condoléance.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL PROFESSIONNEL. — Le cours que M. le docteur Cazin fera du 1er au 14 octobre, à huit heures du matin, à l'Hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente, est un cours de chirurgie pratique.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de chirurgie. — (N° 1, juillet 1907.) GRÉGOIRE : Tumeur sarcomateuse de l'intestin grêle d'origine vitelline. — MAUCLAIRE : Contribution à l'étude chirurgicale des tumeurs de la tête du pancréas. — DRUCBERT : Deux cas de jéjunostomie par un nouveau procédé.

Archives générales de médecine. — (N° 8, août 1907.) LUTAUD : De l'uretéro-cysto-néostomie dans le traitement des fistules uretéro-vaginales et uretéro-cervicales; ses autres indications. — LANDOWSKI et CLARET : Polynucléose rachidienne dans trois cas de méningite tuberculeuse.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 sept.) GY et CLARET : Traitement de la scarlatine (*suite*). — DOMINICI : De l'application du radium en thérapeutique (*suite*). — BAILLIART : Le traitement du glaucome.

Bulletin médical. — (N° 69, 4 sept.) Albert CHARPENTIER : Les maladies nerveuses dans la pratique journalière (*suite*). Des principaux signes objectifs que la volonté, la suggestion et l'hystérie ne peuvent reproduire. — MONGOUR et LANDE : Opthalmo-réaction à la tuberculose chez les enfants — NOEL : La variole et les officiers. — (N° 70, 7 sept.) A. BROCA : Ostéomyélites sus-malléolaires.

Écho médical du Nord. — (N° 35, 1er sept.) FOLET : Un épisode de l'Histoire de la médecine française au XIXe siècle, Broussais et le Broussaisisme (*suite*). — LAMBRET : Du scalp complet. — (N° 36, 8 sept.) FOLET : Un épisode de l'Histoire de la médecine française au XIXe siècle, Broussais et le Broussaisisme (*suite*).

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 35, 1er sept.) LAFOND : Influence des produits de la digestion peptique sur la durée et la marche de la gravidité chez les femelles de lapin. — (N° 36, 8 sept.) SABRAZÈS, F. LAFARGUE et MURATET : Nouvelle observation de kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires, avec ictère et défécation de membranes parasitaires. Énorme éosinophilie. — SABRAZÈS et LAFFORGUE : La ligne ombilico-mamelonnaire à l'état normal.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 35, 1er sept.) F. LALESQUE : A propos des sanatoriums marins. — CHAVANNAZ : Le cloisonnement du vagin. — VERDELET : Occlusion intestinale par couture de l'intestin grêle et laparotomie. Guérison. — (N° 36, 8 sept.) ARNOZAN : Hémorroïdes, pityriasis versicolore et éruption pemphigoïde. — P. BÉGOUIN : De l'intervention dans les volumineux fibromes du ligament large. — LALANNE : XVIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes français et des pays de langue française.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 35, 31 août) L. DANEL : La notion de dégénérescence particulièrement dans l'étude du mouvement littéraire et artistique contemporain (*suite*). — D. AUGIER et POITAU : Coup de revolver tiré dans l'oreille droite. Lésions à distance du cervelet. — (N° 36, 7 sept.) René DESPLATS : Contribution à l'étude du traitement du tic douloureux de la face par l'introduction électrolytique de l'ion salicylique.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 35, 27 août 1907.) KUHN : L'augmentation des globules rouges et blancs et de l'hémoglobine par le masque à aspiration pulmonaire; ses rapports avec les climats élevés. — APOLANT : Sur une transformation obtenue expérimentalement du carcinome de la souris en type histologique de l'adénome. — SCHUFFUER : Sur la culture des bacilles typhiques du sang sur l'agar-bile. — SEGALE : Le frottement interne du sérum sanguin chez les animaux morphinisés. — NEUBERG et REICHER : Lipolyse, agglutination et hémolyse. — WALKO : Les maladies de l'estomac dans l'intoxication chronique par le plomb. — POLANO : Sur le traitement de la dysménorrhée. — KÖHLER : Sur la suppuration des cellules ethmoïdales. — FREYTAG : Le pansement compressif dans le traitement du décollement de la conjonctive. — EMIN : Trouble cérébral grave après ligature d'une artère carotide primitive et d'une veine jugulaire interne, avec guérison complète. — KILLENBERG : Sur l'emploi du papier de soie dans les soins des malades au cours des maladies infectieuses. — KAREKUKE : Sur un cas de luxation de la hanche. — HESSE : Sur l'action profuse de la lumière de la lampe de Quarz.

Pester medizinisch=chirurgische Presse. — (N° 34, 25 août 1907.) TORÖK et SCHATTELES : Sur les méthodes de recherches du spirochæte pallida.

DE L'ÉPILEPSIE TARDIVE

Par MM. L. MARCHAND,
Médecin-adjoint de l'Asile de Blois,
et H. NOUET,
Interne du même Asile.

Il convient tout d'abord de définir ce que l'on entend actuellement par « épilepsie tardive ». Cette question a provoqué depuis de nombreuses années des mémoires multiples, tant en France qu'à l'étranger. Les différents auteurs assignent à ce syndrome les limites les plus diverses. L'âge d'apparition des phénomènes convulsifs varie suivant chacun. Delanef (1) et Jabot (2) appellent épilepsie tardive, toute épilepsie survenant après trente ans. Jabot rapporte les observations de Calmeil, de Beau et de Delasiauve qui arrivent à des conclusions analogues et montrent que l'épilepsie tardive constitue 15 à 20 p. 100 de l'épilepsie totale. G. Hubert (3) considère comme tardive toute épilepsie qui se manifeste après trente ans chez l'homme, après vingt-cinq ans chez la femme. Elle existe dans 10 à 15 p. 100 des cas d'épilepsie. Fürnster (4) et Mendel (5) admettent comme limites : vingt à trente ans. Maupaté (6) considère cet âge de trente ans, comme l'âge minimum. Lüth (7) arrive à des conclusions analogues à celles de Hubert. Pour Kiernan (8), on doit entendre comme épilepsie tardive celle qui survient après vingt-cinq ans, et plus fréquemment entre trente-cinq et quarante ans. Pour Masoin (9), est épilepsie tardive toute épilepsie apparaissant après trente ans.

Les opinions ne manquent donc pas sur cette question, et nous pouvons en déduire qu'après trente ans toute épilepsie qui débute doit être considérée comme de l'épilepsie tardive. A côté de cette dernière nous trouvons l'épilepsie sénile. On peut la définir, avec Kowalewsky (10), l'épilepsie qui fait son apparition après soixante ans; Naunyn (11) considère comme épilepsie sénile celle qui apparaît après cinquante ans.

La plupart des auteurs, tout en reconnaissant que l'épilepsie tardive ressemble à l'épilepsie du jeune âge, admettent que son étiologie et ses lésions cérébrales sont absolument différentes. Hubert (1) attache une grande importance à l'influence de l'hérédité. De plus, l'épilepsie est toujours symptomatique d'alcoolisme, de syphilis, d'une diathèse, d'une affection cardio-vasculaire. L'artério-sclérose est cause provocatrice. Elle ne développe pas de lésions propres à l'épilepsie, mais détermine des troubles circulatoires qui font naître les accès.

Fürnster (2) admet deux causes déterminantes de l'épilepsie tardive. Ce sont : le traumatisme et les encéphalites anciennes, remontant quelquefois à l'enfance. Dans deux cas sur cinq il a fait pratiquer la trépanation. Dans l'un d'eux il y avait de l'éburnation des os du crâne, dans l'autre des adhérences de la dure-mère au crâne. Pour Maupaté (3), l'épilepsie tardive est occasionnée par les intoxications (alcool, absinthe, plomb, paludisme) et les maladies organiques du cerveau. Lüth (4) rapporte l'épilepsie tardive à l'artério-sclérose, et Rossi (5) dans un cas à une insolation. Hochhaus (6) cite un cas d'épilepsie tardive, survenu à vingt-sept ans, à l'autopsie duquel on rencontra une calcification très prononcée des petits vaisseaux de l'encéphale; l'alcool était dans ce cas l'agent étiologique incriminé. Masoin (7) attache une grande importance à l'hérédité. Il ne croit pas à l'influence de l'artério-sclérose, qui est dit-il, extrêmement fréquente et ne suffit pas à expliquer les accès tardifs d'épilepsie. G. Carrière (8), sur six cas d'épilepsie tardive, n'a rencontré l'artério-sclérose que dans deux cas. La théorie émise par Kiernan (9) est absolument différente. Pour cet auteur, les accès convulsifs sont dus à la production de toxines qui agissent sur les centres nerveux épuisés. L'apparition des crises épileptiques commence lorsqu'une des voies d'élimination des toxines se trouve supprimée. L'influence du foie paraît en ce cas prépondérante. Næcke (10) émet l'avis que l'épilepsie tardive est liée « à des lésions quelconques palpables » du cerveau. Ces lésions dérivent de l'artério-sclérose, et en particulier de la néphrite chronique. Delanef (11) admet l'existence de trois facteurs étiologiques principaux : la diathèse arthritique, la ménopause et l'intoxication absinthique. Motet (12), Moutard

(1) DELANEF. *Essai sur l'étiologie de l'épilepsie tardive*, Th. de Paris, 1883.
(2) JABOT. Th. de Nancy, 1890.
(3) G. HUBERT. *De l'épilepsie tardive*, Th. de Paris, 1903.
(4) FÜRNSTER. Sur la pathologie de certaines attaques convulsives, *Arch. f. Psych.*, XXVIII, fév. 1896.
(5) MENDEL. Epilepsie tardive, *Deuts. med. Woch.*, 1893.
(6) MAUPATÉ. Considérations sur l'étiologie et la nature de l'épilepsie tardive chez l'homme, *Ann. méd. Psych.*, 8e série, t. II, juillet 1895.
(7) W. LÜTH. Die Spätepilepsie, *Allg. Zeits. f. Psych.*, vol. LVI, 1899.
(8) KIERNAN. Epilepsie consécutive à l'encéphalite aiguë et épilepsie tardive, *The alienist and neurol.*, avril 1897.
(9) P. MASOIN. Quelques considérations sur l'épilepsie tardive et l'épilepsie sénile, *Ann. méd. Psych.*, mars-avril 1902.
(10) KOWALEWSKY. Epilepsie sénile, *Centralbl. f. Nervenk.*, XX, N. F. août 1897.
(11) DE NAUNYN. Sur l'étiologie sénile, *Zeits. f. klin. Med.*, 1895, Bd. XXVIII, p. 217.

(1) HUBERT. Loc. cit.
(2) FÜRNSTER. Loc. cit.
(3) MAUPATÉ. Loc. cit.
(4) LÜTH. Loc. cit.
(5) ROSSI. Contribution à l'étude de l'épilepsie tardive, *Riforma med.*, VI, nº 21, 1895.
(6) HOCHHAUS. De la calcification primataire des vaisseaux de l'encéphale, considérée comme cause d'épilepsie, *Neurol. Centralbl.*, XVII, 1898.
(7) MASOIN. Loc. cit.
(8) G. CARRIÈRE. A propos de la paralysie tardive, *Nord méd.*, 1er mai 1904, p. 100.
(9) KIERNAN. Loc. cit.
(10) NÆCKE. L'épilepsie tardive dans le cours des psychoses chroniques, *Allg. Zeits. f. Psych.*, t. XLII, cahiers 5 et 6, 1905.
(11) DELANEF. Loc. cit.
(12) MOTET. *Considérations générales sur l'alcoolisme*, etc., Paris 1859.

Martin (1), Magnan et Bouchereau (2), Lasègue (3) et H. Dagonet (4) accordent à l'alcoolisme un rôle primordial dans l'éclosion de l'épilepsie tardive. Lévi Bianchini (5) a donné le nom d'épilepsie cataméniale à un cas dans lequel les accès sont apparus tous les mois chez une femme dont les règles disparurent à la suite d'une émotion vive.

Quant à l'épilepsie sénile, les avis ne sont pas moins variés pour expliquer son étiologie et sa pathogénie. Kowalewsky (6) estime qu'elle correspond à l'artério-sclérose, à la syphilis, à l'alcoolisme, à des lésions organiques diffuses du cerveau et de ses enveloppes, en même temps qu'à des secousses morales. L'hérédité joue également un grand rôle.

Elle s'accompagne souvent d'état vertigineux, d'angoisse précordiale, d'insomnie. Les crises sont semblables aux crises de l'épilepsie idiopathique. Maussel Symson (7) a vu des accès épileptiques survenir après soixante-treize ans. A l'autopsie, il n'y avait pas de lésions microscopiques appréciables. Naunyn (8) considère que l'épilepsie sénile dérive directement des lésions vasculaires et cardiaques, fréquentes chez le vieillard ; celles-ci donnent lieu à de l'anémie cérébrale, cause des accès convulsifs. De même, Lewis Allen (9) attache la plus grande importance à la dégénérescence du muscle cardiaque, ainsi qu'à la sclérose artérielle des centres nerveux. Cristiani (10) a observé des attaques épileptiques chez de vieux aliénés présentant les syndromes mentaux les plus variés. L'autopsie lui a montré, dans sept cas, la présence d'une leptoméningite avec sclérose et atrophie de l'écorce. Pour Muggia (11), l'épilepsie sénile reconnaît comme cause unique l'artério-sclérose.

Il résulte de cet exposé succinct que : 1° l'épilepsie tardive est celle qui se manifeste après trente ans ; 2° la prédisposition héréditaire paraît avoir une importance étiologique ; 3° elle revêt les mêmes allures et la même symptomatologie que l'épilepsie dite idiopathique ; 4° elle est en rapport le plus souvent avec des lésions cardio-vasculaires, l'artério-sclérose, l'alcoolisme, des lésions cérébrales, des phénomènes d'auto-intoxication.

(1) Moutard-Martin. Action comparée de l'alcool et de l'absinthe, Soc. de thérap., 19 fév. et 19 mars 1869.

(2) Magnan et Bouchereau. Alcoolisme chronique avec accès subaigu, *Gaz. méd. de Paris*, 1869.

(3) Lasègue. Sur l'alcoolisme subaigu, *Arch. gén. de méd.*, 1869.

(4) H. Dagonet. De l'alcoolisme, *Ann. méd. Psych.*, 5e série, vol. IX, 1873.

(5) Lévi-Bianchini. Epilepsie cataméniale, *Arch. di psich. neurop.*, fasc. IV et V, p. 554-558, 1906.

(6) Kowalewsky. Epilepsie sénile, *Centralbl. f. Nerv.*, XX, N. F. VIII, 1897.

(7) Maussel Symson. Epilepsie sénile, *Brit. med. Journ.*, mai 1894.

(8) Naunyn. Sur l'épilepsie sénile, *Ziets. f. klin. med.*, 1895, Bd. XXVIII, p. 217.

(9) Lewis Allen. Epilepsie sénile, *Med. News*, mars 1898.

(10) Cristiani. Epilepsie tardive chez les aliénés, *Arch. di Psichiatria, scienze penali e antropologia criminali*, vol. XVI, fasc. I et II.

(11) Muggia. Sur un cas d'épilepsie tardive chez un aliéné, *Giornale di Psichiat. clin. e tecnica-manicomiale*, fasc. I, 1902.

Si nous recherchons quelle est la cause de cette diversité dans les opinions, nous voyons qu'elle provient surtout de l'absence des examens histologiques des centres nerveux. Quand l'épilepsie tardive est en rapport avec une tumeur, un ramollissement, en un mot avec une lésion macroscopiquement appréciable, la cause est trouvée facilement. Mais que l'on ne constate rien à l'œil nu, et aussitôt, sans examen microscopique, on fait intervenir l'intoxication, sous forme d'alcoolisme, d'absinthisme ou d'auto-intoxication hépatique ou rénale.

Pour comprendre l'épilepsie tardive, il faut s'adresser à l'histologie et prendre indistinctement tous les cas qui se présentent. C'est surtout dans les cas d'épilepsie tardive dite d'intoxication que cet examen doit être pratiqué, car ou bien l'épilepsie sera éphémère et correspondra à des lésions réparables, ou bien elle sera chronique et sera déterminée par des lésions permanentes des centres nerveux. Il n'est pas possible de concevoir une épilepsie tardive chronique, sans lésions anatomiques. Nous avons examiné un grand nombre de cerveaux d'épileptiques, et nous avons toujours constaté des lésions microscopiques. Toute épilepsie doit être considérée comme symptomatique et si on examine histologiquement le cortex de ces malades à l'autopsie desquels il n'y a pas de grosses lésions macroscopiques, on rencontrera presque toujours des lésions des méninges et du cortex, absolument semblables à celles que l'on rencontre dans l'épilepsie du jeune âge, dite idiopathique. Ces lésions sont caractérisées par de la méningite chronique et de la sclérose cérébrale superficielle. Dans les cas où l'épilepsie tardive est en rapport avec une intoxication chronique, l'examen histologique seul peut démontrer l'existence des lésions cérébrales déterminées par cette intoxication. Les deux observations suivantes viennent à l'appui de cette opinion.

Observation I. — C..., âgée de vingt-cinq ans, à sa première entrée à l'asile de Blois, le 21 octobre 1893.

Antécédents héréditaires. — Père faible d'esprit et alcoolique. Un frère atteint de débilité mentale. Une sœur morte épileptique.

Antécédents personnels. — C... a présenté des convulsions à quatre ans. Elle a toujours été d'une intelligence médiocre et n'a reçu aucune instruction. Elle s'est mariée à vingt-deux ans avec un cousin germain. C... a eu trois enfants, dont un seul est actuellement vivant.

Les troubles mentaux qui nécessitent son internement sont apparus peu de temps après son accouchement, à la suite d'une peur. C... se promenait la nuit, portant son enfant sur les bras. Elle frappait les personnes de son entourage et menaçait de mettre le feu.

A son arrivée à l'asile, on constate chez C... de la confusion mentale. Elle ne se rend pas compte de sa situation, n'a aucune suite dans les idées, dans les propos. La malade n'achève pas les phrases qu'elle commence. C... est malpropre et n'a aucun souci de sa personne. Cet état reste stationnaire jusqu'au mois de février 1894. A ce moment une amélioration considérable se produit brusquement, et la malade peut sortir de l'asile, le 29 mars 1894.

Sortie de l'asile, C... a des discussions fréquentes avec son

mari, et finalement obtient le divorce le 11 janvier 1896. Elle présente toujours un état de faiblesse intellectuelle très prononcée, accompagnée d'irritabilité avec impulsions violentes. En 1900, à trente-deux ans, les premières crises épileptiques apparaissent. Elles se renouvellent peu fréquemment et n'empêchent pas la malade de vaquer à ses occupations journalières. Les accès augmentant de fréquence, C... rentre à l'asile le 19 septembre 1904.

C... présente au point de vue physique des stigmates de dégénérescence : la voûte palatine est ogivale, la tête est petite, les dents sont irrégulièrement implantées. L'examen des différents organes reste négatif. Les réflexes rotuliens sont très diminués. Il n'y a pas de troubles oculo-pupillaires. La sensibilité est un peu obtuse.

Au point de vue mental, C... présente de l'obtusion intellectuelle. Elle semble ne pas comprendre ce qu'on lui dit. Elle est incapable de répondre aux questions qu'on lui pose, ne s'intéresse à rien et passe ses journées sur une chaise, dans l'inactivité la plus complète. C... est tranquille, mais parfois elle a quelques impulsions et accès de mauvaise humeur.

Pendant l'année 1905, C... a présenté vingt et une crises comitiales classiques. Elles sont le plus souvent diurnes et s'accompagnent de stertor, d'écume aux lèvres, d'émission involontaire d'urine et de matière fécale. En 1906, C... a eu dix crises épileptiques. Elle meurt le 17 juin de tuberculose pulmonaire.

Autopsie. Examen macroscopique. — Cerveau. L'hémisphère droit pèse 490 grammes ; l'hémisphère gauche, 510 grammes. Le bulbe et le cervelet pèsent ensemble 150 grammes. Rien de particulier à l'ouverture du crâne. La dure-mère est normale et n'adhère pas aux méninges molles. Celles-ci sont légèrement épaissies et présentent de nombreuses opalescences à la surface convexe des hémisphères. Elles adhèrent au cortex; happement diffus. Pas d'athérome des artères de la base. Les parois des ventricules latéraux et le plancher du quatrième ventricule sont normaux.

Examen histologique. — Cerveau. Les régions examinées sont les régions motrices droite et gauche, le cuneus gauche. Les méninges sont très épaissies, adhérentes par endroits. Il existe quelques noyaux embryonnaires disséminés dans les méninges molles. Les vaisseaux méningés paraissent sains.

Cortex. La lésion dominante est une sclérose diffuse localisée dans la couche moléculaire. Le tissu névroglique est composé surtout de noyaux névrogliques et de fines fibrilles. On n'y rencontre pas de grosses cellules en araignée comme dans la paralysie générale. Les vaisseaux du cortex paraissent sains. Il n'y a pas d'infiltration périvasculaire. Les cellules pyramidales sont bien colorées; quelques-unes sont pigmentées. Les fibres tangentielles sont diminuées de nombre. Le bulbe et le cervelet ne présentent pas de lésions appréciables.

Obs. II. — G... est âgée de cinquante-huit ans, à son entrée à l'hospice Dessaignes, de Blois, le 18 janvier 1906.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels. — N'a pas eu de convulsions dans le jeune âge. Pleurésie à trois ans et demi. G... est réglée à treize ans. Elle se marie à vingt-deux ans, et n'a pas eu d'enfants. Elle exerçait la profession de lingère et présentait une intelligence moyenne.

La première crise comitiale est apparue à cinquante ans. Depuis lors, G... présente de nombreux accès diurnes. Les crises surviennent brusquement. G... tombe tantôt en avant, tantôt sur le côté. Au cours de ces accès, il lui arrive fréquemment de se casser les dents, de se fendre le cuir chevelu. Les crises sont suivies d'une période de somnolence. Elle présente environ trois accès épileptiques tous les mois. Trois semaines avant son entrée, elle aurait eu une monoparésie brachiale gauche avec embarras de la langue.

A son entrée, on constate une diminution sensible de la force musculaire de ce côté. G... accuse des fourmillements dans les doigts et ne peut saisir les objets de la main gauche. Les réflexes rotuliens sont exagérés surtout à gauche.

Le réflexe plantaire est en flexion. Les pupilles sont égales et réagissent à la lumière et à l'accommodation. La parole est lente, scandée. Pas de troubles de la sensibilité, ni des organes des sens. Le cœur, les poumons, le foie, sont normaux. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Nous notons chez G... quelques stigmates de dégénérescence : asymétrie faciale et microcéphalie. Au point de vue mental, G... présente de la débilité intellectuelle à un degré assez prononcé, mais ne manifeste aucune idée délirante, aucun symptôme d'agitation ou de dépression.

G... présente dans le cours de janvier une crise comitiale. En février elle en a sept, toutes diurnes.

Douze crises en mars, dont dix diurnes et deux nocturnes. En avril, G... présente une crise convulsive avec mouvements prédominant du côté droit. Toutes ces crises revêtent le type classique de la crise comitiale.

G... meurt le 21 avril par suite de pneumonie.

Autopsie. — Cerveau. Le crâne est très mince. Nombreuses adhérences de la dure-mère au crâne, au niveau des lobes frontaux. L'hémisphère droit pèse 450 grammes, le gauche est de même poids. Le bulbe et le cervelet pèsent 145 grammes. Les méninges molles sont très friables et adhèrent par endroits au cortex. Pas d'athérome des artères de la base. Petits foyers de ramollissement dans les noyaux gris des deux hémisphères. Les parois des ventricules latéraux sont normales.

Examen histologique. — Nous avons examiné les circonvolutions des régions motrices droite et gauche. Nous avons employé les méthodes de Nissl, de Weigert-Pal, de Van Gieson, la coloration au picro-carmin.

Les méninges qui présentent quelques épaississements fibreux disséminés sont intimement soudées au cortex sous-jacent et infiltrées de quelques noyaux embryonnaires. Quelques artérioles sont atteintes d'athérome.

La lésion principale du cortex est une sclérose névroglique localisée dans toute la région superficielle du cortex, à la partie la plus périphérique de la couche moléculaire. Elle domine surtout autour des vaisseaux.

Le tissu névroglique est formé de noyaux et de fines fibrilles. Pas de cellules en araignée. Les cellules pyramidales sont normales. On ne constate pas d'infiltration des parois des vaisseaux. Les fibres tangentielles sont bien fournies et régulièrement disposées.

Cervelet. — La pie-mère est adhérente et infiltrée. Pas d'autres lésions appréciables.

Bulbe. — Pas de lésions cellulaires. Légère infiltration périvasculaire. Les pyramides antérieures présentent un certain degré de sclérose.

L'épilepsie tardive survient fréquemment chez des aliénés, mais il y a lieu de distinguer : 1° les cas où les troubles mentaux revêtent les caractères de l'épilepsie psychique, la crise convulsive survenant parfois

très tardivement, 2° les cas dans lesquels les troubles mentaux présentent des caractères de chronicité sans aucune analogie avec l'épilepsie psychique. Les premiers sont des psychoses épileptiques et l'on y rencontre les mêmes lésions de sclérose cérébrale que chez les épileptiques dits idiopathiques [Anglade et Jacquin (1)].

Les cas les plus curieux sont ceux où, au cours d'un syndrome mental chronique bien déterminé (démence précoce, démence sénile, délire de persécution, folie périodique), surviennent des crises épileptiques. Dans ces cas, on rencontre souvent des lésions chroniques des méninges et de la sclérose cérébrale superficielle. Les mêmes lésions cérébrales diffuses détermineraient ainsi des troubles mentaux différents. Nous ne chercherons pas à donner maintenant une explication de ce fait, mais nous établirons la comparaison suivante : la paralysie générale, qui peut s'accompagner, mais non d'une façon constante, de crises épileptiformes et de troubles délirants, a des lésions anatomiques bien définies. Il n'est pas étonnant qu'une sclérose cérébrale superficielle diffuse accompagnée de méningite chronique, puisse, comme la méningo-encéphalite diffuse subaiguë, se traduire, tantôt par des troubles délirants, tantôt par des accès convulsifs, tantôt par des troubles du caractère. Les scléroses cérébrales superficielles non inflammatoires ont une évolution extrêmement lente et souvent elles peuvent ne plus progresser. Dans ces derniers cas, la sclérose est comparable à un tissu cicatriciel et les sujets sont plutôt des infirmes du cerveau que des malades. Les accès convulsifs peuvent survenir au cours des syndromes mentaux à des périodes les plus variées. Dans des cas plus rares, les lésions de méningite chronique et de sclérose cérébrale sont localisées et déterminent à la fois l'épilepsie et des troubles paralytiques (2).

Il n'y a donc pour nous aucune différence entre l'épilepsie du jeune âge et l'épilepsie tardive, qu'elles soient idiopathiques ou qu'elles surviennent au cours des diverses psychoses. Les mêmes lésions cérébrales se rencontrent dans les deux cas. L'épilepsie tardive doit surtout sa rareté au fait que le cerveau, qui a acquis son complet développement, ne réagit que rarement aux lésions cérébrales par des phénomènes convulsifs. On sait au contraire avec quelle facilité un cerveau d'enfant traduit par des convulsions toute lésion des centres nerveux.

Il faut bien se garder d'attribuer l'épilepsie tardive, sans contrôle histologique des centres nerveux, aux lésions athéromateuses que l'on rencontre fréquemment à l'autopsie. De même que dans la paralysie générale on voit souvent des lésions d'athérome cérébral surajoutées aux lésions de méningo-encéphalite diffuse subaiguë (Klippel), de même nous avons vu bien souvent des lésions d'athérome surajoutées à des lésions de méningite chronique et de sclérose cérébrale superficielle. Dans ces cas, l'épilepsie tardive est, d'après nous, déterminée plus par les lésions scléreuses du cortex que par l'athéromasie cérébrale.

(1) Anglade. Epilepsie tardive, Soc. méd. de Bordeaux, 15 fév. 1907. — Anglade et Jacquin. Psychoses périodiques et épilepsie. *Encéphale*, juillet 1907.

(2) L. Marchand et M. Olivier. Epilepsie tardive, démence et hémiplégie symptomatiques de méningo-encéphalite chronique localisée. Soc. anat., 19 oct. 1906.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DE LA MALADIE DE BRIGHT CHRONIQUE (1)

Le régime une fois fixé, on commence la *médication* proprement dite, Or, en fait de médication ou de médicaments, on se trouve dans le même embarras qu'à propos du régime alimentaire. Voici le plan thérapeutique que suit en pareil cas M. Robin :

De toutes les médications, celle qui paraît donner les résultats les plus réguliers, c'est la médication de Bartels (de Kiel), par les *bains chauds*. Ses succès ont valu jadis à son auteur une réputation universelle. Mais, tous les malades ne supportant pas pareillement les bains, il est indispensable d'apporter quelques atténuations à la rigueur des prescriptions de Bartels, qui doivent être appliquées avec beaucoup de doigté. Malheureusement Bartels, comme beaucoup de médecins allemands, était très absolu. Son traitement devint un dogme auquel ni lui ni ses disciples n'osèrent toucher. Il en résulta, entre la rigueur du traitement et la diversité des malades, une incompatibilité qui devait fatalement entraîner l'abandon à peu près complet d'une médication qui méritait de survivre.

Voici comment Bartels appliquait son traitement :

Il commençait par donner deux bains par semaine, puis trois, puis quatre, puis cinq, puis six, puis enfin un bain tous les jours, à la température initiale de 36 degrés, portée peu à peu à 40 degrés.

La durée du bain était d'abord de quinze minutes, puis de vingt, puis de trente, enfin de quarante minutes au maximum. Au sortir du bain, pour éviter tout refroidissement, le malade était aussitôt enroulé dans un peignoir de flanelle préalablement chauffé, et on le portait dans un lit également chaud. Quand le malade était bien réchauffé dans son lit, on le soumettait à une légère friction avec massage par simple effleurage sur toute la surface du corps.

Cette médication semble surtout agir par la suractivité qu'elle donne aux fonctions de la peau. Elle dérive, par la voie des éliminations cutanées, des principes excrémentitiels et soulage ainsi le rein d'une partie de sa tâche : elle réalise donc une véritable *sédation rénale*.

On pourrait objecter que cette excitation des fonctions cutanées, plus ou moins suivie de diaphorèse ou tout au moins d'exagération de la perspiration cutanée, n'était pas sans danger, et qu'en instituant une médication capable de diminuer les éliminations urinaires d'un brightique, on les mettait en état d'opportunité pour l'urémie. Cette objection ne saurait être invoquée contre les bains, car la pratique a montré que, loin de diminuer la quantité des urines, ils l'augmentaient dans la grande majorité des cas.

Dans la clientèle urbaine ou rurale, il ne faut pas hésiter à tenter avec prudence cette médication qui peut donner parfois d'excellents résultats.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 103, p. 1228.

Les effets plutôt satisfaisants obtenus par le traitement de Bartels ont suggéré à plusieurs médecins l'idée de traiter le mal de Bright par les sudorifiques et M. Robin a proposé lui-même, en 1874, l'emploi du *Jaborandi*. Personnellement, il a obtenu avec ce médicament une guérison complète qui se maintient depuis l'année 1878. Malgré ce succès et quelques autres cas favorables (1), il a renoncé à ce mode de traitement, ayant remarqué que le Jaborandi diminuait la diurèse et exposait ainsi les malades aux accidents urémiques. M. Robin n'utilise donc plus que la diaphorèse naturelle, lente et progressive.

On a aussi proposé d'autres médications qui ont pour objet la *sédation de l'activité rénale*, mais elles sont passibles de réels dangers. Une médication est fondée, au contraire, sur la *stimulation de l'activité du rein*. Cette médication, proposée par Rayer, consiste dans l'emploi de la *teinture de cantharide*. Quelque temps délaissée, cette médication a été remise en honneur par M. Lancereaux.

Mais les doses proposées par ces éminents médecins ne sont pas sans inconvénients, et M. Robin s'est arrêté à l'emploi de doses extrêmement minimes dont l'expérience lui démontre à la fois l'innocuité et les avantages. Il s'en tient à une goutte de teinture de cantharide dans quatre cuillerées à soupe d'eau de fontaine, dont on prend une cuillerée toutes les six heures.

A cette dose si réduite, cette teinture exerce une réelle action. Mais, ici encore, c'est par l'observation des symptômes et l'examen journalier des urines que l'on se rendra compte du bien fondé de la médication. *(A suivre.)*

DOCUMENTS OFFICIELS

CONVENTION SANITAIRE INTERNATIONALE (2)

ART. 64. — La station de désinfection et d'isolement des Sources de Moïse doit comprendre :

1° Trois étuves à désinfection au moins, dont une placée sur un ponton, et l'outillage nécessaire pour la destruction des rats;

2° Deux hôpitaux d'isolement, chacun de douze lits, l'un pour les pesteux et les suspects de peste, l'autre pour les personnes atteintes ou suspectes de choléra. Ces hôpitaux doivent être disposés de façon que, dans chacun d'eux, les malades, les suspects, les hommes et les femmes soient isolés les uns des autres;

3° Des baraquements, des tentes-hôpital et des tentes ordinaires pour les personnes débarquées;

4° Des baignoires et des douches-lavage en nombre suffisant;

5° Les bâtiments nécessaires pour les services communs, le personnel médical, les gardes, etc.; un magasin, une buanderie;

6° Un réservoir d'eau;

7° Les divers bâtiments doivent être disposés de telle façon qu'il n'y ait pas de contact possible entre les malades, les objets infectés ou suspects et les autres personnes.

ART. 65. — Un mécanicien est spécialement chargé de l'entretien des étuves placées aux Sources de Moïse.

SECTION V : *Passage en quarantaine du canal de Suez.* — ART. 66. — L'autorité sanitaire de Suez accorde le passage en quarantaine. Le conseil en est immédiatement informé.

Dans les cas douteux, la décision est prise par le conseil.

ART. 67. — Dès que l'autorisation prévue à l'article précédent est accordée, un télégramme est expédié à l'autorité désignée par chaque puissance. L'expédition du télégramme est faite aux frais du navire.

ART. 68. — Chaque puissance édictera des dispositions pénales contre les bâtiments qui, abandonnant le parcours indiqué par le capitaine, aborderait indûment un des ports du territoire de cette puissance. Seront exceptés les cas de force majeure et de relâche forcée.

ART. 69. — Lors de l'arraisonnement, le capitaine est tenu de déclarer s'il a à son bord des équipes de chauffeurs indigènes ou de serviteurs à gages quelconques, non inscrits sur le rôle d'équipage ou le registre à cet usage.

Les questions suivantes sont notamment posées aux capitaines de tous les navires se présentant à Suez, venant du Sud. Ils y répondent sous serment :

« Avez-vous des auxiliaires : chauffeurs ou autres gens de service, non inscrits sur le rôle de l'équipage ou sur le registre spécial? Quelle est leur nationalité? Où les avez-vous embarqués? »

Les médecins sanitaires doivent s'assurer de la présence de ces auxiliaires et, s'ils constatent qu'il y a des manquants parmi eux, chercher avec soin les causes de l'absence.

ART. 70. — Un officier sanitaire et deux gardes sanitaires montent à bord. Ils doivent accompagner le navire jusqu'à Port-Saïd. Ils ont pour mission d'empêcher les communications et de veiller à l'exécution des mesures prescrites pendant la traversée du canal.

ART. 71. — Tout embarquement ou débarquement et tout transbordement de passagers ou de marchandises sont interdits pendant le parcours du canal de Suez à Port-Saïd.

Toutefois les voyageurs peuvent s'embarquer à Port-Saïd en quarantaine.

ART. 72. — Les navires transitant en quarantaine doivent effectuer le parcours de Suez à Port-Saïd sans garage.

En cas d'échouage ou de garage indispensable, les opérations nécessaires sont effectuées par le personnel du bord, en évitant toute communication avec le personnel de la compagnie du canal de Suez.

ART. 73. — Le transport des troupes par bateaux suspects ou infectés transitant en quarantaine sont tenus de traverser le canal seulement de jour. S'ils doivent séjourner de nuit dans le canal, ils prennent leur mouillage au lac Timsah ou dans le grand lac.

ART. 74. — Le stationnement des navires transitant en quarantaine est interdit dans le port de Port-Saïd, sauf dans les cas prévus aux articles 71, alinéa 2, et 75.

Les opérations de ravitaillement doivent être pratiquées avec les moyens du bord.

Les chargeurs ou toutes autres personnes, qui seraient montés à bord, sont isolés sur le ponton quarantenaire. Leurs vêtements y subissent la désinfection réglementaire.

ART. 75. — Lorsqu'il est indispensable, pour les navires transitant en quarantaine, de prendre du charbon à Port-Saïd, ces navires doivent exécuter cette opération dans un endroit offrant les garanties nécessaires d'isolement et de surveillance sanitaire qui sera indiqué par le conseil sanitaire. Pour les navires à bord desquels une surveillance efficace de cette opération est possible et où tout contact avec les gens du bord peut être évité, le charbonnage par les ouvriers du port est autorisé. La nuit, le lieu de l'opération doit être éclairé à la lumière électrique.

ART. 76. — Les pilotes, les électriciens, les agents de la compagnie et les gardes sanitaires sont déposés à Port-Saïd, hors du port, entre les jetées, et de là conduits directement au ponton de quarantaine, où leurs vêtements subissent la désinfection lorsqu'elle est jugée nécessaire.

ART. 77. — Les navires de guerre ci-après déterminés bé-

(1) Albert ROBIN. Etudes physiologiques et thérapeutiques sur le Jaborandi. *Journ. de thérap.*, 1874-1875.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 103, p. 1230.

néficient, pour le passage du canal de Suez, des dispositions suivantes :

Ils seront reconnus indemnes par l'autorité quarantenaire sur la production d'un certificat émanant des médecins du bord, contresigné par le commandant et affirmant sous serment :

a. Qu'il n'y a eu à bord, soit au moment du départ, soit pendant la traversée, aucun cas de peste, ou de choléra;

b. Qu'une visite minutieuse de toutes les personnes existant à bord, sans exception, a été passée moins de douze heures avant l'arrivée dans le port égyptien et qu'elle n'a révélé aucun cas de ces maladies.

Ces navires sont exempts de la visite médicale et reçoivent immédiatement libre pratique, à la condition qu'ils aient complété, à partir de leur départ du dernier port contaminé, une période de cinq jours pleins.

Ceux de ces navires qui n'ont pas complété la période exigée peuvent transiter le canal en quarantaine sans subir la visite médicale, pourvu qu'ils produisent le susdit certificat à l'autorité quarantenaire.

L'autorité quarantenaire a néanmoins le droit de faire pratiquer, par ses agents, la visite médicale à bord des navires de guerre toutes les fois qu'elle le juge nécessaire.

Les navires de guerre, suspects ou infectés, seront soumis aux règlements en vigueur.

Ne sont considérées comme navires de guerre que les unités de combat. Les bateaux-transports, les navires-hôpitaux entrent dans la catégorie des navires ordinaires.

Art. 78. — Le conseil maritime et quarantenaire d'Egypte est autorisé à organiser le transit du territoire égyptien par voie ferrée, des malles postales et des passagers ordinaires venant de pays contaminés dans des trains quarantenaires, sous les conditions déterminées dans l'annexe n° 1.

TITRE IV. — Surveillance et exécution.

I. *Conseil sanitaire, maritime et quarantenaire d'Egypte.* — Art. 162. — Sont confirmées les stipulations de l'annexe III de la convention sanitaire de Venise du 30 janvier 1892, concernant la composition, les attributions et le fonctionnement du conseil sanitaire, maritime et quarantenaire d'Egypte, telles qu'elles résultent des décrets de S. A. le khédive en date du 19 juin 1893 et 25 décembre 1894, ainsi que de l'arrêté ministériel du 19 juin 1894.

Lesdits décrets et arrêté demeurent annexés à la présente convention.

Art. 163. — Les dépenses ordinaires résultant des dispositions de la présente convention relatives notamment à l'augmentation du personnel relevant du conseil sanitaire, maritime et quarantenaire d'Egypte, seront couvertes à l'aide d'un versement annuel complémentaire par le gouvernement égyptien, d'une somme de 4.000 livres égyptiennes, qui pourrait être prélevée sur l'excédent du service des phares resté à la disposition de ce gouvernement.

Toutefois il sera déduit de cette somme le produit d'une taxe quarantenaire supplémentaire de 10 P. T. (piastres tarif) par pèlerin, à prélever à El-Tor.

Au cas où le gouvernement égyptien verrait des difficultés à supporter cette part dans les dépenses, les puissances représentées au conseil sanitaire s'entendraient avec le gouvernement khédivial pour assurer la participation de ce dernier aux dépenses prévues.

Art. 164. — Le conseil sanitaire, maritime et quarantenaire d'Egypte est chargé de mettre en concordance avec les dispositions de la présente convention les règlements actuellement appliqués par lui concernant la peste, le choléra et la fièvre jaune, ainsi que le règlement relatif aux provenances des ports arabiques de la mer Rouge à l'époque du pèlerinage.

Il revisera, s'il y a lieu, dans le même but, le règlement général de police sanitaire, maritime et quarantenaire présentement en vigueur.

Ces règlements, pour devenir exécutoires, doivent être acceptés par les diverses puissances représentées au conseil.

II. *Conseil supérieur de santé de Constantinople.* — Art. 165. — Le conseil supérieur de santé de Constantinople est chargé d'arrêter les mesures à prendre pour prévenir l'introduction dans l'Empire ottoman et la transmission à l'étranger des maladies épidémiques.

Art. 166. — Le nombre des délégués ottomans au conseil supérieur de santé qui prendront part aux votes est fixé à quatre membres, savoir :

Le président du conseil ou, en son absence, le président effectif de la séance. Ils ne prendront part au vote qu'en cas de partage des voix;

L'inspecteur général des services sanitaires;

L'inspecteur de service;

Le délégué intermédiaire entre le Conseil et la Sublime Porte dit « Mouhassébedgi ».

Art. 167. — La nomination de l'inspecteur général, de l'inspecteur de service et du délégué précité, désignés par le conseil, sera ratifiée par le gouvernement ottoman.

Art. 168. — Les hautes parties contractantes reconnaissent à la Roumanie le droit, comme puissance maritime, d'être représentée au sein du conseil par un délégué.

Art. 169. — Les délégués des divers Etats doivent être des médecins régulièrement diplômés par une faculté de médecine européenne, nationaux des pays qu'ils représentent, ou des fonctionnaires consulaires du grade de vice-consul au moins ou d'un grade équivalent.

Les délégués ne doivent avoir d'attache d'aucun genre avec l'autorité locale ni avec une compagnie maritime.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux titulaires actuellement en fonctions.

Art. 170. — Les décisions du conseil supérieur de santé, prises à la majorité des membres qui le composent, ont un caractère exécutoire, sans autre recours.

Les gouvernements signataires conviennent que leurs représentants à Constantinople seront chargés de notifier au gouvernement ottoman la présente convention et d'intervenir auprès de lui pour obtenir son accession.

Art. 171. — La mise en pratique et la surveillance des dispositions de la présente convention, en ce qui concerne les pèlerinages et les mesures contre l'invasion et la propagation de la peste et du choléra, sont confiées, dans l'étendue de la compétence du conseil supérieur de santé de Constantinople, à un comité pris exclusivement dans le sein de ce conseil, et composé de représentants des diverses puissances qui auront adhéré à la présente convention.

Les représentants de la Turquie dans ce comité sont au nombre de trois : l'un d'eux a la présidence du comité. En cas de partage des voix, le président a voix prépondérante.

Art. 172. — Un corps de médecins diplômés, de désinfecteurs et de mécaniciens bien exercés, ainsi que de gardes sanitaires recrutés parmi les personnes ayant fait le service militaire, comme officiers ou sous-officiers, est créé et aura pour mission d'assurer, dans le ressort du conseil supérieur de santé de Constantinople, le bon fonctionnement des divers établissements sanitaires énumérés et institués par la présente convention.

Art. 173. — L'autorité sanitaire du port ottoman de relâche ou d'arrivée, qui constate une contravention, en dresse un procès-verbal, sur lequel le capitaine peut inscrire ses observations. Une copie certifiée conforme de ce procès-verbal est transmise, au port de relâche ou d'arrivée, à l'autorité consulaire du pays dont le navire porte le pavillon. Cette autorité assure le dépôt de l'amende entre ses mains. En l'absence d'un consul, l'autorité sanitaire reçoit cette amende en dépôt.

L'amende n'est définitivement acquise au conseil supérieur de santé de Constantinople que lorsque la commission consulaire indiquée à l'article suivant a prononcé sur la validité de l'amende.

Un deuxième exemplaire du procès-verbal certifié conforme doit être adressé par l'autorité sanitaire qui a constaté la contravention au président du conseil de santé de Constantinople, qui communique cette pièce à la commission consulaire.

Une annotation est inscrite sur la patente par l'autorité sanitaire ou consulaire, indiquant la contravention relevée et le dépôt de l'amende.

ART. 174. — Il est créé à Constantinople une commission consulaire pour juger les déclarations contradictoires de l'agent sanitaire et du capitaine inculpé. Elle est désignée chaque année par le corps consulaire. L'administration sanitaire peut être représentée par un agent remplissant les fonctions de ministère public. Le consul de la nation intéressée est toujours convoqué; il a le droit de vote.

ART. 175. — Les dépenses d'établissement, dans le ressort du conseil supérieur de santé de Constantinople, des postes sanitaires définitifs et provisoires prévus par la présente convention sont, quant à la construction des bâtiments, à la charge du gouvernement ottoman. Le conseil supérieur de santé de Constantinople est autorisé, si besoin est et vu l'urgence, à faire l'avance des sommes nécessaires sur le fonds de réserve; ces sommes lui seront fournies, sur sa demande, par la « commission mixte chargée de la revision du tarif sanitaire ». Il devra, dans ce cas, veiller à la construction de ces établissements.

Le conseil supérieur de santé de Constantinople devra organiser sans délai les établissements sanitaires de Hanikin et Kisil-Dizié, près de Bayazid, sur les frontières turco-persane et turco-russe, au moyen des fonds qui sont maintenant mis à sa disposition.

Les autres frais occasionnés, dans le ressort dudit conseil, par le régime établi par la présente convention, sont répartis entre le gouvernement ottoman et le conseil supérieur de santé de Constantinople, conformément à l'entente intervenue entre le gouvernement et les puissances représentées dans ce conseil.

III. *Conseil sanitaire international de Tanger.* — ART. 176. — Dans l'intérêt de la santé publique, les hautes parties contractantes conviennent que leurs représentants au Maroc appelleront de nouveau l'attention du conseil sanitaire international de Tanger sur la nécessité d'appliquer les stipulations des conventions sanitaires.

IV. *Dispositions diverses.* — ART. 177. — Chaque gouvernement déterminera les moyens à employer pour opérer la désinfection et la destruction des rats (1).

Il va sans dire que le temps de contact doit être assez long pour que les germes desséchés soient bien pénétrés par les solutions antiseptiques. Quatre à six heures suffisent.

Pour la destruction des rats, trois procédés sont actuellement mis en pratique :

1° Celui à l'acide sulfureux mélangé d'une petite quantité d'anhydride sulfurique, propulsé sous pression dans les cales, avec brassage de l'air, qui fait périr les rats et les insectes et détruirait en même temps les bacilles pesteux lorsque la teneur en anhydride sulfureux-sulfurique est assez élevé ;

2° Le procédé qui envoie dans les cales un mélange non combustible de protoxyde et de dioxyde de carbone ;

3° Le procédé qui utilise l'acide carbonique de façon que la teneur de ce gaz dans l'air du navire soit de 30 p. 100 environ.

Ces deux derniers procédés font périr les rongeurs sans avoir la prétention de tuer les insectes et les bacilles de la peste.

La commission technique de la conférence sanitaire de Paris (1903) a indiqué les trois procédés ci-après :

Mélanges d'anhydrides sulfureux-sulfurique ;

Mélange d'oxyde de carbone et d'acide carbonique ;

Acide carbonique, parmi ceux auxquels les gouvernements pourraient avoir recours, et elle a été d'avis que, dans le cas où ils ne seraient pas mis en œuvre par l'administration sanitaire elle-même, celle-ci devrait contrôler chaque opération et constater que la destruction des rats a été réalisée.

ART. 178. — Le produit des taxes et des amendes sanitaires ne peut, en aucun cas, être employé à des objets autres que ceux relevant des conseils sanitaires.

ART. 179. — Les hautes parties contractantes s'engagent à faire rédiger par leurs administrations sanitaires une instruction destinée à mettre les capitaines des navires, surtout lorsqu'il n'y a pas de médecin à bord, en mesure d'appliquer les prescriptions contenues dans la présente convention en ce qui concerne la peste et le choléra, ainsi que les règlements relatifs à la fièvre jaune.

V. *Golfe Persique.* — ART. 180. — Les frais de construction et d'entretien de la station sanitaire, dont la création à l'île d'Ormuz est prescrite par l'article 81 de la présente convention, sont mis à la charge du conseil supérieur de santé de Constantinople. La commission mixte de revision dudit conseil devra se réunir le plus tôt possible pour lui fournir, sur sa demande, les ressources nécessaires prises sur les réserves disponibles.

VI. *D'un office international de santé.* — ART. 181. — La conférence ayant pris acte des conclusions ci-annexées de sa commission des voies et moyens sur la création d'un office sanitaire international à Paris, le gouvernement saisira, quand il le jugera opportun, de propositions à cet effet, par la voie diplomatique, les Etats représentés à la conférence.

TITRE V. — FIÈVRE JAUNE.

ART. 182. — Il est recommandé aux pays intéressés de modifier leurs règlements sanitaires de manière à les mettre en rapport avec les données actuelles de la science sur le mode de transmission de la fièvre jaune, et surtout sur le rôle des moustiques comme véhicules des germes de la maladie.

ANNEXE RELATIVE A L'OFFICE INTERNATIONAL DE SANTÉ. — Il est créé un office international de santé d'après les principes qui ont présidé à la formation et au fonctionnement du bureau international des poids et mesures. Ce bureau aura son siège à Paris.

L'office international aura pour mission de recueillir les renseignements sur la marche des maladies infectieuses. Il recevra à cet effet les informations qui lui seront communiquées par les autorités supérieures d'hygiène des Etats participants.

(1) Les moyens de désinfection suivants sont donnés à titre d'indications.

Les hardes, vieux chiffons, pansements infectés, les papiers et autres objets sans valeur doivent être détruits par le feu.

Les effets à usage individuel, les objets de literie, les matelas souillés par le bacille pesteux sont sûrement désinfectés :

Par le passage à l'étuve à vapeur sous pression ou à l'étuve à vapeur fluente à 100 degrés;

Par l'exposition aux vapeurs de formol.

Les objets qui peuvent, sans détérioration, être trempés dans des solutions antiseptiques (couvertures, linges, draps de lit) peuvent être désinfectés au moyen des solutions de sublimé à 1 p. 1.000, d'acide phénique à 3 p. 100, de lysol et de crésyl commercial à 3 p. 100, de formol à 1 p. 100 (une partie de la solution commerciale de formalhédyde à 40 p. 100), ou au moyen des hypochlorites alcalins (de soude, de potasse) à 1 p. 100, c'est-à-dire une partie de la solution usuelle d'hypochlorite commercial.

L'office exposera périodiquement les résultats de ces travaux dans les rapports officiels qui seront communiqués aux gouvernements contractants.

L'office sera alimenté par les contributions des gouvernements contractants.

Le gouvernement sur le territoire duquel sera établi l'office international de santé, sera chargé, dans un délai de trois mois après la signature des actes de la conférence, de soumettre à l'approbation des Etats contractants un règlement pour l'installation et le fonctionnement de cette institution.

NOTES POUR L'INTERNAT

VARICES (1)

PATHOGÉNIE. — Deux théories : les varices des membres inférieurs dépendent des conditions locales de la circulation (théorie mécanique); elles sont la conséquence d'altérations de la paroi veineuse (théorie anatomo-pathologique).

THÉORIE MÉCANIQUE. — Il y a aux membres inférieurs plusieurs causes de stase veineuse : l'éloignement du cœur, la pesanteur, le passage des veines dans des orifices fibreux ou musculaires; l'insuffisance des valvules veineuses (Klotz, Trendelenburg) transforme tout le système veineux, du pied au cœur, en un grand canal dans lequel le cours du sang se fait malgré la pesanteur. La distension veineuse donne lieu d'abord à une simple dilatation, puis à la longue se forment des lésions de la paroi.

Il est bien certain que les conditions défavorables de la circulation veineuse aux membres inférieurs ont un grand rôle pour localiser le développement des varices en cette région. Mais il faut mettre au premier rang la théorie anatomo-pathologique.

THÉORIE ANATOMO-PATHOLOGIQUE. — Sous l'influence de l'hérédité, de l'arthritisme, phlébo-sclérose diffuse, assez analogue à l'artério-sclérose, les altérations veineuses, qu'elles débutent par la tunique interne ou moyenne, sont primitives et la dilatation permanente un phénomène secondaire. D'après Lancereaux, les varices sont subordonnées à l'action du système nerveux et dépendent d'un trouble de l'innervation trophique, sous l'influence de l'herpétisme.

Pour expliquer toutes les altérations de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané dans les membres variqueux, rappelons les lésions des nerfs périphériques et des artères.

SYMPTOMES. — D'après Verneuil, pendant une première période, les varices sont *profondes* et ne donnent que des *symptômes fonctionnels*; cet auteur les a très minutieusement décrits. C'est une sensation de fatigue pendant la marche; le membre paraît lourd, comme s'il était de plomb. Après une station verticale un peu prolongée, une douleur gravative survient dans le mollet, rarement dans la plante des pieds; cette douleur s'accompagne d'une angoisse particulière et d'un besoin irrésistible qu'éprouve le sujet de s'allonger et d'élever les pieds en l'air pour permettre aux jambes de se dégorger; crampes dans les mollets, engourdissements, fourmillements. Ces phénomènes s'accentuent par une température chaude (Verneuil), et aussi par les temps humides et froids (Quénu). Ils disparaissent quand le malade se couche, mais souvent après plusieurs heures de repos horizontal, si bien que c'est au matin seulement que les variqueux se sentent tout à fait soulagés.

Si l'on examine le malade le soir, on trouve souvent un empâtement profond, une dureté insolite du mollet, un peu d'œdème le long de la face interne du tibia ou autour des malléoles; le matin, le mollet, moins volumineux, a repris sa souplesse; il n'est pas rare de constater aussi de l'eczéma, des taches pigmentaires, des déformations unguéales, quelquefois une exagération de la sécrétion sudorale. Lorsque les varices deviennent *superficielles*, les *signes physiques* passent au premier plan.

Le long de la jambe, à la face interne du genou, le long de la cuisse (territoire de la saphène interne), des cordons apparaissent saillants sous la peau, d'une couleur bleuâtre tirant sur le noir. Puis sur ces troncs veineux, tuméfiés et flexueux, on voit des saillies arrondies plus ou moins larges.

En même temps les veinules sous-cutanées se dilatent; ce sont des varicosités, de petites plaques quelquefois étoilées, ou des taches pigmentaires par varices capillaires (Verneuil). Un petit lacis très fin, ressemblant à une tache érectile veineuse ou à une ecchymose récente, est visible surtout au-dessous et au niveau des malléoles.

La dilatation veineuse s'accentue quand le malade est debout ou vient de marcher; elle s'accentue sous l'influence de la chaleur, des bains chauds.

Si on place le doigt sur une veine gonflée, on réduit le gonflement; le doigt enlevé, la veine se remplit au-dessus et au-dessous.

Très souvent, on peut constater l'*insuffisance valvulaire* au moyen de différents procédés indiqués par Trendelenburg : 1° le malade étant couché horizontalement, les varices diminuent; on lève brusquement le membre inférieur, elles se vident tout à fait; on laisse retomber le membre sur le lit, elles se remplissent de haut en bas; 2° le malade est couché, la jambe élevée; on le fait asseoir; la saphène se remplit de nouveau, cœur droit et système veineux formant comme un système de vases communicants; 3° le malade est couché, on élève le membre inférieur, la veine se vide; si on comprime le tronc veineux avec le doigt en haut de la cuisse, on peut faire lever le malade sans voir aussitôt se remplir le territoire veineux de la saphène (Schwartz).

A un degré plus avancé, on constate le long des veines la présence de renflements variqueux; ce sont des tumeurs arrondies, du volume d'une noix, d'une noisette, molles, fluctuantes et réductibles. Quand le renflement siège à la racine de la cuisse, les efforts, la toux lui impriment une dilatation perceptible au doigt. La communication d'une ampoule variqueuse avec la veine peut s'oblitérer; alors la tumeur devient irréductible, rénitente; si le sang se coagule, la consistance est dure (*phlébolithe*).

D'autres tumeurs se forment par agglomération d'un grand nombre de rameaux veineux dilatés et flexueux, surtout au-dessus et à la face interne du genou; elles donnent à la palpation la sensation d'un paquet de ficelles.

Les *symptômes fonctionnels* sont peu différents de ceux des varices profondes : lourdeur et engourdissement des extrémités, douleurs à la fin de la journée; quelquefois claudication intermittente. Ils sont d'ailleurs plus ou moins prononcés, selon les malades et sans relation constante avec le degré de développement des varices. La douleur prend, chez un certain nombre de variqueux, les caractères de la névralgie *sciatique*, douleur spontanée gravative, profonde sur le trajet du nerf; douleur provoquée par la pression aux points du sciatique,

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 101, p. 1210.

surtout dans le creux poplité et à la jambe (Quénu). Ce symptôme tient à une névrite provoquée par les varices des veines du nerf.

Les troubles *vaso-moteurs*, *sécrétoires* et *trophiques*, surviennent toujours à un moment quelconque de l'évolution des varices : eczéma, prurigo; différence de température entre les membres sains et les membres malades, la température étant abaissée au membre variqueux; hypertrophie du système pileux, déformations unguéales, avec hypertrophie irrégulière et cannelures transversales, exagération de la fonction sudorale. Dans quelques cas, troubles de la *sensibilité objective*, par exemple hyperesthésie à la douleur (Richet).

(*A suivre.*)

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages, à itinéraires facultatifs, de France en Algérie, en Tunisie et aux Échelles du Levant, ou vice versa.* — La Compagnie délivre toute l'annéedes carnets, individuels ou collectifs, de 1re, 2e et 3e classes pour effectuer, à prix réduits, des voyages pouvant comporter des parcours sur les réseaux suivants : 1° Paris-Lyon-Méditerranée, Est, État, Midi, Nord, Orléans, Ouest, P.-L.-M. algérien, Est algérien, État (lignes algériennes), Ouest algérien, Bône-Guelma, Sfax-Gafsa; 2° sur les lignes maritimes desservies par la Compagnie générale transatlantique, par la Compagnie de navigation mixte (Compagnie Touache) ou par la Société générale de transports maritimes à vapeur; 3° sur les lignes maritimes ci-après, desservies par la Compagnie des messageries maritimes : de Marseille à Alexandrie ou Port-Saïd (directement), d'Alexandrie à Port-Saïd, de Port-Saïd à Jaffa, de Jaffa à Beyrouth, de Beyrouth à Beyrouth (par les escales de la côte de Caramanie), de Beyrouth à Constantinople, de Constantinople au Pirée, du Pirée à Naples, de Naples à Marseille. Ces voyages, dont les itinéraires sont établis à l'avance par les voyageurs eux-mêmes, doivent comporter, en même temps que des parcours français, soit des parcours maritimes, soit des parcours maritimes et algériens ou tunisiens; les parcours sur les réseaux français doivent être de 300 kilomètres au moins ou comptés pour 300 kilomètres.

Les parcours maritimes doivent être effectués par les paquebots de l'une seulement des quatre Compagnies de navigation participantes; ils peuvent cependant être effectués à la fois par les paquebots de la Compagnie des Messageries maritimes et par ceux de l'une quelconque des trois Compagnies de navigation.

Validité. — Les carnets sont valables pendant quatre-vingt-dix jours, à compter du jour du départ, ce jour non compris; mais ils sont valables cent vingt jours lorsqu'ils comportent des parcours sur les lignes desservies par la Compagnie des messageries maritimes. Faculté de prolongation moyennant paiement d'un supplément.

Arrêts facultatifs dans toutes les gares du parcours.

Demandes de carnets. — Les demandes de carnets peuvent être adressées aux chefs de toutes les gares des réseaux participants; elles doivent leur parvenir cinq jours au moins avant la date du départ.

— *Excursions à Fontainebleau et à Moret.* — Des trains d'excursion, à prix réduits, auront lieu les dimanches 15, 22 et 29 septembre, entre Paris, Fontainebleau et Moret.

Prix des places, aller et retour : Fontainebleau, 2e classe, 4 fr. 50; 3e classe, 3 fr.; Moret, 2e classe, 5 fr. 50; 3e classe, 3 fr. 50.

Départ de Paris à 7 h. 26 matin. — Arrivée : à Fontainebleau, 8 h. 40 matin; à Moret, 8 h. 55.

Retour par tous les trains du même jour dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires. — Nombre de places limité. — Franchise de 30 kilos de bagages.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 105. — SAMEDI 14 SEPTEMBRE 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 14 SEPTEMBRE 1907. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Liste des candidats :*

Première moitié (première série). — 1. MM. Abramovski, Alary, Alfaric, Allamagny, Allo, Alphand, Amyot, Anglès-Dauriac, Antonelli, Apard,

11. Ardillier, Arnal, Arnaud, Arnaudon, Auclair, Aujoy de la Dure, Audebert, Bailleul, Balland, Barat,

21. Barbaux, Bardet (G.-L.), Bardet (Daniel), Bardon, Barety, Barraud, Barrio, Barthélemy, Bartissol, Baruteau,

31. Battesti (A.-M.), Battesti (Paul), Baud, Baude, Baudouin, Bandson, Mlle Beauvais, MM. Beix, Benoiste-Pilloire, Benoits,

41. Béraud, Berger, Bergès, Bernard (Edmond), Bernard (U.-G.), Bernardin, Berthomier-Lamer, Bertrand, Besançon, Besset,

51. Bessière, Bettinger, Bideaux, Blanc, Blanchès, Mlle Blanchier, MM. Blanco, Bloch (Jacques), Bloch (René), Blutel,

61. Bonhomme, Bonnedame, Bonnet, Mlle Borch, MM. Borel (Adrien), Borel (Paul), Bortnowski, Boube, Bouchon, Bouhéret,

71. Boulanger (Marcel), Boulanger (Gaston), Boulay (Edouard), Boulay (Henri), Bourdeaux, Bourgeois, Bourgon, Bourlon, Boutin, Bouvier.

81. Branchu, Braye, Bréhier, Brétineau, Brenot, Brésard, Briault, Bronet, Bronshteyn, Brun,

91. Bruneau, Buchet, Buffet, Bureau, Mlle Cahon, MM. Cambessédès, Camino, Mlle Campergue, MM. Capdevila, Carpanetti,

(deuxième série). — 101. MM. de Carvalho, Castang, Cavaillon, Mlle Celnik, MM. Chabrol, Chabrun, Chaisemartin, Cholard, Chamlian, Champeau,

111. Champy, Chardon, Charrier, Chasseray, Chassin, Chatelin, Chazalnoël, Chevaliéras, Chevallereau, Chevrier,

121. Cheyrou-Lagrèze, Chomanet, Cleisz, Colleu, Collignon, Combres, Mlle Condat, MM. Conte, Coppin, Corbineau,

131. Coronado, Cotineau, Couinaud, Coulon, Courjon, Crussaire, Dagnan, Daniel, David, Decrop,

141. Dedet, Deffaux, Dejardin, Delagrange, Delavierre, Delmas (Antoine), Delmas (Léon), Delor, Delotte, Derancourt,

151. Deron, Desaux, Desnos, Desprez, Desvignes, Détape, Détis, Devaux, Deville, Devilliers,

161. Devimeux, Didier, Dietz, Dioudonnat, Mlle Dobkewitch, MM. Dognon, Doulcet, Dozan, Dragatzis, Ducastaing,

171. Ducrotoy, Dufau, Dunoyer, Dupradeau, Duquet, Durand (Jacques), Durand (Raymond), Dutheillet de Lamothe, Ecalle, Edelmann,

181. Eissen, Escalier, Escoubonée, Escudié, Esmein, Eudel, Fabrègue, Faige, Farcy, Fauvet,

191. Faveret, Faure, Fay, Mlle Feighine, MM. Feret, Feuillet (Gustave), Feuillet (Raoul), Filâtre, Fischer, Fleurot.

(troisième série). — 201. MM. Floquet, Fortineau, Fontanel, Fourgous, Fourny, Fourquier, Françon, Frèze, Frogé, Froment,

211. Gaillard, Galluchon, Garcin, Garnier, Gatellier, Mlle Gastov-Gatovsky, MM. Gaudol, Gaudrat, Gaulène, Gauraz,

221. Gauthier (Jean), Gauthier (Raoul), Gautier (Ernest), Gavronski, Mlle Gékouline, MM. Gendron, Genty, Gérard (Paul), Géraud (Jean), Gerber,

231. Ghiannoulatos, Mlle Giboulot, MM. Girard (Louis), Girard (Lucien), Girardeau (Maurice), Girardot (Edouard), Girod (Fernand), Mlle Goldenfann, MM. Golowinsky, Gommès,

241. Gouin, Goulfier, Gouverneur, Grandin, Grisoni, Grodville, Grosjean, Guelfucci, Guerche, Mlle Guichardon,

251. MM. Guillaume, Guillaumot, Guillemin, Guillermain, Guinaud, Guinet, Guisoulphe, Habault, Hanriot, Haristoy,

261. Hoyot, Hémery, Mme Henri, MM. Herdhébaut, Héricourt, Hervieu, Hoël, Mme Honnoré, MM. Hosteing, Houssiaux,

271. Huard (Jean), Mme Huard, MM. Huc, Humbert, Ignard, Jablonski, Jacobée.

Deuxième moitié (première série). — 278. MM. Jacquemin, Jagot-Lacoursière, Jamin,

281. Mlle Jarochewski, MM. Jay y Ruiz, Jeannest, Juin,

Kœchlin, MM^lles Konichovsky, Kononoff, Kopeikine, M. Kopelman, Mlle Kosloff,

291. MM. Kudelski, Kuhn, Labbée, Lacau Saint-Guily, Lafage, de Lafargue-Barès, Lagarrigue, Lamare, Lambert, Lambour,

301. Landrieu, Langlois, Lanos, Lapeyre, Laplanche, Laroque, Larrieu, Lartigau, Latour, Lauriat,

311. Lavabre, Lavaud, Lavedan, Laverge (L.-G.), Mlle Lavergne, MM. Lebas, Leblan (Eugène), Leblanc (Albert), Le Bourdellès, Le Carpentier,

321. Lechelle, Leclerc (Jean), Leclercq (André), Ledoux, Lefranc, Legillon, Lehmann, Le Jamtel, Lelongt, Le Louët,

331. Le Maux, Lemoine, Mlle Lempert, MM. Lenormand, Leonetti, Le Roux, Leroy (Maurice), Leroy (Maxime), Leroy (René), Lesca,

341. Lesieur (Emile), Lespinasse, Lesueur (Raoul), Mlle Leven, Mme Leventis, M. Lévêque, Mlle Lévi-Alvarès, MM. L'Hirondel, Libert, Mlle Lipkine,

351. MM. Lordez, de Lastange-Beduer, Lubelski (Alfred), Lubetzki (Albert), Lucas-Championnière, Lugnier, Luquet, Lutikoff, Malavialle, Maleyx,

361. Marchak, Marcorelles, Marey, Marmier, Marqueste, Marquet, Marro, Mas, Massé (Jean), Masselot,

371. Maupin, Maurel (Gérard), Mazzoléni, Mégnin, Ménagé, Métras, Meurisse.

(DEUXIÈME SÉRIE.) — 378. MM. Meusnier, Michaux, Michel,

381. Minoret, Modot (Henri), Moineau, Mlle Monbiot, MM. Monfleur, Monguillan, Monod (Lorensi), Monod (Raoul), Montagne, Moreau,

391. Morel (André), Moricand, Morigny, Morin (Alexandre), Morin (Pierre), Morisson-Lacombe, Morize (Paul), Morlot, Mossé (Sylvain), Narcy,

401. Nédey, Nevière, Négreneuf, Nicollon des Abbayes, Noël (Charles), Noël (H.-A.), Nuytten, Mlle Oberlin, MM. Œconomas, Ohanianz,

411. Olive, Paloy, Parent, Parès, Parin, Parisi, Pauliac, Penet, Pépin, Perelman,

421. Pérochon, Peroni, Perret, Perrin, Perrin-Maréchal, Mme Pertat, MM. Peyrot, Philardeau, Philip, Pichancourt,

431. Pichard, Pierson, Pinard, Pinault (André), Pinault (Alfred), Pinon (Marcel), Pitaud, Plotkin, Pons, Porak,

441. Porcheron, Mlle Posuel de Verneaux, MM. Pottecher, Poujoula, Poursain, Powilewicz, Mlle Protopopoff, MM. Prunier, Quenot, Quirot,

451. Mlles Rabuteau, Raphaël, MM. Raphaël (Isaac), Raymondaud, Réau, Regnier (Jean), Rehm, Renard, Reynier (Jacques), Rigoulet (Ancel),

461. Rigoulet (Pierre), Robert (L.-E.), Robert (Pierre), Robillard, Mlle Rochline, MM. Roehrich, Rongier, Ropiteau, Rose, Mlle Rosenthal,

471. Mlle Rosoff, MM. Roubeau, Rouché, Rouffignac, Rouillard, Roussel, Ruaud.

(TROISIÈME SÉRIE). — 478. MM. Rudelle, Sabatier, Salles,

481. Sarrazin, Saumier, Sax, Schilmann, Mlles Sckmarine, Schmiergeld, MM. Schoofs, Schwartz, Sécheret, Sellet,

491. Séménoff, Sienra, Siguret, Sikorav, Silva, Simon, Simonnet, Sondag, Sorel, Speth,

501. Steibel, Stepanoff, Stréhaiano, Surun, Mlle Temkin, MM. Térai, Terrasson de Fougères, Testard, Teulière, Théroude,

511. Théry (Louis), Thévenard, Thibault, Thibierge, Thibon de Courtry, Thierry (Henri), Thiers, Thomas, Tizon, Touchard,

521. Tournadour d'Albay, Mlle Trélat, MM. Trémolières, Treyve, Trifaud, Triquet, Mlles Trzaskovsky, Tschoumakov, MM. Turnesco, Ubago,

531. Usse, Vacher, Vallée, Valleraut, Vaquette, Vayssières, Verdun, Verne, Vernier, Vérut,

541. Viard (Marcel), Videau, Vinçotte, Virenque, Vivier, Wageon, Weber, Mlle Weil, MM. Weisgerber, Weisweiller,

551. Welsch, Wiart (Louis), Zielenski.

Candidats militaires. — MM. Dentier, Galliot, Lafaix, Quartier.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-sixième semaine, 788 décès, au lieu de 836 pendant la semaine précédente et de 765, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès, comme pendant la semaine précédente (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 31 (moyenne 59), au lieu de 46 pendant la semaine précédente.

La variole n'a causé aucun décès, au lieu de 1 la semaine précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 4, chiffre identique à celui de la semaine précédente (moyenne 10).

La rougeole a causé 3 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 84 (au lieu de 98 précédemment et au lieu de 39, moyenne des quatre dernières années).

La scarlatine a causé 6 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 175; il s'élevait à 155 pendant la semaine précédente (moyenne 37).

La coqueluche a causé 3 décès, au lieu de 11 pendant la semaine précédente (moyenne 5).

La diphtérie a causé 1 décès, comme pendant les deux semaines précédentes (moyenne 4); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 27, au lieu de 38 pendant la semaine précédente (moyenne 44).

La diarrhée infantile a causé 79 décès de 0 à 1 an, au lieu de 100 pendant la semaine précédente (moyenne 60).

En outre, 16 enfants sont morts de débilité congénitale.

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — Un cours élémentaire et pratique de *neurologie clinique*, sous la direction de M. Claude, agrégé, et de MM. P. Lejonne, F. Rose, chefs de clinique, et P. Touchard, commencera le lundi 23 septembre. Ce cours sera complet en vingt leçons. Chacune de ces leçons comprendra : 1° un court exposé théorique; 2° la présentation par les conférenciers de malades atteints des affections qui ont fait l'objet de la leçon théorique; 3° examen de malades, recherches de symptômes, exercices de diagnostic pratique par les élèves sous la direction des conférenciers. Ce cours s'adresse aux étudiants qui désirent acquérir des notions élémentaires de neurologie et aux docteurs en médecine qui veulent posséder des connaissances pratiques sur les affections du système nerveux.

Le cours aura lieu tous les jours à quatre heures et demie, sauf le dimanche, à la salle d'examen des malades, clinique Charcot, à la Salpêtrière. Le nombre des élèves est limité. Le montant du droit à verser pour les vingt leçons est de 80 francs.

S'adresser, pour se faire inscrire dès à présent, jusqu'au 22 septembre 1907, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

REVUE GÉNÉRALE

CANCER DU COL ET GROSSESSE

Par le docteur GRIMOUD,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse.

I

Historique. — L'étude de la complication de la grossesse par le cancer utérin, rudimentaire pendant les XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles, assez confuse pendant la première moitié du XIXe, n'a commencé réellement qu'à partir des travaux de Cohnstein (1), de Chantreuil (2), d'Hermann (3), et surtout de la thèse d'agrégation de Bar (4). Pour le premier, Bar étudie à fond l'influence réciproque du néoplasme sur la grossesse et de celle-ci sur le néoplasme, la marche de l'accouchement chez les cancéreuses de l'utérus, et, si ses conclusions thérapeutiques sont à l'heure actuelle très discutables, lui-même l'a prévu en nous disant : « Les conditions du problème sont si complexes que sur bien des points nous allons nous borner à indiquer des questions que seul l'avenir pourra résoudre » (p. 125).

Nous n'indiquerons pas la liste trop longue d'observations ou même d'articles originaux parus depuis, nous réservant de citer les principaux au cours de ce mémoire, mais nous ne pouvons passer sous silence l'article d'Hernandez (5) publié en 1894 avec des visées purement « gynécologiques » et qui provoqua, en réponse, un certain nombre de thèses. La principale, celle de Bosche (6), soutenue en 1897 sous l'inspiration de Tarnier, combat une par une les « criminelles » conclusions d'Hernandez.

Avec Simpson, l'auteur déclare que l'avortement provoqué dans les premiers mois de la grossesse est une pratique contraire aux règles de la profession et de la morale. En un mot, c'est la réponse de l'accoucheur, qui ne voit que le fœtus, au gynécologue, qui ne voit que la mère.

Les étrangers s'emparent ensuite de la question, mais avec une tendance marquée à la traiter au point de vue chirurgical pur. Ce sont : en Allemagne, Fehling et ses élèves, dont Reeb (7), Mackenrodt (8), Fritsch (9), Schultze, Dührssen (10) qui préconise une nouvelle intervention, Seelig avec sa remarquable thèse de 1894, O. von Franqué ; en Italie, Pestalozza (11), Truzzi (12), Pinzani (13), Acconci (14) qui pratiqua pour le premier l'opération conçue par Dührssen, Porro et son élève Mangiagalli (15), Morisani et Guzzoni degli Ancarani (16) ; très peu d'articles en Amérique, appartenant presque tous à Kelly ou à son école ; en Angleterre, la communication de Spencer (17) et la discussion qui suivit. Je ne parlerai que pour mémoire des très nombreuses thèses parues en Allemagne sur la question, la plupart étant sans importance scientifique réelle.

En France, l'étude fut reprise par l'école de Lyon ; les thèses successives de Gailly (18), Dève (19), Condamin (20), Briend (21), donnèrent assez exactement la note du moment, mais s'inspirant visiblement du maître qui leur en avait donné l'idée, ne firent pas une étude critique complète de la question, se bornant le plus souvent à l'éloge d'une méthode.

Pour résumer plus utilement ce bref aperçu historique, en citant des idées plutôt que des noms, nous retiendrons ces quelques faits capitaux :

a. La non-intervention dans les cas de cancer utérin compliquant la grossesse a été la règle jusqu'à il y a vingt ans ;

b. La grosse majorité des auteurs français a été et est peut-être encore favorable aux idées d'expectation « en faveur du fœtus ». L'école de Lyon a pris nettement position en faveur de l'intervention ;

c. La grosse majorité des auteurs étrangers — quelques italiens et espagnols seuls exceptés — a évolué au contraire progressivement vers l'idée d'une intervention précoce, les intérêts du fœtus étant complètement subordonnés à ceux de la mère.

II

Influence réciproque du cancer, de la grossesse et des suites de couches. — *A.* INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LE CANCER. — L'idée que la grossesse pourrait exercer une action modératrice dans l'évolution du cancer du col, émise jadis par Siebold (22), est, à l'heure actuelle, totalement abandonnée. Les faits mêmes que quelques auteurs (Lever, Spiegelberg, Gonner) ont cru pouvoir citer à l'appui de cette assertion, ne semblent guère probants à un examen attentif.

Dans le cas de Coë, lequel cliniquement est intéressant, la nature épithéliale de la tumeur n'a pas été histologiquement démontrée. Kreps (23), qui le rapporte, le met en doute. D'ailleurs quelques observations ne sauraient avoir force de loi, d'autant plus que les faits contraires sont de beaucoup les plus nombreux. Déjà Simpson (24) a vu le cancer envahir en trois mois le col utérin en entier, la vessie, le rectum, la malade succombant au quatrième mois de la gestation ; Galabin (25) a vu une malade, chez qui le cancer avait débuté au cinquième mois de la grossesse, être inopérable à terme. Une malade de Zweifel (26) voit son cancer augmenter de deux travers de doigt en quatorze jours ; une malade de Cosentino (27), opérable encore au cinquième mois de la grossesse, meurt le septième mois de cachexie cancéreuse !

Cette aggravation de l'évolution habituelle du cancer est très explicable. Tout d'abord ces cancéreuses sont relativement jeunes encore, du moment qu'elles sont susceptibles de devenir enceintes ; or, on sait depuis longtemps que le cancer évolue chez les jeunes avec une redoutable rapidité. « Le cancer évolue plus lentement sur les tissus adultes que sur les tissus jeunes dont les éléments anatomiques en pleine évolution se défendent mal contre l'infiltration cancéreuse. La malignité du cancer, c'est-à-dire la rapidité avec laquelle il se propage et se généralise, est donc, en quelque sorte, en raison inverse de la vitalité des tissus qu'il envahit. Sous l'influence de la grossesse, les éléments anatomiques de la paroi utérine prennent tout à coup une suractivité vitale

excessive, qui rappelle les phénomènes de développement de la vie embryonnaire » (Bar, loc. cit., p. 35). D'un autre côté, il ne faut pas oublier le développement considérable de la circulation lymphatique péri-utérine au cours de la gestation et de l'involution utérine, favorisant d'une façon incontestable le transport des germes cancéreux.

Cliniquement on voit des ulcérations superficielles, n'intéressant presque que le revêtement épithélial, véritables exulcérations comme les a appelées Petit, s'étendre en quelques semaines, en quelques mois, s'excaver, s'indurer, devenir inopérables, grâce à cette circulation lymphatique plus active.

La *symptomatologie* est également modifiée.

Il est tout d'abord un symptôme, signalé dans presque toutes les observations et sur lequel on a justement insisté, c'est le signe *douleur*, souvent tardif dans le cancer de l'utérus non gravide, précoce toujours et très marqué quand le cancer coïncide avec une grossesse. Il n'y a de différences ni dans le siège, ni dans la direction des irradiations douloureuses, mais l'acuité en est telle qu'on a pu, dans certains cas, en faire une indication opératoire, quoique le fœtus ne fût pas à terme et que le cancer eût cessé d'être curable radicalement.

Cette douleur est due, non seulement à l'envahissement de filets nerveux par le cancer, mais surtout à l'obstacle opposé par celui-ci à la distension régulière de l'organe utérin par le produit de la conception : on ne pourra donc pas s'appuyer sur ce symptôme, comme on le fait quand il s'agit d'un cas gynécologique pur, pour rejeter l'idée d'une intervention radicale, car il n'est nullement l'indice du degré de propagation du cancer.

Les *hémorragies* sont très fréquentes, constantes même. Souvent précoces, plus rarement tardives, elles surviennent au début à la suite du coït, signe pathognomonique pour quelques auteurs, deviennent vite intermittentes, paraissant sans cause apparente, disparaissant pour faire place à un écoulement leucorrhéique, s'installant à la fin d'une façon permanente et compromettant ainsi la vie du fœtus et la vie de la mère. D'après Dieterich (28), les hémorragies augmentent quand le néoplasme envahit le segment inférieur de l'utérus, surtout à la fin de la grossesse, par suite de la tension exercée à ce niveau qui amène la production de fissures.

Ces pertes sanguines, que certaines femmes considèrent comme étant leurs règles, peuvent induire en erreur le praticien sur l'existence ou non d'une grossesse. Zinke (29), intervenant sur une pluripare de trente-quatre ans pour un cancer du col, n'a diagnostiqué une grossesse de cinq mois qu'au moment même de l'intervention. Playfair (30) n'a reconnu également une grossesse de deux mois qu'au moment de l'opération. Dans un cas de Gellhorn (31) une grossesse de deux mois, chez une VIIpare de trente-six ans, ne fut reconnue qu'après l'opération.

La grossesse étant diagnostiquée, on pourrait croire — erreur fréquente parmi les sages-femmes, d'après Reeb, — à une insertion basse du placenta.

La *leucorrhée* habituelle chez les gravides est peu modifiée ; elle est bien un peu plus marquée que normalement, mais l'odeur « sui generis », sur laquelle on a tant insisté, n'a guère la valeur qu'on lui accordait autrefois.

Disons en terminant que, d'après Cohnstein, les cancers ayant débuté au cours de la grossesse évolueraient bien plus rapidement que ceux préexistant à la gestation.

B. Influence du cancer sur la grossesse. — Si l'action néfaste de la grossesse sur le néoplasme ne fait plus de doutes aujourd'hui, en revanche on est encore à discuter sur l'action réelle du néoplasme sur la grossesse. Pour bien juger de cette action, il est nécessaire de savoir dans quelles proportions se produisent l'avortement et l'accouchement prématurés chez les non-cancéreuses de l'utérus. Monory et Bresset (32) ont trouvé, dans cette dernière catégorie de malades, une proportion d'avortements égale à 10,2 p. 100 des cas de grossesse examinés, et une proportion de morti-natalité égale à 2,1 p. 100. Ces chiffres sont notablement inférieurs à ceux qu'on observe quand les femmes sont cancéreuses de l'utérus.

Sans tenir un grand compte de l'hypothèse d'Hachmann (33), d'après laquelle l'avortement chez les cancéreuses serait très fréquent, mais resterait souvent ignoré, confondu avec une simple métrorragie, et en nous appuyant uniquement sur les chiffres « officiels », nous pouvons considérer qu'environ le tiers des grossesses n'arrivent pas à terme chez les cancéreuses. Pour Cohnstein (loc. cit.), dont la statistique de 1873 s'appuie sur 127 cas, la grossesse arriverait à terme dans 68 p. 100 des cas ; 15 fois elle se terminerait par un accouchement prématuré, 15 fois par un avortement, 2 fois il y aurait accouchement retardé. Les avortements seraient surtout fréquents vers le troisième mois de la gestation, les accouchements prématurés vers le septième mois.

Hermann, sur 131 cas, indique la terminaison de 75 : 18 avortements, 34 accouchements prématurés, 23 accouchements à terme. Cette proportion semble supérieure à la moyenne.

Lever (34), sur 120 cas, observe 40 p. 100 d'avortements.

Sur 151 cas de Bar, la grossesse arrive 98 fois à terme ; 53 fois il y eut interruption, entre le troisième et le huitième mois.

Deux cas observés par Polk (communications personnelles) se sont terminés par l'avortement (cancer très avancé).

D'autres statistiques sont plus favorables. Sur 164 cas de Theilhaber (35), il n'y a que 4 avortements et 5 accouchements prématurés spontanés ; 94 grossesses ont suivi leur cours normal ; il y a eu intervention dans les autres cas. Kaussmann (36) signale deux fois l'avortement, et une fois l'accouchement prématuré spontané ; 17 grossesses évoluent normalement.

Comme on le voit, l'accord n'est pas parfait.

Le chiffre de 33 p. 100 d'interruption de la grossesse rallie la majorité des suffrages, et, à ce titre, il convient de l'adopter. Ajoutons, pour être complet,

que, pour Schrœder, l'interruption de la grossesse est d'autant plus fréquente que le cancer prend son origine plus près de l'orifice interne du col.

Agissent comme abortifs, d'après Sarwey (37) : « les hémorragies répétées et abondantes amenant l'anémie, les progrès du cancer amenant la consomption des forces, le processus d'endométrite qui accompagne régulièrement le cancer du col, l'envahissement de la muqueuse utérine par le cancer, l'infiltration du segment inférieur. » De toutes ces causes nous considérons l'endométrite comme étant la principale. L'influence des hémorragies est plus contestable. Quant à l'envahissement de la muqueuse utérine et du segment inférieur par le néoplasme, on sait que c'est là un fait très rare et son importance étiologique dans l'avortement est minime.

A côté de ces cas d'interruption de la grossesse par le cancer, il en existe d'autres dans lesquels la gestation s'est continuée au delà des limites normales (Cf. Th. de Müller, Paris 1878). Ce fait peut être attribué (Pestalozza) à la destruction par le néoplasme des terminaisons nerveuses, dont l'irritation provoque le début du travail.

C. Influence du cancer sur le fœtus. — Bar admet, après Hermann, que la morti-natalité est considérable dans les cas abandonnés à eux-mêmes, 42,8 p. 100 d'après Hermann. Pour expliquer cette formidable mortalité, ces auteurs invoquent des lésions placentaires « probables », mais nous n'en avons pas jusqu'ici la preuve histologique.

Maintenant les enfants « vivants » de mères cancéreuses, sont-ils aussi « viables » que ceux issus de mères non cancéreuses? Porak, Cœn, Trotta, Clivio (38) pensent que non, Pinard pense que oui, ainsi que Morisani et Ricevuto (38). Ce dernier a vu des enfants issus de cancéreuses d'un poids et d'un développement supérieurs à la moyenne. Dans 2 cas de Pinzani (communication personnelle), la césarienne à terme permit d'avoir des enfants vivants, parfaitement constitués, et dont la croissance fut normale. Brault (39) fait jouer un rôle important dans ce cas à la poussée nutritive intense provoquée par le cancer et qui, si elle favorise le néoplasme, favorise également le fœtus.

Quant à l'hérédité cancéreuse possible, considérée par certains auteurs comme un argument puissant en faveur de l'intervention systématique, sans tenir compte du fœtus, elle nous semble pratiquement négligeable.

D. Influence du travail sur le cancer. — « Le travail de l'accouchement exerce une action nocive sur le cancer, car chaque contraction utérine a pour effet de presser le fœtus contre le col, d'où des contusions qui deviennent d'autant plus sérieuses que le travail se prolonge pendant plus longtemps, que les membranes s'étant rompues, la partie fœtale est appliquée sur le col d'une manière plus étroite et plus continue. » Il y a peu de choses à ajouter à cette phrase que Bar écrivait il y a plus de vingt ans. La contusion amène souvent le sphacèle des parties cancéreuses, d'où augmentation considérable des chances d'infection utérine, et souvent (quand il existe une infiltration cancéreuse du plancher vésical ou de la paroi rectale) production de fistules vésico ou recto-vaginales.

On admet qu'assez souvent le cancer du col se ramollit au cours du travail, comme le font généralement les fibromes. On fera bien de ne pas y compter. Le tissu cancéreux ne se laisse pas facilement distendre, et, dans ce cas, c'est toujours d'une façon très inégale, d'où danger de fissures, de ruptures, enfin d'hémorragies toujours violentes, souvent mortelles. Les fissures se produisent le plus souvent brusquement. Le cas de M[me] Lachapelle, dans lequel la déchirure se fit lentement, n'était probablement pas, d'après l'observation analysée avec attention, un cas de cancer.

E. Influence du cancer sur le travail et l'accouchement. — L'accouchement spontané à terme est, contrairement à l'opinion de Cohnstein, relativement fréquent dans les cas de cancer du col compliquant la grossesse, et même la durée du travail n'est pas sensiblement modifiée quand le néoplasme tout à fait au début siège dans un point très limité du col. Il est difficile d'admettre en règle générale, comme le voudrait Cohnstein, que les cancers de la lèvre postérieure sont d'un pronostic moins sévère que ceux de la lèvre antérieure, ou encore, comme le prétend Champneys (40), que le pronostic est meilleur quand les parties latérales du col sont intactes. Ce sont là, croyons-nous, des conceptions surtout théoriques.

En plus de la tendance à la rupture prématurée des membranes, propice à l'infection utérine (Budin), « il y a dans la manière dont se groupent les phénomènes qui font varier la durée de l'accouchement, une foule de combinaisons qui déjouent souvent tous les calculs » (Bar). Quoi qu'il en soit, on peut dire d'une façon générale que l'accouchement spontané se fait plus lentement que d'habitude. Les accouchements rapides s'accompagnent souvent de lésions graves, soit du col, soit des organes voisins.

Deux causes favorisent la prolongation du travail (que l'accouchement ait lieu à terme ou prématurément) : ce sont l'*inertie utérine* et la *résistance du col* (*rigidité cancéreuse*). Accessoirement on pourrait ajouter l'obstruction des voies génitales par la tumeur.

L'*inertie utérine* n'est pas rare; elle est due, soit à l'épuisement de la mère, soit à l'albuminurie fréquente, soit à la dégénérescence des fibres musculaires de l'utérus. Elle est rarement absolue : les contractions utérines se suspendent pendant quelque temps, puis réapparaissent.

L'obstruction des voies génitales par la tumeur est rarement telle qu'elle s'oppose à l'accouchement. L'obstacle est surtout dû à la *rigidité* spéciale du col. Ici deux cas peuvent se présenter : ou bien aucune intervention n'a été faite avant ou pendant la grossesse, ou bien un curettage, une amputation du col ont été pratiqués amenant souvent une sténose cicatricielle de l'orifice utérin. Cette sténose peut provoquer un travail précoce par suite de l'inextensibi-

lité du segment inférieur qui en est le résultat [Clivio (41)], ou bien par ce fait que l'œuf est insuffisamment soutenu [Brenneke (42)]. Quand la grossesse évolue jusqu'au terme, l'accouchement peut être très laborieux [cas de Reed (43), Schuh (44), Felsenreich (45)].

Dans certains cas, le col, comme nous l'avons vu, se laisse fissurer, ou bien encore il se laisse séparer de la partie saine de l'organe utérin [cas de Meigs (46), de Lever (47)].

Il peut encore arriver que, malgré le ramollissement inconstant dû à la grossesse, malgré des contractions répétées, le col ne se laisse pas distendre, et que, d'un autre côté, les tissus néoplasiques ne se séparent pas des tissus sains, fermant ainsi toute issue au fœtus. On peut alors observer la *rupture* de l'utérus (liée souvent à une présentation vicieuse du fœtus), complication des plus redoutables, presque toujours mortelle, tuant soit immédiatement par shok, soit rapidement par septicémie suraiguë (quand le fœtus est putréfié).

La mort de la mère peut survenir avant la fin de l'accouchement [cas de Tarnier (46)], soit par péritonite, soit par épuisement.

Citons, pour mémoire, les cas extrêmement rares dans lesquels la grossesse se prolongea bien au delà de la durée normale, vingt-huit jours dans l'observation de Schmidt (47), huit mois dans le cas de Meuzies (48).

F. Pronostic maternel de l'accouchement spontané. — Quelques chiffres feront ressortir l'extrême gravité du pronostic.

Sur 60 accouchées cancéreuses de l'utérus, Chantreuil signale 25 morts, soit 41,7 p. 100.

Sur 75 accouchées, West signale 41 morts, soit 54,6 p. 100.

Sur 126 accouchées, Cohnstein signale 31 morts, soit 24,6 p. 100.

Sur 180 accouchées, Hermann signale 72 morts, soit 40 p. 100.

Sur 162 accouchées, Theilhaber signale 51 morts, soit 31,5 p. 100.

Soit un total de 603 cancéreuses de l'utérus qui, accouchant, donnèrent 220 morts, soit 36,4 p. 100.

Signalons en passant que, sur les 25 morts de Chantreuil, 6 furent imputables à la rupture utérine, et que cette même cause fut invoquée 11 fois sur les 72 morts de Hermann.

Ces statistiques sont déjà relativement anciennes, mais il serait impossible d'en avoir de récentes, les interventions au moment de l'accouchement étant presque la règle à l'heure actuelle.

G. Pronostic fœtal de l'accouchement spontané. — La proportion de morti-natalité est de 42,8 p. 100 dans la statistique de Theilhaber. Sur 7 autres cas d'accouchement prématuré (également de Theilhaber), 3 fois l'enfant était mort, 3 fois l'enfant était vivant, dans un cas il n'en est pas question.

Pour Cohnstein, le tiers seulement des enfants naissent vivants (42 sur 116, dont parle sa statistique).

Pour Hermann, la morti-natalité est égale à 50 p. 100 (58 enfants vivants sur 114 accouchements à terme).

Pour Bar, la morti-natalité s'élèverait à 37,7 p. 100. Nous pouvons donc évaluer à près de 50 p. 100 le pourcentage de morti-natalité dans les cas de cancer utérin.

H. Influence des suites de couches sur le cancer. — La malignité du cancer est très accrue par suite des traumatismes subis pendant l'accouchement, par suite aussi « des modifications qui se produisent dans le muscle utérin pendant l'involution utérine ».

I. Influence du cancer sur les suites de couches. — Le post-partum est très défavorablement influencé par le cancer. Bien souvent il se termine par la mort, soit par hémorragie (précoce et tardive), soit par infection.

Les liquides sécrétés par le néoplasme sont excessivement septiques, et, venant au contact de la surface utérine non encore revenue à son état normal, peuvent déterminer l'apparition d'accidents extrêmement sérieux. Quand le fœtus est putréfié, quand le travail a été long, quand on a dû recourir à des manœuvres intra-utérines, les dangers d'infection sont encore plus graves. Dans certains cas, des plaques de sphacèle se produisent lors de l'accouchement au niveau des parties de l'utérus en contact direct avec le péritoine ; à la chute des escarres, la grande séreuse péritonéale est sûrement infectée et la mort en est la conséquence fatale (cas de Churchill, cité par Chantreuil). Aussi :

Sur les 126 cas de Cohnstein, 4 femmes moururent pendant le puerpérium ; 20 fois la mort survint dans les vingt jours qui suivirent l'accouchement.

Sur 51 cas d'Hermann, il y a 16 cas de mort pendant le post-partum.

Sur 29 malades citées par Bar et qui avaient survécu à l'accouchement, 25 étaient mortes moins de six mois après.

III

Propagation. — Les lésions présentées par les utérus cancéreux pendant la grossesse ne diffèrent pas sensiblement de celles présentées par les utérus cancéreux en dehors de la gravidité.

En règle générale, la propagation aux organes voisins et au système lymphatique est plus précoce dans l'épithélioma cylindrique que dans l'épithélioma pavimenteux.

Les *paramètres* sont le lieu d'élection de l'envahissement précoce du cancer du col : ils sont pris d'autant plus vite que le cancer naît plus près de l'orifice interne du col [Doléris (49)].

Cette propagation se traduit le plus souvent, au point de vue clinique, par une certaine induration de la base des ligaments larges, ce qui contraste avec l'état habituel des culs-de-sac vaginaux, généralement très souples pendant la grossesse.

La compression des *uretères* est souvent le premier aboutissant de cet envahissement : elle peut être suivie tout d'abord d'uronéphrose, puis de phénomènes urémiques et éclamptiques [Benicke, Schrœder, Belluzzi (50)]. Généralement englobé « en tun-

nel », l'uretère peut être envahi par le néoplasme [Boucaud (51)].

La propagation aux parois de la *vessie* a été signalée par Cosentino (loc. cit.) : il n'existe que peu de cas de propagation au *rectum*.

L'envahissement du vagin, si fréquent dans les cas d'utérus non gravides, a été signalé chez la femme enceinte par Reckmann (52) [1 cas], et par Sutugin (53) [2 cas]. Chez ces trois malades, la paroi postérieure du vagin avait été rapidement infiltrée par le néoplasme.

La présence de dépôts cancéreux dans la couche musculaire externe du *corps utérin*, même dans des cas où le néoplasme était tout à fait au début, et où la muqueuse du canal cervical était intacte, a été signalée chez les femmes enceintes par Seelig (54). Un cas analogue est rapporté par Puppel (55). Au contraire, O. von Franqué (56) n'a pas trouvé de propagation au corps dans six cas d'utérus gravides cancéreux. Un cas de métastase *hépatique* chez une femme enceinte a été publié par Mackenrodt (cité par Hernandez). Il n'existe pas de cas de propagation à l'estomac; en revanche, Couvelaire (57) a publié un cas de métastase utérine d'un cancer de l'estomac, apparue au cours d'une grossesse, et ayant nécessité l'opération césarienne. Le vagin, le col et le segment inférieur étaient pris.

La propagation aux *ganglions* a été signalée par Bishoff [in Gonner (58)], par Möller (59), par Micholitsch (60), chez des malades hystérectomisées après césarienne préalable.

Aucune manifestation cancéreuse n'a pu jusqu'ici être démontrée, ni dans le *placenta*, ni dans le *chorion*, ni dans l'*amnios*. Il est vraisemblable que les foyers hémorragiques qui ont été quelquefois signalés dans le placenta sont dus à l'albuminurie concomitante.

IV

Opérabilité. — A l'exemple de Ricard (61), nous diviserons le cancer utérin en trois groupes :

Le premier comprend les cas de cancer tout à fait au début, le col étant seul pris, l'utérus mobile, le petit bassin cliniquement indemne.

Le deuxième comprend les cas de cancer arrivés à une période plus avancée, alors que la lésion a envahi les culs-de-sac en un ou plusieurs points, alors que l'utérus a perdu, mais incomplètement, sa mobilité et que la base d'un des ligaments larges paraît envahie.

Le troisième groupe comprend tous les cas plus avancés.

Le premier groupe est celui qui était traité dans le temps, et qui est encore traité par quelques gynélogues-accoucheurs [Franqué, Vitanza (62), Spencer], par l'amputation haute du col. Nous lui préférons l'hystérectomie totale.

Le deuxième groupe est encore, *hors l'état de grossesse*, susceptible d'une opération visant à être radicale. *Pendant la grossesse, en l'état actuel de la science*, nous serions partisans de l'abstention, quitte à intervenir dès que le fœtus aurait des chances sérieuses de vie. On n'oubliera pas, dans les cas douteux, que l'infiltration œdémateuse de la grossesse peut masquer l'étendue du néoplasme [Cullein (63)].

Le troisième groupe n'est passible que d'*opérations palliatives*. Un seul des éléments en jeu, le fœtus, intéresse le médecin, et tout ce qui sera fait le sera dans le but de protéger ses intérêts. Nous repoussons formellement les prouesses opératoires chères à quelques auteurs allemands, qui, même dans ces cas vraiment désespérés, ont pratiqué une opération grave, sans tenir compte du fœtus. Les « manœuvres de haute école » (Routier) ne sont plus seulement, dans ce cas, un « sport chirurgical » (Jordan); ce sont des manœuvres coupables contre lesquelles tout médecin consciencieux doit s'élever.

De cette étude nous concluons :

1° La grossesse, l'accouchement, les suites de couches, aggravent considérablement le pronostic du cancer utérin;

2° Le cancer amène l'avortement dans un tiers des cas environ. Quand la grossesse évolue jusqu'à la viabilité du fœtus, on peut observer assez souvent l'accouchement prématuré. Celui-ci, comme d'ailleurs l'accouchement spontané à terme, est d'un pronostic très grave pour la mère, d'une part, pour le fœtus, de l'autre;

3° Les enfants nés de mère cancéreuse ne sont pas, de ce fait, dans des conditions sensiblement plus mauvaises que les autres enfants.

Il y a donc lieu d'intervenir, dans tous les cas, quand la grossesse est à terme, pour éviter à la mère et à l'enfant les dangers de l'accouchement.

Au point de vue thérapeutique :

1° Chaque fois que l'on aura à traiter un néoplasme utérin, à la période de début de la maladie, coïncidant avec une grossesse âgée de moins de six mois, on ne considérera pas cette dernière comme une contre-indication suffisante à l'intervention, à la condition que le cas soit franchement opérable avec de sérieuses chances de succès. Nous accorderions un sursis, non supérieur à un mois, à l'intervention, si ce sursis devait permettre d'obtenir un fœtus vivant.

La rapidité de l'évolution du cancer pendant la grossesse interdit en conscience à l'opérateur d'attendre plus longtemps. On sera quelquefois amené, quelque légitime que soit la préoccupation d'avoir un enfant vivant, à intervenir de suite, dans les cas un peu avancés, mais appartenant encore au premier groupe d'opérabilité.

2° L'intervention comprendra l'ablation de l'entier utérus et des annexes, l'extirpation aussi complète que possible du tissu cellulaire pelvien, le tout en un seul bloc, pour éviter les greffes opératoires.

On pourra enlever également les ganglions qu'il sera possible de reconnaître, l'extirpation ganglionnaire totale étant presque impossible à réaliser correctement et n'ayant pas, d'ailleurs, une importance capitale;

3° Dans les cas de grossesse coïncidant avec un cancer ayant atteint les limites de l'opérabilité, on fera passer les intérêts du fœtus avant ceux de la mère.

On n'interviendra donc que quand le fœtus sera viable.

V

Traitement. — *A.* Cancer radicalement opérable. — Ont été opposées au cancer du col les interventions suivantes :

1° L'amputation haute du col ;

2° L'hystérectomie vaginale (précédée ou non de la césarienne vaginale, ou opération de Dührssen-Acconci) ;

3° L'hystérectomie vagino-abdominale ;

4° L'hystérectomie abdominale (précédée ou non de césarienne) ;

5° L'hystérectomie abdomino-vaginale.

1° *Amputation haute du col.* — Cette opération s'accompagne assez souvent d'avortement, dans les jours qui suivent l'intervention.

Il y eut 4 avortements dans les 20 cas de Clivio. Dans 4 cas de Stratz (64) et 2 de Drude (65), l'interruption de la grossesse suivit l'acte opératoire. La simple amputation intra-vaginale du col peut d'ailleurs amener l'avortement d'après Helbig (66).

Plus récemment, Vitanza (loc. cit.) a pratiqué 7 amputations hautes avec un seul avortement.

Les résultats éloignés sont assez bons d'après quelques auteurs, mais la malignité histologique des cas donnés comme guéris ne nous paraît pas suffisamment démontrée.

2° *Hystérectomie vaginale.* — Cette intervention, dont la technique est la même dans les cas d'utérus non gravides et dans les cas d'utérus au début de la gestation, présente les mêmes dangers dans les deux circonstances [hémorragies précoces ou tardives, péritonite (un cas de Condamin), shok, fistules uretérales ou vaginales (un cas de Winter), phlébite, escarres fessières et sacrées].

Le taux de la *mortalité* varie dans des proportions assez considérables, non seulement d'auteur à auteur, mais souvent pour un même auteur dans deux statistiques différentes. Le degré d'infiltration du cancer, l'âge de la grossesse, la nécessité ou non de faire précéder l'hystérectomie vaginale proprement dite par l'hystérotomie vaginale de Dührssen-Acconci (que ce soit dans le but d'avoir un enfant vivant, ou bien si celui-ci n'est pas viable, dans le simple but de diminuer le volume de l'utérus), la technique même qui est appliquée, sont autant de facteurs importants qui contribuent à faire varier le chiffre de la mortalité.

17 cas de Bechmann (67), concernant des cas d'utérus gravides de quatre mois ou moins, sont suivis de 17 guérisons opératoires ; 12 cas opérés près du terme lui donnent 4 morts ; 30 cas d'Orthmann (68) donnent 5 morts (16,6 p. 100). L'âge de la grossesse n'est pas indiqué.

D'après Olshausen (in Thèse de Kreps), l'hystérectomie vaginale dans les premiers temps de la grossesse est une opération très facile. Cette facilité d'exécution se prolonge jusqu'à ce que la grossesse soit âgée de cinq à six mois (Zinke, van der Mey, Benekieser). La statistique de 25 cas donne 25 guérisons opératoires ; 6 cas de Winter donnent 6 guérisons ; 7 cas d'Hofmeier, 6 guérisons et 1 mort de cause indéterminée ; 2 cas de Brenneke (69), 1 de Thiem (70), 1 de Kaltembach, 3 de Landau (dont 1 inédit, communiqué personnellement) se terminent par la guérison opératoire.

En ajoutant quelques cas inédits à ceux réunis par Condamin, nous sommes arrivé à un total de 165 hystérectomies vaginales avec 12 morts, soit 7,3 p. 100 (71).

Ajoutons comme corollaire une série de 11 cas d'hystérectomie vaginale après césarotomie vaginale, ayant donné 3 morts (27,2 p. 100). Ces cas sont dus à Reckmann, Schwarställer, Acconci, Baum, Döderlein (2 cas), Winter, Mittermayer, Seiffart, Schauta, Thorn.

Les *suites éloignées* sont intéressantes à connaître.

Sur 71 cas réunis par Condamin, 11 fois l'opération a été vraiment radicale, c'est-à-dire que la guérison se maintenait quatre ans après. Une malade même, celle de Landau, était sans récidive seize ans après ; 21 malades opérées depuis plus d'un an, n'avaient pas récidivé ; 39 malades avaient récidivé, soit 60 p. 100 des cas.

Dans la statistique de Reeb, environ 33 p. 100 des malades sont sans récidive après trois ans.

Sur 25 opérées de Schrœder, 3 seulement étaient bien portantes au bout de deux ans, soit 12 p. 100.

D'après la statistique de Hense (72), 41 cas appartenant à différents opérateurs auraient donné 24 p. 100 de guérisons définitives (au delà de cinq ans).

Dans la toute récente statistique de Oui (73) sont sans récidive au bout de quatre ans seulement 8,82 p. 100 des opérées.

Somme toute, on le voit, les résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale ne sont pas fameux.

La *mortalité fœtale*, après la *césarienne vaginale précédant l'hystérectomie*, est assez élevée, puisqu'elle arrive à 35 p. 100 dans la statistique de Weber (74).

Reeb n'arrive qu'à 13 p. 100. Orthmann fixe la mortalité à 27 p. 100.

Dans un cas de Winter, la mort du fœtus fut attribuée par l'opérateur à la ligature préalable des deux utérines, faite dès le début de l'acte opératoire.

Ces résultats ne sont pas encourageants et l'on comprend que, abandonnée par Bossi, Truzzi, Hegar (communication personnelle), repoussée en France par tous les accoucheurs et gynécologues, la césarienne vaginale n'ait plus actuellement, au moins dans les cas de cancer, qu'un intérêt purement historique.

3° *Hystérectomie vagino-abdominale.* — Les trois cas publiés [Mangiagalli (75), Pestalozza, Pinzani] donnent comme résultats trois guérisons opératoires. L'enfant a vécu dans les deux cas où il était viable.

4° *Hystérectomie abdominale.* — Comme pour les interventions par voie basse, nous dirons que l'acte opératoire n'est pas modifié dans sa technique, sauf dans les cas où l'on fait une césarienne préalable. Parmi les accidents qui l'accompagnent, nous citerons le shok, les hémorragies, la péritonite, les fistules uretérales ou vésicales (cas de Fritsch, de Döderlein).

La *mortalité* est plus élevée dans les opérations par voie abdominale que dans celles par voie vaginale. Cela tient à ce que l'on a souvent opéré par voie haute des cas avancés jugés inopérables par voie basse. La statistique de Reeb donne 6 morts pour 18 cas, soit 33 p. 100 ;

Celle de Briend, 3 morts sur 13 cas, soit 23 p. 100.

Celle de Sarwey indique une mort sur 8 cas, soit 12,5 p. 100.

Dans 3 cas inédits que nous tenons des auteurs (2 d'Irish, 1 de Bertazzoli), il y eut 3 guérisons opératoires. Un cas de Boyd (76), non groupé dans les statistiques qui précèdent, se termina également par la guérison.

La *mortalité dans les hystérectomies abdominales, après césarienne préalable*, est assez élevée. Une statistique rapportée dans la thèse de Kreps donne 13 morts sur 24 cas, soit 54,2 p. 100. Dans celle de Dève, la mortalité brute s'élève à 58,3 p. 100, expurgée des morts accidentelles à 28 p. 100. Dans celle plus récente de Briend, la mortalité ne s'élève qu'à 31,2 p. 100. Deux cas inédits de Veit (communication personnelle) donnent deux bons résultats.

On voit, d'après ces chiffres, combien l'intervention à terme est plus grave que l'intervention faite au début de la grossesse. Le danger semble en raison directe de la durée de l'acte opératoire.

Peut-être ces morts nombreuses sont-elles dues à des fautes d'asepsie faites inconsciemment au moment de la césarienne, c'est-à-dire au moment où toute l'attention du chirurgien est tendue vers la vie de l'enfant. On peut, à ce moment, toucher la cavité cervicale et infecter le péritoine.

La *mortalité fœtale dans les césariennes abdominales, faites dans le cas de cancer opérable*, est élevée : elle arrive à 30 p. 100 dans la thèse de Gailly, à 37,5 p. 100 dans celle de Briend.

Le principal avantage qu'offre la césarienne abdominale est dans ce fait qu'elle ne complique presque pas l'opération radicale et que la durée totale de l'acte opératoire n'est pas trop augmentée.

Les *suites éloignées* ne sont guère satisfaisantes. Il n'y a que 30 p. 100 de guérisons au delà de quatre ans (Briend), les récidives se produisant en général avant la fin de la deuxième année. Cependant, dans 5 cas inédits (2 d'Irish, Baldy, Bertazzoli, Veit), nous relevons 3 guérisons au delà de quatre ans.

Il semblerait donc à première vue que le pronostic de l'intervention sus-pubienne n'est guère meilleur que celui de l'intervention par voie basse, mais il est permis de croire qu'il s'améliore rapidement, comme il l'a fait dans les cas d'hystérectomie pour cancer de l'utérus non gravide. Wertheim, qui n'avait au début qu'un coefficient de guérison égal à 18 p. 100, est arrivé à l'énorme proportion de 60 p. 100 (77).

Mackenrodt indique une proportion analogue.

Cette amélioration du pronostic tient non seulement aux conditions généralement meilleures dans lesquelles les interventions sont effectuées, mais aussi, dans une grande part, au perfectionnement de la technique.

5° *Hystérectomie abdomino-vaginale.* — Plus fréquemment employée que la méthode vagino-abdominale, l'hystérectomie abdomino-vaginale, connue par les Allemands sous le nom d'opération de Zweifel-Fehling, est cependant une opération peu fréquente.

Sur 6 cas de Sarwey il y eut une mort par péritonite. Sur 11 cas réunis par Oui, il faut noter deux morts opératoires, soit 18 p. 100. Une malade de Cœn et une de Truzzi (cas inédit) survivent à l'opération. Une malade de Funke succomba le troisième jour (péritonite).

D'après Oui, 18 p. 100 des malades seraient sans récidive après quatre ans.

B. Cancer inopérable. — Le traitement doit se borner autant que possible, pendant la grossesse, à des injections antiseptiques. La gestation étant arrivée à terme, on a préconisé : les incisions cervicales libératrices, le forceps, la version, l'embryotomie, l'amputation du col, l'opération césarienne (suivie ou non d'hystérectomie à la Porro).

Les *incisions libératrices* donnent de mauvais résultats. Aux 21 cas réunis par Bar nous pouvons en ajouter 2 dus à Seychéron. Sur ces 23 cas il y a 11 morts maternelles, soit 47,8 p. 100.

Sur 20 cas dans lesquels il est question de fœtus, 7 fois il était vivant, 13 fois il était mort, soit 65 p. 100.

Sur 7 cas d'application de *forceps* réunis par Bar, 18 cas réunis par Theilhaber et un de Reeb, soit 26 cas, il y eut 3 morts maternelles (11,5 p. 100); 16 fois les fœtus furent ramenés vivants, 5 fois morts ; 4 fois ils étaient morts avant l'application, 1 fois le résultat n'est pas indiqué.

Cinq cas de *version* (Bar) donnent 4 morts maternelles. Trois fois l'enfant est mort, dans 2 cas il n'en est pas question.

Quatre cas d'*embryotomie* donnent une mortalité de 50 p. 100 (Bar).

L'*amputation du col*, mauvais procédé comme opération radicale, peut rendre des services dans certains cas de cancer inopérable, chaque fois que la marche normale de l'accouchement sera modifiée ou retardée, du fait de la présence d'une tumeur volumineuse inextensible.

Sur 8 cas de Bar, 5 fois la mère survécut ; 5 fois aussi les enfants furent extraits vivants.

L'*opération césarienne* est une *assez bonne* opération, qu'elle soit suivie ou non d'hystérectomie à la Porro.

Dans 14 cas de Bar, on observa 10 fois la mort de la mère. La statistique de Frommel est bien meilleure. Sur 132 cas il n'y a qu'une mortalité maternelle de 9 p. 100, et une fœtale de 10,6 p. 100. La statistique de Oui, portant sur 21 cas, donne 47,6 p. 100 de mortalité maternelle, et 23,8 p. 100 de mortalité fœtale.

La statistique de Kreps indique 20 morts sur 33 cas de césarienne conservatrice.

Nous avons pu réunir 19 cas non encore groupés dans les autres statistiques (Teuffel, Merkel, Tarnier, Glockner, Kaussmann, Spencer, Lockger, Stratz, Grapow, Veit, Pestalozza, Pasquali). Sur les 19 cas il y eut 11 morts maternelles. Dix fœtus étaient

vivants, 5 morts, il n'en est pas question dans les autres observations.

Pour les césariennes suivies d'amputation de Porro, Oui indique une mortalité de 40,9 p. 100 pour la mère, sur 22 cas. En résumé, la césarienne donne d'assez bons résultats, surtout si l'on pense que la plupart du temps elle a été pratiquée quand la malade était épuisée par un long travail, par des manœuvres obstétricales multiples, par son cancer.

BIBLIOGRAPHIE

1. COHNSTEIN. *Arch. f. Gynæk.*, Bd. X, p. 366. — 2. CHANTREUIL. Th. de Paris, 1872. — 3. HERMANN. *Obs. Trans.*, t. XX. — 4. BAR. Th. d'agrégation, 1886. — 5. HERNANDEZ. *Ann. de gynécol. et d'obstét.*, 1894. — 6. BOSCHE. Th. de Paris, 1897. — 7. REEB. *Strassb. med. Zeitung*, 1904, H. 2, p. 44. — 8. MACKENRODT. *Arch. f. Gynæk.*, Bd. XLIV, 1893, p. 568. — 9. FRITSCH. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1898, n° 11. — 10. DÜHRSSEN. *Der vaginale Kaiserschnitt*, Berlin 1896, et *Deuts. med. Wochens.*, 1904. — 11. PESTALOZZA. *Traité d'obstétrique et de gynécologie*, t. X. — 12. TRUZZI. *Atti della Soc. ital. di ost. e ginecol.*, t. X. — 13. PINZANI. *Atti della Soc. ital. di ost. e ginecol.*, t. I. — 14. ACCONCI. *Obst.*, 1890, p. 506. — 15. MANGIAGALLI. *Atti della Soc. ital. di ost. e ginecol.*, t. V. — 16. GUZZONI DEGLI ANCARANI. *Il taglio cesareo*, in *Lettura Vallardi*, série IV, n° 5, p. 15. — 17. SPENCER. *Journ. of Obst. a. Gyn. of the British Empire*, déc. 1904. — 18. GAILLY. Th. de Lyon, 1900. — 19. DÈVE. Th. de Lyon, 1904. — 20. CONDAMIN. Th. de Lyon, 1904. — 21. BRIEND. Th. de Lyon, 1906. — 22. SIEBOLD. Cité par Bar. — 23. KREPS. Th. de Berlin, 1905. — 24. SIMPSON. *Trans. Edimb. obst. Society*, 1879, t. V, p. 2. — 25. GALABIN. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1875, p. 286. — 26. ZWEIFEL. Cité par Reeb. — 27. COSENTINO. *Atti della Soc. ital. di ost. e ginecol.*, t. X. — 28. DIETERICH. Th. de Breslau, 1868. — 29. ZINKE. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1888. — 30. PLAYFAIR. *Frommel's Jahr.*, 1895. — 31. GELLHORN. Th. 1888. — 32. MONORY et BRESSET. *Ann. de gynécol. et d'obstét.*, juin 1906. — 33. HACHMANN. *Siebold's Journ. f. Geb.*, t. XV, p. 602. — 34. LEVER in GALLARD. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, Paris 1879. — 35. THEILHABER. *Arch. f. Gynæk.*, 1894, Bd. XLVII, p. 56. — 36. KAUSSMANN. Th. de Berlin, 1897. — 37. SARWEY. *Hegar's Beitr.*, 1899. — 38. CLIVIO, MORISANI, RICEVUTO. *Atti della Soc. ital. di ost. e ginecol.*, t. X. — 39. BRAULT. *Arch. des sc. méd.*, 1896. — 40. CHAMPNEYS. *Obst. Trans.*, 1883. — 41. CLIVIO. *Ann. di ostet. e ginecologia*, 1896, p. 237. — 42. BRENNECKE. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XII, p. 56. — 43. REED. *New-York med. Journ.*, 3 déc. 1904. — 44. SCHUH in BRAUM. *Lehrbuch d. ges. Gyn.*, 1881. — 45. FELSENREICH. *Wien. med. Presse*, 1883. — 46. TARNIER. *Maternité*, 6 déc. 1869. — 47. SCHMIDT. *Arch. Tocol.*, 1876, p. 111. — 48. MENZIES. *Glasgow med. Journ.*, 1853, p. 129. — 49. DOLÉRIS. *Ann. de gyn. et d'obstét.*, Paris, mai 1906, p. 296. — 50. BELLUZZI. *Bollett. scienze mediche di Bologna*, 1866, vol. II, p. 145. — 51. BOUCAUD. *Revue de gynécol. de Bordeaux*, 1899. — 52. RECKMANN. *Zentralbl. f. Gyn.*, 27 nov. 1897. — 53. SUTUGIN. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, p. 97. — 54. SEELIG. Th. de Strasbourg, 1894. — 55. PUPPEL. Th. de Königsberg, 1900. — 56. O. v. FRANQUÉ. *Prag. med. Woch.*, 1904, n°s 48-49, et 1905, n° 1. — 57. COUVELAIRE. Soc. d'obstét., de gynécol. et de pédiat. de Paris, mai 1905. — 58. GONNER. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. X. — 59. MÖLLER. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1892. — 60. MICHOLITSCH. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1901. — 61. RICARD. Rapport au Congrès de Paris, 1899. — 62. VITANZA. *Riforma med.*, oct. 1890, et *Arch. di ost. e ginec.*, 1898, p. 237. — 63. CULLEN. *Cancer of the uterus*, New-York 1900. — 64. STRATZ. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XII. — 65. DRUDE. Th. d'Erlangen, 1889. — 66. HELBIG. Th. de Greiffswald, 1889. — 67. BECKMANN. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. XXIV, H. 1. — 68. ORTHMANN. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XVIII, H. 5. — 69. BRENNECKE. In Th. de Mohr, Halle, 1889. — 70. THIEM. *Deuts. Frauenarzt*, juillet 1886. — 71. GRIMOUD. Mémoire à la Soc. de méd. de Toulouse, déc. 1906. — 72. HENSE. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1901, Bd. XLVI, H. 1. — 73. OUI. Rapport au Congrès d'Alger, 1907. — 74. WEBER. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1902, n° 48. — 75. MANGIAGALLI. Cité par AMADEI. *Ann. di ost., ginec. e ped.*, 1906. — 76. BOYD. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1904, p. 345. — 77. WERTHEIM. *Wien. klin. Wochens.*, 1904, n° 28, p. 784.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

La dose suffisante de bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie a été bien définie autrefois par Gilles de la Tourette qui préconisait, comme Charcot, la méthode par *périodes d'administration de trois semaines* à doses croissantes, puis décroissantes, à raison de 1 gramme par semaine. « Toutefois, disait-il, le passage d'une période de trois semaines à une autre, de la troisième à la quatrième semaine, par exemple, doit en réalité se juger par la suppression de *deux* grammes de bromure et non d'*un*.

Je suppose, ajoutait-il, que l'on donne pendant la première semaine 3, la deuxième 4, la troisième 5 grammes de bromure, la quatrième semaine on supprimera *deux* grammes et on arrivera à 3, 4 et 5 comme la première semaine. On donnera 3, 4, 5 ; 3, 4, 5 et ainsi de suite, sans interruption d'un seul jour même pendant les règles. »

Ces prescriptions sont très faciles à réaliser avec le sirop de Henry Mure, si exactement dosé à 2 grammes par cuillerée à soupe et dans lequel le sirop d'écorces d'oranges masque parfaitement la saveur désagréable salée du bromure. On se rendra parfaitement compte que la dose est suffisante lorsque le patient, la semaine où il prend la plus forte dose, accuse une certaine lassitude, une certaine somnolence, et qu'il présente enfin le signe de la pupille, c'est-à-dire que ses pupilles ne réagissent plus ni à la lumière, ni à l'accommodation et qu'elles sont en outre à leur maximum de dilatation.

LIVRES NOUVEAUX

Précis d'opérations obstétricales (1), par le docteur Albert DÖDERLEIN, professeur d'obstétrique et de gynécologie, directeur de la clinique gynécologique de l'Université de Tubingue. — Traduit d'après la sixième édition allemande par le docteur Louis AUBERT, privat-docent de gynécologie à l'Université de Genève.

Ce précis ne comprend que les opérations pouvant être effectuées sur le mannequin, c'est-à-dire les opérations de la pratique obstétricale journalière : extraction manuelle du siège, forceps, version et embryotomie. On peut ainsi se rendre compte du *modus faciendi* allemand ou tout au moins de la pratique du professeur Döderlein qui diffère par quelques points des méthodes préconisées en France à l'heure actuelle, notamment en ce qui concerne le forceps et la décapitation.

Dans une première partie comprenant la moitié du volume, l'auteur traite du mécanisme de l'accouchement dans les bassins normaux et rétrécis.

(1) In-8° de 211 p. avec 150 fig. dans le texte. — Paris, F. Alcan.

Ce petit livre, qui est très en faveur en Allemagne, a été traduit dans un langage clair par le docteur Louis Aubert : il est orné de 150 figures explicatives. DELESTRE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Billets d'aller et retour individuels ou collectifs pour toutes les stations thermales du réseau P.-L.-M. notamment :* Aix-les-Bains, Châtelguyon (Riom), Evian-les-Bains, Genève, Menthon (lac d'Annecy), Uriage (Grenoble), Royat (Clermont-Ferrand), Thonon-les-Bains, Vichy, etc.

1° *Billets d'aller et retour individuels* valables 10 jours, avec faculté de prolongation, délivrés jusqu'au 31 octobre 1907, dans toutes les gares du réseau; réduction de 25 p. 100 en 1re classe et de 20 p. 100 en 2e et 3e classes.

2° *Billets d'aller et retour de famille* valables 33 jours, avec faculté de prolongation, délivrés jusqu'au 15 octobre 1907, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., sous condition d'effectuer un parcours simple minimum de 150 kilomètres, aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble.

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de 4 billets simples ordinaires (pour les 2 premières personnes), le prix d'un billet simple pour la 3e personne, la moitié de ce prix pour la 4e et chacune des suivantes.

Arrêts facultatifs. — Faire la demande de billets (individuels ou collectifs) 4 jours au moins à l'avance à la gare où le voyage doit être commencé.

Nota. — Il peut être délivré, à un ou plusieurs des voyageurs inscrits sur un billet collectif de stations thermales et en même temps que ce billet, une carte d'identité sur la présentation de laquelle le titulaire sera admis à voyager isolément (sans arrêt), à moitié prix du tarif général, pendant la durée de la villégiature de la famille entre le point de départ et le lieu de destination mentionné sur le billet collectif.

— *Relations entre Paris et l'Italie, par le Mont-Cenis.* — Aller (départ de Paris) : 2 h. 30 soir V-L, L-S., 1re et 2e classes jusqu'à Turin; 10 h. 30 soir : V-L, 1re et 2e jusqu'à Rome; L-S jusqu'à Modane.

Retour (départ de Rome) : 9 h. 15 soir, V-L, 1re et 2e classes depuis Turin; L-S, 1re classe depuis Modane; 8 h. matin : V-L. L-S, 1re et 2e classes depuis Turin; V-R depuis Dijon; 2 h. 40 soir, 1re et 2e classes depuis Rome.

Pour plus amples renseignements, consulter le livret-guide-horaire P.-L.-M. vendu 50 cent. dans les gares du réseau.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Hygiène rurale, par le docteur IMBEAUX, directeur du service municipal de Nancy, et E. ROLANTS, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Lille. Gr. in-8° de 249 p., avec 125 fig. — Prix : broché, 6 francs; cartonné, 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Psychologie morbide, par le docteur DUPOUY. In-8° de 237 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Librairie des sciences psychiques, 42, rue Saint-Jacques.

Guide pratique pour le choix des lunettes par le docteur TROUSSEAU. In-8° de 102 p. — Paris, De Rudeval.

N° 106. — MARDI 17 SEPTEMBRE 1907. 80e ANNÉE. MARDI 17 SEPTEMBRE 1907. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MARINE. — Un concours pour un emploi de prosecteur d'anatomie à l'Ecole annexe de médecine navale de Rochefort sera ouvert dans ce port, le 15 octobre 1907.

— Un concours sera ouvert le 4 novembre 1907, à l'École vétérinaire d'Alfort, pour la nomination d'un chef de travaux attaché à la chaire de pathologie générale, pathologie médicale et clinique de ladite école.

Le programme de ce concours se distribue à Paris, au ministère de l'Agriculture (bureau des Écoles vétérinaires) et dans les trois Écoles d'Alfort, de Lyon et de Toulouse.

SERVICE MÉDICAL DE COLONISATION EN ALGÉRIE. — Un concours sera ouvert simultanément à Alger et à Paris, en mars prochain, pour le recrutement de dix médecins de colonisation en Algérie.

Pour tous renseignements, s'adresser au gouvernement général de l'Algérie (direction de l'Intérieur, 2e bureau) et à l'Office du gouvernement général de l'Algérie à Paris, Palais-Royal, 5, galerie d'Orléans.

CONGRÈS DE PHYSIOTHÉRAPIE (13 OCTOBRE). — Les adhésions pour le Congrès de physiothérapie peuvent être adressées jusqu'au 25 septembre au secrétaire du Comité français, le docteur Albert Weil, 21, rue d'Edimbourg, Paris. Passé cette date, le Comité ne peut plus garantir que les pièces donnant des avantages matériels (réduction sur les chemins de fer, etc.) aux adhérents puissent être envoyés à temps.

Jusqu'à présent deux cents médecins français environ se sont fait inscrire.

LABORATOIRE DE L'HOPITAL DE ROTHSCHILD. — COURS PRATIQUE D'UROLOGIE CLINIQUE. — Ce cours aura lieu au laboratoire de l'hôpital de Rothschild, 76, rue de Picpus. Il aura pour objet la séméiologie urinaire dans les différentes maladies, l'examen physique et chimique des urines. Une leçon sera consacrée à l'examen du suc gastrique. Ce cours comprendra douze leçons comportant une conférence théorique et les manupulations correspondantes. Elles seront faites par M. Troller, chef du laboratoire de bactériologie, et par M. Adler. Ces conférences commenceront le mardi 1er octobre et auront lieu tous les jours, dimanche excepté, l'après-midi à deux heures.

PROGRAMME DU COURS. — *Première leçon.* — Généralités sur les urines. Densité et acidité urinaire.

Deuxième leçon. — Urée. Azote total. Extrait sec.

Troisième leçon. — Séméiologie du foie. Pigments et acides biliaires. Urobiline. Indican.

Quatrième leçon. — Dosage des phosphates et des chlorures.

Cinquième leçon. — Séméiologie du rein. Recherche, dosage et séparation des diverses albumines urinaires.

Sixième leçon. — Perméabilité rénale. Cryoscopie.

Septième leçon. — Séméiologie de la nutrition. Rapports urologiques. Dosage de l'acide urique.

Huitième leçon. — Recherche du sucre et de l'acétone. Dosage du sucre.

Neuvième leçon. — Hématuries. Examen des sédiments urinaires. Cylindres. Pus. Toxicité urinaire.

Dixième leçon. — Recherche des médicaments dans l'urine. Calculs urinaires.

Onzième leçon. — Examen bactériologique des urines.

Douzième leçon. — Suc gastrique. Analyse qualitative et quantitative.

Le droit de laboratoire à verser est de 80 francs. Le nombre des auditeurs est limité. Prière de se faire inscrire par lettre adressée à M. Troller, à l'hôpital Rothschild, 76, rue de Picpus.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 35, 29 août 1907.) KÖRTE : Sur le traitement de l'angiome artériel rameux. — GENTZEN : Sur la sécrétion du suc gastrique à jeun. — SCHIROKAUER : Atonie gastrique et chlorose. — GOLDBERG : Contribution à l'étude des affections nerveuses de la vessie. — COHN : Recherches sur la théphorine. — PORT : Sur l'intoxication par la marétine. — NEUBERG : Sur la contagiosité des condylomes.

Journal des praticiens. — (N° 36, 7 sept.) Pr RECLUS : Les accidents du travail et la tuberculose. — H. HUCHARD : Erreurs cliniques et thérapeutiques sur les maladies du cœur.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 36, 5 sept. 1907.) L. DEKEYSER : Choses du Japon.

Lyon médical. — (N° 35, 1er sept.) THERMIER : Traitement des ulcères et des plaies étendues à cicatrisation lente par les greffes dermo-épidermiques. — G. MOURIQUAND et Ch. ROUBIER : Eclat clangoreux du second bruit au foyer pulmonaire comme signe précoce de péricardite (signe de Josserand). — (N° 36, 8 sept.) Th. NOGIER : Des indications de la radiothérapie.

Marseille médical. — (N° 17, 1er sept.) J. MEYNET : Du diagnostic de la grossesse nerveuse. — BRICKA : Y a-t-il une botryomycose? — IMBERT et PIÉRI : Sur la colpo-hystérectomie. — J. ARNAUD : Projet de construction de galerie de cure. — ANASTAY : Un cas de guérison de trichorrexis nodosa.

Montpellier médical. — (N° 26, 30 juin.) Odilon MARTIN : Ration d'entretien et régimes alimentaires (*suite*). — (N° 27, 7 juillet.) Odilon MARTIN : Ration d'entretien et régimes alimentaires (*suite*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 36, 3 sept. 1907.) COLLIN : Expériences avec les préparations de tulase de Behring dans le traitement des affections tuberculeuses des yeux. — RIEDER : Sur l'emploi de petites doses de rayons Röntgen en thérapeutique. — MANDELBAUM : Sur la découverte d'une bactérie non encore décrite dans des cas ayant l'aspect clinique de la fièvre typhoïde. — HONIGMANN et SCHAFFER : Recherches expérimentales sur l'action de la stase de Bier sur les processus inflammatoires. — STASSNER : Sur la question de l'origine de la tuberculose pulmonaire. — GRAEFFNER : Etudes sur le tabes dorsalis et particulièrement sur ses symptômes laryngés. — PEISER : Sur la pathogénie du stade initial de l'appendicite. — BRANDTS : Appendicite et carcinome de l'appendice. — FREY : Le lait de femme est-il hémolytique? — HUBER et BICKEL : L'emploi de l'aldéhyde formique et de la chaux comme désinfectants. — MEERWEIN : Contribution à la chirurgie du cœur. — WEBER : Sur un cas de tuberculose primitive de la langue par infection par le bacille tuberculeux Govin. — MANN : Anémie aiguë grave après rhumatisme articulaire aigu. — HARTOG : Différence d'évolution non habituelle de jumeaux.

Nord médical. — (N° 309, 15 août.) G. CARRIÈRE et J. VANVERTS : De la pleurésie purulente du sommet. — CLOEZ : La loi de 1902 sur l'hygiène publique (*suite et fin*). — (N° 310, 1er sept.) H. PAUCOT : La réclame médicale.

Normandie médicale. — (N° 17, 1er sept.) LECAPLAIN : Pédiatrie. La Diète féculente. — RENAUD HUE : Impressions de voyage sur la médecine aux Etats-Unis.

Pédiâtrie pratique. — (N° 17, 1er sept.) DUFESTEL : Les mensurations anthropométriques chez l'enfant. — AUSSET : Sur un cas d'hypertrophie congénitale. — Jules VOISIN, Roger VOISIN et MACÉ DE LEPINAY : Deux cas de chorée chronique de l'enfance.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 35, 1er sept. 1907.) FRIEDRICH : La valeur de l'inhalation de sanosine dans la tuberculose pulmonaire. — MAKARA : Le traitement par hyperémie passive de Bier en chirurgie.

Presse médicale. — (N° 71, 4 sept.) GUISEZ : Modifications et perfectionnements apportés à la technique et à l'instrumentation de la broncho-œsophagoscopie. — Marcel LABBÉ et Henri LABBÉ : Le régime d'épreuve et les éliminations urinaires. — Louis WICKHAM et DEGRAIS : Radiumthérapie et épithélioma cutané. — (N° 72, 7 sept.) C. LEVADITI : Les opsonines et le traitement des maladies infectieuses par la méthode de Wright. — Louis MOREL : La diverticulite herniaire. — Ch. MANIOUX : La cure de terrain chez les tuberculeux pulmonaires.

Province médicale. — (N° 35, 31 août.) V. PATELLA : La microchimie et l'état cadavérique des mononucléés du sang. — N° 36, 7 sept.) Ch. AUDRY : Sur une variété singulière de vulvite hémorragique d'origine cardiopathique. — MOLLIÈRE et SARGNON : De l'anesthésie de l'œsophage en dehors de l'œsophagoscopie. Indications. Résultats. — R. BELBÈZE : Traitement des fractures de la colonne vertébrale à la campagne.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 35, 31 août.) CHEVAL : Blessures des méninges, du cerveau et du ventricule latéral gauche par corps étranger ayant pénétré par l'oreille. Méningite. Trépanation. Guérison. — ROLLAND : Paroi du rocher à gauche, abcès périsinusal, thrombose du sinus latéral gauche; pneumonie droite par embolie septique, évidement pétromastoïdien, excision du sinus latéral gauche. Guérison. — DUPOND : Arthrite crico-aryténoïdienne double avec immobilisation des deux cordes vocales chez un bacillaire. — (N° 36, 7 sept.) BROECKAERT : Endothéliomes du sinus maxillaire. — Léopold DE PONTHIÈRE : Sarcome de l'ethmoïde. Opération selon le procédé de Moure. Guérison.

Semaine gynécologique. — (N° 36, 3 sept.) PILHEONI : De la conservation des annexes dans l'ovaro-salpingite. — FIEVEZ : Double tumeur papillaire primitive des trompes de Fallope. — (N° 37, 10 sept.) PICHEVIN : Appendicite ou ovaro-salpingite.

Semaine médicale. — (N° 36, 4 sept.) Victor HENRI : Etat actuel de nos connaissances sur le mécanisme de l'immunité. — La hanche à ressort.

Tribune médicale. — (N° 35, 31 août.) J. MOUCHOTTE : Dystocie par tumeur kystique pelvi-abdominale. — André LOMON : La pyométrie dans le cancer de l'utérus. — La cure de sous-nitrate de bismuth dans les affections de l'estomac. — (N° 36, 7 sept.) Saturnisme professionnel. Ce que nous faisons. Ce que nous projetons. Ce que nous devrions faire. Déclaration obligatoire du saturnisme professionnel. Réglementation sanitaire des industries du plomb. Interdiction des produits dangereux. Contrôle et surveillance sanitaires. Conclusions.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 35, 29 août 1907.) MOLEK : Sur la distension du cæcum à la suite de la sténose carcinomateuse du gros intestin. — BACHRACH et BARTEL : Sur l'influence de l'acide nucléinique de levure sur la virulence des bacilles tuberculeux humains. — AXAMIT et KYUZO-TSUDA : Recherches sur la spécificité de l'action opsonique du sérum normal. — STŒRK : Sur la cirrhose hépatique expérimentale sur un fond tuberculeux.

LE VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES

A MARTIGNY-LES-BAINS

Mardi 3 septembre, à trois heures sept, par le train des eaux, arrivaient à Martigny soixante-douze médecins étrangers ou français composant la caravane du V. E. M. créée par le docteur Carron de la Carrière et dirigée scientifiquement par l'éminent professeur Landouzy.

Le corps médical de la station, composé des docteurs Dedet, Payen, Foucart, Martin et Aerts, était à la gare pour souhaiter la bienvenue à ses confrères.

Désireux de n'imposer aucune contrainte officielle aux congressistes, le professeur Landouzy leur donne rendez-vous au lendemain, au hall des sources, et leur laisse pleine liberté pour visiter la station à leur guise.

Les confrères britanniques en profitent pour fuir vers le golf, malgré le temps, et se livrer de suite à leur jeu favori. D'intrépides dames font l'ascension du Haut-Mont « 501 mètres » et d'autres restent à promener leur rêve dans le merveilleux parc ; seul, le Professeur fait sa visite domiciliaire cherchant toujours à s'instruire par lui-même pour faire bénéficier autrui de son éloquente et sympathique parole.

A sept heures, le dîner réunit les congressistes à la table du restaurant de l'Hôtel International. Les lustres électriques jettent sur la tonalité blanche de la salle ce ton de discrétion qui est comme la caractéristique de la station. La table chargée de fleurs splendides aromatise l'atmosphère en même temps qu'elle réjouit la vue.

Ici seulement, me disent les confrères anglais, les dames ont fait toilette pour nous recevoir, et de fait, on ne sait qui mérite le plus d'attacher le regard, ou des corbeilles fleuries ou des mises parisiennes de nos délicieuses convives.

Le dîner, que, pour ma part, j'ai trouvé délicieux, se passe en colloque intime de voisin à voisine, de confrère à confrère et nous sommes obligés de nous priver du moka pour nous diriger à la soirée de gala.

Avant de nous y rendre, le professeur, donne la parole au doyen de la station, le docteur Dedet, qui, sous forme de toast, prononce les paroles suivantes :

« En 1902, notre éminent conférencier le professeur Landouzy disait ici :

« La vie brillante appartiendra à Martigny quand elle aura « créé un vigoureux effort vers l'avenir. »

« Le Professeur et ceux qui l'accompagnaient alors ont pu se rendre compte, par la visite de la station, de l'effort produit.

Cinq consultants exercent aujourd'hui à Martigny, un sixième est inscrit pour la saison prochaine.

Trois de nos Facultés y sont représentées : Paris, Lyon, Nancy.

Cette confiance n'est-elle pas le garant de la valeur et de l'efficacité de nos eaux ? Chaque médecin n'est-il pas un apôtre qui sème au vent de France et de l'étranger la bonne parole, de façon à assigner à Martigny la place qu'à tous égards, elle mérite parmi les hydropoles du bassin froid des Vosges ?

Vous entendrez demain la magistrale leçon de thérapeutique thermale ; permettez-moi de vous dire que Martigny, exceptionnel au point de vue de ses eaux, renferme encore deux facteurs incomparables de la cure. Je ne ferai que signaler le premier : la « Source Savonneuse », destinée à l'usage externe, et sans similaire dans la région.

Permettez-moi d'insister sur le second : le *climat*.

Ici, tout est réuni des éléments qui ont créé la vogue des stations d'outre-Rhin ; tout y a été fait pour le malade et tout converge ou s'efforce de converger vers l'amélioration exclusive de la cure, reléguant au second plan, sans le supprimer totalement, ce qui l'entrave ou la fausse.

L'isolement de l'établissement du reste du village, les essences infinies d'arbres qui assainissent et aromatisent le parc, baptisé de « Versailles thermal » par le professeur en 1902, lui créent une salubrité spéciale.

Placé sur un large plateau à 377 mètres d'altitude, la plus élevée des trois stations, Martigny est à l'abri des brises du nord par de petites montagnes boisées, à l'ouest par des collines ou des petits coteaux dont les douces pentes se couvrent de vignes. Les sommets sont constitués par des chênes séculaires où se marient les variétés des essences.

Du côté du midi, la station est entièrement ouverte et dégagée de toute habitation. Mais ce qui crée la situation unique et la salubrité spéciale de la station, c'est que les eaux fluviales, entrant en terre, pénètrent dans les couches profondes du sol où elles trouvent des courants qui les font ressortir à la surface à des distances assez grandes : ainsi s'explique la sécheresse de notre parc après de grandes pluies, comme vous l'avez pu juger dans votre trop court séjour.

En 1899, j'écrivais : « La salubrité du pays est telle, qu'il « pourrait être choisi pour une cure aérothérapique en dehors « de ses richesses hydrominérales. » Mon opinion s'est confirmée depuis et a reçu la consécration de gens autorisés. C'est ici la station climatique de choix, l'air y est pur, sain, tamisé, privé de poussières, l'altitude moyenne. Les matinées et les soirées y sont fraîches, les nuits n'y sont jamais chaudes ni énervantes.

Du sommet du Haut-Mont « 501 mètres », vous avez pu ce soir, je l'espère, justifier mes dires, et reconnaître l'exactitude de ma description par le panorama que vous avez eu sous les yeux.

Du golf y établi, vous avez pu aussi apprécier le mot du fils du grand Bright, le docteur Bright (de Cannes), qui, après un séjour de plus d'un mois à la station, a écrit :

« J'ai eu l'avantage de visiter le Haut-Mont, et j'y ai trouvé — j'ose le dire — un climat unique en France comme cure d'air. »

C'est donc du fond du parc, du coin ombragé où modeste se cache la Savonneuse, à l'est, vers le Haut-Mont, que nous rêvons d'un Martigny thermal, rejoignant l'établissement au golf par d'interminables villas, où, après la cure d'eau du matin, le buveur ira se reposer le jour, pour rentrer le soir au parc, saturé d'air et de repos.

Je termine en saluant ici les dames qui nous honorent de leur présence, les confrères étrangers, mes collègues français et les organisateurs infatigables de ces voyages, les docteurs Carron de la Carrière, Jouaust, le professeur Landouzy qui en est l'âme. »

Le docteur Landouzy répond alors :

« Rassurez-vous, je ne ferai pas de toast, je me réserve pour demain à la conférence. Je me bornerai simplement à remercier mon confrère, le docteur Dedet, de ce qu'il vient de dire de particulièrement agréable pour moi, ainsi que des fleurs qu'il nous a données à tous.

Je le remercierai également d'avoir simplifié ma tâche, en faisant dès ce soir la conférence, car je m'aperçois qu'il ne me

reste plus que fort peu de choses à dire, et je me demande même si j'en ferai une demain.

Le temps presse. Je ne voudrais pas retarder l'heure du spectacle qui nous est réservé, et reprenant mon rôle de chef du V. E. M., je vous informe que vous allez, dans quelques instants, quitter ces lieux très radieux, très ravissants, pour savourer une exquise comédie, presque de la Comédie-Française.

Mais mon rôle devient douloureux; car demain matin, Mesdames, il faudra, dit-on, qu'à six heures et demie vos malles et valises soient bouclées. (*Récriminations.*)

Chaque fois que je parle, voilà le succès que j'obtiens; vous savez cependant que je n'ai pas l'habitude d'admettre le murmure des foules, et que s'il existait, je voudrais le surprendre et le dominer.

Me laissant fléchir, je vous ferai, Mesdames, une petite concession pour demain matin, et ce ne sera qu'à neuf heures précises seulement, que vous devrez mettre vos malles bouclées à la porte de vos chambres; à neuf heures un quart, réunion à la Source, vous entendrez ou n'entendrez pas la conférence; à dix heures un quart, déjeuner, et à onze heures et demie, en dépit du regret que nous éprouverons de quitter cette station souriante, nous regagnerons nos voitures pour nous acheminer sur Bourbonne. J'ai dit. »

On se rend au théâtre, où la soirée a été un véritable enchantement; la Société nouvelle, en honneur du V. E. M., avait fait venir le sociétaire Leitner, de la Comédie-Française, qui nous a émerveillés dans le rôle de Jacquemin du *Flibustier*; notre sympathique directeur Roux, dans le rôle de Le Goez, a atteint la presque perfection; enfin, le virtuose Canterelle, premier prix du Conservatoire, a tenu toute la salle sous le charme de son archet.

On est parti dans un éclat de rire, car Roux encore, dans le rôle de Haps de l'*Asile de nuit*, a désopilé les rates.

Frais, dispos, chacun s'est réveillé le matin dans le décor enchanteur de notre « Versailles thermal »; les dames ne pouvaient se lasser d'admirer les massifs merveilleux qui, par une ironie du sort, découvrent leurs trésors de couleurs et de parfums au déclin de la saison.

Après une petite tournée aux sources, aux bains, avec le docteur Dedet, le professeur Landouzy réunit au théâtre ceux qui veulent bien venir l'entendre, et régale profanes et professionnels de la délicieuse conférence qu'une sténographe habile nous permet de reproduire aussi exacte que possible, étant donné le style imagé, personnel, original du conférencier, si difficile parfois à suivre, tant la parole est féconde, hardie, originale, scientifique.

CONFÉRENCE FAITE A MARTIGNY PAR M. LE PROFESSEUR LANDOUZY, LE 4 SEPTEMBRE 1907

Je ne commencerai pas par m'excuser, bien qu'avec raison vous puissiez trouver que je me répète, puisque aujourd'hui, hier, avant-hier, et dès le premier jour de notre voyage, il était question des mêmes eaux, ayant la même composition chimique, les mêmes applications, les mêmes indications et les mêmes résultats.

Si je me répète quatre fois en quatre jours, ce n'est pas tout à fait ma faute, mais bien plutôt celle des eaux qui, par leurs propriétés similaires, leur minéralisation analogue et leur émergence, sont presque identiques.

C'est pourquoi, aujourd'hui comme hier, je vous parlerai encore d'eaux sulfatées, calciques, lithinées qui, par leur athermalité et leur composition, s'appliquent le plus souvent aux malades qui présentent des déterminations, sous forme de localisations de la goutte et de l'arthritisme.

L'eau que vous savez, d'odeur nulle, de goût agréable, dont vous avez pu apprécier la saveur styptique, est une eau athermale et d'une température constante d'environ 10°5.

Je n'ai pas à insister longtemps sur le caractère minéral et spécial de ces eaux; il me suffira de vous rappeler la manière de dépôt que vous avez pu constater vous-mêmes sur les faïences des vasques, servant d'émergence aux sources, détail qui est assez caractéristique.

En entrant dans le pavillon des Sources, vous avez vu d'abord : « la Fontaine ferrugineuse de Martigny », baptisée aujourd'hui « Source des Dames ». Elle diffère en « petites proportions » de la « Source Lithinée », dont elle est voisine, par la quantité supérieure de fer qu'elle renferme. Je dis « en petites proportions », parce que ni dans l'une, ni dans l'autre, il n'y a de majorations très nettes.

La « Source Lithinée », qui portait autrefois le nom de « Source Jeanne d'Arc », ne présente pas de grandes différences, puisqu'elle est composée des mêmes éléments, avec un *peu plus de lithine*.

Mais toutes les deux sont sulfatées, calciques, magnésiennes, et leur minéralisation totale atteint un peu plus de 2 grammes. En résumé, elles ne diffèrent que par des nuances et non par la composition.

Ce que j'ai dit avant-hier à Vittel, hier à Contrexéville et précédemment dans la Marne, se rapproche de ce que je répéterai aujourd'hui à Martigny : « Ces eaux sont toutes les quatre des eaux de même nature, qui ont des traits communs et chez lesquelles on ne trouve que des distinctions nuancées, représentées par un peu plus de ceci ou un peu moins de cela. »

Dans la pratique, on retrouve les mêmes applications de cette eau similaire et il ne peut pas en être autrement, l'agent médical étant le même.

Ici, comme à côté, le médicament, « l'eau », est bien le même; elle est prise le matin, à jeun, variant par doses de 200 à 250 grammes, suivant la posologie médicale.

Le plus souvent l'eau est prise à la source, à sa température, ou réchauffée au samovar, d'après l'état morbide du malade, en quantité, en qualité, suivant sa perméabilité différente, pour faire accepter le médicament au mieux des besoins et de la nature de chacun.

J'ajouterai encore, pour vous prouver combien mes confrères de la station attachent d'importance à l'ordonnancement du médicament minéral, avec quels soins ils en règlent le dosage, que les verres destinés à sa consommation sont scrupuleusement gradués.

La plus grande partie des malades prend l'eau à jeun, dans la source, en déambulant sous la véranda ou à travers le parc; certains, au contraire, la prennent au lit ou dans le bain, de façon à la digérer plus facilement et à en obtenir des résultats un peu différents.

A côté de la « Source Lithinée », qui est le *joyau de cette station* et qui en est la principale médication, je ne dois pas oublier de parler de la « Source Savonneuse ».

La « Source Savonneuse » est entrée dans la médication de Martigny depuis quelques années seulement. Elle a la même température que ses voisines, dont elle se distingue par moins de sulfates et de carbonates ; elle est exclusivement réservée à l'usage externe.

On l'emploie en bains et en douches dans un établissement où, comme vous l'avez vu, rien n'a été négligé pour en tirer le summum de bénéfices.

Vous avez pu juger de l'état légèrement onctueux de cette eau, dont on varie la température pour le traitement de la goutte et de l'arthritisme.

Nous avons causé longuement ces jours derniers de toutes les variations de l'arthritisme pouvant intéresser tel ou tel organe principal : rein, foie, tissus articulaires, etc.

L'arthritisme donne lieu à beaucoup d'autres troubles vasculaires, qui se manifestent sous forme d'affections cutanées superficielles.

La goutte donnant lieu à des manifestations du côté de la peau et des glandes sudoripares que l'on observe souvent chez les arthritiques à titre permament ou passager sous forme d'eczéma, d'acné, couperose, prurit diabétique et toute effervescence extérieure de la peau que l'on pourrait classer sous le nom générique d'arthritides, sont autant de manifestations arthritiques ou goutteuses externes justiciables du traitement par la « Savonneuse » à cause de son effet particulier, effet complété par l'ingestion de l'eau de la « Source Lithinée ».

Je crois, Messieurs, que quand j'aurai dit cela, je n'aurai rien à ajouter; cependant mes confrères de la station auraient le droit de m'accuser d'être trop bref si je ne leur rappelais que déjà dans mes précédentes conférences je n'avais mentionné par avance que toutes ces affections dermatiques de l'arthritisme, entraînant un traitement spécial, pouvaient être dirigées sur Martigny.

Ainsi donc, je répète ici ce matin ce que mes confrères savent déjà : c'est qu'ils peuvent appliquer dans leur pratique l'eau de Martigny, le réconfortant le plus puissant du côté de l'appareil rénal, le réactif le mieux indiqué contre toutes les manifestations d'origine arthritique.

Si je me laissais aller, il me faudrait entrer dans une série de considérations trop approfondies pour vous montrer l'arthritisme revêtant une forme particulière, et je devrais pour cela pénétrer dans le domaine des affections secondaires. Je citerai simplement : la lithiase calculeuse avec élection sur le rein, la gravelle biliaire ou les vésiculites avec lésions inflammatoires du foie.

Je vous fais grâce de ces démonstrations, car je crois que véritablement nous sommes aujourd'hui suffisamment documentés pour nous former une opinion personnelle qui subsistera, je l'espère.

Cependant, Messieurs, si je n'insiste pas particulièrement sur les applications, les indications et les bienfaits de la médication par le bain et l'eau prise à la source, c'est parce que vous savez par avance tout ce qu'on obtient d'elle ; mais il est une chose sur laquelle je tiens beaucoup à insister, c'est sur la valeur thérapeutique de cette eau, *supérieure aux autres sulfatées calciques, par son dosage en lithine.*

D'autre part, je ne veux pas partir sans insister encore — je dirai même que j'insisterai sans me lasser jamais — sur les multiples avantages que présente la situation exceptionnelle de Martigny, situation qui mérite bien d'attirer et de fixer votre attention.

Nous sommes ici à 377 mètres d'altitude, c'est assez dire sur une élévation de terrain supérieure à celle des autres stations. Ce détail a bien son importance, et je lui en reconnais personnellement une très grande, au point de vue tonique, bien qu'il ne représente cependant qu'un à côté, car si je vous dis que Martigny est une station privilégiée, c'est encore et surtout en raison du calme que l'on y trouve, dû repos qu'on y peut goûter et de l'air qu'on y respire; air pur, non seulement parce qu'il a été libéré de l'acide carbonique dont l'atmosphère des villes est surchargée, mais parce que cet air est ozonisé au contact des arborescences qui l'environnent, provenant des arbres multiples de son parc merveilleux.

Et quand je vous dis que Martigny est une station sédative, c'est parce qu'elle représente bien par l'euphorie de ses essences, l'essaimage de ses fleurs et l'harmonie de son décor, l'ambiance rêvée, avec, en plus, toutes les garanties de confort et d'hygiène.

Or, cette constatation qui présente le plus grand intérêt, je l'ai faite il y a cinq ans, comme je la fais aujourd'hui.

Sous des ombrages propices au rêve que rien ne vient troubler, on fait ici la promenade accompagnée, la promenade solitaire ; les sports y trouvent leur place; il y avait un tennis, aujourd'hui Martigny a son golf, que nos confrères britanniques se sont empressés de visiter.

Dans ce cadre délicat, on peut non seulement goûter le repos du corps, retrouver le calme de l'esprit, mais encore se laisser bercer par l'attirance qui se dégage de ces riantes solitudes, lesquelles sont une joie pour le regard lassé, ce qui me faisait dire avec le poète : « Comme la jeunesse, la santé vient par les yeux! »

Voilà ce que vous retiendrez de Martigny; ce sont toutes ces choses que vous y aurez vues, tout ce que vous y aurez admiré de vraiment beau et qui, fixant votre souvenir, vous engagera à en faire bénéficier vos malades en dirigeant sur Martigny tous ceux qui sont justiciables à la fois d'une cure générale et locale.

Messieurs, si je m'étends aussi complaisamment sur les avantages de cette station, c'est que je suis moi-même et je voudrais vous pénétrer des bienfaits de toute nature qu'un malade peut retirer d'une cure faite dans de telles conditions, et c'est pourquoi je n'insisterai jamais assez sur tout ce qu'on trouve ici de réconfortant pour l'organisme, de reposant pour l'esprit et le corps, et c'est pourquoi en faisant le tour du parc aujourd'hui comme hier avec toujours le

même plaisir, je me disais après avoir fermé les yeux qu'il ferait bon vivre longtemps ici, au milieu de ces richesses dont la nature s'est montrée prodigue envers ce coin privilégié et que j'avais la sensation très nette de me réveiller dans le domaine d'un grand seigneur, dont j'étais l'hôte émerveillé par tout ce que mon regard embrassait à la fois de joliesse grandiose, de calme majestueux devant cette superbe étendue de terrain accidenté où l'on sentait courir des frissons de feuilles et des parfums de fleurs!

Voilà mon impression; je serais très étonné si ce n'était pas la vôtre, mais je ne crois pas m'être trompé. — J'ai dit.

Mais les congressistes sont toujours pressés, et à peine a-t-on savouré le régal intellectuel du savant qu'un régal nouveau les attend à la salle à manger. Au dessert, le directeur demande la parole et porte au V. E. M. le toast suivant :

« Monsieur le professeur, mesdames, messieurs,

Il m'est agréable de remplir le plus facile de mes devoirs de directeur, celui de vous remercier tous d'avoir consacré une journée à la visite de notre station de Martigny.

Vous, monsieur le professeur, qui vous imposez tous les ans cette dure fatigue de présider le voyage d'études médicales, pour attirer l'attention sur la caractéristique de chaque station, dans des causeries aussi savantes qu'éloquentes; vous, mesdames, qui, par votre grâce et votre charme, rehaussez l'éclat de notre réunion, et enfin vous tous, messieurs les docteurs, qui voulez sans cesse augmenter le bagage de vos connaissances scientifiques et professionnelles et qui, au lieu de faire un simple déplacement d'agrément pendant les quelques jours où vous pouvez vous échapper de votre clientèle et vous reposer de ses exigences, en profitez pour toujours vous documenter.

Déjà, il y a cinq ans, monsieur le professeur, vous avez apprécié le merveilleux cadre de notre station et signalé nos sources qui doivent faire la fortune de Martigny.

Les conseils que vous donniez alors, la Société nouvelle s'est empressée d'en faire son programme et les constatations que vous venez de faire nous sont un précieux encouragement.

Nous regardons l'avenir avec la plus grande confiance et nous comptons que, de votre visite, il restera dans l'esprit de tous des souvenirs qui rappelleront souvent Martigny.

En terminant, mesdames, je lève mon verre en votre honneur, en l'honneur de M. le professeur Landouzy, de M. le docteur Carron de la Carrière, de son collaborateur M. le docteur Jouaust, et de tous les confrères français et étrangers qui ont répondu à leur appel. »

Réponse du professeur Landouzy.

« Dans un quart d'heure nous devrons remonter en voiture et pour cette seule raison nous serons obligés d'abréger cette cordiale visite, en considération de ce que, tout à l'heure, à Bourbonne nous aurons à faire, à voir et à travailler.

Notre après-midi sera, en effet, consciencieusement rempli, puisque, arrivés à deux heures, nous devons en repartir à quatre pour joindre Luxeuil à la nuit tombante.

Vous m'avez chargé de porter vos remerciements à M. le directeur de Martigny, non seulement pour les choses aimables qu'il vous a dites, pour l'accueil si chaleureux qu'il vous a fait et pour la manière princière dont vous avez été reçus au parc, à l'hôtel et à table.

Je porte vos remerciements et les miens tout particuliers à mon confrère le docteur Dedet, doyen des médecins de la station, et je lui porte des remerciements d'autant plus vifs et d'autant plus sincères que c'est lui qui, dès hier soir, m'a préparé ma conférence de ce matin.

Je vous remercie vous, mesdames de Martigny, d'avoir bien voulu vous joindre à ces dames du V. M. E. et je suis persuadé qu'il faudra bien des années pour effacer de nos yeux et de notre esprit le charme délicat de la vision que nous avons eue à notre arrivée à Martigny hier soir et aujourd'hui; car, véritablement, vous avez poussé l'excès de bonne volonté jusqu'à nous faire admirer les splendeurs de votre parc hier, malgré les nuages qui semblaient s'amonceler sur nos têtes. Mais si le soleil se levait (et il se lèvera tout à l'heure, comme un décor de théâtre) pénétrant d'un rayon vermeil et le discret feuillage des arbres majestueux et les parterres alanguis de fleurs aux teintes chaudes, ce serait un ravissement.

A ceux qui ne connaissent pas Martigny, je dirai combien nous a charmés la vision de cette station et j'ajouterai :

Allez donc voir Martigny avec ses eaux, ses hôtels grandioses, son parc merveilleux, c'est un Versailles thermal.

Mon âge commence à excuser mes répétitions : aussi userai-je de ce privilège pour réitérer mes remerciements à ces dames de Martigny, à M. le directeur de l'établissement et à mon ami et confrère le docteur Dedet. »

A peine a-t-on avalé son café, que les voitures enlèvent pour Bourbonne tout l'essaim amical et qu'après cette animation le parc nous paraît désert; qu'aux heures de joie succèdent celles des regrets, et la reprise du travail quotidien, dans le songe attristé des heures douces de la vie qui sont toujours si brèves!

Dr DEDET,
Médecin-consultant à Martigny (Vosges).

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DE LA MALADIE DE BRIGHT CHRONIQUE (1)

A côté de ces *médications fonctionnelles*, il en est d'autres dont les agents excellent, dirigés contre les *lésions* elles-mêmes.

De ces agents, les uns, comme la *fuchsine*, le *bleu de méthylène*, l'*iodure de potassium*, les *arsenicaux* et les *alcalins*, n'ont plus que des partisans attardés, tandis que les autres, comme les *sels de strontium*, le *tannin*, l'*opothérapie*, les *acides*, etc., semblent avoir survécu, en vertu de quelques succès.

Aucun de ces agents ne saurait être recommandé d'une façon systématique et aucun signe ne permet de pressentir les cas auxquels chacun d'eux peut s'adresser utilement. Nous n'aurons donc encore d'autre guide que les tâtonnements et l'expérience individuelle faite à propos de chaque malade.

En pratique, M. A. Robin conseille de procéder par courtes tentatives, pendant lesquelles il faut observer de très près la symptomatologie, de façon à insister plus tard tout particulièrement sur les agents dont on a tiré les meilleurs effets.

Le traitement sera ainsi divisé en étapes que l'on peut parcourir de la façon suivante :

(1) Suite.— Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 103, p. 1228, et n° 104, p. 1242.

On prescrira d'abord :

Lactate de strontium......... 40 grammes.
Eau distillée................ 600 —

F. s. a. Solution.

Commencer par une cueillerée à soupe avant chacun des trois repas, pendant les deux premiers jours.

Les troisième et quatrième jours, prendre quatre cueillerées;

Les cinquième et sixième jours, prendre cinq cueillerées;

A partir du septième jour, porter la dose à six cueillerées;

Et s'y maintenir jusqu'au quinzième jour inclus.

Pendant la deuxième étape de quinze jours, on ordonnera l'*acide tannique*, soit en cachets :

Acide tannique.................... 0g 50

En un cachet. — Prendre un cachet au début du déjeuner et du dîner.

Soit en pilules :

Chez les malades qui présentent une grande susceptibilité stomacale, ou qui ont tendance à la constipation, user de la formule suivante :

Acide tannique..................... 0g 10
Aloès du Cap.............. 0g 01 à 0 03
Calomel à la vapeur................ 0 01
Extrait de quinquina............... 0 10

Pour une pilule. — Prendre une pilule au début de chaque repas, soit trois par jour.

Dans la troisième étape, on utilisera l'*acétate de potasse*, déjà vanté par Zimmermann, à la dose de 5 à 10 grammes par jour. Cette dose paraît un peu forte, pour être continuée quinze jours, parce qu'elle provoque souvent des troubles digestifs. Aussi devra-t-on se borner à la dose quotidienne de 4 à 5 grammes.

Acétate de potasse.............. 4 à 5 grammes.
Eau de fenouil.................. 120 —
Sirop des cinq racines.......... 30 —

F. s. a. Potion à prendre par cueillerées à soupe dans les vingt-quatre heures.

Si le médicament est bien toléré, on pourra augmenter progressivement les doses et les donner en tisane, suivant la formule de Foy :

Acétate de potasse .... 5 à 10 grammes.
Oxymel scillitique............. 60 —
Infusions de chiendent pour 1 litre. Q. s.

F. s. a. Tisane, à prendre par verrées en vingt-quatre heures.

La *teinture de cantharides*, à la dose indiquée plus haut, fournira la *quatrième étape* du traitement.

Comme *cinquième étape*, viendra l'*opothérapie rénale*, suivant la méthode récemment préconisée par le professeur J. Renaut (de Lyon).

Voici sa technique :

Prendre deux reins de porc absolument frais, les décortiquer, puis les hacher et les laver rapidement à l'eau distillée. Le hachis est ensuite broyé au pilon dans un mortier entouré de glace avec 450 centimètres cubes d'eau salée à 7 p. 100. Le broyage effectué, laisser reposer la bouillie qui en résulte, dans un récipient entouré de glace. Au bout de quatre heures, on décante. Le liquide obtenu représente environ 400 grammes que l'on prendra en trois doses, une demi-heure avant les repas du matin, de midi et du soir.

On peut, si le malade le désire, modifier la couleur et le goût du liquide en ajoutant à chaque prise une cuillerée de bouillon concentré de julienne tiède, mais on veillera à ce que la température de ce bouillon ne dépasse pas 38 degrés. Cette médication sera continuée huit jours.

M. le professeur Robin en cite, pour en terminer avec les médications, deux qui ont pour but de *modifier la crase sanguine* sans prétendre impressionner directement le rein. Ce sont :

1° Le *perchlorure de fer*, que l'on prescrit en pilule de 0g10 à la dose de deux par jour avant le repas. Cette préparation doit s'administrer particulièrement aux malades anémiques, à face blême, aux muqueuses décolorées.

2° La médication acide réalisée par l'association des *acides nitrique et sulfurique purs*, selon la formule de Coutaret (de Roanne) :

Acide sulfurique chimiquement pur.. 2g80
Acide nitrique..................... 0 80
Alcool à 80 degrés Cartier......... 18 grammes.

Laisser en contact pendant quarante-huit heures, puis ajouter :

Sirop de limons.................. 100 grammes.
Eau de fontaine.................. 150 —

F. s. a. Solution sucrée.

Donner une cueillerée à soupe dans un demi-verre d'eau, une demi-heure après les repas de midi et du soir; suivant la tolérance des malades, cette dose peut être portée à deux ou trois cueillerées, prises chacune à un quart d'heure d'intervalle.

Ce ne sera que par l'expérimentation directe sur le malade de ces différents traitements que l'on arrêtera son choix sur celui qui lui convient le mieux, d'après l'effet produit sur la quantité d'albumine, comme sur l'évolution des principaux symptômes.

On pourra connaître ainsi la médication la plus active et c'est elle que l'on instituera définitivement. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE 1907)

Mort du jeune hippopotame du Muséum. — Dans la séance du 26 août 1907, M. Edmond Perrier annonçait la naissance d'un jeune hippopotame au Jardin des Plantes. Le jour même de sa naissance, alors qu'il nageait autour de sa mère, celle-ci le repoussa brutalement contre les marches du bassin et lui fit diverses blessures auxquelles le jeune animal succomba quinze jours après.

L'autopsie, faite avec beaucoup de soin, au laboratoire d'anatomie comparée, par MM. Pettit et Neuville, préparateurs de M. le professeur Edmond Perrier, et en présence de celui-ci, a révélé nettement les causes de la mort.

Le point de départ est manifestement la suppuration de la jambe gauche antérieure. A la région sternale on trouve, sous la peau, des collections purulentes fusant entre les muscles; les ganglions lymphatiques de cette région sont volumineux et ramollis. Le péricarde, distendu, renferme un gros caillot sanguin, et le ventricule gauche du cœur présente une perforation assez large pour qu'on puisse y introduire une sonde

urétrale. Cette perforation est évidemment la cause de la mort qui a dû être subite, par hémorragie et arrêt du cœur.

On sait avec quelle facilité les microbes pathogènes, entraînés par les globules de pus, se fixent dans le muscle cardiaque.

Il y a eu, ici, peut-être endocardite, bien qu'elle ne semble pas primitive, mais en tout cas, myocardite ulcéreuse et perforation de la paroi ventriculaire. En outre, les artères coronaires étaient dures et fortement gonflées. L'infection a dû se produire par les voies lymphatiques.

Tous les autres organes étaient sains, et le tissu adipeux, largement développé, prouvait que l'animal s'était bien nourri jusqu'à la veille de sa mort. Celle-ci est donc le fait d'un accident et nullement d'une faute dans l'élevage.

Cet animal avait été nourri au lait de chèvre. Il paraît que les chèvres constituent d'excellentes nourrices pour un hippopotame.

ANALYSES

MEDECINE

L'aortite abdominale et les douleurs gastro-entéralgiques. (MATHIEU et J.-Ch. ROUX. *Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*, juillet 1907, n° 7, p. 396-402.) — Certains auteurs, et, en particulier, M. Teissier (de Lyon), ont admis que l'aortite abdominale est la cause des douleurs abdominales paroxystiques que l'on observe si fréquemment chez les dyspeptiques. Remarquant que ces douleurs se localisent à la ligne médiane et qu'elles coïncident avec des battements intenses de l'aorte et avec une augmentation de tension des pédieuses, ils supposent soit que l'aortite se propage, par les branches artérielles, à l'intestin, soit, au contraire, que c'est l'entérite dont les lésions s'étendent à l'aorte et aux artères qui en émanent. Quelle valeur faut-il attribuer à ces trois ordres d'arguments ?

La douleur spontanée ou provoquée sur le trajet de l'aorte abdominale et des artères iliaques paraît incontestable. Toutefois, à y regarder de plus près, elle acquiert son intensité en un point spécial (*point épigastrique* de Mathieu et J.-Ch. Roux) qui est situé un peu à droite au niveau du point où une ligne, menée de l'extrémité de la neuvième côte d'un côté à l'extrémité de la neuvième côte du côté opposé, rencontre la ligne médiane, et répond au point d'émergence du tronc cœliaque qui amène à l'estomac les filets nerveux du grand sympathique émanés du plexus solaire. Elle ne relève donc pas d'une artérite, mais doit être attribuée à l'irritation des filaments ganglionnaires accolés à l'aorte. La même pathogénie peut être invoquée pour expliquer la douleur à la pression des artères iliaques, que Potain et Teissier rattachent à l'artérite.

Quant à la *dilatation anormale de l'aorte abdominale*, son existence n'est pas prouvée, surtout chez des individus jeunes, qui présentent souvent de l'éréthisme cardio-vasculaire.

Chez les individus âgés, assurément l'aortite abdominale peut s'observer, mais il resterait encore à prouver qu'elle est la cause des crises douloureuses paroxystiques et le siège de la douleur provoquée par la palpation. Il en est de même de l'*augmentation de pression dans les pédieuses* : en admettant que ce phénomène soit constant, il faudrait encore démontrer que seule l'aortite chronique peut en expliquer la production. Or ne semble-t-il pas vraisemblable que l'irritation du sympathique abdominal puisse directement, ou par voie réflexe, produire des modifications localisées de la pression artérielle.

Il faut donc admettre, jusqu'à plus ample informé, que l'irritation du sympathique chez les gastro-entéropathes, qui sont en même temps des névropathes, donne, beaucoup plus naturellement que l'aortite et l'artérite, la clef des phénomènes observés.

L. BABONNEIX.

Phlegmatia alba dolens du membre supérieur chez les asystoliques. (DESQUIENS. Th. de Paris, 1906; Bonvalot-Jouve, édit.) — Des faits que vient d'exposer l'auteur, il résulte qu'on voit parfois apparaître chez des asystoliques une phlegmatia alba dolens du membre supérieur. La thrombose a généralement pour siège le tronc jugulo-sous-clavier et ses branches au niveau de leur origine. Elle survient à tout âge et chez les deux sexes, et ne paraît pas influencée par la nature de la cardiopathie. Elle relève moins de l'asystolie que d'un état infectieux concomitant soit rhumatismal, soit pleuro-pulmonaire, soit péricardique. Dans nombre de cas, on a pu reconnaître dans l'épaisseur du caillot et des parois veineuses la présence de divers microbes, le plus souvent des streptocoques ou des pneumocoques. Etant donnée sa grande rareté, il n'en est fait mention que dans diverses revues et publications médicales. Cependant elle constitue un tableau clinique intéressant par les circonstances spéciales au milieu desquelles elle évolue. Elle doit être soigneusement distinguée de l'œdème asystolique. Outre qu'elle se complique toujours d'infarctus pulmonaire, elle revêt d'ailleurs du fait de l'asystolie une allure particulièrement grave. Le traitement a peu d'action sur elle et malgré quelques cas de guérison, son pronostic, subordonné à l'état général, est presque toujours mortel.

L. GAYARD.

CHIRURGIE

Luxations par rotation de l'atlas. (Edred M. CORNER. *Ann. of surg.*, vol. XLV, n° 1, janv. 1907, p. 9-26.) — Les progrès de la radiographie montreront la véritable fréquence de ces lésions qui passent aujourd'hui méconnues. Aux 18 cas qu'il a trouvés dans la littérature, l'auteur en ajoute deux personnels. Il divise d'abord ces vingt cas en : 1° cas confirmés par une autopsie; 2° cas terminés par la guérison. Parmi les cas de la première classe, il y en a un seul où la luxation ne s'accompagnait d'aucune autre lésion, et encore ce cas est-il douteux. Avec une lésion de ce genre, l'artère vertébral du côté luxé court grand danger de déchirure ; 8 fois la luxation s'accompagnait à l'autopsie d'autres lésions : fracture de l'apophyse odontoïde le plus souvent (6 cas), fracture de l'atlas, du corps de l'axis, ou même de plusieurs vertèbres. La mort ne fut rapide que dans deux cas. Dans les 6 autres cas, elle arriva 23 jours, 11 semaines, 10 jours, ou 14 mois, après l'accident : deux fois, la luxation fut une trouvaille d'autopsie, ce qui ne s'accorde guère avec le pronostic rapidement fatal que l'on attribue d'ordinaire aux traumatismes cervicaux haut situés. Si l'on ajoute que dans aucun cas il n'y eut de symptômes paralytiques, on s'explique facilement pourquoi ces lésions restent fréquemment méconnues. Mais une mort subite a été une fois le résultat de la méconnaissance de la lésion et les longues survies parfois observées doivent nous faire tenir sur nos gardes au point de vue pronostic.

Sur les dix cas déterminés par la guérison, il n'y eut symptômes médullaires qu'une fois. L'odontoïde n'a été brisée qu'une fois aussi, ce qui contraste avec la fréquence de cette lésion dans les cas mortels. La difficulté de la déglutition, vue dans deux cas, s'explique probablement par une lésion de la

première ou de la seconde paires cervicales, troublant les fonctions du plexus pharyngien. La paralysie de l'hypoglosse (1 cas) trouve son explication dans une lésion concomitante du contour du trou occipital près du trou condylien postérieur.

Cliniquement dans ces cas, le cou est douloureux et raide. La tête est fléchie et tournée d'un côté, le menton regardant le côté où l'apophyse transverse de l'atlas est déplacée en arrière. L'étude de la limitation des mouvements peut, avec beaucoup de soin, amener à des conclusions sur l'uni ou la bilatéralité de la luxation. La tête peut être tournée par le malade un peu du côté de la lésion articulaire, mais pas du tout du côté sain. L'apophyse transverse de l'atlas déplacée ne peut plus être sentie à sa place normale à mi-chemin entre la pointe de la mastoïde et l'angle de la machoire. L'examen du pharynx, de préférence sous chloroforme, montre deux saillies : l'une est l'apophyse transverse de l'atlas déplacée en avant, l'autre, plus volumineuse, de l'autre côté est la partie de l'axis qui a été abandonnée par le déplacement en arrière de l'apophyse transverse de ce côté. Enfin, la radiographie latérale du cou donne des renseignements probants, mais n'est pas facile à interpréter, la radiographie de face ne donne rien. Ces luxations doivent être distinguées de la subluxation par rotation de l'atlas; c'est là une question de degré simplement. Les subluxations se réduisent toujours facilement dans le relâchement musculaire. Le diagnostic de la fracture de l'odontoïde est très important.

La réduction peut se faire spontanément sous chloroforme ou peut être aidée par des tractions légères sur la tête et le tronc. Si la réduction n'est pas possible, mettre dans un appareil plâtré. La guérison surviendra, mais avec limitation des mouvements.

F. GARDNER.

UROLOGIE

Contribution à l'étude des tumeurs de la vessie chez les ouvriers travaillant dans l'aniline. (L. SEIBERTH. *Munch. med. Wochens.*, 6 août 1907, n° 32, p. 1573.) — On sait que les ouvriers qui travaillent dans l'aniline, la nitrobenzine, la toluidine sont exposés à des accidents d'intoxication de gravité variable. Dans les cas les plus graves, on voit survenir en quelques heures une cyanose d'abord apparente au niveau des lèvres, puis de la fatigue, de l'oppression, de la dyspnée, des vertiges et enfin une perte complète de la connaissance. Par un traitement approprié, ces accidents peuvent s'atténuer et au bout de quelques jours on voit survenir une émission abondante d'urines contenant de l'hémoglobine. Celle-ci provient évidemment d'une forte destruction des globules rouges. L'aniline est transformée dans l'organisme en noir d'aniline et en composés voisins insolubles. Ce noir d'aniline, au moment où les accidents toxiques sont le plus intenses se retrouve presque dans chaque goutte de sang et aussi dans l'urine, sous forme de petites granulations brun noirâtre.

Ces accidents graves surviennent quand d'assez grandes quantités d'aniline ont été absorbées. Dans les intoxications lentes et chroniques les accidents sont beaucoup plus bénins. On observe un peu de polyurie, les urines présentent une coloration un peu foncée, les lèvres sont un peu cyanosées et le visage un peu pâle. Mais l'appétit est conservé et l'intoxiqué peut continuer son travail. Dans beaucoup de cas même l'intoxication ne se traduit par aucun symptôme. Ce n'est qu'au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années, que subitement un jour survient une hématurie. Pratique-t-on alors l'examen cystoscopique, on constate la présence d'une tumeur de la vessie.

C'est Rehn qui le premier a attiré l'attention sur ce fait en 1895, au Congrès de chirurgie de Berlin. Les tumeurs qu'il a eu l'occasion d'extirper étaient soit des papillomes, soit des tumeurs malignes; un de ses opérés succomba à une récidive.

Seiberth apporte cinq nouvelles observations. Les tumeurs de la vessie ont été extirpées par Schwerin chez des ouvriers de Höchst travaillant dans l'aniline. Dans les cinq cas les tumeurs siégeaient au niveau du trigone vésical.

L'examen histologique de ces tumeurs a montré à Seiberth que trois d'entre elles étaient des papillomes végétants et les deux autres des épithéliomas ayant déjà envahi les couches profondes de la muqueuse, mais n'ayant pas encore atteint la musculeuse. L'une de ces deux tumeurs malignes appartenait à un sujet qui succomba à une récidive.

La pathogénie de ces tumeurs est difficile à comprendre. Peut-être cependant faut-il invoquer une action irritante produite sur la muqueuse vésicale par les dérivés de l'aniline éliminés par l'urine.

A. LEMIERRE.

OBSTETRIQUE

Étiologie et traitement des hémorragies, survenant au cours de la grossesse et pendant le travail. (H. ARMANET. Th. de Paris, 1906; A. Michalon, édit.) — D'après l'auteur, voici quelle doit être la conduite d'un médecin, appelé auprès d'une femme atteinte d'hémorragie, au cours de la grossesse et pendant le travail :

Examiner le pouls de la malade.

Si le nombre des pulsations ne dépasse pas 100 par minute, ordonner le repos absolu au lit, et les injections vaginales à 50 degrés.

Ne pas négliger, en outre, les prescriptions propres à certains états (albuminurie), et s'assurer de la présentation longitudinale de l'enfant.

Lorsque le pouls dépasse et se maintient au-dessus de 100 pulsations, intervenir rapidement :

Rompre largement les membranes, placer s'il y a lieu un ballon de Champetier de Ribes, et vider le plus vite possible la cavité utérine.

Pas de tampon vaginal, ni d'ergot de seigle.

Enfin, si la femme a perdu beaucoup de sang, injections hypodermiques de sérum artificiel et compression de l'aorte.

Quelles que soient les causes et l'abondance de l'hémorragie, cette manière d'agir permettra, sinon de sauver toujours la vie de l'enfant, du moins de sauvegarder au maximum l'existence de la mère.

L. GAYARD.

THÉRAPEUTIQUE

Un cas de pleurésie avec épanchement, traitée par l'injection intra-pleurale de formaline. (Laurence D. CHAPIN. *The Boston med. and surg. Journ.*, 18 avril 1907, vol. CLVI, n° 16, p. 505.) — Il s'agit d'un malade sans antécédents spéciaux, présentant une pleurésie séro-fibrineuse abondante, ponctionnée cinq fois et se reproduisant avec une grande rapidité. L'épanchement très albumineux présentait la formule leucocytaire suivante :

Polymorphonucléaires neutrophiles....	40	p. 100
Lymphocytes........................	54	—
Cellules endothéliales...............	6	—

L'inoculation au cobaye resta négative, et aucun bacille tuberculeux ne fut trouvé dans l'épanchement et les crachats. Le malade présentait une toux opiniâtre, épuisante, ne se calmant que par des doses élevées de morphine. La température oscillait entre 37 degrés et 38°5.

Chapin eut l'idée, en présence de ce cas rebelle, d'injecter dans la plèvre une solution de formaline à 2 p. 100. Une fois le liquide évacué, on injecta 30 grammes de la solution contenant x gouttes de formaline. Le liquide se reproduisit d'abord très vite, puis après quelques jours, resta stationnaire et commença de décroître. Un mois apès l'injection, la guérison était complète. Depuis, elle n'a fait que seconfirmer. M. LANCE.

DOCUMENTS OFFICIELS

ARRÊTÉ MINISTÉRIEL RELATIF AUX CONCOURS POUR LA NOMINATION AU POSTE DE MÉDECIN EN CHEF DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE.

Le président du conseil, ministre de l'Intérieur,

Vu l'arrêté ministériel du 31 juillet 1907;

Vu le rapport du préfet de la Seine, en date du 31 août 1907;

Sur la proposition du directeur de l'Assistance et de l'hygiènes publiques;

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Un concours sera ouvert toutes les fois qu'il y aura lieu de pourvoir à un poste de médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, à l'exclusion des postes de directeur-médecin des colonies familiales, dont les titulaires continueront à être nommés comme par le passé.

ART. 2. — Par mesure transitoire, un poste sur deux sera réservé au fur et à mesure des vacances dans les asiles de la Seine aux directeurs-médecins des colonies familiales actuellement en fonctions.

ART. 3. — Les concours dont les opérations s'effectueront, à Paris, par les soins de la préfecture de la Seine sont annoncés au moins un mois à l'avance par des affiches qui sont apposées à Paris et dans la banlieue, dans les endroits publics les plus apparents; dans les départements, au siège de la préfecture et, s'il y a lieu, à la Faculté de médecine et à l'asile départemental d'aliénés.

ART. 4. — Sont admis à prendre part au concours les directeurs-médecins des colonies familiales de la Seine; les directeurs-médecins et médecins en chef et les médecins adjoints des asiles publics, asiles privés faisant fonctions d'asiles publics et quartiers d'hospices de France, à la condition qu'ils aient occupé effectivement un poste dans un de ces établissements pendant une période d'au moins deux ans et qu'ils n'aient pas dépassé l'âge de cinquante ans, au moment de l'ouverture du concours.

ART. 5. — Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter à la préfecture de la Seine (direction des Affaires départementales, service des aliénés, 1er bureau, 2, rue Lobau, Paris), pour obtenir leur inscription, en déposant les certificats ou diplômes constatant qu'ils remplissent les conditions d'exercice prescrites par l'article 4.

Les candidats absents de Paris ou empêchés peuvent demander leur inscription par lettre recommandée. Toute demande d'inscription faite après le jour fixé pour la clôture des inscriptions peut être accueillie.

ART. 6. — La liste des candidats admis à prendre part au concours est arrêtée par le ministre de l'Intérieur, après avis du préfet de la Seine, et close quinze jours avant la date de l'ouverture du concours.

ART. 7. — Dès que la liste des candidats est close, les membres du jury qui doivent être ainsi désignés conformément aux dispositions de l'article 9 sont tirés au sort par les soins d'une commission composée d'un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur, président; d'un délégué du préfet de la Seine et de deux membres délégués par la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département.

Chaque candidat peut se présenter à la préfecture de la Seine pour connaître la composition du jury.

ART. 8. — Tout degré de parenté ou d'alliance, jusque et y compris le sixième degré, entre un concurrent et l'un des membres du jury, ou entre les membres du jury, donne lieu à récusation d'office de la part de l'administration.

Si les concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée, par écrit et cachetée, adressée au préfet de la Seine. Les candidats ont cinq jours, à partir de la constitution définitive du jury, pour formuler leurs réclamations.

ART. 9. — Le jury est composé comme suit : Un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur, nommé par le ministre, président;

Un professeur ou agrégé, choisi par le ministre de l'Intérieur sur une liste de trois noms présentée par la Faculté de médecine de Paris;

Deux médecins en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine;

Un médecin en chef appartenant : soit à la maison nationale de Charenton, soit aux quartiers d'hospice de Bicêtre ou de la Salpêtrière, soit à l'infirmerie du dépôt près la préfecture de police;

Deux directeurs médecins ou médecins en chef des asiles publics des départements autres que la Seine.

Deux suppléants, dont l'un pris parmi les médecins en chef des asiles de la Seine, et l'autre parmi ceux des asiles des autres départements.

Les listes des médecins parmi lesquels sont tirés au sort les membres du jury sont arrêtées par le ministre, sur la proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, après avis du préfet, et ne doivent comprendre que des médecins comptant au moins cinq années de grade et n'ayant pas pris part aux opérations du précédent concours, aucun juge, sauf le président, ne pouvant faire partie de deux jurys consécutifs.

Sont adjoints au jury, avec voix consultative :

Le chef du service des aliénés de la préfecture de la Seine et le chef du premier bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'Intérieur.

En outre, un secrétaire administratif est désigné, par arrêté préfectoral, pour assister le jury dans les diverses opérations du concours.

ART. 10. — Si un membre du jury, pour un motif quelconque, ne peut assister à une séance du concours, il ne pourra plus continuer à siéger dans le jury dudit concours, mais le jury devra, pour délibérer, être composé de cinq membres au moins.

ART. 11. — Les épreuves du concours sont réglées de la manière suivante :

1° Une épreuve écrite de pathologie mentale, pour laquelle il sera accordé quatre heures;

2° Une épreuve clinique sur deux malades d'un service d'aliénés. Le candidat aura une heure pour l'examen des deux malades, vingt minutes de réflexion et trente minutes d'exposition;

3° Une épreuve écrite sur l'examen de deux aliénés dont l'un sera l'objet d'une consultation, l'autre l'objet d'un rapport

médico-légal. Il sera accordé au candidat trente minutes pour examiner chacun des malades et trois heures au total pour rédiger le rapport et la consultation;

4° Une épreuve écrite sur une question relative aux soins à donner aux différentes catégories d'aliénés, pour laquelle il sera accordé deux heures;

5° Une épreuve de clinique médicale ordinaire portant sur un malade. Il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen, vingt minutes de réflexion et vingt minutes d'exposition;

6° Une épreuve sur titres. Les points de l'épreuve sur titres sont donnés au début du concours.

ART. 12. — Le maximum des points attribués à chacune des épreuves est fixé à 30.

Dans le cas où le nombre des candidats ayant pris part aux deux premières épreuves est supérieur au quadruple du nombre des places, ces deux premières épreuves peuvent être considérées comme éliminatoires pour la moitié des candidats.

ART. 13. — La police générale du concours est confiée au jury qui détermine notamment les règles à appliquer au choix des compositions, à la lecture et à la remise des copies, désigne les services où doivent être subies les épreuves cliniques, fixe le choix des malades qui seront l'objet de ces épreuves, et prend toutes dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

ART. 14. — En dehors du jury et du secrétaire administratif, sont seuls admis dans les locaux consacrés aux épreuves écrites, les candidats appelés à prendre part au concours. Les épreuves orales sont publiques.

ART. 15. — A la fin de chaque séance, il est donné publiquement connaissance aux candidats du nombre des points qui leur sont attribués.

ART. 16. — Les candidats qui ont passé avec succès les épreuves du concours sont, en cas de plusieurs places vacantes, classés par le jury dans l'ordre de mérite; ils font alors choix des places à attribuer, suivant leur ordre de classement.

ART. 17. — Les arrêtés préfectoraux investissant les intéressés de leurs fonctions, les arrêtés ministériels déterminant le traitement à leur allouer, et la date de leur entrée en fonctions, sont pris dans les mêmes formes que les arrêtés relatifs aux médecins des asiles des autres départements.

ART. 18. — Les frais du concours sont à la charge du département de la Seine.

ART. 19. — Le directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques, au ministère de l'Intérieur, et le préfet de la Seine sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 11 septembre 1907.

G. CLEMENCEAU.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 107. — JEUDI 19 SEPTEMBRE 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 19 SEPTEMBRE 1907. — N° 107.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Ordre de passage :

1° *Candidats militaires* ;

2° *Anatomie.* — Deuxième moitié : deuxième, troisième et première séries.

Première moitié : première, deuxième et troisième séries.

Pathologie. — Première moitié : première, deuxième et troisième séries.

Deuxième moitié : deuxième, troisième et première séries.

JURY. — *Anatomie.* — MM. Pissavy, Ramond, Fredet et Baumgartner.

Pathologie. — MM. Riche, Ravaut, Guibé et Funck.

JOURS ET HEURES. — *Anatomie.* — Mardi, jeudi et samedi, à quatre heures.

Pathologie. — Lundi, mercredi et vendredi, à quatre heures trente.

NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 16 septembre 1907. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de la coxalgie. »

MM. Besset, 14 ; Lafaix, 12 ; Dentier, 2 ; Quartier, 9 ; Galliot, 11 ; Boutin, 13 ; Alphand, 4 ; Besançon, 15 ; Berger, 8 ; Béraud, 15 ; Bergès, 9 ; Brenot, 14 ; Carpanetti, 9 ; Benoist, 2 ; Blutel, 16 ; Bouley (Edouard), 12 ; Bouchon, 10 ; Bardet (Daniel), 8 ; Bourdeaux, 14.

Anatomie. — Séance du 17 septembre 1907 :

MM. Galiot, 13 ; Lafaix, 13 ; Quartier, 10 ; Porak, 15 ; Morlot, 13 ; Morigny, 12 ; Peroni, 13 ; Philip, 15 ; Morin (Pierre), 12 ; Roubeau, 14 ; Perelman, 9 ; Perochon, 15 ; Noël (Henri), 12 ; Mlle Monbiot, 15 ; MM. Morisson-Lacombe, 17 ; Œconomas, 5 ; Pépin, 6 ; Ohanianz, 15 ; Paloy, 14 ; Péchard, 15.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 19 septembre, suite de la deuxième moitié, deuxième série.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décision ministérielle du 12 septembre 1907, ont été affectés :

Par ordre au 2e rég. d'infanterie coloniale, à Brest : M. le médecin-major de deuxième classe Condé ;

A la direction des troupes coloniales (1er bureau) : M. le médecin-major de deuxième classe Rousseau.

MARINE. — M. le médecin de première classe Ardeber est désigné pour remplir les fonctions de secrétaire archiviste du conseil de santé du port de Rochefort.

M. le médecin principal C.-D. Aubry, du port de Brest, est désigné pour embarquer sur le *Jauréguiberry* (escadre de la Méditerranée).

M. le médecin principal Quédec, du port de Brest, est désigné pour embarquer sur le *Carnot* (escadre de la Méditerranée).

BOURSES DE DOCTORAT. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mercredi 30 octobre 1907.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 19 octobre, à quatre heures.

En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1901, les épreuves du concours consistent en compositions écrites.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie), ou une composition d'histologie; *b.* une composition de physiologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le deuxième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* une composition de médecine; *b.* une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le troisième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* une composition de médecine; *b.* une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements. — Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Les candidats qui justifient soit de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention *assez bien* au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

BUREAUX D'HYGIÈNE. — Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour les villes ci-après, dans les conditions respectivement déterminées par les arrêtés municipaux :

Bastia (Corse), arrêté municipal du 20 juillet 1907. Traitement : 4 000 francs.

Vienne (Isère), arrêté municipal du 28 mai 1907. Traitement : 3600 francs.

Les candidats ont un délai de vingt jours expirant le 7 octobre 1907, pour adresser au ministre de l'Intérieur leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

La demande doit préciser, notamment, la date de naissance du candidat et la date des diplômes obtenus; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre demander à être entendus par la commission du Conseil supérieur d'hygiène.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Lamarle (de La Bourboule).

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — *Enseignement pratique des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx.* — Sous la direction de M. le docteur Lermoyez, médecin des hôpitaux, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, les docteurs Paul-Laurens et Hautant, assistants du service, commenceront le lundi 11 novembre un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologiques.

Ce cours aura lieu tous les jours à huit heures et demie du matin; il sera complet en trente leçons. Les élèves seront exercés individuellement au maniement des instruments.

Le nombre de places étant limité, prière de vouloir s'inscrire d'avance, dans le service, auprès du docteur Paul-Laurens, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 71, 11 sept. 1907.) Paul Gallois : Accidents causés par des purgations et des lavements. — Doumeng : Pachyméningite hémorragique et hémorragies ventriculaires chez un disciplinaire de vingt-trois ans. Responsabilité? — (N° 72, 14 sept.) Kuss : Le « dispensaire de prophylaxie » de Liège. — Guinard : Adénites tuberculeuses traitées par la tuberculine. Essais de cuti-réaction. — Cotte : Tuberculose inflammatoire. Kyste du creux poplité d'origine tuberculeuse. — Noel : Le déplacement transméditerranéen du 27e de ligne.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 36, 5 sept. 1907.) — Heine : Diagnostic et traitement des iritis. — Cassirer et Bamberger : Un cas de polycythémie avec névrose hallucinatoire. — Westenhœffer : Contribution à l'anatomie pathologique de la pléthore vraie. — Veil : Nouvelles observations sur la recherche des bacilles et de l'agglutination dans le sang des typhiques. — Poljakoff et Choroschko : Polynévrite et bactérium coli. — Guttmann : Sur la recherche et l'appréciation du réflexe patellaire. — Neuhauser : Sur l'actinomycose des organes génitaux de la femme. — Schürmann : Déchirure du cou avec arrachement du larynx. — Bradt : Sur un cas de brûlure des organes du cou.

Medizinische Blætter. — (N° 36, 7 sept. 1907.) Hirsch : Sur l'insuffisance cardiaque. — Deutsch : Sur le traitement des affections pulmonaires.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 36, 8 sept. 1907.) Makara : Le traitement par l'hypérémie passive de Bier, en chirurgie.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (N° 10, sept. 1907.) Lucas-Championnière : La chirurgie du champ de bataille et des ambulances. Asepsie et antisepsie. — Barié : Asystolie splénique. Sur quelques indications de la digitale. — Méry : Sur quelques complications cardiaques de la fièvre typhoïde. Traitement de la coqueluche.

Journal des praticiens. — (N° 37, 14 sept. 1907.) Schwartz : Sur un cas de paralysie hystérique du membre inférieur consécutive à une rachistovaïnisation. — Méry : Les vomissements cycliques de l'enfance. — Chauffard : La myosite blennorragique. — Renault : Syphilides tertiaires. — Westermann : Les corps étrangers de la cornée.

Presse médicale. — (N° 73, 11 sept. 1907.) E. Palier : Le rôle joué par la souris dans la propagation des maladies à diplocoques et à colibacilles. — Legendre : Variations de structure de la cellule nerveuse. — (N° 74, 14 sept.) Gilbert et Herscher : L'urobilinurie n'est pas un signe d'insuffisance hépatique.

Revue scientifique. — (N° 10, 7 sept. 1907.) Schlœsing : Fixation de l'azote atmosphérique. Nouveaux engrais azotés. — Millocheau : La température du soleil. — Marchand : Les lésions de la folie.

LA FRAGILITÉ GLOBULAIRE

CHEZ CERTAINS

ICTÉRIQUES CONGÉNITAUX

Par MM. F. WIDAL et A. PHILIBERT.

Pour apprécier la résistance des hématies (1) à l'hémolyse, MM. Vaquez et Ribierre ont fourni une méthode très simple, aujourd'hui classique qui leur a permis de montrer que dans l'ictère la résistance globulaire est généralement augmentée. Cette méthode est basée sur la notation du début et de la fin de l'hémolyse dans une série de solutions chlorurées diversement graduées et contenant chacune une goutte de sang du malade.

En employant ce procédé, M. Chauffard (2) a montré récemment qu'au cours de certains ictères congénitaux existait une diminution notable de la résistance globulaire; l'ictère dans ces cas est donc bien réellement hémolytique.

Cette diminution est telle que pour l'apprécier M. Chauffard a dû modifier le titre de la solution couramment employée par MM. Vaquez et Ribierre. Ces auteurs ont établi que normalement l'hémolyse commençait dans un tube contenant XLIV gouttes de la solution chlorurée à 0,50 p. 100, plus VI gouttes d'eau distillée et se complétait en cinq ou six tubes. Or, le sang de certains malades atteints d'ictère congénital présente une telle fragilité globulaire que, pour obtenir le début de l'hémolyse, M. Chauffard a vu qu'il fallait partir, non de la solution à 0,50, mais de la solution à 0,70 p. 100.

Deux de ses sujets étaient des malades de notre service, le père et la fille, atteints d'ictère congénital et familial avec rate volumineuse et indurée. Avec la solution à 0,70 p. 100 de chlorure de sodium, il avait vu que l'hémolyse chez la fille commençait à 0,66 et qu'elle était totale à 0,34 en seize tubes. Chez le père, l'hémolyse commençait à 0,52 et se prolongeait pendant quinze autres tubes. Il y avait donc hémolyse précoce et prolongée dans les deux cas, mais, comme en témoignent les chiffres notés, la résistance globulaire était diminuée à des titres différents.

Depuis le travail de M. Chauffard, c'est-à-dire depuis huit mois, nous avons constamment suivi ces deux malades et nous avons fréquemment étudié leur résistance globulaire en employant la solution chlorurée à 0,70 p. 100.

Pendant cette longue période, la résistance globulaire de la fille n'a présenté que des variations peu sensibles. Elle a oscillé constamment entre 0,64 et 0,68, n'atteignant qu'une fois 0,70. La résistance globulaire du père est restée pendant plusieurs mois stationnaire. Au mois d'avril, quatre mois après l'examen de M. Chauffard elle était toujours au même chiffre de 0,52. Depuis deux mois, cette résistance a remarquablement diminué; quatre examens durant cette dernière période ont montré des oscillations entre 0,60 et 0,64.

Nous nous sommes demandé si cette fragilité globulaire attestée par le contact avec des solutions chlorurées artificielles ne pourrait pas être révélée par le contact avec des sérums humains. En d'autres termes, nous avons recherché si, en ajoutant une goutte de sang de notre malade à XXX gouttes du sérum ou du plasma fraîchement recueillis chez différentes personnes, et en plaçant le mélange à l'étuve à 37 degrés, on ne verrait pas apparaître, après quelques heures, un certain degré d'hémolyse.

Nous avons constaté que dans de telles conditions la fragilité globulaire pouvait encore se traduire par une lente hémolyse, mais le phénomène est inconstant, variable d'un jour à l'autre, variable même parfois le même jour, suivant les sérums employés, sans qu'on puisse toujours en saisir la raison.

Ainsi, nous recueillons un jour les globules du père et ceux de la fille, et nous les mettons séparément en contact avec quatre sérums humains recueillis le jour même. Après deux heures d'étuve à 37 degrés, les sérums n'ont pas perdu leur limpidité, mais après quatre heures on note un léger degré d'hémolyse qui s'accentue après huit heures. Douze jours plus tard, les globules du père et ceux de la fille sont mis en contact dans les mêmes conditions avec leurs propres sérums, réciproquement avec le sérum de chacun d'eux et enfin avec le sérum de trois malades pris au hasard dans notre service. Or, ce jour-là, les globules du père ne sont hémolysés par aucun des cinq sérums, et les globules de la fille ne sont hémolysés que par le sérum du père et par celui de l'un des trois malades; ils ne sont hémolysés ni par leur propre sérum, ni par celui des deux malades. Les globules de nos deux ictériques mis en contact à l'étuve à 37 degrés avec leur propre sérum ou alternativement avec le sérum de chacun d'eux, étaient tantôt hémolysés, tantôt ne l'étaient pas.

Les sérums de nos deux malades n'avaient pas sur leurs hématies correspondantes ou sur leurs hématies réciproques une action plus marquée que le sérum d'autres personnes bien portantes ou atteintes d'autres affections. En un mot, dans les sérums de ces deux ictériques, nous n'avons pu révéler aucune action hémolytique anormale, ni par leurs propres hématies ni pour d'autres hématies humaines; nous n'avons pu révéler davantage d'action antihémolytique.

C'est donc bien la fragilité globulaire, comme l'a montré M. Chauffard qui, dans certains cas d'ictères congénitaux, est la cause de la dissolution des hématies. Le processus est bien différent de celui qui, au cours d'autres maladies, aboutit à l'hémolyse. Ainsi chez les hémoglobinuriques c'est l'action dissolvante du plasma et non plus la fragilité globulaire qui, sous l'influence du froid, entraîne l'hémolyse, et cela par insuffisance d'antisensibilisatrice, comme l'un de nous l'a montré avec M. Rostaine (1).

(1) P. RIBIERRE. *L'hémolyse et la mesure de la résistance globulaire; application à l'étude de la résistance globulaire dans l'ictère*, Th. de Paris, 1905.

(2) A. CHAUFFARD. Pathogénie de l'ictère congénital, *Sem. méd.*, 16 janv. 1907.

(1) WIDAL et ROSTAINE. Insuffisance d'antisensibilisatrice dans le sang des hémoglobinuriques, Soc. de biologie, 18 fév. 1905.

L'hémolyse, qu'elle provienne de la fragilité globulaire ou de l'action dissolvante du plasma, peut aboutir à un même syndrome constitué par de l'ictère avec augmentation de volume de la rate. Ainsi, un cas d'ictère chronique splénomégalique observé il y a quelques années par Bettmann chez un ancien paludéen n'était peut-être qu'un cas d'hémoglobinurie dont les poussées répétées entretenaient un état subictérique avec augmentation de la rate.

Nous avons aujourd'hui dans l'épreuve de Donath et Landsteiner un moyen d'investigation qui nous permet de reconnaître avec certitude un cas d'hémoglobinurie, même en dehors des crises; nous n'avons pas manqué de rechercher chez nos deux malades la réaction qui la caractérise. Rappelons en quoi elle consiste. Si l'on mélange des globules humains quelconques avec le sérum ou le plasma oxalaté d'un hémoglobinurique, recueilli en dehors des crises, si on expose ce mélange pendant une demi-heure à o degré et si on le transporte ensuite pendant deux heures à l'étuve à 37 degrés, on constate après ce temps une hémolyse très nette. Si le mélange est placé directement à 37 degrés sans subir un refroidissement préalable, l'hémolyse ne se produit pas. Cette épreuve, fréquemment répétée en faisant agir les sérums de nos deux ictériques, sur leurs propres hématies ou sur d'autres hématies humaines, a toujours été négative. Que le mélange de plasma et de globules ait été porté directement à l'étuve ou qu'il ait subi un refroidissement préalable, sa coloration est toujours restée identique. Sur les globules de deux hémoglobinuriques le sérum de nos deux ictériques était sans action hémolytique et le sérum de ces deux hémoglobinuriques exerçait sur les globules de nos deux malades la même action que sur les autres hématies humaines.

De même que l'hémolyse *in vitro*, après action du froid, apparaît comme un stigmate constant chez les hémoglobinuriques, de même la diminution de la résistance globulaire apparaît comme un stigmate permanent chez certains ictériques congénitaux. Nous l'avons, en tout cas, toujours constaté chez nos deux malades depuis huit mois que nous les observons.

Le procédé de Vaquez et Ribierre modifié par M. Chauffard quant au titre de la solution chlorurée, a permis non seulement de dépister, mais encore de chiffrer la diminution de la résistance globulaire et de la mesurer ainsi avec une grande précision. La fragilité des mêmes globules dans les sérums est, nous l'avons vu, plus délicate à rencontrer; elle peut même certains jours ne pas se laisser dépister. Il nous a cependant paru intéressant de montrer que cette fragilité, au cours de certains ictères congénitaux, pouvait parfois être révélée, non seulement en milieux hypotoniques sous l'influence de l'eau distillée, mais encore sous l'influence de sérums sanguins.

PYONÉPHROSE FERMÉE

NÉPHRECTOMIE

Par M. JABOULAY,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Messieurs,

J'ai opéré il y a quelques jours devant vous un malade atteint d'une affection suppurée du rein gauche pour laquelle l'ablation de l'organe malade fut nécessaire.

Il s'agit d'un homme de vingt-sept ans, employé de commerce. Son passé est assez chargé. A douze ans, il eut une bronchite qui dura trois ou quatre mois et qui fut peut-être tuberculeuse. Cependant, depuis ce moment, le malade n'a pas été un tousseur habituel, et n'a pas eu de pleurésie.

A peine remis de cette affection pulmonaire, il contracta la scarlatine qui fut sévère; elle s'accompagna dans son décours de grands œdèmes qui persistèrent quelque temps. Le malade ne sait pas s'il eut de l'albuminurie, mais c'est infiniment probable, sinon certain.

Plus tard au service militaire, blennorragie d'ailleurs bénigne, qui fut bien soignée par des injections. Elle dura un mois et ne s'accompagna ni de phénomènes de cystite (pollakiurie, douleurs de la miction), ni d'accidents rénaux.

A la suite de cette urétrite, l'urètre fut parfaitement asséché, il n'y eut pas de goutte chronique.

L'année dernière, il y a huit mois, le malade étant en voyage ressentit, sans cause apparente et en pleine santé générale et urinaire, d'épouvantables douleurs dans la région lombaire gauche et dans l'hypocondre. Elles naissaient et mouraient sur place, ne s'irradiant ni vers le thorax, ni vers la ligne médiane, ni vers la cuisse ou les organes génitaux. La sensation douloureuse était constante et puis, par instants, c'étaient des paroxysmes insupportables au cours desquels le malade croyait recevoir des coups de couteau. En plus de ces douleurs, il faut noter qu'à ce moment il y avait de la pollakiurie, des douleurs au début et à la fin des mictions, mais pas de diminution notable de la quantité des urines et dans celles-ci ni sang, ni pus.

La crise en question dura huit jours, puis après une quinzaine de jours de convalescence le malade put reprendre son travail. Deux mois après, seconde crise douloureuse survenant brusquement comme la première, et affectant les mêmes caractères. Enfin, il y a trois semaines, nouvelle explosion de phénomènes douloureux toujours au même siège, mais avec cette variante cette fois-ci qu'il y eut de l'hématurie.

Cette hématurie, peu abondante du reste, survint à la fin de quelques mictions. Elle était donc terminale. Elle se composait de quelques gouttes de sang pur et aussi de quelques petits caillots allongés.

Pour la première fois la température fut prise et on trouva de la fièvre. Trois jours avant notre opération, notamment à la suite d'un frisson solennel

pseudo-paludéen, le médecin appelé constata la température de 41°4. Dans le service, cet homme a eu une température progressivement ascendante de 38 à 39 degrés jusqu'au jour de l'intervention.

Son médecin nous l'a envoyé pour un calcul du bassinet, et cependant je dois vous dire à ce propos, qu'il n'y eut jamais d'émission de calculs par l'urètre ni même de sable lithiasique.

En résumé, Messieurs, vous devez retenir dans les antécédents de cet homme qu'il a eu une *bronchite* de longue durée, peut-être *tuberculeuse*, et qu'il a contracté deux maladies frappant souvent le rein, la *scarlatine* et la *blennorragie*.

Vous avez pu voir cet homme avant son opération. Son état général était satisfaisant. Il était gros et gras. En raison de ses antécédents pulmonaires, nous l'avons ausculté avec soin, mais nous n'avons rien trouvé d'anormal dans son appareil respiratoire. Rien du côté du cœur : pas de souffle, pas de bruit de galop.

Les urines ont été soigneusement recueillies. Pendant trois jours leur volume moyen fut d'un litre. Leur coloration était un peu foncée; il y avait de temps en temps un trouble léger dû à des urates et des phosphates en excès, car l'addition d'eau chaude le faisait disparaître. Nous y avons trouvé un peu d'albumine, qui, vu ses faibles proportions, n'a pas été dosée. L'urée a été trouvé de quantité normale, pour un homme couché, alimenté avec du lait et des potages. La quantité pour les vingt-quatre heures était de 22g5. Nous n'avons constaté ni pyurie, ni hématurie.

Au point de vue génital, il n'y a pas de varicocèle, pas d'induration de l'épididyme ou des canaux déférents. Rien au toucher rectal du côté des vésicules. Par le même moyen d'exploration, il n'a pas été constaté de sensibilité exagérée des uretères.

Du côté de l'abdomen, il n'y a rien d'extraordinaire à la vue; mais la palpation du flanc et de l'hypocondre gauches était très douloureuse; elle éveillait immédiatement de la contracture de défense.

La recherche du ballottement rénal était des plus positives; on sentait de la sorte une grosse tumeur du volume de deux poings réunis, mobile avec la respiration, et de consistance dure. La douleur était très vive durant cette recherche. Disons enfin que la percussion abdominale révélait de la sonorité en avant d'elle.

L'examen de la région rénale droite était négatif.

Quelle était cette tumeur abdomino-lombaire? Il ne pouvait pas s'agir d'un *abcès par congestion* qui eût été immobile pendant la respiration et qui, d'autre part, se serait accompagné de phénomènes vertébraux.

L'hésitation n'était permise qu'entre un *rein* et une *rate*.

L'absence de matité à cheval sur le thorax et l'abdomen, la non-constatation d'un bord interne tranchant et dentelé, laissaient à penser que la rate n'était pas en cause.

Il ne pouvait donc s'agir que d'un rein. Mais de quelle affection cet organe était-il atteint?

Ce ne pouvait être une *tumeur maligne*; car il n'y avait pas de varicocèle, signe de haute importance; et la température élevée n'existe pas dans le cas de cancer rénal.

L'*hydronéphrose intermittente* par rétrécissement congénital de l'uretère à son origine ou par rein mobile peut donner de grandes douleurs, analogues à celles observées. Mais il s'agit alors le plus souvent d'une femme; c'est le côté droit qui est atteint, les crises douloureuses se terminent par une abondante émission d'urine qui n'a pas été remarquée. Enfin elle ne s'accompagne pas de fièvre.

Les *calculs du bassinet*, auxquels on avait songé, provoquent des douleurs irradiées du côté du testicule. En pareil cas, il y a souvent émission de petits graviers et il n'y a pas une tumeur rénale de pareille importance.

Nous avons pensé qu'il s'agissait d'une *pyonéphrose* et qu'elle était *fermée*. Le gros rein, la température élevée, les douleurs intenses spontanées et provoquées, l'absence de pus dans les urines, étaient bien d'accord avec cette hypothèse. Au sujet de la cause, la nature tuberculeuse paraissait la plus probable, la blennorragie antérieure ayant facilité la localisation du bacille de Koch sur le parenchyme rénal. Quant à l'albuminurie, elle ne pouvait être rapportée, étant donnée l'occlusion de l'uretère gauche, qu'à une lésion du rein droit, et nous rapportions à la scarlatine antérieure ce symptôme.

Nous n'avons fait ni séparation des urines, ni cathétérisme de l'uretère. Ces deux procédés d'examen étant inutiles, du fait de la séquestration spontanée de l'un des reins.

Voici l'organe enlevé. Il s'agissait bien d'une pyonéphrose fermée. Le rein était transformé en une cavité remplie de pus; la substance rénale est très amincie et atrophiée. Il y a une série de loges séparées par des travées correspondant aux pyramides détruites. La fonction sécrétoire de cette coque aurait été certainement bien précaire et peu utile à l'organisme. D'ailleurs, l'uretère étant oblitéré, le résultat certain eût été une fistule lombaire uro-purulente.

S'agissait-il de tuberculose? Sur l'examen macroscopique il est difficile de se prononcer. Un fragment présentant un petit tubercule a été inoculé au cobaye; un autre a été prélevé pour l'examen histologique. Dans quelques jours nous serons donc fixés.

Je reviens sur la marche de l'affection, pour vous dire les complications qui auraient pu surgir si le malade avait été laissé à lui-même.

La cavité close purulente n'aurait pas tardé à se perforer, et l'atmosphère graisseuse périrénale eût été ensemencée. Il en serait résulté un abcès périnéphrétique qui eût pu se diriger soit du côté du thorax et perforer la plèvre, soit du côté du triangle de J.-L. Petit, où il se serait fistulisé. Au cours de cette suppuration, l'état général se serait altéré; de la pyohémie avec abcès métastatiques aurait pu survenir ainsi que de la septicémie. Le malade avait peu à redouter l'infection du reste de ses voies urinaires à cause de l'oblitération de l'uretère; de ce chef il n'avait pas à craindre la cystite, puis la pyélo-néphrite ascendante du côté droit.

La résultante de l'abstention eût été presque certainement la mort. Il fallait donc intervenir. Mais comment? Plusieurs moyens s'offraient pour cela :

La ponction du rein,
La néphrotomie,
L'exclusion du rein,
La néphrectomie.

La ponction, opération hasardeuse n'aurait été que palliative, et nous l'avons rejetée.

La néphrotomie, bonne opération, a été notre première pensée. Les premiers temps de l'opération lui ont correspondu. Nous avons donc incisé la paroi abdominale postérieure suivant une ligne étendue de l'angle costo-lombaire à l'épine iliaque antérieure et supérieure, le long de la masse sacro-lombaire.

Nous sommes arrivés ainsi à la capsule adipeuse périrénale, qui était normale. La présence de mouvements du rein au cours de la respiration avait d'ailleurs pu nous permettre de diagnostiquer cette particularité avant l'intervention. Le rein fut donc découvert, et grâce au secours d'un aide qui le refoulait par l'abdomen, d'avant en arrière, il fut facile de l'avoir tout entier dans la main. Sa coloration était normale, il était doublé de volume; je l'incisai et un flot de pus chaud s'écoula à l'extérieur. Le doigt introduit par la brèche reconnut l'absence de calcul, et une sonde cannelée, glissée sur lui, butta contre une oblitération de l'uretère. J'examinai alors l'état du parenchyme; et devant ses lésions, je conclus à l'ablation de l'organe inutile. Deux clamps furent placées sur le pédicule, et le rein fut enlevé. Je laissai une petite partie de substance rénale au niveau des pinces à cause de l'induration de la région du bassinet qui m'empêcha d'attirer complètement le rein au dehors. Les pinces furent laissées en place et la plaie tamponnée.

L'exclusion rénale, qui consiste dans la ligature de l'uretère avec néphrostomie, amène l'atrophie du parenchyme rénal. C'est l'opération que nous aurions faite si nous avions pratiqué la néphrotomie, puisque l'uretère était déjà oblitéré.

Nous avons dit pourquoi nous ne nous étions pas arrêtés à cette opération.

Les suites ont été simples. Le malade a été immédiatement soulagé. La quantité des urines, qui avait d'abord fléchi, tombant à 6 ou 700 grammes en vingt-quatre heures, par suite d'un réflexe inhibiteur commun après la néphrectomie, s'est relevée après quatre jours jusqu'à 1 500, 2 000 et 3 000 centimètres cubes par vingt-quatre heures.

Enfin l'albuminurie a disparu au bout de huit jours.

A propos de cette néphrectomie, je vous signale l'avantage qu'il y a, dans la découverte lombaire du rein à ménager les nerfs grand et petit abdomino-génital qui se présentent au bistouri.

Lorsqu'ils sont sectionnés, on remarque la paralysie de la moitié correspondante des muscles abdomino-pariétaux, de l'anesthésie douloureuse dans le flanc, tous phénomènes pénibles qui durent un an environ jusqu'à la régénération.

En résumé, nous pensons avoir eu à faire à une tuberculose rénale, de marche anormale, frappant d'emblée le rein sans affecter la vessie et procédant par bonds successifs avec euphorie intermédiaire.

Comme autre forme anormale de bacillose rénale, je vous signale plusieurs cas que nous avons observés dans notre salle de femmes où l'affection a pris le masque du mal de Bright. Dans un cas notamment où il y avait des hématuries profuses, il a suffi de pratiquer la décapsulation rénale pour voir les urines reprendre leur coloration habituelle, et l'albuminurie constatée, auparavant, disparaître.

Il s'agissait d'une malade qui fut traitée par divers chirurgiens pour une cystite; l'un d'eux même entretint une boutonnière vésico-vaginale pendant quatre mois.

Comment agit la capsulectomie rénale dans ce cas? Est-ce, comme les Américains l'ont pensé, en provoquant une néoformation vasculaire, périrénale? Non; car l'amélioration, qui est immédiate, n'attend pas l'apparition des néo-vaisseaux évidents au bout d'un certain temps.

L'opération agit simplement sur le système sympathique rénal et, par son intermédiaire, sur la circulation de l'organe.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
DÉRIVÉS DE L'ACIDE SALICYLIQUE
« L'ÉTHER SALICYLIQUE DU BORNÉOL : LE SALIT »

Par le docteur A. LÉMONON (de Belley),
Médecin aide-major de première classe.

Depuis les travaux déjà anciens de G. Sée et de Stricker, promoteurs de la médication salicylée, tout a été dit et écrit en France comme à l'étranger, sur ses avantages dans le traitement du rhumatisme. Que l'on admette pour celui-ci l'antique théorie de la diathèse rhumatismale ou qu'on se rallie à celle plus moderne de l'arthritis; qu'on envisage l'existence encore bien hypothétique d'un agent infectieux propre ou celle de simples troubles de la nutrition, l'immense majorité des praticiens demeure d'accord sur l'action bienfaisante des sels ayant à leur base l'acide salicylique.

Ce n'est pas que l'emploi de ces derniers demeure toujours sans inconvénients, qui, eux-mêmes, ne proviennent pas d'un emploi irraisonné ou de l'application de doses excessives, mais qui sont dus à leur constitution propre, et portent en eux-mêmes le germe d'une nocivité trop souvent constatée.

Nous ne nous étendrons pas ici sur les troubles inhérents à l'ingestion de doses, même minimes en apparence, de salicylate de soude, troubles parfois intolérables, sinon fatals. Il suffit de rappeler les études de Lépine et celles de G. Sée incriminant à juste titre l'action congestive de ce sel sur la glande hépatique. Il est du reste reconnu que le salicylate exerce une action puissante sur les centres vaso-dilatateurs du bulbe (1).

Ce serait tomber dans d'inutiles redites que de parler des troubles auditifs, visuels, sympathiques, allant de l'halluci-

(1) CHAUVEAU. Soc. de biol., 1879, cit. Oltramare.

nation simple au délire et même au collapsus, toutes observations trop connues et relevées dans tous les classiques.

Beaucoup ont, de plus, et avec quelque apparence de raison, accusé le salicylate de localiser sur le viscère cardiaque l'effort de la maladie.

On conçoit donc aisément que celui de la thérapeutique se soit porté du côté des préparations salicylées, d'application externe.

On sait que, d'une façon générale, l'indication de ces compositions est à peu près la même que celle du salicylate de soude, et que, d'autre part, elles n'en offrent pas les inconvénients.

Toutefois il est difficile et presque impossible d'en user dans certains cas, tels que le rhumatisme articulaire aigu. La douleur « exquise », développée au moindre contact dans les tissus péri-articulaires et ne permettant souvent même pas le contact d'un tissu, vient arrêter la main du médecin.

Aussi, dans l'étude succincte du nouveau produit qui nous occupe ici, n'envisagerons-nous particulièrement que l' « état douloureux rhumatismal ou névralgique », local ou généralisé, de beaucoup le plus fréquent. Il est en effet de notion courante dans le milieu médical que nombre de malades viennent consulter pour ce qu'ils nomment vulgairement « leurs douleurs », bien plus que pour les cas francs de rhumatisme aigu.

Dans cet ordre d'idées, l'arsenal thérapeutique, voire empirique, est richement doté de produits plus ou moins actifs, à base le plus souvent salicylée.

Parmi ceux-ci, le salicylate de méthyle occupe la place prépondérante.

Produit actif de l'huile de gaulthérie, il en constitue la presque totalité. Bien que possédant sur son essence originelle de très notables avantages, il demeure néanmoins d'emploi fort incommode, ne serait-ce que par son parfum trop pénétrant, objet, surtout dans la clientèle féminine, de nombreuses contre-indications.

D'autre part, l'action directe en est mal assurée, l'enveloppement imperméable mal observé, et l'obligation de le maintenir par un pansement difficile dans sa tolérance et son acceptation.

La clinique nous a depuis longtemps appris que la douleur dans l'arthrite rhumatismale est, le plus souvent, extra-articulaire et que les tissus environnants en constituent le véritable siège. D'où la notion de l'emploi des liniments, pommades et onctions diverses destinées à frapper le mal « in loco dolenti ».

Dans toutes ces préparations, le salicylate de méthyle persiste à conserver ses propriétés odorantes à l'excès. Il y joint de plus des tendances irritatives suffisantes pour en proscrire souvent l'emploi.

Un produit nouvellement créé, le salit (de Heyden), paraît remédier à ces inconvénients. Ce n'est autre chose que l'éther salicylique du bornéol, dérivé du camphre dont le bornéol représente l'alcool correspondant.

La formule du salit est $C^{10}H^{17}OCOC^{6}H^{4}OH$. On sait que l'acide salicylique s'énonce $C^{6}H^{4}(OH). CO. OH$.

Le salit se présente sous la forme d'un liquide huileux, de densité à peu près égale à celle de l'huile d'olive dont il a l'indice de réfraction.

D'aspect transparent, de couleur jaune brun, l'odeur en est absolument « sui generis » et nullement pénétrante.

Le salit est soluble en toute proportion dans l'alcool et les corps gras. Il n'est pas soluble dans l'eau et fort peu dans la glycérine.

En frictions légères, il est aisément absorbé par les téguments sur lesquels il produit une légère sensation de chaleur, sans irritation locale. Nous n'avons jamais observé d'érythème.

Nous avons pu réunir de nombreuses observations à l'hôpital de Belley (Ain) où, de par la nature marécageuse du pays, abondent les cas de rhumatisme. Si le rhumatisme articulaire aigu y est relativement rare, par contre les arthrites chroniques s'y observent à foison.

Sans entrer dans des détails minutieux d'observation, nous avons eu l'occasion de traiter plus d'une centaine de cas de la plus tenace chronicité au cours de l'hiver et du printemps précédents.

La guérison en apparence complète a été la règle pour 65 à 70 p. 100 des cas. Toujours, il y a eu amélioration.

Au point de vue des douleurs des névralgies sciatique et intercostale, il a donné de bons résultats. Nous avons traité avec succès un cas de zona rebelle.

Mais les meilleurs résultats ont été obtenus dans les cas de rhumatisme articulaire et de tendo-vaginite chronique.

Quelques observations méritent d'être relatées, entre autres une auto-observation.

Observation I. — L..., docteur en médecine. Tempérament arthritique accentué. Nombreuses atteintes légères de rhumatisme musculaire. Tendo-vaginite achilléenne du talon droit durant depuis plusieurs années et rendant la marche presque impossible en hiver ou temps humide.

Pommade salicylée demeurant sans action aucune. Intolérance gastrique pour le salicylate de soude.

Frictions quotidiennes au salit pendant une semaine environ ; guérison radicale.

Obs. II. — B..., vingt-deux ans, chirurgien-dentiste diplômé. Arthritique déjà avancé. Se fait au cours de l'hiver une fracture du péroné droit au tiers inférieur. Guérison avec cal légèrement hypertrophique et très hygrométrique. De plus, arthrite du genou du même côté. Le salit est employé pendant une dizaine de jours. Guérison des accidents douloureux. Au moment des pluies, le malade frictionne préventivement la région du cal avec du salit. Aucun retour de la douleur.

Obs. III. — P..., vingt-quatre ans, cultivateur. Souche arthritique accentuée. A toujours accusé quelques douleurs. En mai 1907, crise violente de rhumatisme musculaire dans les deux membres inférieurs, surtout aux muscles quadriceps. Le repos au lit et l'administration de doses élevées de salicylate n'amènent guère de soulagement. On pratique des frictions au salit pendant quatre à cinq jours. Guérison rapide.

Obs. IV. — B..., vingt-quatre ans, infirmier. Antécédents analogues au précédent. Histoire à peu près semblable, sauf le siège du rhumatisme qui frappe les deux bras. Impotence fonctionnelle assez marquée ; douleurs vives. Le salit donne une parfaite guérison.

Il serait facile de multiplier les observations de ce genre. Nous avons surtout eu en vue de détailler un peu ces quatre cas assez différents.

En particulier, l'action du salit (de Heyden) sur les cals douloureux hygrométriques paraît démontrée.

Nous l'avons employé, soit pur, soit étendu de deux volumes d'huile d'olive stérilisée. Il importe, dans le mode d'emploi, de bien assurer la pénétration du médicament dans le tégument.

Nous avons essayé l'emploi dans quelques cas de rhumatisme aigu, mais toujours en l'alliant au salicylate de soude : aussi l'épreuve n'est-elle pas tout à fait concluante.

Au point de vue des lésions viscérales, notamment du cœur, il ne semble pas posséder d'action directe. Celle-ci se réserve

pour les cas divers d'arthropathies, de névralgies, de tendinites où les cas de guérison sont des plus nombreux.

En résumé, nous croyons pouvoir affirmer, appuyé sur de nombreuses preuves, l'action bienfaisante de ce nouveau médicament, d'emploi facile, de valeur marchande minime, et d'une innocuité absolue.

Nous croyons aussi avoir été le premier en France à expérimenter sur une assez vaste échelle ce nouveau produit déjà employé en Allemagne, particulièrement en Saxe, à Dresde par le professeur Walter Schmidt et P. Müller, qui paraissent depuis 1904 l'avoir employé avec grand succès (1).

ANALYSES

CHIRURGIE

Tumeurs de l'os hyoïde. (Randolph WINSLOW. *Southern surg. and gynecol. Assoc.*, 14 déc. 1906.) — L'auteur ajoute un cas personnel aux cinq déjà publiés dans la littérature. Il y a trois cas de tumeurs malignes et trois cas de tumeurs bénignes. Toutes réclament l'extirpation de l'os avec une certaine quantité de tissu environnant. Le cas personnel était un sarcome de l'os hyoïde propagé au larynx chez un homme de quarante-cinq ans. Le malade entra à l'hôpital présentant une forte dyspnée. Treize ans auparavant, on avait extirpé une petite grosseur développée sur le côté de l'os hyoïde, et la plaie guérit en six jours. Trois ans après la tumeur commença à récidiver, et le malade la garda dix ans avant d'aller à l'hôpital. La voix était changée, il y avait de la dyspnée avec cornage, toux et dysphagie ; le pouls était rapide et faible. Il y avait une tumeur plus saillante du côté gauche de l'os hyoïde que du côté droit; elle était globuleuse, du volume d'un œuf d'oie, dure et mobile, non douloureuse. Une trachéotomie d'urgence fut faite contre la dyspnée : l'état général s'améliorant et le malade le désirant, on tenta l'ablation de la tumeur. A l'aide de l'anesthésie par la morphine-scopolamine et de la cocaïne, localement, on enleva, le malade étant conscient, l'os hyoïde, la base de la langue, le larynx entier et une partie du pharynx. Guérison opératoire, mais récidive rapide et mort en huit semaines. A l'autopsie, métastases thoraciques étendues; au microscope, sarcome globo-cellulaire. F. GARDNER.

De la sacro-coxalgie chez l'enfant (arthrite tuberculeuse sacro-iliaque). (BARBÉ. Th. de Paris, 1906; Bonvalot-Jouve, édit.) — L'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque ou sacro-coxalgie est très rare chez l'enfant.

Cela tient surtout à ce fait anatomique : que les points épiphysaires marginaux sacrés et iliaques n'apparaissent qu'à partir de l'âge de seize ans; les agents infectieux se localisant de préférence dans les points où l'ossification est la plus active, c'est-à-dire de la cavité cotyloïde.

Le traumatisme, comme dans toutes les autres tuberculoses ostéo-articulaires, paraît avoir une influence secondaire.

La tuberculose sacro-iliaque est le plus souvent secondaire à un mal de Pott lombo-sacré.

Les lésions anatomo-pathologiques sont banales. L'appareil ligamenteux n'est jamais complètement détruit.

Les fongosités, par suite de la difficulté qu'elles rencontrent à pénétrer dans cette articulation très serrée, sont périarticulaires.

Les abcès sont postérieurs ou antérieurs. Ils offrent une grande ressemblance avec ceux du mal de Pott. Ils sont parfois récurrents.

Les abcès antérieurs peuvent envahir le tissu cellulaire qui entoure le rectum, et s'ouvrir dans la cavité rectale.

Dans les formes partielles on observe rarement des ostéophytes, de l'hyperostose périphérique. Il y a simplement ankylose, soudure des deux os. Le bassin présente les déformations du bassin oblique.

Deux formes cliniques :

1° Typique : α. secondaire à un mal de Pott; β. primitive. Avec, comme symptômes des douleurs, de la contracture, une claudication tout à fait particulière, propre à la sacro-coxalgie et que M. Broca appelle « claudication salutante », des attitudes vicieuses, du raccourcissement apparent des membres inférieurs, des abcès, etc.;

2° Forme fruste : Sciatique persistante, rebelle, symptomatique, de même ordre que les pseudo-névralgies du mal de Pott. Sciatique suivie à longue échéance d'abcès lombo-fessier, qui permet de faire un diagnostic rétrospectif, alors que les douleurs, la claudication, l'impotence ont disparu.

La tuberculose sacro-iliaque est une affection fort longue.

Le pronostic est beaucoup moins sombre pour les sacro-coxalgies atténuées, sauf celles qui coexistent avec le mal de Pott lombo-sacré.

La guérison par ankylose est rare, elle donne lieu à des rétrécissements du bassin, à la déformation dite oblique ovalaire de Nœgelé.

Le diagnostic est obscur à la première période, tant qu'il n'existe pas de douleurs. C'est surtout avec le mal de Pott et la coxalgie qu'il importe de faire le diagnostic, qui est parfois difficile à établir.

Avec l'ostéo-sarcome, le diagnostic ne pourra se faire que par l'évolution rapide et la généralisation.

Le traitement consiste dans l'immobilisation dans le décubitus dorsal très prolongée.

L'application d'un corset plâtré est très efficace.

L'extension continue n'a pas grande valeur.

Les abcès seront évacués, incisés, curettés, les séquestres et les parties malades enlevés. On devra intervenir avant la fistulisation.

Dans les formes frustes chez l'enfant, il n'est pas nécessaire d'intervenir prématurément, les lésions tuberculeuses légères ayant une tendance très marquée à évoluer vers la guérison spontanée. L. GAYARD.

SYPHILIGRAPHIE

Sur un cas de syphilis congénitale de l'intestin grêle avec remarques sur la signification étiologique du spirochæte pallida. (Eugène FRANKEL. *Munch. med. Wochens.*, 6 août 1907, n° 32, p. 1576.) — Fränkel rapporte l'histoire d'un enfant né à terme, d'une mère en apparence indemne de syphilis, ne présentant lui-même aucune manifestation syphilitique, et qui mourut cinq jours après sa naissance, avec des symptômes de péritonite.

L'autopsie montra au niveau du jéjunum des ulcérations atteignant en certains points la séreuse; de plus, on voyait dans la même région au niveau de la muqueuse des saillies aplaties, invisibles quand on regardait l'intestin du côté de la séreuse.

Les anses intestinales au niveau desquelles existaient ces

(1) *Munch. med. Wochens.*, 1904, n° 15, et *Deuts. med. Wochens.*, 1906, n° 3; — *Beit. z. externen Salicylsäure Behand.*, Salit (von Heyden).

lésions étaient distendues et adhérentes entre elles par des fausses membranes.

Les autres viscères étaient sains.

L'aspect des altérations intestinales et de la péritonite mettait hors de doute ce fait que les lésions avaient commencé à se développer pendant la vie intra-utérine.

Enfin l'examen des côtes de l'enfant permit de constater l'existence d'une ostéochondrite évidemment de nature syphilitique.

On pratiqua alors la recherche des spirochètes de Schaudinn au niveau des lésions intestinales, et cette recherche fut couronnée de succès. Tout d'abord il faut noter que la présence du microorganisme ne fut constatée que dans les lésions et aucunement dans les parties saines de l'intestin.

L'examen des points où la muqueuse présentait une simple tuméfaction sans ulcération permit de voir que les spirochètes occupaient la périphérie des lésions; ils étaient si nombreux à ce niveau qu'on les voyait même à un faible grossissement former des lignes noires entourant les glandes de Lieberkühn et les capillaires de la sous-muqueuse.

Dans la tunique musculaire de l'intestin on constatait encore quelques spirochètes dans la couche circulaire, mais ils faisaient complètement défaut dans la couche longitudinale. De même il était impossible d'en déceler dans les couches superficielles de la muqueuse.

C'est donc au niveau des couches profondes de la muqueuse et dans la sous-muqueuse que les spirochètes existaient en plus grand nombre.

En ces points, on en constatait dans les parois des artérioles et dans les parois des glandes de Lieberkühn; il a même été possible d'en apercevoir dans la lumière de certaines glandes.

En ce qui concerne les ulcérations intestinales, les spirochètes faisaient complètement défaut dans le fond des ulcérations; ils étaient, par contre, très nombreux au niveau des bords et affectaient, par rapport aux différentes parties de la paroi intestinale, les rapports que nous avons décrits pour les points non ulcérés.

A. LEMIERRE.

OBSTETRIQUE

Contribution à l'étude du diagnostic de l'avortement. (Béra. Th. de Paris, 1907; Jules Rousset, édit.) — Le diagnostic de l'avortement est toujours subordonné au diagnostic de l'existence de la grossesse.

La grossesse étant certaine, on se basera pour affirmer l'avortement sur : 1° l'hémorragie abondante dès le début; 2° les contractions utérines douloureuses; 3° le col utérin entr'ouvert; 4° l'élimination des débris ovulaires.

L'avortement est-il évitable ou inévitable? Il ne devient inévitable que lorsque le fœtus est mort, ou que les membranes sont rompues.

Le diagnostic de l'avortement complet ou incomplet est tiré : 1° de l'amélioration de l'état de la femme; 2° des constatations faites par : *A.* l'examen soit direct, soit microscopique de tout ce qui a été expulsé; *B.* le cathétérisme et le toucher intra-utérin.

L. GAYARD.

NEUROLOGIE

De la pathologie nerveuse et mentale chez les anciens Hébreux et dans la race juive. (W. Wulfing-Luer. Th. de Paris, 1907; Steinheil, édit.) — L'étude clinique de la pathologie nerveuse et mentale des Juifs n'existe pas encore; et tous les travaux consultés par l'auteur sur ce sujet ne sont établis que sur des statistiques dressées dans les services et asiles.

Les Juifs semblent être peu sujets aux lésions organiques du cerveau et de la moelle.

Par contre, les lésions fonctionnelles du cerveau et de la moelle, notamment les névroses (surtout l'hystérie et la neurasthénie) et les psychoses se rencontrent très fréquemment chez les Juifs, et dans des proportions plus fortes que chez les autres peuples.

Les névroses des Juifs ne semblent pas présenter de caractères spéciaux et les symptômes observés sont ceux qui sont décrits par les auteurs.

Quant aux troubles mentaux, ils paraissent offrir un pronostic plus sombre chez les Juifs. En tout cas, ils sont prédisposés à la folie et à la paralysie générale.

Il semble que l'on puisse rattacher ces dispositions à certains caractères de la race tenant à la consanguinité fréquente des mariages, aux professions commerciales et intellectuelles vers lesquelles elle s'oriente le plus souvent, à son genre de vie dans les agglomérations et au surmenage cérébral et psychique qui en est le corollaire. Peut-être pourrait-on dire que les persécutions auxquelles la race fut en butte de tous temps, et l'isolement dans lequel les Juifs furent tenus de vivre, sont les deux causes essentielles qui dominent cette étiologie.

L. GAYARD.

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude physiologique du collinsonia canadensis. (Jean Abal. Th. de Paris, 1907; Jules Rousset, édit.) — Le collinsonia canadensis contient un glucoside de la famille des saponines et une résine.

Chez les animaux l'extrait alcoolique de la racine détermine à dose faible de l'hyperexcitabilité nerveuse; à fortes doses, à cette hyperexcitabilité succèdent de la dépression, puis de la paralysie d'origine centrale accompagnées de troubles circulatoires et de phénomènes d'irritation sur les appareils glandulaires.

Le glucoside agit sur l'appareil circulatoire d'une façon analogue à celle des saponines, et à doses modérées il peut être considéré comme un toni-cardiaque faible; à doses plus considérables, ce sont les effets irritants qui prédominent et sont caractérisés chez les animaux à sang froid par des phénomènes d'asystolie alternant avec des phases de ralentissement avec augmentation considérable de l'énergie systolique; chez les animaux à sang chaud, par une chute brusque de la pression sanguine avec ralentissement et augmentation d'énergie des contractions cardiaques.

La résine possède une action irritante moindre, elle détermine surtout de l'accélération des battements cardiaques.

Les deux substances, mais spécialement la résine, exercent une action excitante sur les diverses sécrétions glandulaires gastro-intestinales et provoquent une diurèse abondante déterminée par les modifications circulatoires et probablement aussi par irritation de l'épithélium rénal. En même temps on constate une légère augmentation des diverses substances éliminées par l'urine.

Le collinsonia canadensis est fort utilisé dans l'Amérique du Nord comme diurétique.

L'étude des propriétés physiologiques de ses divers constituants permet d'interpréter ces effets thérapeutiques et rend compte de la place que cette plante occupe dans la pharmacopée américaine.

L. GAYARD.

NOTES POUR L'INTERNAT

VARICES [1]

MARCHE. COMPLICATIONS. — La marche des varices est *chronique;* à part les varices de la grossesse qui apparaissent et évoluent rapidement, deviennent turgescentes au moment des douleurs de l'accouchement, puis disparaissent; exception aussi pour les varices qui succèdent à une phlébite aiguë et se développent rapidement; pour quelques cas de varices apparaissant après les fièvres graves, et ayant un développement rapide (Marchais).

Ces cas exceptés, évolution lente, dépendant beaucoup de la situation sociale du malade et de sa constitution (état des artères, état de nutrition générale). Chez les gens du monde se soignant bien, tout se borne à l'*état varicoïde* de Malgaigne. Dans la clientèle d'hôpital, les varices peuvent atteindre un volume considérable, avec flexuosités nombreuses, gros renflements variqueux.

On a dit que les varices diminuaient avec la vieillesse; c'est plutôt que la vieillesse oblige à un repos relatif, favorable aux varices (Briquet, Quénu).

Des varices ayant acquis un certain degré de développement entraînent presque fatalement quelque complication.

RUPTURE. — La rupture peut se faire à l'extérieur ou sous la peau. La *rupture externe* est relativement rare aux membres inférieurs; elle succède à un effort, à un traumatisme; elle peut être précédée par des signes d'inflammation superficielle ou annoncée par l'apparition d'une petite tache ecchymotique violacée; elle n'est pas douloureuse; le sang coule sur la jambe en bavant ou en jet. Habituellement l'ouverture, très petite, se cicatrise assez rapidement. Quelques cas d'hémorragie mortelle.

La *rupture interstitielle* peut se faire sous la peau (ecchymose) ou dans la profondeur. Certaines formes de *coup de fouet* dépendent de ruptures des varices profondes du mollet (Verneuil); la guérison est toujours lente; à craindre l'apparition d'une phlébite.

PHLÉBITE. — La phlébite variqueuse est très fréquente. Elle peut avoir pour cause une infection locale, éraillure de la peau, eczéma, lésions de grattage, ou une infection générale (état puerpéral, fièvre typhoïde, grippe). Rappeler la phlébite à la suite de rupture des veines profondes.

On distingue cliniquement la *phlébite tronculaire* avec douleur, œdème du membre inférieur, présence le long de la veine d'un cordon dur, noueux, douloureux à la pression; la *phlébite des paquets variqueux*, véritable tumeur inflammatoire, les flexuosités multiples de la varice sont atteintes en même temps que le tissu cellulaire intermédiaire et le tissu cellulaire sous-cutané (Schwartz).

La phlébite peut se terminer sans suppuration; dans d'autres cas, suppuration circonscrite ou diffuse. A craindre une embolie non septique dans le premier cas, mais présentant le danger mécanique des embolies; dans le second cas, embolies septiques et infection pyohémique.

ECZÉMA. — C'est l'eczéma sec, l'eczéma à larges squames ou l'eczéma aigu suintant. La guérison est lente; la peau reste sèche, atrophiée, de teinte brune assez particulière.

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 101, p. 1210, et n° 104 p. 1246.

ULCÈRE. — L'ulcère variqueux n'est pas sous la dépendance des lésions veineuses seules; il faut aussi, pour qu'il se produise, des lésions du nerf sciatique ou des artères de la jambe. Situé au tiers inférieur de la jambe, au niveau de la face interne du tibia, l'ulcère, arrondi ou ovalaire, à contours réguliers ou polycycliques, présente divers aspects d'où les noms d'ulcère atonique, fongueux, calleux. Quand le malade est syphilitique, les ulcères prennent un caractère d'hybridité syphilitico-variqueuse (Verneuil).

PIED-BOT VARIQUEUX. — Dans quelques cas, les lésions musculaires d'atrophie et de dégénérescence s'accompagnent d'une sclérose des tissus profonds, d'adhérences tendineuses d'où résulte un pied-bot équin (Schwartz).

DIAGNOSTIC. — Dans les cas de varices profondes, les symptômes fonctionnels existent presque seuls; leur grand caractère est de s'accentuer par la station debout et de s'atténuer par le repos au lit. On pourra donc éliminer le *rhumatisme musculaire*, dont la douleur diminue plutôt à la suite des mouvements; les *douleurs ostéocopes*, qui s'exagèrent pendant la nuit. Si la douleur prend les caractères de la *névralgie sciatique*, rechercher les causes habituelles de cette névralgie, les causes locales de compression, les infections et les intoxications; dans ce cas encore, les douleurs s'amendent par le repos au lit.

Les varices superficielles ont des signes physiques qui ne prêtent guère à confusion. Cependant une ampoule de la saphène à son embouchure pourrait être prise pour une *hernie crurale;* toutes deux ont le même siège, les mêmes caractères de mollesse, d'indolence et de réductibilité; mais l'affaissement de l'ampoule variqueuse dans la position horizontale ne ressemble pas à la réduction spontanée d'une hernie; de plus, l'ampoule variqueuse durcit et se tend quand on comprime au-dessus d'elle le tronc de la fémorale.

PRONOSTIC. — Basé sur le degré des varices; l'état général du malade et l'état de ses artères; sa situation sociale.

Beaucoup de malades peuvent, en observant certaines règles d'hygiène, en portant un bandage compressif, continuer leur profession et éviter la plupart des complications.

TRAITEMENT. — Le plus souvent, traitement *palliatif* avec lequel on peut espérer, sinon guérir les varices, du moins réduire leurs inconvénients au minimum (Quénu). Règles d'hygiène : éviter les vêtements trop serrés, les jarretières, la station prolongée; ablutions froides ou chaudes (à 40 degrés au moins); bande de flanelle ou bas élastique mis avant le lever. D'après Marchais, pas de bas à varices, hydrothérapie froide, marche à certaine allure (cadence militaire) et longtemps.

On a vanté comme médication interne l'hamamelis virginica. Dans certains cas, *traitement chirurgical.* Indications : douleurs vives, hémorragies, ulcères.

La méthode des *injections intra-veineuses* pour amener l'oblitération par phlébite est peu employée; cependant Delore a utilisé les injections de perchlorure de fer, d'autres chirurgiens une solution iodo-tannique.

On fait plutôt l'*extirpation* des tumeurs variqueuses; ou la *ligature* de la saphène interne, sa résection entre deux ligatures (Trendelenburg).

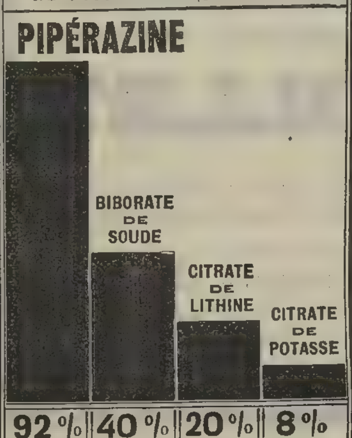
BIBLIOGRAPHIE. — QUÉNU. *Traité de chirurgie*, t. II; — SCHWARTZ. *Traité Le Dentu-Delbet*, t. III. — *Dict. encyclop. des sc. méd.*; — MARULLAZ. *Arch. de méd. expérim.*, 1907, p. 417; — MARCHAIS. *Gaz. des hôpit.*, 19 nov. 1904.

Précis de chimie physiologique, par Maurice ARTHUS, professeur de physiologie à l'Université de Lausanne. 5e édit., revue et augmentée. In-8° de VI-427 p. (Collect. de Précis médicaux) avec 111 fig. dans le texte et 2 pl. hors texte en coul., cart. toile souple. — Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

Précis d'analyse chimique biologique générale, par E. BARRAL, professeur agrégé à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. In-18 de 412 p., avec 155 fig. — Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Billets simples de France en Espagne. — Les principales gares du réseau P.-L.-M. (Paris, Dijon, Lyon, Marseille, etc.) délivrent des billets directs simples pour Barcelone. Consultez le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M.

Voyages circulaires à itinéraires facultatifs sur le réseau P.-L.-M. — La Compagnie délivre toute l'année, dans toutes les gares, des carnets individuels ou de famille pour effectuer en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraires tracés par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui peuvent atteindre, pour les carnets de famille, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de : 30 jours jusqu'à 1 500 kilomètres ; 45 jours de 1 501 à 3 000 kilomètres ; 60 jours pour plus de 3 000 kilomètres. Elle peut être prolongée deux fois de moitié moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du carnet. — Arrêts facultatifs.

Pour se procurer un carnet individuel ou de famille, il suffit de tracer sur une carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., les bureaux de ville et les agences de voyages, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte 5 jours avant le départ à la gare où le voyage doit être commencé, en joignant à cet envoi une consignation de 10 francs. Le délai de demande est réduit à 2 jours pour pour certaines grandes gares.

Pour plus amples renseignements, consulter les affiches publiées par la Compagnie, ou s'adresser au bureau P.-L.-M. de la rue Tiquetonne.

N° 108. — SAMEDI 21 SEPTEMBRE 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 21 SEPTEMBRE 1907. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 18 septembre 1907. — Question donnée : « Epistaxis. »

MM. Baude et Bandson, 12 ; Massé (Jean), 9 ; Barat, 12 ; Capdevilla, 9 ; Marchak, 13 ; Baudouin, 12 ; Audebert, 8 ; Auclair, 5 ; Bronet, 15 ; Braye, 10 ; Aujoy de la Dure, 16 ; Alary, 11 ; Boulay (Henri) et Bourgeois, 9 ; Boulanger (Gaston), 6 ; Baube, 7 ; Briault, 12 ; Blanco, 5 ; Bartissol, 7.

La prochaine séance aura lieu le lundi 23 septembre, à quatre heures et demie, suite de la première moitié, première série.

Anatomie. — Séance du 19 septembre. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports du foie. »

MM. Réau, 7 ; Mossé (Sylvain), 9 ; Rehm, 11 ; Mlle Oberlin, 8 ; MM. Marchak et Perrin (Pierre), 11 ; Prunier, 13 ; Rouillard, 18 ; Parin, 11 ; Rouché, 8 ; Rouffignac, 13 ; Porcheron, 4 ; Mlle Protopopoff, 13 ; M. Quirot, 15 ; Mlles Rabuteau, 11 ; Raphaël, 15 ; MM. Poursain, 2 ; Monguilon, 6 ; Philardeau, 15.

La prochaine séance aura lieu le samedi 21 septembre, à quatre heures, suite de la deuxième moitié, deuxième série.

MARINE. — M. le médecin de première classe Coquin, du port de Brest, est désigné pour servir au 4e dépôt des équipages de la flotte.

CONDITIONS D'APTITUDE PHYSIQUE POUR L'ADMISSION DANS LES ÉCOLES. — Un décret vient de déterminer les conditions d'aptitude physique à exiger des jeunes gens reçus dans les écoles suivantes :

Ecole polytechnique. — Les jeunes gens reçus à l'École qui ne seraient point reconnus aptes au service militaire au moment de l'entrée à ladite École n'y peuvent être admis que si cette inaptitude résulte soit d'une faiblesse de constitution paraissant susceptible de s'améliorer avec le temps, soit de vices de conformation et d'infirmités ne faisant pas obstacle au port de l'uniforme et n'étant pas de nature à mettre ceux qui en sont atteints hors d'état de suivre les cours et exercices militaires de l'École, non plus qu'à les rendre impropres à un service public.

Ecole des eaux et forêts. — Les jeunes gens reçus qui ne seraient point reconnus aptes au service armé au moment de l'entrée à ladite École n'y peuvent être admis que si cette inaptitude résulte d'une faiblesse de constitution paraissant susceptible de s'améliorer avec le temps.

Ecole normale supérieure. — Les jeunes gens reçus qui ne seraient point reconnus aptes au service militaire au moment de l'entrée de ladite Ecole y sont admis sans avoir à faire preuve de conditions d'aptitudes physiques autres que celles qui sont nécessaires pour l'enseignement.

Autres écoles. — Les jeunes gens reçus à l'une des écoles ci-après : Ecole centrale des arts et manufactures, Ecole nationale supérieure des mines, Ecole nationale des ponts et chaussées, Ecole des mines de Saint-Etienne, qui ne seraient point reconnus aptes au service militaire au moment de leur entrée auxdites Ecoles, y sont admis sans avoir à faire preuve de conditions d'aptitudes physiques autres que celles qui sont nécessaires pour en suivre les cours.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-septième semaine, 797 décès, au lieu de 788 pendant la semaine précédente et de 765, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, comme pendant la semaine précédente (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 46 (moyenne 59), au lieu de 31 pendant la semaine précédente.

La variole a causé 1 décès, chiffre identique à la moyenne. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 5, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 10).

La rougeole a causé 1 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux

signalés par les médecins est de 55 (au lieu de 84 précédemment et au lieu de 39, moyenne des quatre dernières années).

La scarlatine a causé 4 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 120 ; il s'élevait à 175 pendant la semaine précédente (moyenne 37).

La coqueluche a causé 4 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 5).

La diphtérie a causé 1 décès, comme pendant les trois semaines précédentes (moyenne 3); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 26, au lieu de 27 pendant la semaine précédente (moyenne 44).

La diarrhée infantile a causé 88 décès de 0 à 1 an, au lieu de 79 pendant la semaine précédente (moyenne 60).

En outre, 24 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 74 décès, au lieu de 62 pendant la semaine précédente (moyenne 78). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 2 décès; bronchite chronique, 14; pneumonie, 20. Autres maladies de l'appareil respiratoire, 38, dont 15 sont dus à la broncho-pneumonie et 21 à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 185 décès; la méningite tuberculeuse, 28; la méningite simple, 13; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 7 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 36 décès; les maladies organiques du cœur, 59; le cancer, 48; la hernie et l'obstruction intestinale, 4; la cirrhose du foie, 12; la néphrite, 23 ; enfin, 18 vieillards sont morts de débilité sénile.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Medical Record. — (Vol. LXXII, nº 4, 27 juillet 1907.) William B. Coley : Sarcome inopérable. Nouveaux cas traités avec succès par un mélange de toxines de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus. — K. Dickinson : De la physiologie à la pathologie dans les complications de la lithiase biliaire. — James Brew : La réinfection dans la syphilis; observation d'un cas avec syphilis héréditaire chez l'enfant. — Ernest Gallant : La femme en robes longues et le rein mobile. — Rosenwasser : L'apomorphine dans l'alcoolisme aigu; plaidoyer pour l'extension de son emploi. — (Nº 5, 3 août.) Henry Wald Bettmann : L'évolution de la gastroentérologie. — Georges Luys : La séparation de l'urine des deux reins. — Maude Glasgow : Dysménorrée primaire. — Frank Judson : Les symptômes oculaires de la trichinose sporadique, avec observations. — Roswell S. Wilcox : Prophylaxie vénérienne; problème d'hygiène sociale. — N. Hall : Nécessité d'un diagnostic précoce. — B. Kelsey : Deux causes rares d'hémorragie rectale. — (Nº 6, 10 août.) Duncan Bulkley : Quelques lieux communs sur la syphilis. — Fredreik Gaertner : Différenciation du pigment noir trouvé dans le foie, la rate et les reins avec la poussière de charbon et les autres corps étrangers. — John Thompson : Concrétions prostatiques avec étude spéciale de leur étiologie et de leur traitement. — Clifton Edgar : Ophtalmie des nouveau-nés. — Francis R. Hagner : La stérilité chez l'homme. Ses causes et son traitement chirurgical. — (Nº 7, 17 août.) Schmieden : Traitement de la tuberculose chirurgicale par l'hyperémie (méthode de Bier). — Campbell Posey : La phase ophtalmologique des maladies des sinus accessoires du nez. — Colman W. Cutler : Rapports de l'œil avec le nez; quelques considérations générales. — Albert Warren Ferris : Les manifestations de la paranoia. — John Hammond Bradshaw : Intussusception aiguë. Relation d'un cas de résection d'un segment de l'iléon pour intussusception gangréneuse; guérison. — L. Mulot : Réflexions sur les méthodes d'enseignement de la médecine. — (Nº 8, 24 août.) Byron Robinson : Les diverses régions des canaux biliaires et pancréatiques au point de vue physiologique, anatomique et pancréatique. — Jarvis Barlow : Rapport sur deux cents cas de tuberculose pulmonaire traités au sanatorium de Los Angeles de 1903 à 1907. — Robert Bell : Traitement local du cancer. — Henry Roth : Blessures perforantes de la plèvre et du poumon par armes à feu. — Martin Ware : Thérapeutique moderne de la cystite. — Albert Bardes : Tuberculose de l'oreille moyenne. — W. Graves : Diagnostic différentiel entre la chorée et les tics. — (Nº 9, 31 août.) Royal Whitman : Considération sur les causes et les caractères du pied plat ; principes qui doivent régir son traitement. — Edwin P. Wolfe : Note préliminaire sur la recherche des effets du climat tropical sur la race blanche. — Pierce Clark et E. Atwood : Longévité des idiots. — W. Francis Wangh : Toxémie stercorale. — Charles Rosenheck : Diagnostic précoce du tabes dorsalis.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (Nº 37, 10 sept.) Münger : Appareil pour la mesure objective de la pression sanguine. — Krüger : Sur la torsion des appendices épiploïques. — Jahrmarker : Sur la pachyméningite interne hémorragique. — Neter : Sur la pathogénie de la maladie de Hirschsprung. — Feigl : Nouvelle méthode de traitement du bubon. — Deucks : Sur le lymphangiome acquis du cou. — Grimme : Un cas de fièvre typhoïde concluant sous l'aspect d'une maladie de Weil, causé par une auto-infection partie de la vésicule biliaire. — Bruik : Trouble grave de l'accouchement à la suite d'une fixation spontanée pendant la dernière grossesse; opération césarienne. — Boesl : Sur le bromure de méthylatropine dans l'éclampsie infantile. — Buider : Sur un cas de spina bifida occulte. — Rahner : Sur un cas de carcinome gastrique à évolution rapide avec métastases dans le fémur. — Dessauer : Protection du médecin et du malade contre les accidents par les rayons Rœntgen et le radium. — Zeller : Une nouvelle aiguille. — Mader : Appareil à pulvérisation de menthol pour le traitement du catarrhe de la trompe d'Eustache. — Langemak : Sur la stérilisation.

Province médicale. — (Nº 37, 14 sept.) Soulié : Sur un nouveau cas de spirillose humaine observé à l'hôpital civil d'Alger. Considérations sur le rôle des spirilles en pathologie. — Perrin : Nécessité de la revaccination obligatoire des prisonniers et d'une visite médicale avant la libération.

Wiener klinische Wochenschrift. — (Nº 36, 5 sept. 1907.) Kaufmann : Sur le phénomène de la contraction de l'estomac. — Hemburger : Sur l'infection tuberculeuse dans l'enfance. — Bartel et Hartl. — Sur la biologie du bacille tuberculeux bovin. — Schloffer : Nouveau rapport sur le cas de tumeur de l'hypophyse opérée. — Knopf : Essais thérapeutiques avec la tiodine.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA THROMBOSE DE L'ARTÈRE PULMONAIRE

Par le docteur René GAULTIER,
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris.

I

Exposé. — L'oblitération d'une artère peut se produire soit par coagulation du sang formé sur place (*thrombose*), soit par l'arrivée d'un caillot en circulation dans le sang (*embolie*).

La possibilité de l'une ou l'autre lésion est admise pour les artères de la grande circulation. Par contre, pour ce qui est de la petite circulation, de la circulation pulmonaire, on discute non seulement sur la fréquence relative de l'embolie ou de la thrombose, mais encore sur l'existence même de cette dernière. Aussi en rapporter un fait bien observé n'est peut-être point faire œuvre superflue, surtout si on s'attache à en discuter la valeur au point de vue anatomique et séméiologique.

C'est ainsi que, partant de notre observation personnelle, nous essaierons de donner dans cette revue générale une étude d'ensemble de la thrombose de l'artère pulmonaire.

Observation clinique. — Une femme de quarante-cinq ans, blanchisseuse de son état, était soignée dans le service de M. le professeur Dieulafoy, à l'Hôtel-Dieu, pour des phénomènes de bronchite, durant depuis deux ans ; toux fréquente et opiniâtre avec crachats muco-purulents, sans hémoptysies, accompagnée depuis quelques mois d'un peu de fièvre, de sueurs nocturnes, de diminution de l'appétit et d'un amaigrissement prononcé. L'auscultation faisait reconnaître des craquements aux deux sommets, plus marqués à droite qu'à gauche, de la matité et des râles humides dans une bonne moitié du poumon droit.

Rien d'autre à noter : ni dyspnée, ni œdème des jambes ; pas de lésions cardiaques. En résumé, le diagnostic porté était : tuberculose pulmonaire évoluant depuis deux ans et arrivée au deuxième degré.

Un soir vers six heures, pendant notre contre-visite, cette femme, qui venait de manger, fut prise de suffocation ; elle s'affaissa sur son lit, en proie à une vive dyspnée, la respiration rapide, haletante, convulsive, sans râles ni sifflement. Il semblait que les mouvements respiratoires précipités pouvaient se faire sans trop de difficultés, et cependant la malade étouffait, avait soif d'air ; le cœur se mit à battre tumultueusement et la cyanose de la face se montra, les jugulaires étaient dilatés et elle mourut ainsi en l'espace de quelques heures au milieu de ces phénomènes croissants d'intensité, malgré les soins qui lui furent donnés.

Discussion. — Devant cette mort un peu particulière, une discussion clinique s'engagea et on se demanda si l'on avait à faire à une de ces morts subites, encore assez fréquentes chez les tuberculeux, où l'on ne trouve aucune lésion et que l'on explique par une action réflexe inhibitrice ; ou bien s'il s'agissait d'une dégénérescence graisseuse du cœur, décrite par Huchard et son élève Niquet, dégénérescence qui, passant inaperçue même chez les tuberculeux, peut entraîner une mort en apparence subite.

Mais dans ces cas, la mort est plus foudroyante que dans notre cas, elle *est subite* dans toute l'acception du mot ; ce sont des gens qui meurent sans un geste, sans convulsions, sans une agonie, si courte soit-elle, en parlant, en buvant, en mangeant, en se couchant, en s'asseyant sur leur lit ; la mort est instantanée avec pâleur des téguments, semblant due à la *syncope*.

Au contraire, nous avions affaire, ici, à un autre genre de mort, à une mort *rapide*, au cours de phénomènes dyspnéiques, avec un certain degré de cyanose, semblant due à l'*asphyxie*.

Cette asphyxie était-elle survenue par suite d'*une gêne mécanique de la circulation aérienne dans les poumons?*

S'agissait-il d'une oblitération brusque des voies bronchiques par un œdème rapide, suraigu ? Mais dans ce cas, il y a tout un cortège de symptômes tels que les crachements de mousse sanguinolente, la pluie de râles fins montant dans la poitrine, qui en permettent le diagnostic, souvent aidé par la constatation de symptômes propres à la maladie causale.

S'agissait-il d'une oblitération brusque des voies bronchiques par du sang provenant de la rupture d'un anévrisme de Rasmüssen, par exemple ? Mais dans ce cas encore, l'expulsion d'un sang rouge, liquide, spumeux, à flots, à la fois par la bouche et le nez, fait reconnaître aisément la cause de l'asphyxie.

Ou bien s'agissait-il d'une oblitération brusque des voies aériennes par vomique ? Mais dans ce cas, il y a l'effort de vomissements qui précède la vomique et surtout il y a le rejet plus ou moins abondant de pus qui en est la caractéristique pathognomonique.

Trois symptômes qui manquaient ici.

De plus, dans ces différents cas, la mort n'est jamais subite, il y a un moment de lutte. Les symptômes consistent en une dyspnée allant jusqu'à l'orthopnée avec gêne, surtout marquée dans l'inspiration, angoisse et suffocation ; c'est une dyspnée à type vraiment *pulmonaire ;* alors la face se cyanose, les yeux s'injectent, deviennent proéminents et larmoyants et les malades meurent asphyxiés.

Notre malade ne présentait point tout à fait ce type clinique ; elle avait une *dyspnée à type cardiaque* plutôt que pulmonaire. Loin d'être gênée dans son inspiration, elle aspirait l'air à plein poumon, et cependant il semblait que l'air lui faisait défaut. En vain accélérait-elle sa respiration qui, quoique librement effectuée, devenait plus petite pour devenir plus fréquente ; il semblait que ce n'était pas l'air qui manquât au sang comme dans l'asphyxie ordinaire, mais que ce fût le sang qui venait à manquer à l'air ; en un mot qu'il y avait un *obstacle dans la circulation sanguine des poumons*, se traduisant par l'apparition brusque d'une violente dyspnée que n'expliquait pas l'examen physique de la poitrine, le refroidissement rapide des extrémités, la cyanose du visage, la faiblesse et l'accélération des mouvements

du cœur, enfin l'absence de troubles notables du sensorium.

Quel était cet obstacle ? *Thrombose ou embolie de l'artère pulmonaire ?* C'est le pour et le contre de cette hypothèse que nous allons passer en revue maintenant en faisant l'étude générale de la thrombose de l'artère pulmonaire.

Observation anatomique. — Mais au préalable et parce qu'il nous servira dans notre discussion, nous rapporterons le fait anatomique qui correspond à l'observation précédemment citée. Les deux poumons adhérents au thorax étaient farcis de tubercules aux sommets, et de plus, le poumon droit l'était dans une grande partie de son étendue ; enfin tous les deux étaient le siège à leur base d'une congestion assez marquée.

Le cœur, volumineux, surchargé de graisse, présentait à l'ouverture une grande quantité de sang noir liquide dans les deux ventricules, particulièrement dans le droit, fortement dilaté ; l'oreillette droite présentait des caillots fibrineux enchevêtrés dans les colonnes charnues et les cordages tendineux de la valvule tricuspide. Partant des piliers du ventricule droit auquel il était intimement accolé, un gros caillot fibrineux, cylindrique, rouge brunâtre, allait remontant dans l'artère pulmonaire à laquelle il adhérait fortement et se bifurquant au niveau de ses deux branches ; à l'examen histologique on pouvait se rendre compte aisément qu'il s'agissait bien là d'un caillot organisé né sur place, car de la paroi de l'artère altérée on pouvait voir partir des vaisseaux de nouvelle formation qui pénétraient dans la fibrine et s'avançaient vers la partie centrale. Enfin, second argument qui nous semble important pour la discussion de la nature thrombosique de ce caillot, l'exploration soigneuse et méthodique des veines des membres ne décelait la présence d'aucune lésion phlébitique.

II

Historique. — C'est qu'en effet, suivant l'état des doctrines régnantes on a tour à tour admis et nié la thrombose de l'artère pulmonaire.

Les thromboses de l'artère pulmonaire furent déclarées *autochtones* et expliquées par des lésions d'artérite par Cruveilhier. Mais la fameuse théorie de Virchow fit repousser au nom de la physiologie la possibilité d'une coagulation spontanée au sein des vaisseaux artériels et particulièrement dans l'artère pulmonaire ; c'est alors la *théorie de l'embolie* qui domine et que soutiennent, en France, Charcot, en 1858, Trousseau et Dumontpallier en 1860, Ball en 1862.

L'argument en faveur de l'embolie était l'impossibilité d'expliquer la thrombose marastique dans les artères saines à cause de la vitesse du sang circulant ; cependant M. Lancereaux dans les *Comptes rendus de la Société de Biologie* en 1860, 1861 et 1862, dans la *Gazette médicale de Paris* en 1869, avait présenté une étude approfondie des lésions anatomopathologiques de la thrombose et de l'artérite chronique dont cette dernière relève en rapportant deux faits de thrombose de l'artère pulmonaire. Et à ce propos répondant à l'objection précédente, il écrivait cette phrase : « Qu'y-t-il d'impossible à ce que la même cause qui détermine la coagulation dans l'un des vaisseaux des membres et du tronc ne la produise en même temps dans l'artère pulmonaire ? Le sang altéré de certains cachectiques ne rencontre-t-il pas autant de difficulté à circuler dans les nombreuses divisions de cette artère dont le calibre est de plus en plus étroit que dans les veines où le contraire se remarque. Je sais qu'on peut invoquer le voisinage du cœur, la force d'impulsion dans un cas, le défaut presque absolu dans l'autre. Mais cette objection, qui peut avoir sa valeur lorsque le cœur droit est sain, tombe quand il est malade », ce qui l'amène à conclure que : la dilatation et l'altération graisseuse du cœur droit peuvent contribuer à la formation de concrétions fibrineuses au sein de l'artère pulmonaire, si elles n'en sont parfois la cause unique. Le plus souvent, suivant lui, cette cause agirait de concert avec l'altération de l'artère pulmonaire.

Et depuis lors on cite toute une série d'observations plaidant dans ce même sens ; ce sont les observations de Martineau en 1861, c'est la thèse de Lemarchand en 1862, c'est un cas de Feltz en 1870, c'est la thèse de Sahuet en 1872 qui remettent en avant la question de l'hémorragie pulmonaire par coagulation autochtone de cette artère admise autrefois par Cruveilhier, par Béhier en 1857, par Fritz, par Lasègue en 1858 ; à ces nombreuses publications s'ajoutent les cas d'Homolle en 1874, les observations de la thèse de Favre en 1875, le mémoire de Baréty en 1877, le travail de M. Huchard en 1879 sur la thrombose de l'artère pulmonaire comme cause de mort rapide dans les cachexies.

Mais entre temps était parue la thèse d'agrégation de M. Duguet en 1872 qui vint à nouveau plaider la cause de l'embolie de Virchow, l'altération scléro-athémateuse des vaisseaux pulmonaires étant pour lui une lésion peu commune ; plus tard revenant sur le même sujet en 1881, faisant la critique des cas de M. Huchard, il indique de rechercher le point de depart de la thrombose dans le système veineux périphérique. Aussi de Brun, dans sa thése en 1884, décrit-il comme une forme spéciale de la phlegmatia ce qu'il appelle les phlébites latentes dont le signe unique est l'embolie pulmonaire. Dans le même sens est écrite à Lyon en 1895 sous l'inspiration de Bouveret la thèse de Serres qui soutient l'origine embolique des thrombose de l'artère pulmonaire. Mais à la thèse de M. Duguet avait répondu la thèse de Descamps en 1872 qui apportait des faits certains établissant l'oblitération de l'artère pulmonaire à la suite d'inflammation, à la suite d'artérite ; le mémoire de Rattone paru en 1885 sur l'inflammation de l'artère pulmonaire en apporte de nouveaux faits péremptoires ; puis c'est la thèse d'Eymery sur l'athérome pulmonaire en 1889, la thèse de Périvier en 1891, les faits exposés par M. Hayem en 1896 à la Société des hôpitaux ; le cas indiscutable rapporté par M. Fayet en 1886 à la Société anatomique de Paris ; les observations de Letulle dans son livre d'*Anatomie pathologique du cœur et des vaisseaux*, la thèse de Monbur en 1898 qui nous apportent des nouvelles preuves de la thrombose de l'artère pulmonaire par l'appui de faits nouveaux.

Ainsi donc comme cause d'oblitération de l'artère pulmonaire on vit tour à tour dominer l'idée de

thrombose ou l'idée d'embolie suivant les doctrines régnantes, et la fréquence de la thrombose pulmonaire, bien qu'admise et soutenue par de nombreux auteurs, être souvent méconnue au point d'être encore discutée ou passée sous silence dans les traités classiques aux dépens de l'embolie qui accapare à peu près pour elle seule la pathogénie de l'apoplexie pulmonaire.

Toutefois, au cours de cet historique, nous avons vu se faire jour plusieurs arguments contre l'idée de thrombose. M. Duguet est un de ceux qui les a formulés le plus nettement, en établissant la nécessité de rechercher partout dans toutes les branches du système veineux périphérique l'origine des caillots anciens, non adhérents, trouvés dans l'artère pulmonaire. Répondre à ces deux arguments, c'est prouver l'existence de la thrombose autochtone de l'artère pulmonaire ; nous pouvons à l'heure actuelle y apporter une troisième preuve en montrant non seulement les lésions de l'artère pulmonaire, mais encore les causes capables de les déterminer, causes mécaniques, toxiques et microbiennes ; à cette dernière catégorie de travaux s'attachent les noms de Brush, de Tripier, d'Œttinger, de Ménétrier, etc.

Ainsi l'anatomie pathologique en nous montrant les lésions primitives de l'artère pulmonaire et la configuration du caillot organisé sur place, l'étiologie en nous faisant voir la localisation de certains agents morbides sur cette artère nous fournissent des preuves de l'existence des thromboses pulmonaires autochtones ; enfin une bonne séméiologie, en constatant, avec l'absence de phlegmatia des membres, des différences symptomatiques dans l'extériorisation objective des phénomènes occasionnés par la thrombose ou l'embolie de l'artère pulmonaire, achèvera de nous en démontrer l'identité clinique.

III

Symptomatologie et diagnostic. — Qu'elle soit due à une thrombose formée sur place ou qu'elle soit le résultat d'une embolie, la présence d'un caillot dans l'artère pulmonaire s'annonce par des symptômes qui la font reconnaître et détermine des accidents toujours mortels. A la suite d'un effort, d'une quinte de toux, d'un vomissement, le malade est en proie tout à coup à une dyspnée considérable ; la face devient pâle, la physionomie exprime l'anxiété, les extrémités se refroidissent, le pouls est petit et accéléré.

« La dyspnée est remarquable en ce sens que rien dans les symptômes locaux ne vient l'expliquer ; le malade respire profondément et sans être gêné. La respiration n'est nullement sifflante ; elle se fait avec facilité et cependant il étouffe ; il a soif d'air : et ce qu'il y a de remarquable dans la dyspnée due à la thrombose, c'est que ces *phénomènes ne s'arrêtent point*, que la cause qui les produit ne cessant point, ils vont augmentant d'intensité, jusqu'à la terminaison fatale. »

Au contraire, signe distinctif dans la dyspnée asphyxique due à l'embolie, on voit quelquefois les symptômes se calmer et cesser ; il y a des crises successives, des *temps d'arrêt* qui seraient dus, d'après Charcot et Ball, au déplacement du caillot embolique.

La terminaison fatale dans les deux cas est très rapide, quelquefois brusque. Dans le cas d'embolie, la mort peut être tout à fait soudaine. Le plus ordinairement elle est précédée dans le cas de thrombose de phénomènes d'*asphyxie incomplète et progressive*.

Tel est le parallèle qu'on peut tenter d'établir entre les deux modes d'asphyxie par oblitération brusque (embolie), ou par oblitération lente (thrombose) de l'artère pulmonaire.

Mais il est un autre diagnostic qu'il faut écarter avant de poser les termes de la précédente discussion : c'est celui d'une dyspnée d'origine cardiaque, dont elle présente assurément le type.

La coïncidence fréquente d'une affection cardiaque avec dilatation et de l'oblitération de plusieurs divisions de l'artère pulmonaire rend ce diagnostic difficile. « Une dyspnée excessivement pénible et surtout le peu de rapport entre cette sensation et les efforts musculaires de la respiration, les plaintes des malades, la pâleur et le froid des extrémités et peut-être aussi la moindre fréquence du pouls sont autant de phénomènes qui doivent mettre sur la voie du diagnostic de l'obstruction artérielle et qui peuvent suffire pour le reconnaître » (Lancereaux).

Mais l'hypothèse d'une lésion cardiaque rejetée, le diagnostic entre thrombose et embolie n'en reste pas moins toujours des plus délicats et il n'est peut-être pas inutile d'en renforcer avec quelques citations les différences symptomatiques. « C'est avec la même angoisse dyspnéique et la même cyanose aiguë, un semblable refroidissement périphérique, une même accélération, avec excessive petitesse du pouls que se manifestent les deux lésions, dit Homolle, mais à la suite d'un semblable accès, une hémoptysie de caractère spécial peut succéder à l'infarctus embolique ; rien de pareil dans la thrombose ; enfin la *répétition des accidents* semble la règle dans l'embolie, elle est exceptionnelle dans la thrombose. »

Ainsi la thrombose de l'artère pulmonaire peut être reconnue cliniquement par cette *période d'asphyxie incomplète*, de durée et d'intensité fort variables, qui le plus souvent se prolonge ainsi jusqu'à la mort qui a lieu au milieu d'*une dyspnée croissante en intensité*, très rarement par une crise d'aspect syncopal, comme cela se montre au cours de l'embolie.

Et encore, à noter, comme l'a fait le docteur Bucquoy dans sa thèse d'agrégation, le besoin d'air qui se produit en pareil cas et qui se traduit par une anxiété inexprimable, cependant que la respiration paraît normale, que l'auscultation et la percussion ne révèlent dans les poumons rien qui explique cette étrange sensation ; dyspnée toute spéciale, « qui n'est pas celle de l'asphyxie ; en effet, ce qui manque ce n'est pas l'air, c'est le sang. »

Enfin, à signaler aussi un fait auquel quelques auteurs ont attaché une certaine valeur diagnostique : c'est une douleur vive et toute spéciale répon-

dant au siège même de l'oblitération et donnant aux malades la conscience de l'obstacle qui s'oppose au cours du sang.

Telles sont les différences symptomatiques entre la thrombose et l'embolie de l'artère pulmonaire ; ajoutons-y encore comme argument diagnostique l'absence de phlegmatia des membres inférieurs, quoique ce dernier argument soit de faible valeur, puisque la même cause qui produit la thrombartérite pulmonaire peut également produire la thrombophlébite des membres.

IV

Anatomie pathologique. — Le point en litige, dans cette question de la thrombose de l'artère pulmonaire, va se trouver reporté maintenant du terrain clinique sur le terrain anatamopathologique, à savoir : le caillot est-il formé sur place, est-il un thrombus véritable, ou est-il le résultat d'un caillot migrateur, d'une embolie ?

Ecartant de suite par leurs caractères particuliers facilement reconnaissables les *caillots sanguins* formés *après la mort* et qui sont des caillots noirs et grisâtres, mi-partis cruoriques, mi-partis fibrineux ressemblant assez au sang extrait pendant la vie et refroidi dans une palette, c'est-à-dire mous, élastiques, gélatiniformes, infiltrés de sérosités et réductibles dans leur volume quand on vient à les exprimer ; on pourra distinguer les *caillots thrombosiques* par leur adhérence habituelle au vaisseau dans lequel ils se forment, par leur structure homogène, par leur forme régulière et leur surface arrondie par laquelle ils se terminent du côté du cœur, tandis que le *caillot embolique* n'adhère point au vaisseau qui le contient, que conique à l'une de ses extrémités, il offre à l'autre bout une surface unie par laquelle on peut l'adapter au thrombus dont il est originaire, enfin parce qu'au lieu d'être homogène, il présente des caractères différents suivant qu'on le considère dans son épaisseur ou dans sa surface. Celle-ci, en effet, de date récente, offre l'homogénéité de caillots autochtones, alors que si l'on pénètre dans sa profondeur on rencontre une masse blanchâtre plus ou moins irrégulière, souvent pigmentée en divers points. portant l'empreinte des valvules veineuses au niveau desquelles ce caillot migrateur s'est primitivement formé.

A la coupe, ces caillots thrombosiques se montrent constitués d'une série de stratifications anatomiques, semblables à celles que l'on remarque sur la section d'un tronc d'arbre ; histologiquement, ils sont constitués de leucocytes, d'hématies et d'une faible quantité de fibrine.

Enfin — et c'est là un des points, sinon nécessaires, du moins très importants pour l'identification de ces caillots — à leur niveau les coupes de l'artère pulmonaire présentent un épaississement plus ou moins considérable de leur paroi, surtout de l'adventice et de la membrane interne, chroniquement enflammée. Cette membrane interne est plus épaissie, plus saillante en un point, et c'est à ce niveau que le caillot intra-artériel est le plus organisé. Il adhère partout à la membrane interne par des cellules endothéliales et au niveau du bourgeon le plus saillant de cette membrane par du tissu conjonctif et des vaisseaux qui établissent le cours du sang entre les vaisseaux de la paroi et ceux du thrombus. A ce niveau il peut y avoir des néocapillaires parcourus par du sang, tandis que sa partie centrale présente seulement des capillaires en voie de formation, des cellules endothéliales isolées ou unies par leurs prolongements au milieu de la fibrine et des globules rouges mortifiés.

Cette organisation sur un point limité vient ainsi fournir une preuve à l'appui de la thrombose. En effet, si un embolus peut venir lui aussi s'enclaver dans l'artère pulmonaire et en irriter la membrane interne au point que celle-ci lui envoie bientôt à son tour des néocapillaires sanguins, il n'en est pas moins vrai que c'est au thrombus qu'appartient cette organisation sur un seul segment du contour artériel, au point de l'endartère primitivement altéré, car un débris de caillot lancé par le ventricule droit dans l'artère pulmonaire doit progresser jusqu'à ce que son volume ne lui permette plus de circuler, et alors l'embolus oblitérant complètement le vaisseau doit s'organiser sur tous les points à la fois.

Cette dernière remarque suffirait à rejeter l'idée d'embolus en cas d'adhérence du caillot à l'artère pulmonaire, si cette adhérence pouvait même exister, car le plus habituellement elle manque, l'embolus de l'artère pulmonaire (j'entends du tronc de l'artère ou de l'une des branches) tuant trop rapidement le malade, pour qu'il ait le temps de s'organiser sur place.

Ainsi cette constatation de foyers inflammatoires dans l'artère pulmonaire est un des points les plus intéressants dans l'étude de la thrombose de cette artère, puisqu'elle fournit un argument de premier ordre en faveur de la formation sur place du caillot oblitérant. En effet, comme le dit M. Letulle dans son *Anatomie pathologique du cœur et des vaisseaux*, ces petits foyers inflammatoires se recouvrent de foyers sanguins pariétaux qui s'organisent, deviennent lisses, fusiformes, et peuvent donner naissance à des thrombus partiels oblitérants ou non suivant les circonstances, les lésions d'artérite ne différant pas dans la plupart des cas des altérations de la thrombophlébite primitive ou secondaire.

Il faut encore ajouter parmi les arguments anatomiques qui plaident en faveur du thrombus l'absence de toute lésion des grosses veines des membres, bien que, comme nous l'avons vu plus haut, ce n'est point une preuve absolue, puisque la même cause qui a pu déterminer la thrombose de l'artère pulmonaire peut avoir provoqué du même coup une phlegmatia des membres (1).

V

Etiologie. Pathogénie. — Quoi qu'il en soit, l'existence de cette thrombose de l'artère pulmonaire étant nettement démontrée, il reste à en fixer la fré-

(1) Nous laissons de côté à dessein les désordres anatomiques secondaires existant au niveau du poumon du fait de la thrombose de l'artère pulmonaire ; car ils ne diffèrent en rien de ceux engendrés par l'embolie.

quence, à indiquer les causes qui y prédisposent et les conditions pathogéniques qui les déterminent.

Comparativement aux embolus, les thrombus de cette artère sont assurément beaucoup plus rares; ils ne le sont pas cependant assez pour qu'on les passe complètement sous silence, ou même qu'on nie leur existence, comme cela se fait quelquefois. Leur *fréquence* varie naturellement avec la maladie causale au cours de laquelle on les observe. Pour ne prendre qu'une de celles-ci, la tuberculose par exemple, on peut voir dans une statistique récente, établie par Ruge et Airokler, sur 1778 phtisiques de la clinique du docteur Gerhardt à Berlin, et dans laquelle on note 19 cas de thrombose vasculaire, c'est-à-dire à peine 1 p. 100, qu'elle ne s'y est montrée qu'une fois dans l'artère pulmonaire droite, alors qu'on l'a rencontrée 9 fois dans les veines des membres inférieurs et 4 autres fois dans diverses veines du corps, telles la basilique, la veine rénale, le plexus prostatique et le sinus longitudinal supérieur.

Ainsi par cet exemple se trouve corroborée la présence de la thrombose dans l'artère pulmonaire au cours de la tuberculose, fait signalé par Feltz, par Favre, par Baréty, par Lancereaux, par Huchard, etc., comme par nous-même dans le cas rapporté plus haut; on la rencontre de même dans les diverses affections cachectisantes, telles que le cancer, ou l'athrepsie de Parrot (Hutinel, Th. de Paris, 1877); on l'a signalée aussi dans certaines maladies infectieuses, telles que la puerpéralité (Meigs, Simpson, Hervieux), certaines formes de rougeole grave (Alb. Robin, in *Progrès méd.*, 1875), chez les pneumoniques (Vergely), chez les chlorotiques (Hayem), au cours de l'ulcère de l'estomac (Rémy, Soc. anat., 1874), dans les gangrènes pulmonaires, enfin dans les cas de compression par ganglions du médiastin, ou par anévrisme de l'aorte.

Son existence constatée, il reste à déterminer par *quel mécanisme* elle peut se produire, puisqu'à priori, il semble en tenant compte « de la loi des points morts de Lancereaux » qu'il ne devrait y avoir aucune chance de la voir se développer dans l'artère pulmonaire où la circulation est des plus rapides. Mais, outre qu'à l'heure actuelle, cette raison, le ralentissement du courant sanguin, n'est pas la seule cause qu'on puisse invoquer pour la coagulation du sang dans les vaisseaux, que depuis la fameuse expérience de Tackhvah reprise par Brücke, Glénard, Baumgartner et Vaquez, expérience qui consiste à montrer que le sang isolé entre deux ligatures dans un tronçon vasculaire peut rester plusieurs jours sans se coaguler, il apparaît nécessaire que pour qu'il y ait caillot il faut qu'il y ait lésion de la paroi, d'ordre infectieux, dystrophique ou mécanique; en outre de cela, dis-je, Lancereaux lui-même a répondu à l'objection plus haut citée, à savoir le voisinage du cœur et la force d'impulsion de cet organe, fait contradictoire avec sa théorie des points morts, en montrant que cette objection perd de sa valeur du fait qu'au cours des maladies causales dans lesquelles on les rencontre, le cœur droit est souvent malade. En sorte qu'il a pu formuler les conclusions suivantes : la dilatation et l'altération graisseuse du cœur droit peuvent contribuer à la formation de concrétions fibrineuses au sein de l'artère pulmonaire; le plus souvent cette cause agirait de concert avec l'altération de l'artère pulmonaire.

Ainsi l'observation montre bien que c'est dans des conditions défectueuses de circulation, quand par suite de la faiblesse du cœur droit le sang tend à stagner dans l'artère pulmonaire, que se montrent tout particulièrement ces thromboses; l'influence du *ralentissement circulatoire* est ainsi bien mise en évidence, et nous retrouvons dans notre cas cité plus haut ce mode pathogénique à la base.

Mais si le ralentissement circulatoire engendré par une altération du cœur droit est une cause adjuvante des thromboses pulmonaires, il n'en est pas une cause suffisante. L'arrêt même total de la circulation dans des conditions d'asepsie et d'intégrité vasculaire comme dans l'expérience classique de Brücke ne produit pas de thrombose. Il faut d'abord des *lésions vasculaires*, qu'on rencontre dans la plupart des observations certaines de thrombose de l'artère pulmonaire; car en ces points se produit une leucocytose abondante et le plasma qui y est mis en liberté détermine une coagulation limitée en rapport avec cette altération vasculaire.

Mais à cette deuxième cause peut encore venir s'ajouter, au cours des maladies infectieuses ou toxiques dans lesquelles on les rencontre, une *leucocytose abondante* due à la présence dans le sang de *substances destructives des globules blancs*, que ne peuvent neutraliser les substances anticoagulantes produites normalement par l'organisme.

Ainsi par trois mécanismes différents, dont les deux premiers ou les deux extrêmes sont au moins nécessaires et que réalisent les diverses affections que nous venons d'énumérer, peuvent se former des thromboses de l'artère pulmonaire.

La constatation dans quelques cas des altérations de l'artère avec la *présence des microbes* de l'affection causale ou d'infections surajoutées viennent encore apporter des preuves à l'appui de la réalité de cette pathogénie. Le mémoire de Rattone, les observations de Busch, de Tripier, de Ménétrier en apportent entre autres des preuves importantes.

VI

Pronostic. — Le pronostic est évidemment des plus graves, autant par la cause de l'accident que par l'accident lui-même. Toutefois il faut savoir que la thrombose de l'artère pulmonaire peut se produire au cours d'affections qui ne sont pas fatalement mortelles, et qu'au moins un cas de guérison a été cité par Jacquemier, au cours d'une oblitération d'un des troncs principaux de ce vaisseau; on peut concevoir en effet que si le caillot se développe lentement et n'obstrue qu'une partie de cette artère, l'affection générale se modifiant, le caillot n'ira pas jusqu'à oblitérer suffisamment l'artère pour entraîner la mort par défaut d'hématose, et qu'il se résorbera peu à peu suivant le processus anatomique si bien décrit par Lancereaux dans les *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1862.

VII

Traitement. — Les ressources de la thérapeutique sont forcément des plus restreintes. Toutefois on peut signaler comme indication à remplir, tout d'abord de soutenir les forces des malades cachectiques en leur donnant avec un régime analeptique des médicaments toniques; enfin la médication révulsive sera appliquée quand se manifesteront les accidents de l'obstruction pulmonaire; c'est ainsi qu'on pourra agir à l'aide de ventouses sèches ou d'émissions sanguines.

BIBLIOGRAPHIE

Achard. *Manuel Debove et Achard*, art. EMBOLIE PULMONAIRE.

Barety. De la mort chez les phtisiques par thrombose et par embolie de l'artère pulmonaire, *Nice méd.*, 1877. — Ball. Th. de Paris, 1872. — Baron. Coagulation du sang dans l'artère pulmonaire, *Arch. gén. de méd.*, Paris 1838, t. III, série 3. — Bertin. *Etude critique de l'embolie*, 1869. — Bouchut. Coagulation du sang veineux dans les cachexies et les maladies chroniques, *Gaz. méd.*, Paris 1855. — Bucquoy. Th. d'agrég., 1863. — Bouchard. *De la pathogénie des hémorragies*, Th. d'agrég., 1869. — De Brun. *Contribution à l'étude de la phlegmatia*, Th de Paris, 1889.

Castéran. *De l'apoplexie pulmonaire*, Th. de Paris, 1869. — Chantemesse. *Processus généraux*, t. II. — Charcot et Ball. *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1858. — Cornil. *Journ. de l'anat. et de la physiol.*, 1897. — Cornil et Ranvier. *Manuel d'histol. pathol.*, 1906, t. III. — Cruveilhier. *Dict. de méd. et de chir.*, art. APOPLEXIE.

Deroy. Soc. anat., 1870. — Descamps. Th. de Paris, 1872. — Duguet. Th. d'agrég., 1872; — Soc. méd. des hôpit., 1881.

Eymery. *Athérome de l'artère pulmonaire*, Th. de Paris, 1879.

Fabre. *Thrombose de l'artère pulmonaire*, Th. de Paris, 1875. — Feltz. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1870. — Fernet. Soc. méd. des hôpit., 31 oct. 1895.

Galvagni. *Rivista di clin. di Bologna*, 1878.

Hayem. Soc. méd. des hôpit., 13 mars 1896. — Homolle. Soc. anat., 1874. — Huchard. De la thrombose pulmonaire comme cause de mort subite ou rapide dans la cachexie, *Union méd.*, 1879.

Lasègue. Thrombose et embolie, *Arch. gén. de méd.*, 1857. — Lancereaux. *Traité d'anatomie pathologique*; — *Gaz. méd.* Paris, 1860, p. 569-570; — Soc. de biol., 1860-1862. — Lemarchand. *Quelques points de l'histoire des oblitérations vasculaires*, Th. de Paris, 1862. — Letienne. *Manuel Debove et Achard*, art. APOPLEXIE PULMONAIRE. — Le Tenec. *Considérations sur la thrombose et sur l'embolie fibrineuse des gros vaisseaux*, Th. de Paris, 1873. — Letulle. *Anat. pathol.*, 1897, Cœur, vaisseaux, poumons. — Louis. *Traité de la phtisie*, p. 492.

Marfan. *Traité de médecine Charcot-Bouchard*, Embolie et apoplexie pulmonaire. — Martin. *Revue de méd.*, 1881. — Martineau. *Mém. de la Soc. de biol.*, 1861. — Ménétrier. *Arch. de méd. expérim.*, 1890. — Monbur. *Apoplexie pulmonaire par thrombose*, Th. de Paris, 1897.

Niquet. *Causes de la mort dans la phtisie pulmonaire*, Th. de Paris, 1875.

Perroud. *Lyon méd.*, 1870. — Périvier. Th. de Paris, 1891.

Renaut. *Revue de méd. et de chir.*, 1880. — Rattone. Sulle inflammazia dell' arterio pulmonare, *Acad. de Turin*, 1885, p. 85. — Alb. Robin. In *Bull. méd.*, 1875, et Soc. anat. — Remberg. Sclérose de l'artère pulmonaire, *Semaine méd.*, 1891. — Rémy. Soc. anat., 1874.

Serres. Th. de Lyon, 1895. — Sahuet. Th. de Paris, 1872. — Sauvé. *Athérome pulmonaire*, Th. de Paris, 1877.

Trousseau et Dumontpallier. *Union méd.*, 1860. — Tripier. *Arch. de méd. expérim.*, 1890.

Vaquez. Th. de Paris, 1890. — Virchow. *Gesammelte Abhandlungen z. wissenschaftlichen medicin.*, Francfort-sur-le-Mein, 1856.

Widal. Th. de Paris, 1889.

Ziegler. *Anat. pathol.*

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DE LA MALADIE DE BRIGHT CHRONIQUE (1)

Au traitement fondamental il faudra surajouter le *traitement des symptômes prédominants.*

En ce qui concerne les *œdèmes*, le lait ayant donné tout ce qu'il pouvait donner, il faut songer à la *déchloruration*, mais seulement si le lait n'a plus d'action sur l'œdème.

En effet, chez certains brightiques, la déchloruration peut augmenter l'albuminurie, entraîner des déchéances nutritives, favoriser les coagulations sanguines, provoquer des accidents urémiques.

Si, au bout de quinze jours, la déchloruration n'a rien donné, la cesser et recourir à la *théobromine* administrée ainsi qu'il suit :

Théobromine........................ 1g50

Divisez en trois cachets, à prendre en trois fois le matin, à une heure d'intervalle.

Cette prescription sera continuée pendant trois ou quatre jours au plus, qu'elle soit suivie d'effet ou non.

On peut remplacer la théobromine, par la *santhéose*, qui se prescrit aux mêmes doses et qui a été introduite par M. Huchard dans la thérapeutique.

Contre les *défaillances cardiaques*, caractérisées par un bruit de galop, un pouls petit et irrégulier, il n'est pas de meilleur stimulant pour M. Robin que la *digitaline cristallisée* administrée à doses toni-cardiaques :

Digitaline cristallisée en solution au millième.

V gouttes dans un peu d'eau au réveil.

Cette médication, qui peut parfaitement se superposer à toutes les autres, produit, à la dose quotidienne d'un dixième de milligramme, d'excellents effets et peut être longtemps continuée.

Pour traiter les troubles dyspeptiques, il n'est aucune règle absolue, parce qu'il n'existe pas de dyspepsie brightique type, chaque malade faisant sa dyspepsie à sa manière.

Il faut donc rechercher le type du chimisme stomacal de chaque malade et lui opposer le traitement corrélatif.

Les *troubles respiratoires*, enfin, seront améliorés par le traitement général et par les applications locales de *cataplasmes sinapisés.*

Contre les démangeaisons, il est un moyen simple, c'est de pratiquer des lotions sur les surfaces prurigineuses avec la solution ci-dessous :

Silicate de soude.............. 10 grammes
Eau distillée.................. 1 litre

Dissolvez.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 103, p. 1228, n° 104, p. 1242, et n° 106, p. 1266.

Laissez sécher et saupoudrez ensuite avec la poudre suivante :

Amidon	60	grammes
Oxyde de zinc	16	—
Camphre	2	—

M. s. a.

On entoure les membres inférieurs d'une couche pulvérulente très adhérente qui calme, puis fait disparaître le prurit.

Si le malade est dans une situation sociale qui lui permette de faire une *cure hydro-minérale*, que devrions-nous lui conseiller ?

En réalité, dit M. le professeur Robin, il n'existe pas de station type qui convienne également à tous les brightiques. On a vanté *Saint-Nectaire*, *Evian*, *Brides*, etc., pour ne parler que des stations les plus importantes, et chacune de ces stations possède des succès à son actif.

Mais il en est de même pour les cures hydro-minérales que pour les régimes et les médications, c'est-à-dire qu'il n'y a que bien peu de signes cliniques qui soient capables de légitimer le choix nécessaire ; aussi M. Robin a-t-il l'habitude de faire faire des *essais de cure* à la maison, avant d'imposer au brightique des frais et les fatigues d'un déplacement.

Ces essais seront pratiqués avec l'eau de Saint-Nectaire, source du Parc ou Grande Source rouge, chez les brightiques anémiques, prise à la dose de 200 grammes à jeun, une heure environ avant le premier déjeuner, et deux heures et demie avant le dîner.

L'essai de la cure d'Evian se fait de la façon suivante : 250 grammes au réveil, à dix heures et demie du matin, à cinq heures du soir, et au moment de se coucher. On peut aller à 1500 grammes d'eau, en donnant deux autres prises à dix heures du matin et à quatre heures du soir.

Suivant le résultat de la cure d'essai, on dirigera le malade vers l'une ou l'autre station.

ANALYSES

MEDECINE

La démence épileptique. (Roger Voisin. *Revue des mal. de l'enf.*, juillet et août 1907.) — On sait que, sous le nom de *démence*, les aliénistes désignent un affaiblissement permanent, *définitif* des facultés intellectuelles, morales et affectives. Dans le mal comitial, cet état doit être envisagé successivement chez l'enfant tout jeune et chez les grands enfants.

Chez les tout jeunes comitiaux, la démence prend le nom d'*idiotie épileptique*.

Chez les grands enfants, la démence fait son apparition au moment de la puberté, et frappe des sujets dont les accès sont *particulièrement fréquents*, surtout lorsque ces accès prennent la forme de *vertiges* (Esquirol) ou d'absences, et *se produisent le jour*. Cliniquement, si l'on fait abstraction des cas rares où la démence est due au développement, chez un épileptique, d'une paralysie générale, on peut distinguer deux grandes variétés de démence épileptique, suivant qu'elle s'accompagne ou non de troubles paralytico-spasmodiques.

La *démence épileptique, paralytique et spasmodique* a été décrite par M. J. Voisin. A la suite d'accès répétés, d'états de mal convulsifs ou vertigineux, surviennent des parésies qui se compliquent, dès le début, de phénomènes spastiques très nets. D'abord temporaires, elles ne tardent pas à s'installer d'une façon permanente. La démarche des malades prend le caractère spasmodique, leur parole devient lente et scandée, les réflexes tendineux s'exagèrent, le gros orteil se met en extension. En même temps, l'intelligence décline. A la longue, les malades finissent par être immobilisés au lit et par s'éteindre dans le marasme. La durée des accidents oscille entre dix et douze ans.

La *démence épileptique non spasmodique* affecte elle-même quatre formes différentes, qui peuvent d'ailleurs s'associer : *a.* Dans la *démence simple*, les facultés intellectuelles et morales subissent une diminution progressive, qui aboutit fatalement au marasme et à la mort. Cette forme débute, à la fin de l'adolescence, chez des sujets qui ne présentent qu'un petit nombre d'accès convulsifs. Elle évolue avec une extrême lenteur.

La *forme hébéphrénique* est caractérisée par l'existence, en plus de la déchéance intellectuelle, de périodes d'agitation et de dépression alternantes, et par quelques idées délirantes, polymorphes, absurdes, mal systématisées. La maladie débute par une phase d'excitation temporaire qui succède à un accès convulsif, mais, bientôt, persiste même pendant les phases intercalaires. L'intelligence baisse, et, finalement, la mort arrive.

Dans la *forme paranoïde*, ce qui domine, c'est un délire à caractère systématisé, mais dont la systématisation n'est jamais complète, soit parce que l'intelligence des malades n'a jamais été suffisamment développée, soit parce que, par suite des lacunes qu'y a créées la démence, ils sont devenus incapables de coordonner leurs idées. Le cours de cette forme paranoïde est traversé soit par des périodes d'excitation maniaque, qui, chez les filles, coïncident avec l'établissement de la menstruation, soit par des accès convulsifs.

Enfin, la *forme catatonique* se caractérise tantôt par de la stupeur, tantôt par du négativisme, tantôt par une extrême suggestibilité, tantôt par des stéréotypies akinésiques ou parakinésiques. Le gâtisme survient beaucoup plus tôt dans cette forme que dans les précédentes.

Le diagnostic de la démence épileptique doit résoudre successivement ces deux questions : 1° *Y a-t-il démence ?* C'est là une question, qui, bien souvent, n'est susceptible d'être résolue que si l'on a pu suivre les malades pendant des mois et des années ; 2° *S'agit-il de paralysie générale juvénile, de démence précoce ou de démence épileptique ?* Pour éliminer *à coup sûr* la paralysie générale, il suffit de faire la ponction lombaire qui est *toujours négative dans l'épilepsie, toujours positive dans la paralysie générale*. Quant au diagnostic avec la démence précoce, il n'est pas à faire, si l'on considère la démence précoce comme un syndrome caractérisé par l'apparition, au moment de la puberté, de troubles mentaux particuliers, consistant en une diminution permanente, définitive des facultés intellectuelles et morales et aboutissant rapidement au gâtisme.

On a beaucoup discuté la nature de la démence épileptique. La crise pubérale favorise assurément l'apparition des troubles démentiels, mais elle ne suffit pas à les créer de toutes pièces. Faut-il, dès lors, admettre que l'épilepsie peut, à elle seule, produire la démence ? A ce sujet, trois opinions : a. *La démence épileptique relève, non de l'épilepsie, mais de la paralysie générale* (Toulouse), opinion inadmissible. b. *La démence est due à l'épilepsie.* Cette formule est trop vague pour pouvoir être admise telle quelle. Mais ce que l'on peut dire, c'est que certaines formes de démence, particulièrement les formes paralytico-spasmodiques, frappent des sujets chez lesquels

l'auto-intoxication, surtout gastro-intestinale (J. Voisin), joue un rôle particulièrement important. On peut donc supposer que, chez de tels malades, les accès convulsifs, d'une part, les phénomènes démentiels de l'autre, relèvent d'une même cause : l'auto-intoxication. c. *La démence épileptique est due à l'état de dégénérescence des sujets.* Cette hypothèse convient, d'après M. Roger Voisin, aux démences simples, hébéphréniques, paranoïdes et catatoniques dans lesquelles la démence dégénérative serait réveillée par les phénomènes d'intoxication propres à l'épilepsie : le mal comitial ne jouerait, dans leur développement, qu'un rôle occasionnel.

L. BABONNEIX.

De l'œdème aigu du poumon pendant le travail. (Gabriel CHATANAY. Th. de Lyon, 1905; Schneider, édit.) — Les cas d'œdème aigu du poumon pendant le travail sans lésion cardiaque ou rénale sont extrêmement rares. Aussi l'observation que publie le docteur Chatanay est-elle des plus intéressantes. Elle montre que cette complication du travail peut être considérée comme de la plus haute gravité.

Sa malade ne présentant ni cardiopathie, ni lésion rénale, et seulement une plaque d'athérome extrêmement légère, les théories pathogéniques généralement admises ne paraissent pas devoir s'appliquer à cette observation.

Quelle que soit la théorie pathogénique, le seul traitement vraiment héroïque reste la saignée qui devra être pratiquée dès l'apparition des premiers symptômes. L. GAYARD.

MÉDECINE LÉGALE

Suites médicales tardives des affaires judiciaires relatives à l'hystéro-traumatisme. (LECAPLAIN. Th. de Paris, 1906; A. Michalon, édit.) — La constatation de l'état d'une névrose traumatique après le règlement d'un litige est extrêmement difficile : la plupart du temps les accidentés du travail qui n'ont pas de lésions matérielles permanentes se dérobent à toutes les enquêtes.

Sur 16 ouvriers atteints d'hystérie, de neurasthénie et d'hystéro-neurasthénie traumatiques que l'auteur a pu examiner au bout d'un temps variable après le règlement de leur procès, il relève une proportion globale de 7 guérisons, 2 améliorations, 7 états stationnaires.

Le pronostic est donc très favorable.

Dans les deux cas où l'auteur n'a constaté qu'une amélioration, cette amélioration, très considérable pour les deux malades, consistait dans la disparition et l'atténuation des phénomènes névropathiques.

Dans les sept cas où l'état morbide était resté stationnaire, trois fois cependant l'auteur a constaté la reprise partielle du travail.

Dans ces cas, différentes causes sont intervenues s'opposant à l'exercice de la profession : persistance d'une phobie, d'une asthénie, de troubles de l'attention, soucis pécuniaires quand la rente n'est pas rachetée, difficulté d'embauchage dans les ateliers ou chantiers où l'on ne veut pas d'un ouvrier qui « pourrait tomber », qui « gâche son ouvrage », retour au pays natal, âge, intoxications ou maladies concomitantes, conseils maladroits de l'entourage, avis intéressés de certains agents d'affaires.

Ni la valeur du traumatisme initial, ni l'intensité de la névrose, ni la nature même de ces troubles nerveux post-traumatiques ne lui ont pas paru influencer d'une manière précise le pronostic.

Dans trois cas, la névrose fut plus sérieuse, du fait d'une maladie antérieure ou d'une intoxication concomitante (saturnisme, éthylisme).

Il faut tenir compte de cette cause de complication, tant au point de vue du pronostic qu'au point de vue de l'indemnité à allouer à la victime.

Les névroses post-traumatiques guérissent plus facilement chez l'ouvrier jeune que chez l'ouvrier ayant dépassé la quarantaine et déjà fatigué.

Sur les 7 cas restés stationnaires, 4 malades avaient de quarante-deux à quarante-huit ans.

La longue durée du procès, le non-rachat de rente, lui ont semblé prolonger les accidents et entretenir ce qu'on a appelé la « névrose de procédure ».

Le règlement rapide du litige, par conciliation, avec rachat de l'indemnité basée sur une incapacité *permanente, partielle et très faible*, est la solution la plus efficace au point de vue médical, c'est-à-dire la plus avantageuse pour le blessé lui-même.

Il serait bon que les hystéro-traumatisés, en raison des difficultés actuellement rencontrées par eux lors de la reprise du travail, fussent repris par leur ancien patron, à un taux de salaire réduit, et pourvus d'une besogne facile qui leur permettrait de se remettre progressivement au travail.

L. GAYARD.

CHIRURGIE

Agenèse de l'appendice vermiculaire. (Harry T. MARSHALL et Ralph. T. EDWARDS. *The Philippine Journ. of Science*, déc. 1906, vol. I, n° 10, p. 1061 [avec 3 planches]). — Les auteurs ont trouvé sur un adulte mort du choléra qui ne présentait aucun signe d'inflammation péritonéale, et ne possédait aucune autre malformation congénitale, un cæcum qui extérieurement ne présentait aucun appendice visible.

A la coupe et à l'examen microscopique, on trouvait un appendice rudimentaire, formé par une invagination de la muqueuse cæcale dans l'épaisseur de la paroi musculaire, jusqu'au milieu des fibres circulaires. Cette invagination, de 6 millimètres environ, était formée uniquement de muqueuse sans revêtement musculaire et péritonéal. Le repli iléo-colique persistait, et à sa base, sur la paroi cæcale on trouvait un amas graisseux et fibreux représentant le méso-appendice.

Enfin on remarquait comme particularité du cæcum que sa paroi externe, au lieu d'être formée comme d'ordinaire par trois dépressions, en présentait quatre.

Tous les auteurs qui se sont occupés de la question (Brewer, Eliot, Ferguson, Kelly et Hurdon, Schridde) ont remarqué la rareté extraordinaire de l'absence totale de l'appendice chez l'homme; cette absence totale a même été mise en doute.

La plupart des cas publiés se rapportent à des cas d'invagination de l'appendice, de destruction inflammatoire ancienne, d'enfouissement sous du tissu de cicatrice, des adhérences, de son oblitération.

Schridde ne trouve guère que six cas à peu près établis.

Il montre que dans ce cas on montre soit un vestige de l'appendice, soit une anomalie du cæcum qui présente quatre poches au lieu de trois, comme si l'appendice s'était déplissé.

Le cas de Marshall et Edwards confirme les vues de Schridde. A un examen superficiel, il semblait n'y avoir aucun appendice, tandis qu'un examen approfondi montrait la présence de ses rudiments dans la paroi cæcale.

De plus, le cæcum présentait la disposition signalée par Schridde. M. LANCE.

Maladies de l'intestin, par L. GALLIARD, médecin des hôpitaux de Paris; HUTINEL, professeur à la Faculté de médecine; THIERCELIN et GUIART, professeurs à la Faculté de médecine de Lyon. Grand in-8° de 501 p. avec 79 fig. — Prix : broché, 9 francs; cartonné, 10 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'artériosclérose et son traitement, par A. GOUGET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. In-16 de 96 p. avec 5 fig. (Actualités médicales). — Prix : cartonné, 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Billets simples de France en Espagne. — Les principales gares du réseau P.-L.-M. (Paris, Dijon, Lyon, Marseille, etc.) délivrent des billets directs simples pour Barcelone. Consultez le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M.

N° 109. — MARDI 24 SEPTEMBRE 1907. 80e ANNÉE. MARDI 24 SEPTEMBRE 1907. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Anatomie.* — Séance du 21 septembre. — Question donnée : « Artères carotides primitives. »

MM. Pottecher, 13 ; Morize, 17 ; Massé (Jean), 10 ; Noël (Charles), 2 ; Morin (Alexandre), 11 ; Rongier, 9 ; Monod (Raoul), 17 ; Powilewiez, 9 ; Pinault (André), 16 ; Raymondaut, 8 ; Mlle Rosoff, 13 ; MM. Rœhrich, 14 ; Pineau (Alfred), 9 ; Rose, 15 ; Ruaud, 7 ; Roussel, 5 ; Michaux, 10.

La prochaine séance aura lieu le mardi 24 septembre, à quatre heures, suite de la deuxième moitié, deuxième série, et deuxième moitié, troisième série.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS POUR LE CLINICAT. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 21 octobre 1907, à 9 heures du matin.

Il sera pourvu : I. Pour le clinicat médical, à la nomination d'un chef de clinique adjoint. — II. Pour le clinicat médical infantile, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. — III. Pour le clinicat obstétrical, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et de deux chefs de clinique adjoints. — IV. Pour le clinicat gynécologique, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 10 octobre 1907. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à 3 heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie P.-L-M. vient de publier une série de 25 cartes postales reproduisant, en couleurs, les plus remarquables de ses affiches illustrées.

Ces 25 cartes postales, renfermées dans une pochette, sont mises en vente dans les bibliothèques des principales gares du réseau, au prix de 1 fr. ; ces cartes sont aussi vendues séparément à raison de 0 fr. 05 l'exemplaire. La pochette est envoyée à domicile sur demande accompagnée de 1 fr. en timbres-poste et adressée au Service central de l'Exploitation, 20, boulevard Diderot, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement de la syphilis, par les docteurs Lucien JACQUET, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et Marcel FERRAND, interne à l'hôpital Broca. Petit in-8° de 164 p., 1907. — Prix : broché, 2 fr. 50 ; cartonné, 3 fr. — Paris, Masson et Cie.

Prophylaxie de la tuberculose, par le docteur P. JOUSSET, ancien interne (médaille d'or) des hôpitaux, chargé du sanatorium des tuberculeux à l'hôpital Saint-Jacques. In-8° de 172 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Annales médico-psychologiques. — (N° 2, sept-oct.) DE CLÉRAMBAULT : Ivresse psychique. — SCHLUB : Un cas d'épilepsie larvée (*suite*).

Archives d'électricité expérimentales et cliniques. — (N° 221, 10 sept.) NOGIER et THÉVENOT : La lumière des lampes. — COOPER : Hervitt possède-t-elle un pouvoir bactéricide? — BORDIER : Radiothérapie de l'acné. — LAQUERRIÈRE : L'électrodiagnostic dans les troubles moteurs dus aux accidents du travail. De l'importance de l'examen de l'articulation acromio-claviculaire dans les traumatismes de l'épaule. Du rôle des rayons X en applications percutanées dans le traitement du fibrome utérin.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 9, sept.) CHAUDAYE : La fièvre typhoïde dans la garnison et dans la ville de Tébessa, de 1890 à 1906. — BILOUET : Note au sujet de l'emploi des pâtes épilatoires en remplacement du rasage des poils et des cheveux dans les interventions chirurgicales. — DELAMARE : Note sur le traitement des fractures de la rotule.

Archiv für Kinderheilkunde. — (Tome XLV, fasc. I et II.) REINACH : Contribution à l'étude de la radioscopie dans les affections osseuses chez les nourrissons hérédo-syphilitiques. — OSHIMA : Sur les bactéries le plus fréquemment rencontrées dans la bouche de l'enfant normal et sur les troubles qu'elles provoquent. — SADGER : Hydriatique du croup. Les crèches et nourrisseries de Berlin. — CASSEL et PICK : Recherches et résultats provenant des crèches pour l'année 1905. — FRIEDJUNG : Mortalité des nourrissons et questions d'habitations. Réplique à Meinert. — (Tome XLV, fasc. III et IV.) KLOSE : Alimentation rationnelle depuis la naissance jusqu'à deux ans. — LANDMANN : Sur le lait de Backhaus. — (Tome XLV, fasc. V et VI.) SHUKOWSKY : Melæna neonatorum. Gastrorragies des nouveau-nés. 29 cas de ma pratique privée. — RACHMANINOW : Un cas de zona ophtalmique chez l'enfant ; — Cas de mort dans la chorée. — TROÏTZY : Troubles fonctionnels du cœur dans la scarlatine. — OSHIMA : Contenu, en albumine, des selles des nourrissons. — (Bd. XLVI, h. I et II.) SCHLESINGER : Antécédents et manière d'être des écoliers mal doués. — HÜSSY : Sur l'emploi du lait desséché dans l'alimentation des nourrissons pendant la saison chaude — FLESCH et SCHOSSBERGER : Propagation des idées sur l'alimentation naturelle des nourrissons à Budapest. — WINOKOUROFF : Tumeurs cérébelleuses chez l'enfant. — GINDER : Variétés de méningites et ponction lombaire d'après Quincke. — WINOKOUROFF : Deux cas de dystrophie musculaire progressive familiale. SIEGERT : Thérapeutique par les ferments, d'après Czerny.

Archives générales de chirurgie. — (N° 2, août.) BAUDET : La hernie inguino-insterstitielle et la hernie en bissac. Anatomie. Pathogénie. — LEROY : Les épiploïtes. — BRANCA et BASSETA : Sur le développement du testicule humain.

(*Voir la suite, page 1307.*)

VARIATIONS DES TENSIONS VASCULAIRES

CHEZ LES ARTÉRIO-SCLÉREUX HYPERTENDUS

LEUR VALEUR SÉMIOLOGIQUE ET PRONOSTIQUE

Par Louis-Albert AMBLARD,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin-consultant à Vittel.

Depuis une vingtaine d'années, tout particulièrement depuis que les relations étroites qui unissent en pathologie le cœur, les artères et le rein ont été mises en relief d'une façon toute spéciale, par notre maître M. Huchard, dans son *Traité des maladies du cœur et des vaisseaux*, l'hypertension artérielle, symptôme capital des *cardiopathies artérielles*, devint le sujet d'études répétées, qu'explique son importance clinique.

Une grande obscurité règne cependant encore sur cette question, obscurité qui est en partie due à ce que les auteurs négligent souvent de faire connaître sur quelle variété d'hypertension vasculaire ont porté leurs recherches. Si, en France, on a jusqu'à ce jour mesuré presque exclusivement la tension systolique, en Allemagne ce fut surtout la tension artério-capillaire qui fut observée, et en Angleterre et aux Etats-Unis, la tension artérielle moyenne.

Ces divergences tiennent à ce que l'imperfection des appareils utilisés pour la mesure de la tension vasculaire a permis aux divers observateurs de porter leur choix sur des appareils basés sur des principes différents, chacun d'eux s'étant cantonné dans l'étude des résultats fournis par l'appareil qui lui paraissait le plus précis.

Or, une assez longue pratique de ces divers instruments et la comparaison des chiffres obtenus, avec leur aide, toute part faite aux erreurs inhérentes au mode indirect d'appréciation nous ont conduit à cette certitude que, contrairement à ce qui semblerait à priori être évident, les diverses tensions ne varient pas parallèlement.

Souvent, c'est en sens contraire que se dessinent les courbes comparées des tensions notées quotidiennement, la circulation du sang dans les vaisseaux semblant obéir à des lois bien différentes des lois physiques qui régissent la circulation des liquides dans des conduits non vivants; les divergences profondes et paradoxales étant dues à la réaction même des conduits soumis à des influences vaso-motrices mises en jeu du fait de la propre sensibilité de leur paroi.

S'il est rare, en effet, de noter une hypertension artério-capillaire marquée avec une tension artérielle systolique basse, il est, par contre, fréquent de constater l'inverse : une tension artérielle systolique très élevée, avec une tension artério-capillaire très basse, ce qui, dans le cas, contrarie complètement l'idée généralement reçue d'une tension artérielle élevée du fait de l'élévation de la tension artério-capillaire, celle-ci provoquée par un spasme permanent des petits vaisseaux sanguins.

Il s'ensuit donc que ce n'est pas une seule, mais plusieurs tensions qu'il faut étudier, les variations de l'une d'entre elles, soit par élévation, soit par abaissement, ne pouvant permettre de préjuger de l'état des autres.

Du ventricule gauche jusqu'aux tissus auxquels il est destiné, le sang parcourt une série de canaux de calibre et de structure différents, dont l'effet est de transformer le mode de progression du sang. L'ondée brusque due à la contraction intermittente du ventricule gauche se transforme, grâce à l'intervention de la paroi du vaisseau artériel, en un courant de plus en plus régulier comme débit à mesure que l'éloignement du cœur s'accroît.

La tension artérielle passe donc par des alternatives d'accroissement succédant immédiatement à la systole ventriculaire et d'affaiblissement consécutif, modifications qui se traduisent sur un tracé par une ligne ondulée, dont les points les plus élevés correspondent à la tension maxima, et les points plus bas, à la tension minima du sang dans l'artère. La tension systolique est la tension maxima ; la tension diastolique, la minima.

Entre les deux tensions, le sang est soumis à une série de pressions différentes. La moyenne des pressions se succédant entre deux maxima (ou deux minima) constitue la tension moyenne du sang dans l'artère (Potain). On conçoit que la modification dans un sens, soit élévation, soit abaissement d'un seul des points maxima, ou minima, de la tension systolique ou diastolique, détermine nécessairement une modification de la tension moyenne, mais les variations simultanées de ces maxima et minima peuvent, soit s'ajouter, et modifier encore la tension moyenne, l'élevant s'ils s'élèvent, l'abaissant s'ils s'abaissent, soit se contrarier, et, dans ce cas, la tension moyenne pourra ne subir aucune modification.

La tension vasculaire ne peut donc être représentée par aucun des éléments noté seul, et il est utile de substituer à l'étude de la tension systolique celle des tensions systoliques et diastoliques.

Quant à la tension artério-capillaire, que l'on considère parfois comme représentant la tension artérielle moyenne, si chez l'homme normal elle est assez voisine de cette dernière, il n'en est plus ainsi lorsqu'il s'agit d'un artério-scléreux hypertendu. Elle évolue alors pour son propre compte, indépendamment, parfois en sens contraire des tensions artérielles.

La difficulté réelle que présente la mesure de la pression vasculaire, forcément évaluée, chez l'homme, indirectement, à l'aide d'appareils plus ou moins exacts, explique que bien souvent l'étude de la tension est laissée de côté dans des cas où elle pourrait fournir de précieux éléments pronostiques. Le procédé qui consiste à apprécier la tension artérielle à l'aide du doigt est absolument insuffisant et trompeur, quelque achevée que soit l'éducation du toucher de l'observateur. Il est certain que, dans la plupart des cas, le doigt appréciera l'hypertension lorsqu'elle est très accentuée, mais il ne peut la mesurer exactement, même à plusieurs degrés près, et nous avons pu constater que bien des malades, que le palper simple du pouls avait autorisé à considérer comme présen-

tant une tension normale, étaient en réalité très notablement hypertendus. Le contraire est, du reste, presque aussi fréquent.

Nous ne décrirons pas ici les divers appareils ordinairement employés, et ne citerons que deux d'entre eux, qui, malgré leurs imperfections, peuvent cependant être utilisés :

Le sphygmotonomètre de Bouloumié, heureux assemblage sous un volume assez réduit du sphymomanomètre de Potain et du tonomètre de Gaertner. Il permet la comparaison des tensions systoliques. artérielles et artério-capillaire par lecture sur un même cadran. Si cet appareil est assez infidèle en ce qui concerne l'appréciation de la tension systolique artérielle, du moins il permet une mesure précise de la pression artério-capillaire.

Le sphygmomètre de Hill et Barnard est certainement l'appareil clinique avec lequel on obtient les meilleurs résultats, et l'on peut, grâce à lui, apprécier les tensions diastoliques, moyennes et systoliques, cette dernière toutefois à la condition que l'hypertension ne dépasse pas 25 degrés, limite des graduations de l'appareil : la pression circulaire exercée sur le bras par un bracelet de caoutchouc rempli progressivement d'air étant, à notre avis, bien supérieur à celle exercée plus ou moins heureusement sur l'artère radiale par la petite pelote en caoutchouc du sphymomanomètre de Potain.

L'observation quotidienne d'un grand nombre de malades artério-scléreux hypertendus soignés par nous dans le service de M. Huchard, à l'hôpital Necker, nous a permis de constater les variations de diverses tensions artérielles et artério-capillaires provoquées par le traitement auquel ces malades étaient soumis.

1° Régime lacté, puis lacto-végétarien hypochloruré, destiné à combattre l'intoxication exogène;

2° Médication diurétique (théobromine, lactose, etc.), également dirigée contre l'intoxication en favorisant l'élimination des produits toxiques.

L'étude particulière de chaque variété de tension, et celle de leurs variations comparées, chez les malades soumis à ce régime, nous a amené à cette conclusion qu'au point de vue des renseignements pratiques à tirer de la marche de la tension vasculaire, chez les artério-scléreux hypertendus, l'étude des variations comparées des diverses tensions et de leurs rapports est plus intéressante, plus fertile en résultats que l'étude isolée de chacune d'entre elles.

Nous ferons remarquer, en passant, que la comparaison entre les tensions prises quotidiennement chez un même malade n'est utile que si elles sont enregistrées dans une similitude aussi absolue que possible de conditions : à la même heure, au repos, à une distance fixe du repos, dans la même position du corps, etc., tous les facteurs intervenant pour une part dans le degré de la tension.

Tension systolique. — Suivant le degré auquel est arrivée la maladie, la tension systolique se comporte différemment.

1° Elle baisse rapidement et reste basse, tant que le régime spécial est conservé;

2° Elle baisse momentanément, mais conserve une tendance marquée à s'élever sous l'influence de causes très légères : émotion, écart de régime;

3° Elle reste constamment très élevée, ne subissant aucune modification du fait du régime institué;

4° Après être demeurée très élevée, elle baisse rapidement jusqu'à la mort.

Tension moyenne. — La tension moyenne se comporte, elle aussi, différemment suivant les cas;

1° Elle s'abaisse et reste basse;

2° Elle s'abaisse, mais conserve toujours une grande tendance à s'élever sous l'influence d'une cause minime;

3° Elle reste élevée. Mais, contrairement à ce qui se passe pour la tension systolique, elle est toujours modifiable dans une certaine mesure par l'institution du traitement sus-indiqué. Même dans les cas les plus sérieux et chez les scléreux les plus avancés, on peut abaisser la tension moyenne;

4° Dans les cas très graves, elle baisse également brusquement dans les derniers jours de la maladie.

Tension artério-capillaire. — La tension artério-capillaire est toujours abaissée plus ou moins, et d'une façon plus ou moins durable, par l'institution du régime.

Dans leur ensemble, les diverses variétés de tension se comportent diversement. C'est ainsi que la tension artério-capillaire est la plus variable, susceptible de s'élever ou de s'abaisser en un seul jour d'une dizaine de degrés, tandis que la tension artérielle systolique, bien qu'assez mobile aussi, ne nous a jamais d'un jour à l'autre présenté des variations aussi marquées.

Quant à la tension moyenne, sa régularité est bien plus grande; elle s'élève ou s'abaisse en général d'un nombre de degrés limités, ou tout au moins sa chute ou son élévation restent dans de limites étroites se font plus progressivement.

Il s'ensuit donc que lorsqu'on ne peut juger de l'effet d'un traitement sur la tension, par un examen quotidien, ou qu'une étude toujours un peu longue de ces diverses tensions n'est pas possible, il est préférable de s'en tenir aux résultats fournis par la mesure de la tension moyenne. On a ainsi plus de chance d'éviter des erreurs provenant des écarts journaliers que l'on observe très fréquemment lorsqu'on trace les courbes des tensions prises quotidiennement.

Tensions comparées. — La comparaison des courbes des tensions artérielle, systolique et artério-capillaire, notées simultanément chez un même sujet, montre que l'une et l'autre se comportent de façon très différente.

1° Tantôt il y a sensiblement parallélisme entre les variations des deux tensions;

2° Tantôt il n'y a aucun parallélisme, chaque tension semble évoluer pour son propre compte;

3° Tantôt enfin, la tension artérielle systolique descend d'un certain nombre de degrés, tandis que la tension artério-capillaire reste sensiblement au même niveau, ou s'élève.

Sans doute, dans l'ensemble, généralement élevées toutes les deux, elles vont s'abaissant du fait du régime antitoxique, et de la médication diurétique;

mais, souvent aussi, leur marche divergente, l'une allant en s'abaissant, l'autre en s'élevant, permet de prendre sur le fait cette réaction propre de la paroi du vaisseau que nous avons signalée plus haut, qui fait différer complètement la circulation dans le système circulatoire, de la circulation dans des tubes inertes suivant les lois seules de la physique.

Le premier, M. Bouloumié avait observé déjà que lorsque la tension systolique s'élève, le rapport $\frac{\text{tension artério-capillaire}}{\text{tension artérielle systolique}}$ s'abaisse, et, inversement, lorsque la tension systolique s'abaisse, le rapport s'élève. Nous avons pu constater généralement ce même phénomène, et c'est ainsi qu'ayant, chez de nombreux malades, noté les deux variétés de tension au début et à la fin du traitement, nous avons obtenu deux rapports : Si la tension systolique s'est abaissée, le deuxième rapport est plus élevé que le premier. Si la tension systolique est plus haute à la fin du traitement, le deuxième rapport est le moins élevé.

Chez un sujet normal, la tension systolique étant de 15 à 18 degrés, la tension moyenne est généralement de 10 à 13 degrés, inférieure d'environ 5 degrés. Ces chiffres n'ont aucune valeur absolue, donnés par des appareils qui ont leurs imperfections, mais sont toujours comparables à eux-mêmes pour un même observateur. Lorsque la tension systolique s'élevant devient anormale, cet écart de 5 degrés n'est plus constant, allant tantôt s'exagérant, tantôt diminuant. En sorte que si, du chiffre de la tension systolique, on peut déduire le chiffre de la tension moyenne, lorsque la pression est normale, il ne peut plus en être ainsi lorsqu'il y a hypertension, et inversement la mesure seule de la tension moyenne ne peut fournir d'indication précise sur le chiffre exact de la tension systolique anormalement élevée.

Une tension systolique élevée, avec une tension moyenne également haute, montre l'insuffisance d'élasticité de la paroi vasculaire, la tension moyenne étant fonction de la tension systolique maxima et de la tension diastolique minima. Au contraire, une tension systolique élevée coïncidant avec une tension moyenne relativement basse indique une élasticité artérielle suffisamment conservée.

Lorsque la tension artérielle est augmentée, la paroi vasculaire étant distendue, son élasticité tend à être fonctionnellement supprimée, ou tout au moins très diminuée; la pression reste toujours très élevée dans l'artère, et les chiffres de la tension systolique maxima et de la tension diastolique minima sont très rapprochés.

C'est ce rapprochement des tensions systolique et diastolique dans l'artère qui donne ces caractères spéciaux du pouls, qui, au palper digital, paraît « dur, tendu en fil de fer ».

Si, la pression vasculaire étant très élevée, le chiffre de la tension systolique, bien qu'anormal, est séparé par un écart assez considérable du chiffre de la tension moyenne, on aura une preuve de ce que l'élasticité de la paroi artérielle entre notablement en jeu.

Ainsi donc, de l'étude comparée des tensions systolique et moyenne, nous sommes arrivé à cette conclusion d'une importance capitale au point de vue pronostique. C'est que, lorsque, chez un hypertendu une chute légère de la tension systolique ne s'accompagne pas, au cours du traitement, d'une chute parallèle ou supérieure de la tension moyenne, on peut conclure à l'existence de lésions vasculaires profondes et avancées; et qu'au contraire, alors même que la tension systolique reste élevée, un écart marqué de cette tension et de la tension moyenne est un élément de pronostique favorable.

La marche des tensions permet donc de diviser les hypertendus en deux catégories : 1° Artério-scléreux à hypertension permanente, mais réductible complètement ou incomplètement;

2° Artério-scléreux à hypertension permanente et irréductible, mais à cette condition de ne parler que d'hypertension systolique, car il y a toujours par institution du régime antitoxique et diurétique des modifications de la tension : la tension artério-capillaire baissant lorsqu'elle était primitivement élevée, et la tension diastolique s'écartant de la tension systolique même dans les cas les plus sérieux, et alors même que la tension systolique reste invariablement haute.

Or, cet écart plus grand entre les tensions systolique et diastolique, dont la mesure représente le degré d'élasticité que la paroi artérielle est encore capable de fournir, constitue ainsi un important élément de pronostic et est par lui-même un bénéfice. Il permet en effet au ventricule gauche de fournir un travail moins considérable. La circulation se fait dans l'artère suivant un type se rapprochant davantage de la normale, la disparition de l'élasticité artérielle ayant eu, entre autres conséquences, celle de nécessiter un travail excessif du ventricule gauche, dont l'aboutissant est l'hypertrophie d'abord, et plus tard l'insuffisance fonctionnelle terminale.

Le régime lacté, puis lacto-végétarien hyperchloruré, aidé d'une médication diurétique (théobromine, lactose), eaux minérales (Vittel, Evian), procure des bénéfices au point de vue seul de la tension et doit être institué sans retard chez tout hypertendu.

Mais l'hypertension, signal d'alarme d'une importance capitale, sa constatation chez un sujet devant le faire considérer comme voué irrémédiablement à la sclérose vasculaire, et candidat à la néphrite scléreuse, à moins qu'un traitement sévère et prolongé ne soit institué, l'hypertension, danger par elle-même (anévrisme, hémorragie cérébrale, etc.), n'est qu'un symptôme d'états morbides à manifestations cliniques diverses, mais que leur nature et leur cause commune, l'intoxication, ont fait réunir par M. Huchard sous le nom de « cardiopathies artérielles ». La lésion peut être au cœur et aux vaisseaux, « le danger est au rein » (Huchard), et quelles que soient les opinions divergentes sur la cause même de l'hypertension considérée soit comme primitive, soit comme secondaire à une lésion rénale, tout se résume en somme à l'insuffisance où est le rein d'éliminer des produits toxiques, soit endogènes, soit exogènes, tout particulièrement d'origine alimentaire, une disposition spéciale, héréditaire souvent, venant apporter son appoint dans l'apparition des accidents. Il

n'est pas douteux, en effet, que même dans les cas où le bénéfice retiré du traitement au point de vue de l'abaissement de la tension est presque insignifiant, on obtient une amélioration de l'état général qui peut être considérable. La disparition de l'insomnie et de la dyspnée d'origine toxique, *sine materia*, sur laquelle le régime déchloruré seul a certainement moins d'influence que le régime lacté exclusif (ce qui tendrait à prouver qu'elle est plutôt toxi-alimentaire que chloruro-toxique) est un bénéfice suffisant pour rendre ce traitement obligatoire.

MÉDECINE PRATIQUE

DE LA CURE DE SOUS-NITRATE DE BISMUTH DANS LES AFFECTIONS DE L'ESTOMAC.

Préconisé dès 1849 par Monneret, le sous-nitrate de bismuth n'est entré dans la thérapeutique courante des maladies digestives que depuis les recherches de Fleiner et de M. Hayem : les règles qui doivent présider à son emploi viennent d'être exposées dans la thèse de M. Ruault (Paris, 1907) et dans un article de M. Lion, publié par les *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition* (août 1907, p. 468-491).

D'après ces deux auteurs, le sous-nitrate de bismuth préparé comme l'indique la dernière édition du Codex est un sel parfaitement pur, correspondant au sous-nitrate lourd du commerce; le sous-nitrate léger diffère du précédent en ce qu'il contient une quantité variable d'oxyde ou de carbonate. C'est donc le *sous-nitrate de bismuth lourd*, préparé par un pharmacien consciencieux, que le praticien doit prescrire.

Pris à l'intérieur, le sous-nitrate de bismuth pur n'est pas toxique, même à doses élevées, comme le démontrent d'innombrables observations. La plus typique est celle de M. Mathieu : elle concerne un malade qui, en quatre-vingts jours, prit 1.600 grammes de cette substance. Cet homme était déjà porteur d'une stomatite : elle ne fut pas augmentée, et on n'observa pas de liséré gingival. On note seulement un très léger degré de pigmentation de la face. Le malade n'avait pas diminué de poids et même se sentait beaucoup plus fort qu'avant le traitement. *Toutes les observations à intoxication plus ou moins sérieuses qui ont été rapportées sont consécutives à l'application du médicament à l'extérieur.*

Quels sont les effets thérapeutiques du sous-nitrate de bismuth? C'est, avant tout, le *médicament de la douleur* (Hayem). Dans les affections gastriques, en même temps qu'il fait céder la douleur, il arrête la disparition des phénomènes réflexes à point de départ gastrique. Il agit favorablement contre la gastrorrhagie. Enfin, il combat utilement les fermentations anormales.

L'action du sous-nitrate de bismuth contre les douleurs s'exerce, quelle que soit la nature de l'affection causale : les premiers observateurs l'utilisèrent dans les *formes douloureuses des gastrites et des dyspepsies* et, d'après MM. Hayem et Lion, il peut être employé avec autant de succès chez les hypopeptiques et même chez les apeptiques que chez les hyperpeptiques. L'amendement est obtenu quelle que soit la forme de la douleur : douleur précoce ou tardive, crampes ou brûlures, douleurs atroces ou simples sensations de pesanteur, de gêne, de fringale. Dans les véritables crises gastriques, lorsque l'intolérance de l'estomac est absolue, il est souvent impossible de donner le bismuth au début, mais dès que la phase aiguë est terminée et que son administration devient possible, son action est, le plus souvent, favorable. Les effets calmants n'apparaissent d'habitude que vers le sixième jour.

Dans les *dyspepsies nerveuses*, dans les crises gastriques d'origine centrale, le bismuth échoue.

Dans l'*ulcère simple*, l'emploi du sous-nitrate de bismuth est aujourd'hui classique (Kussmaul, Fleiner) : il calme les phénomènes douloureux, les accidents réflexes, et permet une évolution plus rapide et plus sûre de la lésion vers la guérison. Même dans le *cancer de l'estomac*, on obtient, dans bien des cas, une action sédative très remarquable, *mais momentanée*, signe excellent lorsqu'on hésite entre un ulcus et un néoplasme gastrique.

La plupart des *phénomènes réflexes* qui accompagnent les gastropathies : spasmes et vomissements, sialorrhée, éructations, aéro et sialophagie, sont dissipés par la cure de bismuth.

Dans les *gastrorrhagies*, le sous-nitrate de bismuth constitue un médicament des plus précieux : Fleiner conseille alors de le faire avaler à jeun à la dose de 10 grammes dans 200 grammes d'eau.

Enfin le sous-nitrate de bismuth est doué d'un pouvoir peu douteux contre les *fermentations anormales*, comme le prouvent les faits rapportés par MM. G. Lion et Ruault.

Il n'existe qu'une *contre-indication* à l'emploi de cette substance : c'est la sténose du conduit gastro-intestinal, quel qu'en soit le siège. Encore cette contre-indication n'est-elle pas absolue et, dans les sténoses peu serrées, on peut, en espaçant les prises et en surveillant l'élimination, donner le bismuth avec avantage.

On pourrait craindre que l'usage des hautes doses de bismuth n'engendrât la constipation. Il n'en est rien. La constipation est rarement observée et, quand elle se produit, elle cède aux moyens les plus simples : lavement ordinaire ou lavement d'huile. En général, les fonctions intestinales ne sont pas troublées chez les malades dont les garde-robes étaient auparavant régulières et, assez fréquemment, on les voit s'améliorer chez ceux qui étaient habituellement constipés. Parfois même, la cure de bismuth amène un peu de diarrhée, mais celle-ci reste le plus souvent modérée et cède à la suppression du médicament ou simplement à une diminution de la dose.

Comment agit le bismuth? M. G. Lion admet que : 1° il a une action physique qu'il exerce en s'étalant uniformément à la surface de la muqueuse et en le protégeant contre l'influence irritante du contenu stomacal, d'où la sédation des phénomènes douloureux ; 2° il a une action chimique qui entre en jeu dans les cas d'hyperpepsie, amenant la disparition presque complète de l'hyperchlorhydrie, diminuant considérablement l'énergie du processus digestif, précipitant, dans certaines conditions, l'évolution digestive et l'évacuation de l'estomac; 3° il agit sur les fermentations anormales, par son action isolante, ainsi que par son pouvoir antiseptique qui est probablement dû en partie à la mise en liberté d'acide azotique.

Comment donner le bismuth? Actuellement, Kussmaul et Fleiner, M. Hayem donnent de *fortes doses* de 15 à 20 grammes *pro die*.

Le matin à jeun, on lave d'abord l'estomac, puis, dès que la dernière eau de lavage est revenue, on introduit 10 à 20 grammes de sous-nitrate de bismuth délayé dans 200 cen-

timètres cubes d'eau. Le tube est rincé avec 50 centimètres cubes d'eau et laissé en place tandis que le malade se couche sur le côté droit quand l'ulcère siège au pylore, sur le dos et le siège relevé, quand on suppose qu'il occupe la petite courbure. Au bout de dix minutes, on peut retirer l'eau et sortir le tube. Le malade garde encore la position choisie pendant une demi-heure, puis il déjeune. L'usage du tube est-il contre-indiqué, le malade prend par la bouche 10 grammes de bismuth délayés dans 200 centimètres cubes d'eau, puis se couche une demi-heure dans la position précédente. Cette façon de prescrire le bismuth à jeun convient surtout aux cas dans lesquels l'action physique est spécialement recherchée.

Monneret donnait le médicament dans la journée, surtout avant les repas; cette méthode est abandonnée aujourd'hui; d'après M. G. Lion, elle pourrait cependant donner de bons résultats dans le cas où la digestion gastrique se prolonge d'une façon anormale. L. BABONNEIX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 SEPTEMBRE 1907)

Conservation de la pression artérielle après l'application des courants de haute fréquence sous forme d'autoconduction. — M. D'ARSONVAL a présenté une note de MM. BERGONIÉ, André BROCA et G. FERRIÉ sur ce sujet.

Certains observateurs ont publié que l'autoconduction par les courants de haute fréquence produit un abaissement de la pression artérielle chez les hypertendus. Tous les auteurs n'étant pas d'accord sur ce point, MM. Bergonié, Broca et Ferrié ont repris la question en employant un appareil infiniment plus puissant, construit pour l'usage de la télégraphie sans fil. L'intensité maxima de chaque train d'onde obtenu avec cet appareil est d'environ 500 ampères.

Les sujets dont la pression artérielle était mesurée quotidiennement depuis huit jours, au moyen des appareils de Potain, de Riva-Rocci et de Vaquez, étaient traités tous les jours à la même heure, pendant dix minutes. La pression était mesurée avant et après l'application des courants.

Sur 10 sujets, dont 5 étaient des artério-scléreux hypertendus, 2 des hypertendus sans symptômes d'artério-sclérose, 1 à pression normale, 2 des hypotendus, voici les résultats obtenus :

Sur 45 applications, 6 ont montré une contradiction entre les indications du sphygmomanomètre de Potain et celles du sphygmomanomètre de Riva-Rocci. Les auteurs les rejettent; restent 39 mesures concordantes, parmi lesquelles ils trouvent :

3 indécises (variations dans la limite des erreurs d'expérience);

4 donnant un abaissement de la pression;

10 donnant une élévation de la pression;

21 ne donnant aucune variation de la pression.

La conclusion de ces recherches leur paraît être la suivante : dans les conditions définies plus haut, dans lesquelles ils se sont placés, il n'y a aucune action des courants de haute fréquence sur la pression artérielle.

De nouvelles recherches expérimentales sur d'autres phénomènes biologiques, au moyen de ces mêmes ondes et d'autres ondes plus lentes, sont en cours avec le même appareil.

M. d'Arsonval fait suivre cette présentation de quelques réflexions : rien de ce qu'ont obtenu les auteurs de cette note n'a pu être définitif. Quand M. d'Arsonval découvrit, il y a une quinzaine d'années, les effets physiologiques des courants de haute fréquence, il déclara soumettre ces faits aux médecins en leur laissant la faculté d'en tirer parti en thérapeutique. Son rôle de physiologiste était terminé, et il n'a jamais voulu intervenir dans le débat des faits cliniques. Après avoir communiqué les résultats positifs observés par M. le docteur Moutier, il communique aujourd'hui les résultats négatifs d'autres observateurs. Des abaissements de pression considérable lui ont été signalés par plusieurs cliniciens éminents. Les deux ordres d'effet semblent donc exister réellement. Comment expliquer cette contradiction ?

Les derniers observateurs ont employé des courants dix fois plus puissants que leurs devanciers. Une excitation électrique répétée cinq mille fois par seconde, par exemple, donna un maximum d'effet physiologique. En la répétant cinquante mille fois l'effet ne croît pas, il disparaît au contraire. C'est le cas bien connu de la haute fréquence.

Il serait également désirable que les expérimentateurs trouvassent, pour mesurer la pression artérielle chez l'homme, des appareils plus précis que ceux actuellement en usage. Il faut surtout que les indications de ces appareils soient indépendantes de l'habileté ou de l'état d'âme des opérateurs.

Point n'est besoin de rappeler à quelles causes d'illusions exposent les méthodes de mesure *subjectives*.

C'est en accumulant les expériences comparatives, en faisant varier systématiquement leurs conditions, en perfectionnant les méthodes de mesure qu'on pourra trancher le différend qui divise actuellement les observateurs. Comme le disait Claude Bernard, il n'y a pas de faits contradictoires, en science expérimentale, il n'y a que des faits dont le déterminisme est insuffisamment établi.

ANALYSES

MEDECINE

Un cas de fièvre typhoïde évoluant sous l'aspect d'une maladie de Weil et causée par une auto-infection partie de la vésicule biliaire. (GRIMME. *Munch. med. Wochens.*, 10 sept. 1907, n° 37, p. 1822.) — Une femme de cinquante-deux ans, hospitalisée depuis assez longtemps, présenta brusquement des symptômes d'ictère infectieux auxquels elle succomba en douze jours.

Le cinquième jour de la maladie, le séro-diagnostic se montra positif à 1/800. L'ensemencement du sang et des selles donna du bacille d'Eberth.

L'autopsie montra un cancer de la vésicule biliaire qui adhérait au bord inférieur du foie, à l'estomac, au duodénum, au côlon et au grand épiploon, le tout formant une seule masse. Un gros calcul était enclavé dans le canal cystique. Le canal cholédoque était perméable; mais le canal hépatique était oblitéré et au-dessus de lui les voies biliaires extra et intra-hépatiques étaient fortement dilatées. L'intestin grêle était absolument intact; une petite ulcération superficielle existait dans le cæcum.

Le bacille d'Eberth fut isolé à l'état de pureté du contenu de la vésicule biliaire et de l'exsudat péritonéal.

Les recherches les plus minutieuses montrèrent qu'il était impossible que la malade se fût infectée à l'hôpital. Mais en

1904, avant son entrée à l'hôpital, elle avait présenté tous les symptômes d'une fièvre typhoïde.

Grimme pense qu'il s'agit là d'un cas de réinfection et d'auto-infection typhique. Les voies biliaires étaient restées infectées depuis la fièvre typhoïde de 1904; puis, sous l'influence des troubles apportés à l'écoulement de la bile par le cancer de la vésicule, le bacille d'Eberth avait pu pénétrer de nouveau dans la circulation et déterminer une infection mortelle.

Ce cas serait analogue à celui qu'ont rapporté Lévy et Kayser en décembre 1906, et qui a été analysé dans ce journal (*Gaz. des hôpit.*, 24 janv. 1907, n° 10). A. LEMIERRE.

Des occlusions intestinales appendiculaires. (GROUEW. Th. de Paris, 1906; Bonvalot-Jouve, édit.) — Un certain nombre d'occlusions intestinales est dû à des causes appendiculaires.

L'auteur les divise en deux groupes :

1° Occlusions sans obstacle mécanique; 2° Occlusions par obstacle mécanique.

L'occlusion sans obstacle mécanique obéit à un réflexe appendiculaire ou à la réaction péritonéale.

Dans les occlusions par obstacle mécanique, la cause est due, ou à l'appendice anormalement long, ou aux brides et adhérences consécutives à la péritonite appendiculaire.

Le tableau symptomatique d'occlusion appendiculaire est le même que celui de toute occlusion produite par une autre cause. Le diagnostic est très délicat et repose uniquement sur l'analyse minutieuse du malade et de ses antécédents.

Le traitement médical (entéroclyse ou lavement électrique) peut quelquefois être employé avec succès au début, mais, en général, dans les occlusions paralytiques, le traitement est celui de l'appendicite ou de la péritonite. Dans les occlusions par obstacle mécanique, c'est la laparotomie qui reste le traitement de choix. L. GAYARD.

Pancréatite chronique terminée par ictère grave sans lithiase biliaire. (LAPOINTE et TRÉMOLIÈRES. *Arch. des mal. de la digestion*, n° 3, 1907, p. 212-219.) — Il s'agit d'une femme de quarante ans, qui, à la suite d'une infection mal définie, commença à maigrir et à devenir jaune. L'état général s'altéra progressivement, et la malade succomba, avec les phénomènes classiques de l'ictère grave, à la suite d'une intervention qui avait permis d'éliminer la lithiase cholédocique. L'autopsie montre, comme l'opération, l'absence de lithiase hépatique, mais elle décèle l'existence d'une hypertrophie totale du pancréas, qui, à la coupe, paraissait criblé de petits nodules caséeux ou ramollis. Histologiquement, dégénérescence graisseuse, presque totale, du foie; lésions à la fois interstitielles et parenchymateuses du pancréas. Voilà donc un cas où, pas un instant, l'attention ne fut attirée sur le pancréas, et où, logiquement, on fut conduit à pratiquer une opération inutile. Probablement, ici les lésions pancréatiques ont été les premières en date et duraient depuis plus ou moins longtemps, les lésions hépatiques étaient au contraire aiguës, récentes. Comme il n'y avait pas trace d'angiocholite ascendante, il faut supposer que les germes ou toxines, partis du pancréas, ont, pour arriver au foie, suivi la voie veineuse : il y aurait donc des *hépatites d'origine pancréatique*, comme il y a des *hépatites d'origine splénique*. L. BABONNEIX.

De l'apepsie. (FRANÇAIS. Th. de Paris, 1906; Steinheil, édit.) — L'apepsie n'est pas une entité pathologique, mais un syndrome caractérisé par des altérations du chimisme gastrique telles, qu'elles démontrent l'abolition complète de la fonction digestive de l'estomac.

Elle est le plus ordinairement en rapport avec des lésions graves de la muqueuse stomacale (gastrites dégénératives, interstitielles, mixtes ou atrophiques). Elle se montre fréquemment à l'état isolé, caractérisant cliniquement les formes destructives de la gastrite chronique. Elle apparaît parfois au cours du cancer de l'estomac, et un des points les plus importants du diagnostic est de savoir distinguer les cas de gastrite simple des cas de cancer avec apepsie.

Elle peut accompagner encore différentes maladies, mais elle ne semble pas toujours, dans ces cas, jouer le rôle d'une cause ou être une conséquence, et souvent elle n'apparaît que comme une maladie concomitante.

La lésion gastrique est consécutive à l'action de différents principes irritants, toxiques ou toxi-infectieux, qu'il s'agisse d'agents venus de l'extérieur ou de produits de l'organisme lui-même. L'expérimentation permet de se rendre compte de l'importance des agents toxiques ou toxi-infectieux. L'auteur a pu la déterminer chez le chien par injections intra-péritonéales d'une gastro-cytolysine préparée sur le lapin, par inoculation à cet animal de muqueuse gastrique de chien.

L. GAYARD.

CHIRURGIE

Des hémorragies rétiniennes dans la compression du thorax. (BÉAL. Th. de Paris, 1906; Bonvalot-Jouve, édit.) — Dans sa très intéressante thèse, M. Béal montre que : dans la compression thoracique, les hémorragies rétiniennes sont l'exception; le masque violacé ecchymotique cervico-facial, la règle.

Ces hémorragies sont maculaires ou périphériques, peu étendues, généralement arrondies et en petit nombre, sinon uniques.

Leur pronostic dépend du siège. Maculaires, elles abaissent considérablement la vision en donnant un scotome central. Extra-maculaires, elles peuvent, après avoir déterminé une diminution temporaire de l'acuité visuelle, laisser une acuité normale.

La pathogénie est variable. Dans la compression brusque rapide, la stase peut être seule en cause. Dans la compression lente prolongée, à la stase vient s'ajouter le rôle de l'effort. Dans l'œil, les hémorragies se localisent de préférence à la rétine. Le contraste entre la présence presque constante des ecchymoses cervico-faciales et la rareté des hémorragies rétiniennes s'explique par ce fait que les vaisseaux rétiniens sont soutenus par la tension oculaire supérieure à la leur. Partout où cette contre-pression existe (œil, cerveau, partie du cou sous-jacente au col de la chemise), les ecchymoses manquent ou sont rares. Partout ailleurs où cette contre-pression fait défaut, les ecchymoses existent presque toujours.

A ces cas d'hémorragies par compression thoracique se rattachent les hémorragies par effort (toux, vomissements, épilepsie, pendaison atypique, efforts de miction dans la rétention d'urine...), les hémorragies par stase pure (pendant la grossesse, chez le nouveau-né par compression du cordon).

Les hémorragies rétiniennes par décompression présentent, elles aussi, une pathogénie analogue.

En face d'un blessé atteint de compression du thorax avec ecchymoses à distance, le premier devoir du médecin est de le considérer comme un asphyxié et de faire la respiration artificielle, les tractions rythmées de la langue.

Plus tard il devra rechercher si l'hémorragie rétinienne a été facilitée par une lésion antérieure des vaisseaux, et traiter la maladie générale en cause. L. GAYARD.

Varices anévrismales. (J. CLARK-STEWART. *Ann. of Surg.*, vol. XLIV, nº 6, déc. 1906, p. 920-925.) — Il n'y a pas de guérison spontanée pour ces lésions, et le traitement est purement opératoire. La plus ancienne méthode est la double ligature des vaisseaux, avec ou sans extirpation du segment intermédiaire. Cette opération est satisfaisante à la tête et aux membres supérieurs, mais aux membres inférieurs donne une trop haute proportion de gangrène dangereuse, non seulement pour le membre, mais aussi pour la vie, pour pouvoir être préconisée comme méthode régulière. Dans ces cas, la suture directe de l'ouverture de la paroi artérielle, avec suture de la veine, si elle est possible, sinon avec ligature de celle-ci, est la méthode de choix. On a proposé aussi de fermer l'orifice de communication par une ligature passée autour sans ouvrir aucun vaisseau. Quoique Mayo ait eu un succès dans un cas de varice du creux poplité, cette méthode n'offre pas de garanties de guérison parce qu'il faudrait que la ligature fût permanente, et alors elle pourrait causer une ulcération et une hémorragie secondaire. L'auteur relate un cas de varice anévrismale de l'avant-bras, causée par un coup de feu cinq ans auparavant. Il y avait eu fracture très compliquée du coude qui avait fini par guérir et avait amené la production de beaucoup de tissu cicatriciel. Il y avait une tumeur pulsatile au coude. Les veines de l'avant-bras étaient énormes, 2 centimètres à 2c5 de large.

Devant l'impossibilité d'isoler l'anévrisme, Stewart fut obligé de recourir à la ligature suivie d'excision. La longueur réséquée fut considérable. La circulation resta mauvaise pendant les quarante-huit premières heures après l'opération. Cependant, il n'y eut gangrène que d'un petit fragment de peau.

Le malade put reprendre son métier de guide. Deux fois, étant ivre, il tomba, se blessa le bras et eut deux abcès dont l'incision fut très longue à guérir. Les ulcérations ressemblaient beaucoup à celles que l'on voit dans la gangrène par embolie, où les tissus sont à moitié morts, et ne veulent ni se nécroser franchement, ni montrer une tendance à la cicatrisation. F. GARDNER.

Greffe dentaire [réimplantation]. (NACHMIAS-GERSON. Th. de Paris, 1907; Bonvalot-Jouve, édit.) — La greffe dentaire, envisagée au point de vue de la pratique courante, est-elle recommandable?

Les résultats immédiats, ou considérés dans les mois qui suivent l'opération, font opter pour l'affirmative. Revus tardivement, ils rendent l'opérateur plus circonspect.

La réimplantation immédiate d'une dent saine, ou à la suite d'un traumatisme, doit être toujours essayée.

Le praticien doit être plus sobre quand il s'agit d'une réimplantation tardive d'une dent sèche.

L'âge et l'état de santé sont, en effet, la première condition de réussite. En outre, cette opération nécessite des soins particuliers assez prolongés et peu faciles aux indigents.

Quand il ne s'agira pas d'une incisive ou d'une canine, dents peu exposées aux traumatismes de la mastication, la réussite sera plus douteuse.

Le praticien doit se mettre à couvert des revendications ultérieures en prévenant à l'avance le patient qu'il est impossible de préciser la durée du résultat. L. GAYARD.

Tuberculose d'un fibromyome de l'utérus. (J.-L. ARCHAMBAULT. *Albany medical Annals*, janv. 1907, vol. XXVIII, nº 1, p. 153, et aussi *Journ. Amer. med. Assoc.*, 1906, XLVII, p. 768.) — L'observation rapportée par Archambault est unique dans la science.

Il s'agissait d'une jeune femme de vingt ans qui depuis dix-huit mois présentait des signes de tuberculose pulmonaire assez étendue du poumon droit. A propos de leucorrhée présentée par la malade il y a un an, on constata que son utérus était petit, infantile, en rétrodéviation. Il y a un mois, début brusque de l'affection par des douleurs violentes dans l'hypogastre. A l'examen on trouve le col dévié derrière le pubis, et le fond de l'utérus de la grosseur d'une mandarine et bosselé, tombé dans le Douglas, dont il comble toute la partie gauche; dans le cul-de-sac gauche, une deuxième tuméfaction distincte de l'utérus et plus molle.

On discute et on admet la possibilité d'une lésion tuberculeuse du petit bassin, et bien que la tuberculose pulmonaire fasse des progrès, on se décide à intervenir.

La laparotomie est pratiquée le 11 janvier.

Au lieu de trouver de la péritonite tuberculeuse du petit bassin autour des lésions originelles des organes génitaux, on est tout étonné de trouver le péritoine lisse, sain. Le fond de l'utérus très volumineux par la présence d'un fibrome est adhérent seulement à une anse intestinale; hystérectomie subtotale.

La trompe droite présente des lésions nettes de tuberculose. Lorsqu'on coupe le fibrome, on constate que sa masse est remplie de cavités depuis la grosseur d'une tête d'épingle à un diamètre de 5 millimètres, comblées de matière caséeuse.

Des coupes en série ont été pratiquées à travers toute l'épaisseur de l'utérus au niveau du fibrome et ont montré que la muqueuse utérine, le péritoine étaient indemnes de lésions tuberculeuses, que celles-ci étaient exclusives au tissu musculaire dans la région du fibromyome.

Archambault conclut à une lésion tuberculeuse primitive ayant donné lieu par voie sanguine à des foyers secondaires et indépendants l'un de l'autre de la trompe et du fibrome.

Il n'a pu retrouver de cas semblable dans la littérature médicale. Bole, Kelly ont cité la coexistence de fibrome et de tuberculose des trompes, mais sans lésions bacillaires du premier.

La tuberculose des organes génitaux de la femme peut être quelquefois primitive et par inoculation : ce sont les cas très rares de tuberculose du vagin et du museau de tanche.

Elle est presque toujours secondaire à la tuberculose pulmonaire et se propage par voie sanguine. Ce sont les trompes qui sont le plus souvent infectées, quelquefois les ovaires et autour de ces foyers se développe de la péritonite tuberculeuse consécutive. L'utérus est alors quelquefois infecté par contiguïté et ses lésions débutent soit par la muqueuse, soit par le péritoine. Le rectum peut aussi par contiguïté donner lieu à des lésions analogues.

Le cas d'Archambault reste unique dans l'histoire de la tuberculose des organes génitaux de la femme.

M. LANCE.

PEDIATRIE

L'emploi du lait cru. (H. TRIBOULET. Congrès internat. des gouttes de lait, sept. 1907.) — Il y a en faveur de l'emploi du lait cru un certain nombre de considérations théoriques. Le lait cru est un lait non modifié, physiologique, ayant toutes

ses propriétés physiques, chimiques et biologiques (minéralisation, diastases); c'est un lait vivant.

Mais il faudrait confirmer ces vues théoriques par un exposé d'observations très précises concernant son emploi chez l'enfant sain (ce qui n'a pas été fait suffisamment encore).

Il y a contre l'emploi du lait cru un bon nombre de données : *a*. difficultés de sa conservation; prix plus élevé; *b*. dangers de la transmission d'états infectieux de l'animal au nourrisson; *c*. ce lait vivant, utile par ses diastases, peut être mauvais par ses éléments animaux spécifiques, comme on le voit parfois pour la viande crue, et surtout pour les sérums (éléments nuisibles qu'atténue le chauffage).

Le lait cru a certaines indications précises chez l'enfant malade : certaines dyspepsies, dystrophies, eczémas, rachitisme, maladie de Barlow et états scorbutiformes; et ici encore c'est à la clinique de réglementer ces questions de détail.

En conséquence, si l'allaitement par le lait bouilli ou stérilisé est un mode de nutrition précis, presque réglable scientifiquement, l'allaitement artificiel exclusif par le lait animal cru est plutôt une médication qu'une alimentation, est plutôt un art qu'une méthode, et, comme tel, soumis à tout l'imprévu des prédispositions individuelles. L. GAYARD.

Les accidents nerveux de l'entéro colite muco-membraneuse infantile. (MIRAILLÉ. *Arch. des mal. de la digestion*, n° 3, 1907, p. 130-141.) — L'entéro-colite muco-membraneuse infantile se développant presque exclusivement chez des névropathes, on comprend que, dans la symptomatologie de cette affection, les manifestations nerveuses occupent toujours une place prépondérante. M. Miraillé rapporte trois observations d'*agitation* et de *terreurs nocturnes*, un cas de *troubles mentaux*, un cas de *retard de développement du système nerveux*, un cas de *migraines*, trois cas de *convulsions*, un fait de *chorée* et deux de *méningisme*, observés au cours d'entéro-colites muco-membraneuses infantiles. Que l'on rattache ces accidents à l'intoxication (Bouchard) ou qu'on invoque à leur origine un trouble réflexe (Potain), l'important, c'est de savoir que chez un enfant présentant des troubles nerveux quelconques, il faut toujours, et systématiquement, examiner l'intestin. L. BABONNEIX.

OBSTETRIQUE

Appendicite et grossesse. — A un article d'Erich OPITZ (*Therapie der Gegenwart*, sept. 1906) récemment publié sur cette question, Ottfried O. FELLNER fait une réponse (*Therapie der Gegenwart*, sept. 1906) dans laquelle il discute les conclusions d'Opitz; il nous paraît intéressant de résumer les deux opinions.

Les conclusions d'Opitz étaient les suivantes :

On ne note pas de prédisposition particulière à l'appendicite pendant la grossesse; au contraire, celle-ci paraîtrait dans une certaine mesure protéger les femmes qui jusque-là n'en ont pas été atteintes ou même celles qui en ont déjà subi les attaques.

Si une appendicite aiguë survient au cours de la grossesse, le danger est alors grand. La moitié des produits de la grossesse succombe à la suite de l'accès, qu'il y ait ou non opération.

Le diagnostic est dans bien des cas hérissé de difficultés.

Le traitement ne se différencie pas en général de celui de l'appendicite en dehors de la grossesse. Quand il y a déjà de la péritonite qui a atteint l'utérus lui-même ou quand il existe des contractions, que le fruit est mort, Opitz est alors d'avis de vider l'utérus par une césarienne vaginale, mais seulement dans ces cas. En dehors de ces éventualités, on conserve le ferme espoir que le fruit pourra continuer à se développer après l'opération.

O. Fellner faisant allusion à ces conclusions s'élève contre l'assertion d'Opitz déclarant l'appendicite rare au cours de la grossesse; en 1904, Fellner en réunissait déjà 114 observations publiées, toutes eurent une très grave évolution et la mortalité s'éleva à 70 p. 100 pendant la grossesse et à 33 p. 100 pendant les couches.

L'accouchement prématuré après l'opération se produit dans 35 p. 100 des cas.

Fellner ne met pas en doute la nécessité d'intervenir par une cure radicale aussitôt que possible. Mais il se demande si dans le cas où il y a suppuration et menace de péritonite, il est avantageux de pratiquer la délivrance artificielle par une césarienne vaginale, comme le conseille Opitz.

En pareil cas, on peut toujours craindre que le retrait de l'utérus n'amène la rupture de la poche purulente par traction d'adhérences; quand on pense aux larges plaies créées par une opération telle que la césarienne vaginale préconisée par Opitz, on doit toujours craindre une ouverture du péritoine qui mettrait directement en communication les plaies placentaires de la matrice et la plaie opératoire avec le foyer de péritonite.

Fellner est d'avis, et sur ce point il est d'accord avec Opitz, que la césarienne vaginale doit être réservée aux cas où l'enfant est mort et son expulsion déjà commencée; dans le cas de péritonite, il vaut au contraire mieux faire la dilatation, la version et l'extraction préalables, et non la césarienne, comme le veut Opitz.

Les conclusions de Fellner sont, en somme, les suivantes :

S'agit-il d'une inflammation catarrhale de l'appendice, opérer sans égard pour la grossesse, de même s'il y a du pus et crainte de perforation, l'enfant étant vivant et la mère sans douleurs. Si l'enfant est mort ou que des contractions bien nettes se soient produites, pratiquer d'abord l'évacuation de l'utérus. Si le péritoine est sain, pratiquer la césarienne vaginale, sinon effectuer la délivrance artificielle par d'autres voies. P. VIOLET.

BACTERIOLOGIE

Sur l'action du taurocholate de soude et de la bile des animaux sur le pneumocoque, le streptococcus mucosus et les autres streptocoques. (*Munch. med. Wochens.*, 16 juillet 1907, n° 29, p. 1431.) — Neufeld a démontré que si l'on ajoute à 1 ou 2 centimètres cubes de culture en bouillon de pneumocoque 1 centimètre cube de bile de lapin et que si l'on agite ce mélange, on constate qu'au bout de quelques minutes il s'éclaircit et devient absolument transparent, il s'est produit une bactériolyse complète que Neufeld attribue particulièrement à l'action du glycocholate et du taurocholate de soude.

R. Levy a repris cette expérience et l'a appliquée au diagnostic bactériologique. Il a montré qu'en ajoutant une proportion de 2,5 p. 100 de taurocholate de soude à des cultures de pneumocoque ou de streptococcus mucosus, il se produit une bactériolyse immédiate. Au contraire, si l'on emploie des cultures de streptocoque, on voit que le taurocholate de soude est sans action et que la culture reste trouble. Si l'on examine en goutte pendante les cultures de ces différents microbes après addition de taurocholate de soude, on ne constate plus le moindre élément microbien visible dans celles de pneumo-

coque et de streptococcus mucosus. Au contraire, les chaînettes de streptocoques sont nettement visibles.

Mandelbaum a modifié un peu la technique de R. Levy. Il mélange pour l'examen 2 centimètres cubes de culture en bouillon bien trouble des microbes et une solution de taurocholate de soude. Il a obtenu les mêmes résultats. Il constate seulement que le taurocholate de soude est loin d'être sans action sur le streptocoque et que, si l'on ensemence le mélange streptocoque + taurocholate une heure après l'avoir fait, le streptocoque ne pousse pas.

Mandelbaum a constaté comme R. Levy que les gouttes pendantes de cultures de pneumocoque et de streptococcus mucosus traitées par le taurocholate, examinées au microscope, ne montrent plus aucun bacille, tandis que dans les mêmes conditions les chaînettes de streptocoque sont nettement apparentes. Mais, à son grand étonnement, il a vu qu'en ajoutant aux gouttes pendantes de pneumocoque ou de streptococcus mucosus un peu de bleu de Lœffler, on constate très nettement la présence de nombreux microbes colorés : à la vérité, si un certain nombre de microbes semblent encore à peu près intacts, beaucoup sont altérés et prennent à peine le colorant. Il ne s'agit donc pas, à proprement parler, de bactériolyse.

Mandelbaum a répété les mêmes expériences en remplaçant le taurocholate de soude par de la bile de lapins et a obtenu des résultats identiques. A. LEMIERRE.

SUITE DES SOMMAIRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (sept. 1907.) Macé : Principes d'hygiène scolaire. — Romant et Euzière : Etude du contenu cardiaque dans les asphyxies mécaniques. — Brouardel : Les attentats aux mœurs faussement allégués. — Mosny : Prophylaxie. — Péhu : Les crèches municipales de Lyon.

Bulletin général de thérapeutique. — (15 sept.) Rochard : L'anesthésie générale par la scopolamine est meurtrière.

Bulletin médical. — (N° 73, 18 sept.) Laquerrière : L'électrolyse des ions médicamentaux. — Laveran : Les fosses septiques.

Écho médical du Nord. — (N° 37, 15 sept.) Deléarde : Le traitement de quelques affections pulmonaires aiguës de l'enfance. — Curtis et Gellé : Un cas d'adénome malin à forme de papillome diffus de toute la muqueuse utérine.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 37, 15 sept.) J. Duvergey : Quelques considérations sur un cas de kyste dermoïde du plancher de la bouche. — Jacques Bonnes : Les incompatibilités du mercure et de ses principaux sels.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 37, 15 sept.) *La question du vin :* I. Le vin au point de vue de l'hygiène générale et de la thérapeutique (Mauriac, Arnozan, « The Lancet », Cayla, P. Carles, Sellier, Sabrazès et Mercandier, Fonssagrives); II. La diminution de la consommation du vin et les progrès de l'alcoolisme (Régis, J. Vergely, Lancereaux, Abadie et Grenier de Gardenal, Manaud); III. Les médecins et les Sociétés médicales en présence de la question du vin (Boix, « Illustration », Société de médecine de Paris, Opinions médicales, Congrès de Montauban).

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 37, 14 sept.) L. Danel : La notion de dégénérescence particulièrement dans l'étude du mouvement littéraire et artistique contemporain (*suite*).

Lyon médical. — (N° 37, 15 sept.) Ch. Colombo : L'artériosclérose, sa pathogénie et son traitement. — Desgouttes et Gabourd : Occlusion intestinale dans une salpingite double.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 37, 14 sept. 1907.) Pechère : Le rein tuberculeux est susceptible de guérison par les moyens médicaux.

Nord médical. — (N° 311, 15 sept.) Doumer : Les principes fondamentaux de l'électrothérapie. — Paucot et Vanverts : Fracture de la première phalange avec déplacement des fragments et adhérence des tendons fléchisseurs au cal.

Normandie médicale. — (N° 18, 15 sept.) Renaud Hue : Impressions de voyage sur la médecine aux Etats-Unis (*fin.*) — Lecoq : Pied-bot datant de vingt-trois ans. Opération. Guérison.

Presse médicale. — (N° 75, 18 sept.) Olmer et Terras : Cuti-réaction à la tuberculine chez l'adulte. Ophtalmo-réaction. — Martinet : Pharmacodynamie synthétique. Le principe dit du salol en pharmacodynamie.

Semaine gynécologique. — (N° 38, 17 sept.) Pichevin : A propos de la bartholinite.

Semaine médicale. — (N° 38, 18 sept.) Marfan : Le rachitisme dans ses rapports avec la déformation ogivale de la voûte palatine et l'hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx.

Tribune médicale. — (N° 37, 14 sept.) Ménétrier et Touraine : La pneumonie du fœtus.

Pédiâtrie pratique. — (N° 18, 15 sept.) Ménétrier et Touraine : La pneumonie du fœtus. — Weymeersch : Le babeurre dans le traitement des gastro-entérites chez le nourrisson.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 37, 14 sept.) Chavanne : Vieilles gens, nouvelles idées. — Cousteau et Lafay : La mixture de Bonain adrénalinée au millième comme anesthésique-hémostatique en oto-rhino-laryngologie.

Revue de chirurgie. — (N° 9, 10 sept.) Terrier et Lecène : La ligne semi-lunaire de Spiegel (3 fig.) — Couteaud : Plaies de la vésicule biliaire. — Estor : De la subluxation congénitale du poignet [6 fig.] (*suite et fin*). — Pichon : Les myocèles, en particulier les myocèles par rupture aponévrotique simple [hernies vraies des auteurs] (*suite et fin*).

Revue scientifique. — (N° 12, 21 sept. 1907.) Lœb : La parthénogenèse artificielle et la théorie de la fécondation. — Collin : L'examen microscopique des poudres végétales. — Harmand : Les forêts japonaises et leur exploitation.

Revue de médecine. — (N° 9, 10 sept.) Janovski : Des nouvelles voies dans le diagnostic des maladies internes. — Codina Castellvi : Recherches sur le traitement de l'ankylostomiase [4 fig.] (*suite et fin*). — Marcel Labbé : Etude sur la physiologie pathologique des diabètes sucrés [9 tracés] (*suite et fin*). — Lesné et Monier-Vinard : Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la sporotrichose [3 fig.] (*suite et fin*).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Billets d'aller et retour de Paris à la frontière suisse, délivrés conjointement avec des cartes d'abonnements généraux suisses. — La gare de Paris délivre des billets d'aller et retour de 1re et 2e classes valables 48 jours, pour Genève, les Verrières-frontière, Vallorbe-frontière et Villers-frontière (sans réciprocité).

Ces billets, qui sont émis au prix de 87 francs en 1re classe et de 64 francs en 2e classe, comportent la faculté d'aller de Paris en Suisse par l'un quelconque des points frontières ci-dessus dénommés et de revenir, soit à Paris P.-L.-M. par l'un quelconque de ces points, soit à Paris-Est par Delle-frontière ou par Bâle-Petit-Croix. Ils sont délivrés exclusivement aux voyageurs qui prennent en même temps une carte d'abonnement suisse de 15, 30 ou 45 jours, valable sur les principaux chemins de fer et lignes de navigation suisses.

Les prix des abonnements généraux suisses sont les suivants :

Abonnement de 15 jours, 1re classe : 80 fr. ; 2e classe : 55 fr. ; 3e classe : 40 fr.

Abonnement de 30 jours, 1re classe : 120 fr. ; 2e classe : 85 fr. ; 3e classe : 60 fr.

Abonnement de 45 jours : 1re classe : 160 fr. ; 2e classe : 110 fr. ; 3e classe, 80 fr.

En outre de ces prix, il doit être versé un dépôt de garantie de 5 fr. qui est remboursé au moment de la restitution de la carte.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau traité de chirurgie, publié en fascicules sous la direction de A. LE DENTU, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et P. DELBET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 33 fascicules grand in 8° avec fig. Il paraît un fascicule par mois depuis le 1er mai 1907. — L'ouvrage complet coûtera environ 250 francs. On peut souscrire en envoyant un à-compte de 50 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Maladies chirurgicales de la peau, par J.-L. FAURE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Grand in-8° de 144 p. avec fig. — Prix : broché, 4 francs ; cartonné, 5 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

N° 110. — JEUDI 26 SEPTEMBRE 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 26 SEPTEMBRE 1907. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 23 septembre. — Question donnée: « Hydarthrose. »

MM. Bortnowski, 3; Benoiste-Pilloire, 17; Bessière, 9; Antonelli, 5 ; Cambessédès, 11 ; Mlle Campagne, 6 ; MM. Baud, 8; Baréty, 15; Ardillier, 10; Mlle Borch, 13; M. Bruneau, 11 ; Mlle Cahon, 9; MM. Buffet, 10; Bideaux, 15; Barraud, 13; Abramovski, 9.

Anatomie. — Séance du 24 septembre. — Question donnée : « Articulation temporo-maxillaire. »

MM. Robert (L.-E.), 5; Moricaud, 11; Minoret, 16; Rigoulet (Pierre), 6; Morel (André), 5; Michel, 3; Pichancourt, 16; Monod (Lorenz), 13; Moineau, 12; Reynier (Jacques), 17; Penet, 6; Plotkin, 10; Modot (Henri), 3; Vaquette, 5; Trifaud, 14; Usse, 17; Siguret, 4; Ubago, 3; Wageon, 7.

La prochaine séance aura lieu le lundi 26 septembre, à quatre heures, suite de la deuxième moitié, troisième série.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — M. Fournié, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 12e corps d'armée, a été nommé au grade de médecin inspecteur dans la 1re section du cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin inspecteur Czernicki, placé dans la section de réserve.

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont promus : *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de première classe Jousset et David.

MARINE. — M. le médecin de deuxième classe Cazeneuve, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur le *Calédonien*, navire-école des gabiers.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Les récompenses suivantes ont été décernées aux médecins dont les noms suivent, pour le zèle et le dévouement dont ils ont fait preuve dans l'organisation, l'administration et le fonctionnement des Sociétés de tir territoriales et mixtes au cours de l'année 1906 :

Médaille d'argent avec lettre de félicitations et citation au Bulletin officiel. — M. le docteur Dresch (de Pontfaverger) ; — M. le médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale Perrenot.

Lettres de félicitations avec citation au Bulletin officiel. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale Céry ; — M. le médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale Dorel ; — M. le médecin aide-major de réserve Duruty.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Albert Lucau, ancien médecin de la marine.

CLINIQUE BAUDELOCQUE. — Accouchements et gynécologie. (Service de M. le professeur Pinard). — Les cours pratiques suivants auront lieu à la clinique Baudelocque, 125, boulevard Port-Royal, savoir :

1° *Accouchements.* — Cours pratique d'accouchements avec manœuvres opératoires, par M. le docteur Paquy, ancien chef de clinique et M. le docteur Mouchotte, chef de clinique. — Ce cours a commencé le lundi 23 septembre 1907, à neuf heures du matin. Il sera complet en un mois et aura lieu tous les jours, à la même heure, à la clinique Baudelocque.

2° *Gynécologie.* — Cours clinique et pratique de gynécologie, par le docteur Potocki, agrégé, accoucheur des hôpitaux, assisté du docteur Le Masson. — Ce cours commencera à la clinique Baudelocque le mercredi 20 novembre 1907, à dix heures du matin, et aura lieu les jours suivants à la même heure.

Il sera complet en 18 leçons.

Le nombre des élèves est limité à 12. Si les inscriptions dépassaient ce chiffre, il y aurait un cours supplémentaire.

Le droit à verser est de 50 francs pour chaque cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés

au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVII, nº 5, 1er août 1907.) Frederick C. SHATTUCK : Le présent, le passé et l'avenir de la tuberculose. — Arthur K. STONE et Cleaveland FLOYD : Le traitement journalier des tuberculeux dans un hôpital général et un moyen de résoudre le problème de l'isolement (avec 3 fig.). — Lewellys F. BARKER : Un diagnostic neurologique et psychiatrique. — Richard C. CABOT : L'historique du développement et de la valeur relative des méthodes de diagnostic cliniques et de laboratoire. — (Nº 6, 8 août.) John W. DEWIS : Etude comparative des moyens de déceler le sang dissimulé dans le contenu gastrique, les matières fécales, en particulier étude spéciale du réactif de Benzedin (avec 2 tableaux). — Henry A. CHRISTIAN : Estimation critique de la méthode de recherche du sucre dans l'urine diabétique par le poids spécifique de fermentation (avec 9 graphiques). — C. A. DRAW : Le traitement de la fièvre dans les hôpitaux publics. — Joshua C. HUBBARD : L'anastomose artério-veineuse. — (Nº 7, 15 août.) George CARROLL SMITH : Le facteur psychique dans les maladies. — Edward O. OTIS : La pression du sang comme guide dans le traitement de l'hémoptysie (avec un tableau). — John H. CUNNINGHAM et Harold W. BAKER : Une bobine résorbable pour les entéro-anastomoses (avec 4 fig.). — (Nº 8, 22 août.) E. H. BREADFORD et James WARREN SEVER : Le torticolis. Les résultats des cas de torticolis acquis et congénital d'origine musculaire à l'hôpital des enfants de Boston depuis 1879 (avec 26 figures et 4 tableaux). — Samuel A. FISK : La recherche d'un climat profitable. — Luther G. PAUL : Etude sur 750 fractures des os longs du membre inférieur, surtout au sujet des causes de la non-consolidation (avec 1 tableau). — John WARREN ACHORN : L'éducation de l'habitude mentale et physique. — (Nº 9, 29 août.) Ira J. PROUTY : La dignité de la médecine. — Richard C. CABOT : Les trois fièvres continues de la Nouvelle-Angleterre. — Joseph H. PRATT : L'organisation des dispensaires antituberculeux. — Charles HARRINGTON : Les inspecteurs médicaux. Leur fonction. — Frank G. WHEATLEY : Les inspecteurs des magasins.

Bulletin médical. — (Nº 74, 14 sept. 1907.) KUSS et LOBSTEIN : Etude expérimentale de la transmission de la tuberculose par inhalation.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (Nº 37, 12 sept.) HERXHEIMER : Contribution au traitement de l'acné vulgaire. — ARNING et KLEIN : La réalisation pratique de la recherche du spirochæte pallida dans la pratique d'un grand hôpital. — BŒLKE : Les opsonines de Wright dans les maladies infectieuses aiguës. — HESSE : Sur les complications dans l'anesthésie lombaire. — FRIEDLŒNDER : Abus habituel de chloroforme. — TURAN : Sur le traitement du catarrhe chronique de l'utérus. — MULERT : Un cas de rupture utérine complète pendant l'accouchement. — GIERTSEN : L'état sanitaire dans l'armée norvégienne.

Écho médical du Nord. — (Nº 38, 22 sept.) VERHAEGHE : L'actinomycose dans la région du Nord.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (Nº 38, 22 sept.) J. KUNTSLER : La rénovation du P. C. N. et les études médicales en 1908.

Journal des praticiens. — (Nº 38, 21 sept.) PAUCHET : Diagnostic et traitement de la lithiase du cholédoque. — ALBARRAN : Les cystites grippales. — KIRMISSON : Les fractures du crâne chez les enfants. — LIÉGEOIS : Des plantes réputées antinéphrétiques. — HUCHARD et FIESSINGER : La syphilis du cœur. — BABINSKI : Tremblement hystérique généralisé. — PRIVAT : Procédé simple pour faire l'extension continue. — FIESSINGER : Les albuminuries infectieuses.

Journal des sciences médicales de Lille. — (Nº 38, 21 sept.) DANEL : La notion de dégénérescence particulièrement dans l'étude du mouvement littéraire et artistique contemporain (*suite et fin*).

Marseille médical. — (Nº 18, 15 sept.) PLATON : Fonctionnement de la clinique gynécologique. — BRICKA : Y a-t-il une botryomycose? — HUON et MACÉ : Observations à propos de vaccine. — TAMISIER : Action de l'iode sur la glycérine.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (Nº 38, 17 sept. 1907.) PÆSSLER et SEIDEL : Contribution à la pathogénie et au traitement de l'emphysème pulmonaire alvéolaire. — SCHADE : Diabète et catalyse. — BACMEISTER : Recherches bactériologiques dans la cholélithiase. — PRŒSCHER et WHITE : Sur la présence de spirochètes dans l'hyperplasie ganglionnaire pseudo-leucémique. — RIEBOLD : Sur les rapports entre l'ovulation, la menstruation et les maladies internes. — ENDERLEN : Sur la désinfection à l'iode et à la benzine. — EBNER : Simplification du pansement après l'amputation du sein et les autres interventions sur le creux de l'aisselle. — WILLY : Sur les conditions de guérison dans le cancer de l'estomac et de l'intestin. — VOIGT : Que faut-il entendre par vaccine généralisée? — HAMMESFAHR : Sur un cas de chylothorax double traumatique. — AXMANN : Suppression des dilatations vasculaires produites par les rayons du radium. — BESCHORNER : L'établissement de l'assistance pour les maladies du poumon dans le combat contre la tuberculose, maladie populaire. — BECKER : Nouvel appareil à stérilisation à eau salée. — HEUSCHEN : Arrachement des apophyses épineuses des vertèbres par contraction musculaire.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (Nº 37, 15 sept. 1907.) MAKARA : Le traitement par hyperémie de stase passive de Bier en chirurgie.

Province médicale. — (Nº 38, 21 sept.) JABOULAY : Névrome du nerf radial. — VERGER : Contribution à l'étude de l'influence du traumatisme sur l'évolution des maladies organiques de la moelle. — RIVES : Traitement de l'hydrocèle par l'injection phéniquée.

Presse médicale. — (Nº 76, 21 sept.) CARRIEU : De l'emploi des métaux colloïdes électriques dans les infections fébriles. — DAELS : La fonction phagocytaire de la cellule géante.

Revue médicale de l'Est. — (Nº 16, 15 août 1907.) H. ZILGIEN : Quelques réflexions sur les dangers de contamination de diverses maladies. — RÉMY : Hémorragies par les gencives et par des nævi pendant la gestation. — SCHUHL : Opération césarienne pour cancer du col de l'utérus.

Wiener klinische Wochenschrift. — (Nº 37, 12 sept. 1907.) POPISCHILL : Le cœur dans la scarlatine. — GOLDSCHWEND : Sur mille anesthésies lombaires par la tropacocaïne. — MAHUERT et SCHNOPFHAGEN : Sur la leucémie et son traitement par les rayons Röntgen. — CIECHANOWSKI : Observations anatomo-pathologiques sur la tuberculose intestinale primitive. — VON KLECKI : Rapport sur les recherches instituées à l'Institut sur le passage des bactéries à travers la muqueuse intestinale intacte.

L'ŒDÈME AIGU DU POUMON

Par MM. H. MÉRY et L. BABONNEIX (1).

I

Définition — L'œdème du poumon, c'est le passage, dans le tissu pulmonaire, de la sérosité albumineuse non coagulable du plasma et des leucocytes. Cette sérosité albumineuse, exsudée des capillaires sanguins, se répand immédiatement dans les alvéoles, les capillaires sanguins étant seulement séparés de la cavité de l'alvéole par une mince couche de cellules épithéliales qui n'offre qu'une bien faible résistance à l'inondation séreuse. Cette inondation séreuse des cavités du poumon peut ensuite devenir un obstacle à la circulation sanguine et à l'hématose, en comprimant les vaisseaux capillaires et en amenant leur affaissement.

On distingue deux variétés d'œdème pulmonaire :

L'œdème par stase : *œdème passif.*

L'œdème par congestion active : *œdème actif.*

L'œdème *par stase* dû aux affections du cœur gauche, avec excès de tension dans le système veineux pulmonaire qui se vide mal, se constitue peu à peu. C'est un œdème *chronique* ou, tout au moins, *subaigu*. Il s'accompagne de congestion pulmonaire chronique. L'œdème, en pareil cas, se trouve sur le même plan que la congestion passive qui l'accompagne, et, suivant les cas, tantôt l'un, tantôt l'autre l'emporte. Aussi convient-il de ne point séparer l'étude de la congestion pulmonaire chronique et celle de l'œdème chronique. Nous les laisserons complètement de côté aujourd'hui.

L'œdème par congestion active, *œdème actif*, *œdème aigu*, est tout autre. Il résulte, non d'une gêne dans la circulation en retour du poumon, mais d'une élévation subite et considérable de tension dans le domaine de l'artère pulmonaire et se caractérise par une brusque suffusion de sérosité dans l'intérieur des alvéoles, ainsi que dans le tissu interstitiel du poumon [Teissier (2)]. Il se distingue donc de l'œdème passif par la *soudaineté* et la *gravité des accidents*, d'où le nom d'*apoplexie séreuse* qu'on lui a fréquemment donné, et par *son origine nettement fluxionnaire et non inflammatoire* ; en effet, la sérosité épanchée dans les alvéoles ne contient pas de fibrine (Renaut, v. Basch). C'est de cette variété si importante d'œdème pulmonaire (syn. *hémo-œdème*, *œdème congestif*, *fluxionnaire* (Huchard) que nous nous occuperons surtout au cours de cet article.

II

Historique. — Laënnec a décrit le premier, en 1819, l'œdème du poumon. Il s'est occupé particulièrement de l'œdème chronique des affections cardiaques, insistant sur la rareté de la forme primitive, mais il signale, en passant, l'œdème aigu qu'il appelle *œdème idiopathique*. Il note expressément que « la plus grande partie de la sérosité est contenue dans les vésicules pulmonaires ».

Andral, en 1837, décrit un œdème aigu actif qu'il compare pour sa brusquerie à l'œdème de la glotte. Il distingue une forme aiguë et une forme suraiguë, à début brusque et à évolution foudroyante.

Legendre (1837) le signale au cours de la scarlatine. Rilliet et Barthez (1853), Hardy et Béhier (1855) admettent également une forme aiguë de l'œdème pulmonaire.

Souin de la Savinière [1873 (1)] étudie l'œdème pulmonaire dans les maladies infectieuses, dans la pneumonie.

Bernheim [1877 (2)] insiste sur l'œdème pulmonaire aigu des rhumatisants, sur ces formes foudroyantes emportant le malade en quelques minutes

Lund [de Christiania (1879)], de la Harpe [1881 (3)] rapportent des cas d'œdème aigu.

Lebreton (1884) décrit, parmi les accidents pulmonaires des rhumatisants, une forme répondant à l'œdème aigu du poumon.

Il faut citer surtout, parmi les travaux récents, les différentes communications de M. Huchard (4), celles de M. Dieulafoy (œdème aigu chez les brightiques), les rapports de MM. Teissier et Masius au Congrès de Lyon (1900), les monographies de Morély (5), Fouineau et Eppinger, qui ont définitivement contribué à donner à l'œdème aigu du poumon une place spéciale en nosologie.

Bouveret (6), Vinay (7), étudient l'œdème aigu chez les brightiques, en particulier au cours de la grossesse.

En ce qui concerne la pathogénie, rappelons les travaux de Fræntzel, Welsch, Sahli, von Basch et Grossmann, et ceux, déjà cités, de MM. Dieulafoy et Huchard.

M. Renaut (de Lyon) étudie l'anatomie pathologique (8).

L'historique de l'œdème aigu du poumon, consécutif à la thoracentèse et aux ponctions évacuatrices pratiquées sur l'abdomen, commence à Pinault (de Châteauroux), qui observa, en 1853, le premier cas d'expectoration albumineuse après la thoracentèse. Il rattacha cet accident à la congestion subite qui suit l'évacuation du liquide.

Legroux et Woillez, au contraire (1863), proposèrent la théorie de la perforation traumatique du poumon.

(1) Cet article formera un chapitre du *Traité de médecine et de thérapeutique*, publié sous la direction des professeurs Gilbert et Thoinot, qui va paraître prochainement chez MM. J.-B. Baillière et fils, éditeurs à Paris.

(2) Teissier. Congrès de Paris, 1900.

(1) Souin de la Savinière. Th. de Paris, 1873.

(2) Bernheim. *Leçons de clinique médicale*, 1877.

(3) De la Harpe. *Revue médicale de la Suisse romande*, 15 juin 1881.

(4) Huchard. Sur l'œdème aigu du poumon dans les affections de l'aorte, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1890, 1893, 1895, 1897.

(5) Morély. L'œdème aigu du poumon. Revue générale. *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 1101.

(6) Bouveret. *Revue de méd.*, mars 1890.

(7) Vinay. *Lyon méd.*, 1896.

(8) V. aussi Renaut et Mollard. Traitement de l'œdème du poumon, *Traité de thérapeutique appliquée.*

Béhier, en 1872, parla même de perforation spontanée. Terrillon (1) hésite entre la perforation spontanée et l'œdème alvéolaire. C'est à cette dernière théorie, soutenue d'abord par Pinault et Hérard, que se rallièrent ensuite tous les auteurs.

III

Etiologie. — Quelles sont les causes de l'œdème aigu du poumon ?

Les deux plus importantes paraissent être les *affections des reins et de l'aorte*. Leur rôle relatif a été fort discuté. Certains auteurs, guidés par leurs recherches personnelles, ont voulu donner la part prépondérante à l'un des deux groupes : M. Dieulafoy aux affections des reins, M. Huchard aux affections de l'aorte. La vérité est que rien ne justifie l'adoption d'une théorie exclusive, d'autant plus qu'à côté de ces deux causes principales de l'œdème pulmonaire aigu, il en est bien d'autres que nous allons passer en revue.

Les œdèmes, au cours des AFFECTIONS BRIGHTIQUES, ont été surtout étudiés par M. Dieulafoy, qui, à côté des *formes subaiguës*, a bien décrit les cas d'*œdème suraigu* (2). Le plus souvent, l'œdème survient chez des brightiques scléreux, c'est-à-dire peu exposés, en général, aux grandes suffusions œdémateuses (Teissier). Il peut se produire d'emblée et causer la mort avant l'apparition des autres hydropisies (Bartels).

On peut rapprocher des œdèmes du mal de Bright les cas d'œdème du poumon observés chez des *arthritiques* (goutteux héréditaires, lithiasiques rénaux ou hépatiques).

L'œdème pulmonaire aigu, au cours des AFFECTIONS DE L'AORTE, a été étudié par M. Huchard (3). Il l'a surtout observé chez des malades atteints d'aortite aiguë ou chronique avec ou sans coronarite (4).

Ce ne sont pas là les seules causes de l'œdème pulmonaire. On l'observe dans nombre d'infections aiguës ou d'intoxications. Des INFECTIONS, une des plus fréquemment en cause c'est le *rhumatisme* (Ball, Bernheim, Fernet, Lebreton, Mehoyas). M. Jaccoud en a cité un cas au cours de la fièvre typhoïde. On l'a signalé dans la rougeole, le choléra, la pneumonie, où il joue parfois le rôle de phénomène critique (Kornfeld). Dans cette dernière affection (Troisier, Merklen et Pouliot, Soutworth), de même que dans la scarlatine, où il a été vu par Le Gendre, il peut être en rapport avec une lésion rénale. Mais l'infection de choix, celle qui détermine le plus souvent l'œdème aigu du poumon, c'est la *grippe*, comme l'ont montré MM. Teissier, Rendu et Fouineau. Pour ce dernier auteur, d'ailleurs, les infections ne se compliqueraient d'œdème aigu du poumon que si elles surviennent chez un sujet atteint d'insuffisance aortique. MM. Caussade, Milhit et I. de Jong ont récemment rapporté plusieurs cas d'œdème pulmonaire fébrile survenu au cours d'*infections pulmonaires* diverses : tuberculose, bronchite, broncho-pneumonie, pneumonie.

(1) TERRILLON. Thèse de Paris, 1872.

(2) DIEULAFOY. *Cliniques*, t. I, p. 23.

(3) HUCHARD. *Mémoire* de 1890.

(4) L'œdème aigu du poumon peut encore s'observer dans certaines *affections cardiaques* : lésions mitrales (Vinay, Sahli, Huchard) ; anévrismes de la pointe (Parisot et Spillmann, Jacquet) ; blessures du cœur (Falk), etc.

L'œdème aigu du poumon peut encore être la conséquence d'une INTOXICATION. On l'a vu fréquemment survenir chez des sujets en état d'ivresse, surtout si, à l'*alcoolisme*, vient se combiner l'action d'un froid intense et prolongé. On l'a signalé à la suite de l'ingestion de certains *médicaments* : iodure de potassium (1), iodoforme, pilocarpine (Jaccoud), et, depuis que la médication hypodermique est si à la mode, de nombreux auteurs (Pozzi, Achard, Bergé) ont rapporté des cas d'œdème aigu du poumon apparus, consécutivement aux *injections de sérum artificiel*, chez des sujets en état de rétention chlorurée. Les *venins* jouissent de propriétés analogues. Expérimentalement, les substances les plus diverses (solutions chlorurées, acide prussique, solutions iodo-iodurées) peuvent déterminer l'œdème aigu du poumon, mais celles qui paraissent les plus actives sont la muscarine, le salicylate de méthyle (Chatin et Guinard), le nitrite d'amyle (Winckler), et, surtout, l'adrénaline (Bouchard et Claude, Josué).

Parfois, l'œdème aigu du poumon est en rapport avec une *affection nerveuse* : myélite [Fouineau (2), Jaccoud], épilepsie (Alessi), hystérie (Hanot et Lévi, Müller), tabes, traumatismes crâniens. Un de nous a vu, chez le professeur Raymond, un cas d'œdème aigu du poumon au cours d'une polynévrite blennorrhagique. Nous avons déjà dit qu'il peut survenir à la suite de la thoracentèse (Pinault, Féréol), ou d'une ponction d'ascite. *Il n'y a donc pas d'œdème aigu primitif*, et, dans tous les cas (3), une enquête suffisamment minutieuse mettra en relief l'existence de causes infectieuses, toxiques, mécaniques ou nerveuses. De toutes ces causes, les *plus importantes, ce sont les affections rénales et aortiques*. Brouardel a en effet montré qu'à l'autopsie d'individus morts subitement d'œdème aigu du poumon, sur la voie publique, on trouvait presque toujours des lésions rénales, et parfois de l'aortite, alors même que ces sujets ne paraissaient pas malades auparavant (4).

IV

Pathogénie. — La pathogénie de l'œdème aigu est très complexe. L'œdème aigu est un œdème actif, un œdème artériel, par opposition à l'œdème passif, qui est un œdème veineux. Ici, le ralentissement du cours du sang n'est point dû à la difficulté qu'éprouvent les veines à se dégorger ; c'est l'afflux du sang qui se fait en excès, favorisé par une vaso-

(1) M. Huchard a vu l'œdème pulmonaire apparaître dans un cas d'ectasie aortique à la suite de l'administration de 2 grammes d'iodure de potassium.

(2) FOUINEAU. Th. de Paris, 1898.

(3) Dans quelques cas, la constatation d'*œdèmes parcellaires* du poumon a pu révéler l'existence de pleurésies enkystées (Teissier), ou d'embolies pulmonaires (surtout graisseuses).

(4) On connaît quelques cas d'œdème aigu du poumon en médecine vétérinaire.

dilatation active du système artériel. Pour expliquer cet afflux de sang, *trois théories principales*.

Certains auteurs font intervenir dans la pathogénie de l'œdème actif des actions purement *mécaniques*. Fräntzel (1), Cohnheim et Welsch (2) admettent que, sous l'influence de causes mal déterminées, le ventricule gauche se paralyse et se dilate avec rapidité, le ventricule droit continuant à battre normalement; les capillaires pulmonaires, distendus par le sang qui continue à affluer du ventricule droit, laissent alors passer le sérum du sang dans les alvéoles, créant ainsi l'œdème aigu.

Cette théorie se réclame d'une observation célèbre de Falck, où l'on put constater que le cœur droit continuait à battre, le ventricule gauche restant immobile. On peut encore invoquer en sa faveur ce fait que l'œdème ne se produit pas si l'augmentation de pression dans le système de l'artère pulmonaire est compensée par une insuffisance tricuspidienne, mais elle a été définitivement ruinée par les expériences de Sahli (3), et personne n'admet plus aujourd'hui, pour expliquer l'œdème aigu du poumon, la *rupture de l'équilibre entre les pressions des deux ventricules*.

Von Basch et Grossmann (4) ont soutenu une autre théorie mécanique. Lorsqu'on injecte de la muscarine à un animal, cette substance détermine une sorte de *crampe du ventricule gauche*; ce spasme produit une élévation brusque de tension dans les veines pulmonaires, et, comme le ventricule droit continue à envoyer le sang qu'il contient dans les capillaires pulmonaires, ceux-ci se congestionnent et laissent transsuder la sérosité albumineuse du sang dans les alvéoles pulmonaires (5). Cette séduisante hypothèse a malheureusement contre elle les résultats décisifs des expériences faites par Lichtheim et Cohnheim, lesquels n'ont pu produire l'œdème pulmonaire par la ligature de l'aorte et de toutes les veines pulmonaires, malgré l'énorme augmentation de pression intra-pulmonaire qui en résulte. Les théories mécaniques et purement cardiaques ne paraissent donc pas suffisantes pour expliquer la pathogénie de l'œdème aigu, d'autant plus que, cliniquement, les troubles cardiaques font presque toujours défaut.

La brusquerie des accidents, cette vaso-dilatation énorme et subite, montrent, à n'en pas douter, la part importante prise par le *système nerveux* dans la pathogénie de l'œdème pulmonaire. L'œdème du poumon procède, dit M. Bouveret, d'un trouble de l'innervation vaso-motrice dans le domaine de l'artère pulmonaire.

C'est là un premier point sur lequel tous les auteurs sont d'accord, mais qui ne saurait suffire à nous éclairer sur la pathogénie de l'œdème aigu. Il est causé par un trouble de l'innervation vaso-motrice, soit; mais dans quelles conditions ce trouble se produit-il? Diverses théories ont été émises; les unes, très exclusives, mettent en jeu uniquement, ou à peu près, les altérations rénales (Dieulafoy), les altérations de l'aorte et du péricarde. Pour M. Huchard, en particulier, la périaortite et la péricardite de la base irritent les nerfs du plexus cardiaque et déterminent ainsi, par voie réflexe, une vaso-dilatation subite et intense dans le domaine de l'artère pulmonaire. Cette augmentation ne suffirait pas à produire l'œdème tant que la contraction du ventricule droit reste suffisante : celui-ci n'apparaît qu'avec l'insuffisance du ventricule droit, qui peut être aiguë ou rapide. Il est évident, d'ailleurs, que toutes les surfaces sensibles peuvent être l'origine de ces réflexes vaso-dilatateurs.

Dans un certain nombre de cas (Brouardel, Debove), on peut invoquer l'action d'une cause toxique impressionnant le système nerveux et les origines des nerfs vaso-dilatateurs; c'est ce qui existerait au cours des affections rénales, qui paraissent être la cause la plus fréquente, constante pour M. Dieulafoy, de l'œdème pulmonaire aigu. Quelle est, en pareil cas, la substance toxique? Est-ce la substance vaso-dilatatrice trouvée dans les urines par M. Bouchard? Ou, plutôt, ne serait-ce pas l'adrénaline, ce poison dont l'action hypertensive est aujourd'hui si bien démontrée? La question n'est pas encore définitivement résolue.

Aucune de ces théories exclusives : théories mécanique, angéionévrotique, toxique, ne saurait être admise. M. Renaut a montré que l'œdème aigu du poumon peut survenir chez des sujets dont les reins sont parfaitement normaux. Le professeur Brouardel a, de son côté, signalé l'absence relativement fréquente des lésions aortiques, à l'autopsie des sujets morts d'œdème aigu du poumon. Enfin les curieuses expériences de MM. Teissier et Guinard ont définitivement établi que, pour reproduire expérimentalement l'œdème aigu du poumon, il faut associer l'action de plusieurs causes. Si, en effet, on se contente de comprimer l'aorte, de façon à élever de trois fois son chiffre normal, la tension du sang dans l'artère pulmonaire, on ne détermine pas d'œdème. Vient-on, de plus, à irriter le plexus cardiaque, alors se produit un léger œdème. Mais l'œdème ne devient définitif et intense que, si, aux actions mécanique et nerveuse, on associe une intoxication telle que celle que produit le salicylate de méthyle. Ces expériences permettent de comprendre pourquoi l'œdème aigu du poumon est si fréquent dans les néphrites scléreuses, où se trouve réunie, chez un même sujet, l'influence de ces trois facteurs (Teissier).

Les résultats des recherches de M. Josué font concevoir d'une tout autre façon la pathogénie de l'œdème pulmonaire aigu. On sait que l'adrénaline peut, expérimentalement, selon la dose injectée, déterminer tantôt de l'œdème aigu du poumon, tantôt de l'aortite chronique. D'autre part, il n'est pas interdit de supposer que certaines néphrites reconnaissent pour cause un fonctionnement excessif des capsules surrénales. De ces faits, M. Josué conclut que si lésions rénales et aortiques, d'une part, œdème aigu du poumon, de l'autre, coexistent si fréquem-

(1) Fraentzel. *Traité des maladies du cœur,* Berlin 1889.

(2) Welsch. *Virchow's Arch.*, Bd. LXXII, 1878.

(3) Sahli, *Zeits. f. klin. Med.*, vol. XVI, 1889.

(4) Grossmann. *Zeits. f. klin. Med.*, vol. XVI, 1889.

(5) Le même résultat peut être obtenu par le pincement de l'oreillette gauche (Grossmann).

ment, ce n'est pas que celui-ci soit la conséquence de celles-là, c'est parce que ce sont des effets communs d'une même auto-intoxication qui consiste dans l'*imprégnation de l'organisme par l'adrénaline*, plus abondamment sécrétée, ou encore plus active qu'à l'état normal (1).

Enfin M. Merklen fait jouer un rôle considérable à la *chlorurémie* (2). Il est évident, d'ailleurs, que la rétention chlorurée ne suffit qu'exceptionnellement à produire l'œdème aigu du poumon (3); pour que celui-ci apparaisse, il est indispensable qu'elle associe son influence à des actions mécaniques et nerveuses. M. Merklen soutient donc, comme ses prédécesseurs, une théorie éclectique, et tout ce qu'on peut dire, c'est que, selon les cas, l'une ou l'autre de ces causes prédomine.

La pathogénie de l'œdème aigu *ex vacuo* est encore assez mal connue. On attribuait jadis cet accident à la perforation du poumon par le trocart; en fait, elle serait due à une vaso-dilatation pulmonaire brusque produite par l'évacuation trop rapide et trop complète de l'épanchement pleural. Mais, ici encore, aux actions purement mécaniques s'associent sans doute des actions toxiques et nerveuses (Teissier).

V

Anatomie pathologique. — Lésions principales. — A l'autopsie, les poumons ne s'affaissent pas; ils sont volumineux, turgescents, rigides, érectiles, caractère attribué, soit à l'exsudation alvéolaire, soit à la distension des capillaires (v. Basch et Grossmann), et présentent les empreintes des côtes. La plèvre viscérale est humide, douce au toucher, séparée parfois du poumon par une bande volumineuse d'œdème jaunâtre. Les bords antérieurs des poumons sont distendus par l'emphysème. A la pression, le parenchyme ne crépite plus sous le doigt, la trace des doigts demeure inscrite à la surface.

Les bords présentent souvent de la congestion véritable; là, le parenchyme est dur, splénisé; à la coupe, la surface de section laisse échapper un flot de liquide séreux, analogue au liquide expectoré. La coloration de la surface de section est jaunâtre; un morceau du poumon mis dans l'eau reste à la surface ou nage entre deux eaux (Renaut).

L'œdème est plus intra-alvéolaire qu'interalvéolaire, la cavité de l'alvéole étant « le seul espace offert à l'inondation séreuse » (Renaut et Mollard).

M. Renaut a décrit, sous le nom d'*œdème compact*, un état du poumon qui correspond aux régions où les lésions précédentes atteignent leur maximum.

Dans ces régions, le parenchyme a pris la consistance d'une gelée légèrement violacée, parcourue par des tractus blanchâtres, réticulés, répondant aux parois alvéolaires exsangues par contre-pression. Pressées entre les doigts, les parties du poumon laissent écouler un liquide rosé violacé, sans mélange d'air et albumineux; à la périphérie de ces zones d'œdème compact, on voit la lésion prendre insensiblement les caractères de l'œdème vulgaire.

Sur une coupe du poumon passant près de la plèvre, on voit les effets de la véritable inondation séreuse qui a envahi le poumon. Les alvéoles sont d'abord uniquement distendus par un liquide albumineux sans mélange de fibrine (*phase transsudative* de Renaut et Honnorat); plus tard, dans l'exsudat, apparaissent de nombreux leucocytes et quelques hématies (*phase diapédétique* des mêmes auteurs). Sur un grand nombre de points, les cloisons alvéolaires ont cédé, rompues net, ordinairement en leur milieu.

On voit ainsi de larges espaces, au centre desquels viennent converger les points répondant aux cloisons alvéolaires rompues.

L'endothélium alvéolaire a partout disparu. Pas une bulle d'air ne se montre au sein de l'exsudat.

Les capillaires alvéolaires ne se distinguent plus; ils sont aplatis par contre-pression et absolument vides de sang. Cet état exsangue est tel que, là où les cloisons interalvéolaires se rompent, il ne se fait pas d'hémorragie.

C'est là un caractère fort important, qui est absolument l'opposé de ce que l'on rencontre dans l'œdème pulmonaire chronique, où les capillaires de l'alvéole sont distendus par le sang, comme si on y avait poussé une injection.

Dans l'œdème aigu, seules, les grosses veines pulmonaires et bronchiques sont gorgées de sang, parfois rompues. L'exsudat œdémateux injecte également les bronches, et les vaisseaux lymphatiques interlobulaires et sous-pleuraux, comme nous allons le voir.

Lésions secondaires. — Le *tissu conjonctif* qui entoure le pédicule du lobule et les bronchioles intra-lobulaires est gonflé, infiltré de leucocytes. Les *lymphatiques*, dilatés, sont gorgés de cellules blanches. La vitrée des *bronches* s'imbibe et s'épaissit. Leur derme muqueux est infiltré de globules blancs qui le traversent, gagnent l'épithélium et le dissocient, favorisant ainsi sa desquamation. Les glandes bronchiques sécrètent plus activement que d'habitude. « De là, cette tendance aux bronchites tenaces, à la reproduction incessante de muco-pus dans les cas d'œdème prolongé » (Renaut et Mollard.) Enfin les *vaisseaux* pulmonaires et bronchiques prolifèrent, des capillaires embryonnaires s'organisent, qui marquent le début de la phase diapédétique.

Dans l'œdème aigu, seules les grosses veines pulmonaires et bronchiques sont gorgées de sang, parfois rompues.

L'exsudat œdémateux injecte également les bronches, les vaisseaux lymphatiques interlobulaires et sous-pleuraux; ils apparaissent sous forme de larges bandes où l'on trouve, à côté de l'exsudat, de nombreux leucocytes.

Il est très rare que les lésions d'œdème soient absolument généralisées.

(1) *Presse méd.*, 1905, p. 41-43.

(2) M. Hallion avait réussi, il y a déjà plusieurs années, à déterminer l'œdème aigu du poumon par simples injections de sérum artificiel.

(3) Cependant, dans un cas, observé par MM. Bar et Daunay, d'œdème aigu gravidique avec hypochlorurie, la déchloruration suffit, à elle seule, à faire disparaître tous les accidents.

En résumé, *l'inflammation ne joue qu'un rôle effacé dans la production de l'œdème aigu du poumon.*

VI

Symptomatologie. — M. Huchard a décrit trois formes dans l'œdème aigu du poumon.

Les deux premières accompagnées de l'expectoration caractéristique : œdème suraigu, œdème aigu classique. La troisième sans expectoration : œdème bronchoplégique d'emblée.

Œdème suraigu ou foudroyant (*obstruction alvéolaire* de Traube). — C'est l'œdème qui peut tuer par mort subite.

Il s'agit d'individus trouvés morts dans leur lit, avec une écume mousseuse abondante, sortant par les narines et la bouche. A l'autopsie, on trouve les lésions de l'œdème généralisé des poumons. Le cas rapporté par de la Harpe en est le type le plus net. Un malade est réveillé en sursaut pendant la nuit, saute hors de son lit, traverse la chambre, s'assied sur une chaise, râlant; quelques instants après, il était mort et une houppe de mousse blanche sortait abondamment de la bouche et des narines. La mort peut survenir en une demi-heure, comme dans un cas célèbre rapporté par M. Debove, avec dyspnée extrême et expectoration fort abondante d'un liquide spumeux, albumineux. Potain relate le cas d'un individu bien portant qui, pris d'une suffocation pénible, se lève, ouvre la fenêtre, s'assoit pour tousser, étouffe et meurt.

Œdème aigu. — Le malade est pris, soudainement ou très rapidement, d'une dyspnée extrême, d'une toux quinteuse avec expectoration abondante. Souvent, les premiers phénomènes observés sont un chatouillement, un picotement de la gorge et une indéfinissable sensation de constriction thoracique qui ne tardent pas à s'accompagner d'une toux incessante, quinteuse, suivie presque immédiatement de l'expectoration caractéristique.

Cette expectoration très abondante, qui peut aller jusqu'à 1 ou 2 litres en vingt-quatre heures, est aérée, *mousseuse*, limpide, de nature albumineuse. Elle présente souvent une coloration rosée, d'apparence *saumonée* (Huchard) tout à fait caractéristique, indice d'un état congestif concomitant; c'est, selon la juste expression de la Harpe, une véritable écume bronchique par transsudation du sérum sanguin.

La dyspnée est extrême, et augmente rapidement avec angoisse respiratoire intense; le malade est pâle, anxieux, terrifié, conscient du danger qui le menace. A l'auscultation, on trouve une véritable pluie de râles crépitants à bulles très fines (1), très serrées, surtout au début de l'inspiration, envahissant sous l'oreille, comme un *flot montant*, les deux poumons, de la base au sommet.

Il n'y a pas de voussure thoracique, pas de modifications des vibrations vocales, pas de matité. La sonorité serait plutôt exagérée (*sonorité paradoxale*). Ce fait est dû, d'après MM. Hertz et Huchard, à un emphysème aigu concomitant. On n'entend à l'auscultation ni souffle, ni bronchophonie, ni pectoriloquie aphone.

La température est le plus souvent abaissée. Cependant Bouveret a vu le thermomètre monter à 39 et 40 degrés. Peu à peu, les extrémités se refroidissent, se cyanosent, la face et les lèvres sont violacées. Dans certains cas, elles sont d'une pâleur livide : asphyxie blanche. Puis survient un râle trachéal spécial, sorte de bouillonnement bronchique couvrant les bruits broncho-alvéolaires. Le malade meurt au milieu des signes de l'asphyxie la plus intense. La mort est parfois précédée de convulsions. La guérison peut aussi survenir, surtout avec une thérapeutique active : alors l'expectoration diminue, la dyspnée s'amende, les râles disparaissent. Les poussées œdémateuses peuvent récidiver à des intervalles variés. La durée de la crise est variable, un à quatre jours. M. Huchard distingue deux périodes dans la marche de l'œdème pulmonaire aigu ; la première caractérisée par la dyspnée, une expectoration très abondante et le *maintien de l'hypertension artérielle*, la seconde caractérisée par de l'asystolie aiguë, une expectoration rare (*état bronchoplégique*) et par l'*abaissement brusque et considérable de la tension artérielle*, contrastant avec l'hypertension pulmonaire. Pour M. Masius, au contraire, dans nombre de cas, il y aurait, dès le début, de l'hypotension artérielle.

Certains malades arrivent d'emblée à cette deuxième période. Il s'agit alors de la *forme bronchoplégique* (troisième forme de l'œdème aigu du poumon).

Dans cette forme, les bronches n'ont plus la force d'expulser le liquide, l'asphyxie est encore plus menaçante. L'œdème devient presque latent.

L'*œdème aigu des brightiques* [Bouveret (1), Dieulafoy] présente des phénomènes particuliers. Un fait à noter, c'est sa prédominance dans la néphrite interstitielle, sa rareté dans la néphrite parenchymateuse, son début brusque sans accidents pulmonaires antérieurs (2), souvent même l'absence de tout phénomène grave du mal de Bright le précédant. Il est absolument inopiné, comme un accès d'asthme, et c'est un accident brightique isolé. On observe cependant, presque toujours, quelques-uns des petits accidents du brightisme. M. Dieulafoy en rapproche l'*œdème gravidique* qui relève toujours (Vinay) d'une néphrite. M. Chatanay vient de rapporter (3) un cas d'*œdème aigu* développé *pendant le travail*, terminé par la mort, et qui paraissait indépendant de toute lésion cardiaque ou rénale.

On a aussi décrit des *formes subaiguës* ou *partielles* et des *formes à rechutes*. Dans les premières, les accidents peuvent s'amender spontanément; les secondes aboutissent presque fatalement à la mort lorsque l'insuffisance rénale atteint un certain degré (Teissier). Signalons encore l'*œdème aigu du poumon qui survient au cours de la pneumonie* (Carnot,

(1) D'après MM. Renaut et Mollard, ces râles seraient caractéristiques; ils claquent avec un bruit sec, tout en demeurant humides.

(1) Bouveret. *Revue de médecine.* 1890, p. 241.

(2) M. Dieulafoy le compare, comme soudaineté et comme intensité, à celui qui survient à la suite des thoracentèses mal faites.

(3) Chatanay. Th. de Lyon, 1905.

Leube, Masius, Ménétrier, Merklen), et qui peut occuper la première place dans le tableau clinique (*pneumonie séreuse, œdémateuse*). L'œdème pulmonaire qui survient *au cours des infections respiratoires*, débute silencieusement. L'expectoration contient : 1° de nombreux polynucléaires; 2° des pneumocoques virulents qui, injectés à la souris, la tuent en vingt-quatre heures. A l'auscultation, on ne constate pas la pluie de râles fins qui caractérise l'œdème aigu; la respiration est rude, sifflante, et s'accompagne seulement de quelques gros râles muqueux. Les malades ne présentent ni lésions cardiaques, ni lésions rénales (Caussade, Milhit et I. de Jong). En somme, il s'agirait, dans ces cas, d'œdème subaigu lié à une toxi-infection pulmonaire.

Œdème aigu après la thoracentèse (*œdème ex vacuo*). — Pendant la thoracentèse ou immédiatement après, le malade est pris de toux incessante, d'oppression et se met à cracher un liquide spumeux en grande quantité, jusqu'à 2 litres. Ce liquide, recueilli dans un vase, se divise en plusieurs couches: la supérieure, mousseuse et jaunâtre, l'inférieure, plus dense et albumineuse.

A l'auscultation, on entend des râles fins d'œdème pulmonaire; dans les cas bénins, les accidents s'amendent rapidement, mais ils peuvent durer plusieurs heures, jusqu'à vingt-quatre heures; très rarement, les accidents ont été mortels, le malade succombant à une asphyxie rapide en quelques minutes (Legendre, Girard), en un quart d'heure (Gombault).

D'après M. Dieulafoy, cette forme de congestion œdémateuse est favorisée, soit par une évacuation trop abondante de liquide (œdème *ex vacuo*), le poumon comprimé reprenant difficilement son volume; soit par des complications : adhérences pleurales anciennes, broncho-pneumonie tuberculeuse, affections cardiaques.

Le *pronostic* de l'œdème aigu du poumon est toujours grave; tout d'abord au moment de l'attaque, où la mort peut rapidement survenir par asphyxie; puis, l'attaque terminée, il faudra redouter le retour des crises qui peuvent se présenter cinq à six fois dans l'espace de quelques mois.

VII

Diagnostic. — L'œdème aigu du poumon peut être confondu avec l'*embolie pulmonaire*, à cause de la brusquerie du début et de la dyspnée violente existant dans les deux cas. Mais il n'y a point d'expectoration albumineuse et les phénomènes d'auscultation sont bien moins accentués dans l'embolie.

Dans l'*asthme*, il n'y a pas d'accélération respiratoire, souvent; au contraire, le nombre des respirations est diminué; on trouve uniquement des râles sibilants et ronflants, l'expectoration, peu abondante, arrive seulement à la fin de l'accès. Ces caractères valent surtout lorsqu'il s'agit de différencier l'asthme cardiaque et l'œdème pulmonaire aigu (Merklen).

Les diverses formes d'*urémie respiratoire* peuvent prêter à confusion. On les reconnaîtra assez facilement, grâce à l'absence de signes d'auscultation : respiration de Cheyne-Stockes, dyspnée pure *sine materia* ou accès de pseudo-asthme.

Dans certains cas, la *phtisie aiguë*, avec grands accès de suffocation, a pu offrir quelques difficultés de diagnostic. Cependant l'évolution est bien différente et jamais on n'a le tableau complet de l'œdème pulmonaire aigu avec expectoration albumineuse.

Dans la forme foudroyante avec asphyxie blanche, surtout s'il n'y a pas d'expectoration, on peut croire à une syncope, à un accès d'*angine de poitrine*. Mais le cœur continue à battre, et on ne constate ni la douleur ni les symptômes de l'angine de poitrine. Enfin l'*œdème aigu du poumon d'origine pneumonique* sera reconnu par la coexistence des éléments suivants : hyperthermie, pouls plein et vibrant, signes physiques mixtes d'œdème et d'hépatisation (Masius).

VIII

Traitement. — Il peut être *prophylactique* ou *curatif*. Le premier consistera à éviter, chez les prédisposés, toutes les causes favorisant le développement de l'œdème : froid humide, auto-intoxications d'origine digestive ou autre, etc. En ce qui concerne le second, tous les auteurs (Hayem, Huchard, Dieulafoy, Renaut) sont d'accord sur la nécessité d'une intervention rapide par la *saignée générale*, qui opère souvent de véritables résurrections. Il ne faut pas hésiter à la pratiquer, malgré l'aspect du malade cyanosé, refroidi. M. Dieulafoy donne, dans ses *Cliniques*, des exemples saisissants de ce que fait en pareil cas la saignée générale. Il faut retirer 300 à 400 grammes de sang; au besoin renouveler la saignée le lendemain. Sous son influence, on a pu voir disparaître les phénomènes d'asphyxie menaçante avec presque autant de rapidité qu'ils avaient mis à s'installer.

On pourra, à défaut de la saignée, mais avec un succès moindre, employer les ventouses scarifiées, les sangsues.

La spartéine, le strophantus, peuvent être utiles pour renforcer l'action du cœur. La digitale paraît moins indiquée; elle devra être réservée aux cas d'œdème subaigu ou chronique dépendant d'une affection cardiaque. On soutiendra les forces du malade avec du champagne. Le chlorure de calcium a été préconisé par M. Sztahovszky, l'ergot de seigle par M. Renaut. L'ipéca convient aux œdèmes qui viennent compliquer une bronchite diffuse.

L'oxygène pourra être employé. M. Huchard recommande les injections d'huile camphrée pour combattre le collapsus cardiaque. La strychnine est aussi très utile et doit être préférée à la caféine. La morphine est *absolument contre-indiquée* et dangereuse (Brouardel, Huchard, Teissier). *Il en est de même des vésicatoires*. Quant à la *médication iodurée*, à laquelle sont soumis tant de candidats à l'œdème pulmonaire, *elle doit être supprimée dès l'apparition du premier symptôme suspect*. Et l'on peut dire, avec M. Huchard, qu'en ce qui concerne la ponction des ventricules, qui a été conseillée par quelques auteurs, toutes les audaces thérapeutiques doivent avoir pour limite le respect de la vie humaine. Dans l'œdème aigu pneumonique qui relève presque tou-

jours d'une défaillance cardiaque, il est utile d'associer aux médications décongestionnantes les substances cardio-toniques (Merklen et Pouliot).

Dans le rhumatisme compliqué d'accidents pulmonaires, M. Mehoyas recommande avec raison de se méfier des applications externes de salicylate de méthyle, cette substance jouissant, comme on sait, de propriétés œdématogènes marquées.

Dans l'œdème aigu gravidique, il peut être indiqué de provoquer l'accouchement.

Enfin, dans l'œdème aigu, il est indispensable de *déchlorurer les malades;* on sait, en effet, que l'œdème est une des conséquences inéluctables de la rétention chlorurée, et la déchloruration doit s'appliquer aussi bien au traitement des œdèmes viscéraux qu'à celui des œdèmes interstitiels.

ANALYSES

MÉDECINE

La thoracentèse sans aspiration. Le siphon de Duguet. (Thiriet. Th. de Paris, 1906; Jules Rousset, édit.) — Les aspirateurs de Potain et de Dieulafoy sont des appareils excellents, mais un peu compliqués; ils ne sont pas entre les mains de tous les médecins, et comme en général ceux-ci ne sont appelés à s'en servir que rarement, il arrive qu'au moment où on en a besoin, ils fonctionnent mal, parce que la perfection même de leur mécanisme nécessite un entretien qui manque généralement de la part de ceux qui les possèdent et qui ne s'en servent que trop rarement.

Le siphon de Duguet est un appareil plus simple, plus élémentaire, à la portée de tous les praticiens.

Avec ce siphon il est possible d'évacuer presque totalement des épanchements énormes, tandis que Potain conseille de ne retirer que la moitié du liquide, et que le professeur Dieulafoy recommande de ne jamais dépasser un litre.

Avec le siphon, on n'a jamais vu se produire d'accidents dus à la thoracentèse, tels que congestion ou œdème pulmonaire, expectoration albumineuse, syncope, et cela, quelle que soit la quantité du liquide évacué de la cavité pleurale.

L. Gayard.

OBSTETRIQUE

Abcès intrapariétaux de l'utérus puerpéral. (George H. Noble, *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. XLVIII, n° 5, 2 fév. 1907, pp. 401-402.) — Ceux-ci se montrent à la fin de la seconde semaine ou un peu plus tard, après que les phénomènes les plus aigus d'infection ont disparu. La cavité utérine est apparemment débarrassée d'une infection grave et ne contient pas de pus. La courbe de température est septique, sans frissons, à moins de trombophlébite concomitante.

Quand les annexes ne sont pas intéressées, l'exploration pelvienne est négative, sauf en cas de parois abdominales minces ou relâchées. Quand l'abcès est unique, on peut sentir à la surface de l'utérus une élevure ronde, un peu aplatie, donnant au toucher une sensation analogue à celle d'un fibrome petit et profondément situé, mais plus élastique et à bords moins définis. Quand les trompes et la cavité de l'utérus ne sont pas infectées et que l'utérus est de consistance ferme, il n'y a guère d'autre lésion qui puisse prêter à confusion, sauf peut-être la trombophlébite. Cette dernière s'accompagne de frissons, élévation brusque de température et chute rapide à la normale, le tout se répétant une ou deux fois par vingt-quatre heures. Dans l'intervalle, la situation de la malade semble satisfaisante, au moins au début. Plus tard, il y a courbe pyohémique. L'absence de cordons indurés le long des veines est un bon signe pour faire exclure la trombophlébite.

Noble a 8 cas personnels d'abcès; la littérature en contient 11 autres. Sur ces 19 cas, 4 furent des trouvailles d'autopsie, 4 furent traités par hystérectomie avec 1 mort et 11 autres furent incisés et drainés avec 11 guérisons. 12 fois l'abcès était unique, 2 fois double 3 fois multiple (1 fois avec 20 cavités, 1 autre fois avec 30). Leur siège d'élection est la paroi postérieure, près du fond, 16 sur 20, soit 80 p. 100 étaient près du fond, dont 12 sur la paroi postérieure, 2 sur l'antérieure, 1 sur le bord droit et 1 sur le fond lui-même. Les abcès sont soit sous-péritonéaux, soit dans l'épaisseur de la couche musculaire la plus externe. Cela tient peut-être à la vascularisation beaucoup plus considérable de cette couche par rapport aux autres. L'infection des trompes n'est pas fréquente; l'infection, quand elle s'étend au péritoine, passe directement à travers les parois utérines, par les vaisseaux ou les lymphatiques. Noble n'a vu l'infection des trompes que 2 fois sur 8, et il ne s'agissait que d'infection unilatérale. Dans deux de ces cas, il y eut formation d'abcès multiples enkystés entre les anses intestinales, et l'un de ces deux cas montre la futilité d'essayer d'ouvrir ces collections par la voie vaginale. Il faut intervenir vite. L'expectation laisse mourir toutes les malades.

L'hystérectomie dans la puerpéralité est grave. La simple incision de l'abcès a toujours été suivie de drainage satisfaisant et de guérison. Donc c'est à elle qu'il faut avoir recours, sauf dans les cas d'abcès multiples où rien de moins radical que l'hystérectomie n'est à conseiller, par suite de la difficulté qu'il y a à inciser et drainer convenablement toutes les poches et à n'en point oublier. La voie vaginale n'est pas recommandable, même dans le cas où on pourrait bien drainer par le Douglas.

F. Gardner.

PHYSIOLOGIE

La course. Physiologie des mouvements. (Édouard Vornière. Th. de Paris, 1906; J. Rousset, édit.) — La course n'est pas une : les images des coureurs en mouvement diffèrent suivant qu'il s'agit d'une course de 100 mètres, de 400 mètres ou de fond.

Le départ, dont la correction a une si grande importance dans la course de vitesse, est commandé par des actions musculaires d'une grande énergie.

Les variations dans l'action musculaire que nécessitent les différentes courses influent sur la plastique du coureur, de telle sorte qu'on peut différencier, au point de vue des formes extérieures, les athlètes qui s'y adonnent.

Les représentations artistiques de la course, à de rares exceptions près, sont inexactes. Les Grecs sont ceux qui se sont approchés le plus de la vérité. Dans l'art moderne, on ne connaît guère que le groupe de Paul Richer qui satisfasse aux exigences et aux lois de la statique.

Espérons que par l'étude plus approfondie de la plastique et de la physiologie, les artistes de l'avenir suivront la voie que leur a tracée ce maître du beau et du vrai.

L. Gayard.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU REIN

Pendant longtemps les tumeurs du rein furent confondues; il était impossible de distinguer le sarcome de l'épithéliome, l'histologie pathologique permet d'établir une classification. Actuellement il est admis que le fibrome, le lipome, l'angiome, le sarcome répondent à des lésions bien distinctes : ces tumeurs sont du type conjonctif, on leur oppose les tumeurs épithéliales pures : celles-ci, comme le démontre l'anatomie pathologique, sont complexes; elles répondent au cancer du rein.

ÉTIOLOGIE. — Le cancer du rein est une affection assez rare. On trouve la tumeur maligne aux deux âges extrêmes, dans la première enfance et entre la cinquantième et la soixantième année; on peut cependant rencontrer le cancer chez des sujets adultes de vingt à trente ans. Le rein droit semble prédisposé, parfois la lésion est bilatérale; de tout temps on a invoqué des causes prédisposantes. Les principales sont : *a*) le traumatisme, tel que la contusion de la région lombaire; *b*) une affection du rein préexistante, surtout la lithiase rénale si fréquemment accompagnée de néphrite chronique, la tuberculose rénale, et surtout le rein mobile; mais en ce qui concerne ce dernier cas, il est difficile de savoir si le néoplasme s'est développé sur un rein primitivement mobile ou si la tumeur par son développement a déplacé le rein.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On pourrait admettre pour le rein comme pour l'utérus, le rectum, deux phases dans le développement du cancer : à une première période on aurait affaire à l'adénome, puis dans la suite la transformation épithéliomateuse s'opérerait, le point de départ des lésions étant le tube urinifère.

A. **Les lésions macroscopiques** sont faciles à suivre à la phase bénigne, adénomateuse, ainsi que l'ont établi Klebs et Sabourin, on a de petites tumeurs en nombre variable; elles siègent sous la capsule du rein, elles ont une teinte blanc-jaunâtre.

L'adénome est donc une tumeur bien limitée : si elle devient épithélioma, les lésions sont diffuses; cependant il est rare que le rein tout entier soit envahi, plus fréquemment la tumeur siégerait à un des pôles.

1° Elle est unique. La teinte du néoplasme est variable, elle est terne, grisâtre, ou présente au contraire des points sphacélés, même parfois des cavernes à parois tomenteuses friables, renfermant du sang presque liquide ou au contraire des caillots; il serait même possible, macroscopiquement de distinguer des tumeurs molles répondant au type précédent et des tumeurs dures confondues autrefois avec le fibrome, décrites sous le nom de squirrhes; il y a prédominance de tissu conjonctif et à la section elles « crient sous le scalpel ». Telle est la première forme, tumeur rénale unique.

2° Le cancer est représenté par plusieurs nodules : là encore on trouve la même diversité; points nécrosés, ecchymotiques sont également fréquents et, comme le fait remarquer Lecène, ces détails macroscopiques n'ont pas grande importance.

LÉSIONS DE PROPAGATION. — α. Au début de la lésion il était possible de séparer la capsule rénale et la tumeur, mais au cours du développement de cette dernière la bande de parenchyme rénal séparant le néoplasme de l'enveloppe du rein s'atrophie, il y a adhérence, et finalement les bourgeons néoplasiques font issue au dehors. Il est des cas où l'on observe, au contraire, l'épaississement de la capsule au contact du néoplasme (Guillet) et Chevalier, cité par Grégoire (1), déclare que la propagation proprement dite est rare, la capsule étant très résistante. Il faut reconnaître que souvent la capsule de l'organe ainsi que la graisse rétro-rénale semblent normales à l'œil nu et sont cependant envahies par des cellules cancéreuses; cet envahissement se fait par les lymphatiques et les vaisseaux sanguins.

β. *Les ganglions lymphatiques* sont évidemment envahis, mais il est un point fort discuté, à savoir : le siège exact de ces ganglions, dont l'extirpation est le complément nécessaire de l'intervention. Chez des sujets, on ne trouve pas d'adénopathie ou, au contraire, il reste un paquet ganglionnaire le long du bord interne de l'organe, mais ce dernier cas est loin d'être la règle; l'anatomie normale montrant, en effet, que les lymphatiques rénaux vont se terminer dans les ganglions juxta-aortiques droit et gauche.

γ. *La capsule surrénale* peut être atteinte par continuité. Pour le professeur Albarran, l'envahissement de cet organe est la règle; il faut songer à cette propagation, car la capsule laissée dans la plaie a dû être le point de départ de récidives.

δ. *Les lésions vasculaires nerveuses et viscérales* sont des lésions de voisinage. On a signalé l'anévrisme concomitant de l'artère rénale, la friabilité de la veine rénale, la thrombose de la veine rénale, de la veine cave inférieure, l'adhérence de celle-ci au néoplasme; parfois même la veine cave inférieure est en quelque sorte « bourrée » de produits cancéreux.

Les lésions nerveuses portent sur les nerfs intercostaires, le grand et le petit abdomino-génitaux; c'est une généralisation facile à comprendre, ces nerfs étant accolés à la face postérieure du rein.

Quant aux lésions viscérales, ce sont ou bien des lésions de *contiguïté*, ulcération du duodénum, adhérence du néoplasme aux angles du côlon transverse, ou bien les organes sont le siège de métastases; on trouve surtout des noyaux dans le poumon, dans le foie, dans le rein du côté opposé ou même au niveau du fémur, de l'omoplate, et beaucoup plus rarement dans la vessie et l'uretère.

B. **Les lésions microscopiques** peuvent être depuis les travaux de Grawitz distingués :

1° *Epithélioma ayant son point de départ dans les tubes urinifères : c'est l'épithélioma rénal.* Peut-être à une première période il y a eu t lésions typiques d'adénome formé de tubes d'épithélium cubique ou cylindrique, puis ultérieurement l'épithélium en général chargé de graisse est proliféré. On peut encore reconnaître l'aspect des tubuli, mais comme dans tous les autres cancers, le fait important est la rupture de la paroi propre du tube urinifère; dès lors, les cellules peuvent se répandre dans les espaces intertubulaires, on peut voir des tubes urinifères dilatés, dont l'épithélium est prolifère, qui n'ont pas encore rompu leur paroi, c'est alors un épithélioma tubulé relativement circonscrit. Telle est la forme classique. On peut lui opposer l'épithélioma végétant; il est constitué par des cellules cylindriques reposant sur une trame conjonctive, formée de tissu « conjonctif embryonnaire, riche en vaisseaux » (Lecène). Cette forme s'infiltrerait plus vite que la variété précédente.

(1) Thèse de Paris, 1905, p. 19.

2° *L'épithélioma siège dans le rein, mais a la structure surrénale.* Grawitz le premier étudia cette variété caractérisée « par un réseau conjonctif dans lequel sont contenues des cellules riches en glycogène, remplies de graisse brunissant par le bichromate de potasse ». Telle est la marque distinctive de ces tumeurs appelées encore « hypernéphromes malins » ; évidemment on peut trouver des tumeurs complexes, présentant en un point une prolifération conjonctive avec cellules fixes, vaisseaux mal formés, sans parois propres, pouvant faire croire au sarcome ; tandis qu'en un point voisin on aurait les lésions de l'épithélioma surrénal des boyaux de cellules épithéliales polyédriques, irrégulières, chargées de graisse. Il faut noter que ces tumeurs surrénales ne se généralisent pas aux ganglions.

Les tumeurs de l'enfance ne sont pas rattachables au cancer ; elles ne s'infiltrent ni se généralisent. On y trouve du tissu conjonctif embryonnaire, du cartilage, constamment du tissu musculaire strié, et au milieu de ces fibres on peut voir les lésions d'adénome.

PATHOGÉNIE. — On a vu que le cancer est souvent précédé d'adénome ou même par des lésions de néphrite chronique ; pour M. Albarran, il faut admettre l'existence de « canalicules embryonnaires aberrants pararénaux ». Ces canalicules persistent depuis la vie fœtale, ils représentent des formations aberrantes nées par branchement des canaux ne se mettant pas en rapport avec les glomérules.

En ce qui concerne les tumeurs à type surrénal, elles peuvent s'expliquer par l'inclusion de débris de capsule surrénale dans le rein au cours de la vie embryonnaire ; ces parcelles peuvent rester latentes ou proliférer, mais les cellules seront toujours riches en graisse ou glycogène ; les travées épithéliales seront pleines : en un mot, c'est la structure de la capsule surrénale.

(*A suivre.*)

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages internationaux à itinéraires facultatifs.* — Toutes les gares des grands réseaux français et certaines agences de voyages délivrent, toute l'année, des livrets de voyages internationaux à itinéraires établis au gré des voyageurs et pouvant comporter à la fois des parcours :

a. Sur les lignes des grands réseaux français, des réseaux algériens et tunisiens et du réseau corse ;

b. Sur certaines lignes maritimes ;

c. Sur les lignes de chemins de fer de l'Europe à l'exclusion des chemins de fer anglais, espagnols, portugais et russes.

L'itinéraire des voyages commencés en France, en Algérie, en Tunisie, en Corse ou en Italie, doit comporter obligatoirement des parcours étrangers. L'itinéraire doit, dans tous les cas, ramener le voyageur à son point de départ.

Parcours minimum taxé : 600 kilomètres.

Validité : 60 jours jusqu'à 3 000 kilomètres, 90 jours de 3 001 à 5 000 kilomètres et 120 jours au-dessus de 5 000 kilomètres.

Les livrets donnent aux voyageurs la faculté de s'arrêter à toutes les gares situées sur l'itinéraire.

Les demandes de livrets internationaux sont satisfaites le jour même aux gares de Paris et de Nice et dans les agences de voyages lorsqu'elles arrivent à ces gares et agences avant midi. Pour toutes les autres gares, les demandes doivent être faites au moins quatre jours à l'avance. Les livrets commandés en Algérie, en Tunisie et en Corse, étant établis en France, le délai de quatre jours est augmenté des délais de transmission.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Hygiène rurale, par le docteur IMBEAUX, directeur du service municipal de Nancy, et E. ROLANTS, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Lille. Gr. in-8° de 249 p., avec 125 fig. — Prix : broché, 6 francs; cartonné, 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

N° 111. — SAMEDI 28 SEPTEMBRE 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 28 SEPTEMBRE 1907. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — En raison de l'absence de l'un des membres du jury de la section de pathologie, retenu pour affaire de service, la séance du 25 septembre a été remise au mercredi 2 octobre.

Notes. — *Anatomie.* — Séance du 26 septembre. — Question donnée : « Articulation de la hanche. »

M. Speth, Mlle Temkin, MM. Zielenski, 14; Kopelman, 7; Touchard, 16; Silva, 14; Sabatier, 8; Sikorav, 10; Thiers, 16; Thomas, 13; Sellet, 15; Testard et Wiart (Louis), 14; Mlle Trélat, 17 1/2; MM. Pitaud, 11; Sécheret, 15; Surun, 13; Weslch, 9; Stréhaiano et Valleraut, 13.

La prochaine séance aura lieu le samedi 28 septembre, à quatre heures, suite de la deuxième moitié, troisième série.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 24 septembre 1907, sur la proposition du ministre de la guerre, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent, ont été promus aux grades ci-après et ont reçu, par décision ministérielle du même jour, les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Dziewonski, maintenu médecin chef de l'hôpital militaire du Dey à Alger; — Polin, désigné pour l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris et détaché au ministère de la guerre (7e direction); — Altemaire, maintenu provisoirement secrétaire du comité technique et chef de la section technique du service de santé; — Renaut, maintenu provisoirement médecin chef des salles militaires de l'hôpital mixte de Nantes; — Lèques, nommé médecin chef de l'hôpital militaire de Nancy (service).

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Clavelin, maintenu provisoirement à la direction du service de santé au ministère de la guerre; — Petit, maintenu médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Mihiel; — Brousse, maintenu médecin chef à l'école militaire d'infanterie à Saint-Maixent; — Couillault, maintenu médecin chef aux salles militaires de l'hospice mixte de Lunéville; — Sanglé-Ferrière, maintenu à l'hôpital militaire de Bayonne.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Louis, maintenu au 88e rég. d'infanterie; — Courtet, maintenu au 26e rég. d'artillerie; — Guillaume, maintenu au 6e rég. d'infanterie; — Spillmann, au 135e rég. d'infanterie; — Arnavielhe, maintenu au 98e rég. d'infanterie; — Maré, maintenu au 136e rég. d'infanterie; — Barrier, maintenu au 65e rég. d'infanterie; — Vialaneix, maintenu au 83e rég. d'infanterie; — Destrez, maintenu au 87e rég. d'infanterie; — Malafosse, maintenu au 41e rég. d'infanterie; — Couturier, maintenu au 95e rég. d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Dugrais, maintenu au 84e rég. d'infanterie; — Tranchant, maintenu au 91e rég. d'infanterie; — Guilhaumon, maintenu au 76e rég. d'infanterie; — Thollon, maintenu au 64e rég. d'infanterie; — Boigey, maintenu au 3e rég. de zouaves; — Borie, maintenu au 80e rég. d'infanterie; — Guérin, maintenu au 63e rég. d'infanterie; — Techoueyres, maintenu au 36e rég. d'infanterie; — Talabère, maintenu aux hôpitaux de la division de Constantine; — Michel, maintenu au 140e rég. d'infanterie; — Massol, maintenu au 83e rég. d'infanterie; — Clément, désigné pour le 38e rég. d'artillerie (service); — Chapellier, maintenu au 115e rég. d'infanterie; — Dusserre, maintenu au 44e rég. d'infanterie; — Evrard, maintenu au 2e rég. étranger.

— Par décision ministérielle du 24 septembre 1907 :

Médecins principaux de première classe. — MM. Gerbault est nommé directeur du service de santé du 12e corps d'armée; Monart, médecin chef de l'hôpital militaire de Bourges; Dubrulle, médecin chef de l'hôpital militaire Villemanzy à Lyon.

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Barois est nommé médecin chef de l'hôpital militaire de Toul; de Santi, médecin chef de l'hôpital militaire de Belfort; Renaut, médecin chef à l'École polytechnique.

Médecins-majors de première classe. — MM. Billet passe à l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris; Duval est nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Poi-

tiers; Carlier, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Douai; Rouget passe au 4e d'artillerie; Weiss est maintenu au 156e d'inf.; Labanowski passe aux hôpitaux de la division d'Oran; Pailloz, aux salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Mihiel; Gruet, à l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris; Olivier, au 2e d'artillerie; Arnaud, à l'hôpital militaire de Marseille (bactériologie); Kein, au 36e d'artillerie.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Donnadieu passe au 64e d'inf.; Sire, au 39e d'artillerie; Lanusse-Croussé, au 92e d'inf.; Laine, au 40e d'artillerie; Blum, au 35e d'inf.; Fromont, au 17e d'inf.; Teissier, au 7e d'artillerie; Vielle, au 9e d'inf.; Moutet, au 4e de tirailleurs algériens; Moinet, au 148e d'inf.; Dettling, aux batteries à cheval du 13e d'artillerie; Hirtz, aux hôpitaux de la division d'Alger; Garret, aux hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie; Fournié, au 24e dragons; Binet est affecté à l'hôpital militaire Bégin à Saint-Mandé, et détaché à la 7e direction du ministère de la guerre; Duhaut passe au 1er d'artillerie; Oui, aux hôpitaux de la division d'Oran; Gauthier, au 8e escadron du train des équipages militaires; Fadeuille, au 9e chasseurs à cheval; Duméry, au 4e chasseurs à cheval; Rabusson, au 20e dragons; Rouffiandis, au 12e bataillon d'artillerie à pied; Baron, au 10e dragons; David, à l'école militaire préparatoire d'infanterie des Andelys; Angué, au 15e bataillon d'artillerie à pied; Pigeon, au 6e cuirassiers; Blondeau, aux hôpitaux de la division de Constantine; Wyart, au 39e d'inf.; Savornin, à l'école de gymnastique de Joinville; Antoine, à la direction du service de santé du 9e corps d'armée; Laplanche est affecté au bataillon du 81e d'inf., détaché en Crète.

(Voir la suite, page 1331.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau traité de chirurgie, publié en fascicules sous la direction de A. LE DENTU, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et P. DELBET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 33 fascicules grand in-8° avec fig. Il paraît un fascicule par mois depuis le 1er mai 1907. — L'ouvrage complet coûtera environ 250 francs. On peut souscrire en envoyant un à-compte de 50 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Maladies chirurgicales de la peau, par J.-L. FAURE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Grand in-8° de 144 p. avec fig. — Prix : broché, 4 francs; cartonné, 5 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

REVUE GÉNÉRALE

LES CANCERS MULTIPLES DU TUBE DIGESTIF

Par MM. Raoul BENSAUDE,
Chef de laboratoire à la Faculté de médecine,
et Lucien RIVET,
Ancien interne des hôpitaux.

Quoique les cas de cancers multiples du tube digestif ne soient pas très fréquents, on en trouve déjà mention dans un très ancien travail de Carrère (1), paru en 1779, dans les Mémoires de la Société royale de médecine, sous le titre de : « Observation sur des squirrhes de l'œsophage, de l'orifice supérieur de l'estomac et des intestins grêles. » Depuis, on trouve épars dans la littérature médicale un certain nombre de cas, publiés à titres de faits isolés, et concernant généralement des cancers multiples sténosants; telles les observations déjà anciennes de Salse (2), qui décrit une hypertrophie de l'estomac et du côlon transverse rappelant la linite; celle de Snellen [1855 (3)], celle de Wilks [1862 (4)], celle de Reincke [1870 (5)], qui concerne un cas de cancer multiple de l'intestin au cours d'une carcinose généralisée consécutive à un cancer du sein.

Puis viennent les observations de Wernick [1870 (6)], de Petrina (7), de Mérignac (8), de Henrot (9), de Chuquet (10), de Pilliet et Sakorraphos (11), de Gabbi [1893 (12)].

C'est alors surtout qu'on chercha à interpréter ces tumeurs multiples, notamment dans les travaux de Bard (13) et de Letulle (14), qui discutent la possibilité de la coexistence de plusieurs cancers primitifs sur le même sujet, et le mécanisme des métastases et greffes cancéreuses au niveau du tube digestif. En 1904, M. Lecène (1) discute à nouveau cette question dans sa thèse, spécialement à propos des sarcomes primitifs de l'intestin grêle.

Tout récemment enfin, MM. Bensaude et Ockinczyc (2) étudiaient un cas personnel, dans lequel ils retrouvèrent les caractères de la linite cancéreuse; comparant ce cas à ceux qui avaient été antérieurement publiés, ils arrivaient à en grouper 17 répondant au même type pour constituer une variété fréquente et très spéciale de cancers multiples du tractus gastro-intestinal.

I

Anatomie pathologique. — Les tumeurs malignes multiples du tube digestif sont, soit d'origine conjonctive (sarcomes, lympho-sarcomes), soit d'origine épithéliale (cancers proprement dits).

A. Sarcome. — Les sarcomes multiples du tube digestif peuvent occuper tous ses segments.

Toutefois, la multiplicité des sarcomes et lymphosarcomes de la langue (3), de l'amygdale et du pharynx n'est pas signalée (4), et les classiques ne font même pas mention des sarcomes de l'œsophage.

Il n'en est pas de même pour les sarcomes de la partie sous-diaphragmatique du tube digestif. Ceux-ci ont été bien étudiés, et tous les auteurs insistent sur la fréquence de leur multiplicité.

Les *sarcomes* de l'estomac sont rares, [Mathieu (5)]. Quant aux *lymphadénomes* gastriques, ils ne sont jamais primitifs, mais coïncident toujours avec des tumeurs de même nature, siégeant en particulier au niveau du tissu lymphoïde disséminé le long du tube digestif, pharynx, intestin, de façon à constituer des lymphadénomes multiples du tube digestif, sur lesquels nous n'avons pas à insister.

Mais les tumeurs conjonctives multiples du tube digestit les mieux connues sont les *sarcomes* et *lymphosarcomes de l'intestin* qui se voient rarement au niveau du gros intestin [Ockinczyc (6)], mais fréquemment au niveau de l'*intestin grêle*; ils ont été bien étudiés dans la thèse de M. Lecène (7), à laquelle nous faisons de larges emprunts. Cette forme multiple est fort importante à connaître, parce qu'elle contre-indique formellement toute tentative opératoire d'ablation radicale. Or, sur les 45 observations de sarcomes de l'intestin réunies par Lecène,

(1) Carrère. *Histoire de la Société royale de médecine*, Paris, 1779. p. 214 à 217.

(2) Salse. Hypertrophie de l'estomac et du côlon transverse, *Bull. de la Soc. Anat.*, Paris, 1844, p. 79.

(3) Snellen. V. Th. de Tourlet, Paris, 1902, p. 68.

(4) Wilks. cité par Hanot et Gombault, Etude sur la gastrite chronique, *Arch. de Physiol.*, 1882.

(5) Reincke. Zwei Fälle von Krebsimpfung in Punktions-Kanälen, bei carcinomatöser Peritonitis, *Virchow's Archiv*, Bd. 51, S. 396, Fall. 2.

(6) Wernick. Dilatation und tödliche Ruptur des Duodenum, *Virchow's Archiv*, 1870, Bd. 50, S. 138.

(7) Petrina. *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde*, 1872, Bd. 114, II, S. 69.

(8) Mérignac. Rétrécissement par hypertrophie des tuniques cellulaires et musculaires du rectum et du côlon transverse. Epaississement analogue de l'estomac, *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1877, p. 519.

(9) Henrot. Transformation fibreuse de la tunique musculaire de l'estomac, d'une partie du petit et du gros intestin, *Union méd. et Soc. du Nord-Est*, 1878.

(10) Chuquet. *Péritonite cancéreuse primitive*. Thèse de Paris, 1879, p. 39.

(11) Pilliet et Sakorraphos. Gastrite sous-muqueuse hypertrophique avec rétropéritonite calleuse, *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1892, p. 288.

(12) Gabbi. Su di un caso di linite plastica (gastrite de Brinton), *Riforma medica*, 6 e 7 sett. 1893, vol. 3, n° 50 e 57.

(13) L. Bard. De la coexistence de deux cancers primitifs sur le même sujet, *Archives gén. de méd.*, 1892, I, p. 541.

(14) Letulle. Cancers multiples du tube digestif, *Presse médicale*, 15 mai 1897.

(1) Lecène. Les tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle, Thèse de Paris, 1904.

(2) Bensaude et Ockinczyc. Rétrécissements cancéreux multiples de la partie sous-diaphragmatique du tube digestif, *Arch. de méd. exp. et d'anat. path.*, 4 juill. 1906.

(3) Marion. *Revue de chirurgie*, 1897.

(4) Morestin. Maladies de la bouche et du pharynx, *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, t. VI.

(5) Mathieu. *Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin*, Paris, 1901, Doin.

(6) Ockinczyc. *Travaux de chirurgie anatomo-clinique de Hartmann*, Steinheil, 1907.

(7) Lecène. Th. citée.

16 fois il existait des tumeurs multiples sur l'intestin grêle. Dans un cas de Rosving, l'intestin grêle sur presque toute son étendue, mais surtout au niveau de l'iléon, était recouvert de tumeurs du volume d'une noix ou d'une noisette; le même aspect de l'intestin, mais avec des tumeurs plus petites se retrouve dans l'observation de Nothnagel (1). Homolle signale ainsi 4 tumeurs sarcomateuses de l'intestin grêle, et Sternberg 12 tumeurs polypiformes.

Les tumeurs sarcomateuses multiples de l'intestin grêle, qui sont généralement assez volumineuses, sont infiltrées dans l'épaisseur des tuniques de l'intestin et envahissent d'ordinaire la totalité de sa circonférence : l'intestin se trouve ainsi encerclé par des tumeurs multiples, mais, fait capital, et qui sépare déjà radicalement au point de vue macroscopique les sarcomes des épithéliomes, ces *tumeurs sarcomateuses annulaires ne sont pas sténosantes :* l'intestin n'est pas rétréci par la tumeur, bien au contraire, généralement il y a au niveau du point où l'intestin est envahi par le sarcome, une dilatation parfois considérable du calibre intestinal, que certains auteurs comparent à une *dilatation anévrismale :* si bien que, sur 45 cas, M. Lecène ne relève de sténose que dans deux cas, où il ne s'agissait d'ailleurs pas de sarcomes multiples. Mais ces cas semblent indiquer que la sténose est surtout à craindre dans les cas où la tumeur est développée sur un seul côté de l'intestin, l'exposant à une coudure.

Dans les deux cas de Homolle et de Sternberg, les tumeurs sarcomateuses multiples étaient polypiformes et ulcérées et avaient donné lieu à des invaginations multiples.

L'*étude histologique* des sarcomes du tube digestif a été pratiquée surtout pour les sarcomes intestinaux. Les seize cas de sarcome multiple rassemblés par M. Lecène concernent tous des *sarcomes globo-cellulaires et des lympho-sarcomes*, mais jamais des sarcomes fuso-cellulaires. L'étude histologique de ces sarcomes multiples ne présente rien de spécial; la majorité des auteurs placent leur point de départ dans la sous-muqueuse de l'intestin, d'après l'examen histologique de petits noyaux sous-muqueux paraissant représenter le néoplasme au début.

B. Epithéliomes. — Les épithéliomes multiples du tube digestif ont été l'objet de recherches plus nombreuses et plus intéressantes. En effet, les caractères spéciaux des divers épithéliomes qui peuvent en être le point de départ, leur impriment des aspects différents, d'après lesquels on peut reconnaître leur origine.

Ici encore, toutes les localisations sont possibles. Un *cancer de la langue* peut, dit M. Morestin, être le point de départ de dissémination des épithéliomes du tube digestif, par greffes, qui se font d'ordinaire sur les muqueuses revêtues d'épithéliums cylindriques, estomac et intestin, mais ces cas sont exceptionnels. Même rareté des cancers multiples du *pharynx* ; M. Morestin cite pourtant un cas de Krönlein, où il y eut successivement deux cancers pharyngiens primitifs chez le même malade. M. Letulle (1) rapporte un cas de cancer primitif du pharynx ayant détruit l'amygdale gauche, la base de la langue et la moitié gauche de l'épiglotte; ce cancer coexistait avec un cancer primitif de l'*œsophage* siégeant à l'origine du tiers moyen du canal, sur sa face antérieure. Les cancers multiples de l'œsophage, quoique rares, sont connus; M. Gangolphe (2) en reproduit un cas, où l'on voit deux tumeurs complètement distinctes, séparées par des tissus absolument sains ; dans ce cas, la tumeur inférieure est la plus petite, et il en est généralement ainsi. Récemment toutefois, M. Agasse-Lafont (3) rapportait un cas dans lequel on trouva à l'autopsie deux foyers cancéreux œsophagiens; le foyer inférieur, circonférentiel, obturait à peu près complètement le conduit; le foyer supérieur était une plaque récente, n'occupant que la paroi antérieure du canal, qui était dilaté à ce niveau. Ajoutons enfin qu'on peut voir coexister chez le même malade des cancers des parties supérieures du tube digestif et des cancers du segment sous-diaphragmatique (Letulle). Le cancer de l'estomac, dit Gangolphe, coïncide assez souvent avec celui de l'œsophage; tantôt il n'y a pas d'interruption entre les deux localisations néoplasiques ; tantôt le cardia est indemne, et les nodules gastriques se développent à distance.

Les cancers multiples de la *partie sous-diaphragmatique du tube digestif* sont plus fréquents.

Au niveau de l'*estomac*, on peut observer des tumeurs multiples bénignes d'origine épithéliale, qui ont été décrites sous le nom de *polyadénomes*, et qui peuvent constituer le premier stade du développement de cancers multiples (Ménétrier). Et M. Hayem (4) a publié un cas de linite cancéreuse dont le point de départ était dans la région peptique de l'estomac; sur le même estomac existaient de petits foyers cancéreux disséminés dans la région pylorique et nettement délimités, paraissant être de simples greffes.

Au *niveau de l'intestin*, les cancers multiples revêtent deux formes : la forme de tumeurs multiples pariétales isolées et la forme sténosante.

Dans la *première forme*, on trouve au niveau du tractus gastro-intestinal des *noyaux cancéreux pariétaux*, occupant surtout le bord libre de l'intestin; ces nodules sont comparables à des taches de cire accolées par leur face saillante à la paroi, et s'enfonçant dans son épaisseur en refoulant la muqueuse, alors qu'elles sont peu saillantes et même déprimées du côté péritonéal. Ces nodules ont la dimension d'une lentille, d'un gros pois, d'une noisette. M. Le-

(1) Nothnagel. Die Erkrankungen des Darmes und Peritoneum, Wien, 1898.

(1) Letulle. Cancers multiples du tube digestif, *Presse méd.*, 5 mai 1897.

(2) M. Gangolphe. Maladies de l'œsophage, *Traité de chir.*, de Le Dentu et Delbet, t. VI, fig. 61, p. 491.

(3) Agasse-Lafont. Cancers de l'œsophage, *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, mars 1905, p. 234.

(4) Hayem. Cancer de l'estomac à forme infiltrée et à cellules dérivant des éléments peptiques des glandes, *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, juillet 1905, p. 649.

tulle (1) insiste bien sur ce fait qu'ils ne vont presque jamais jusqu'à l'ulcération, et qu'ils ne réalisent pas de disposition annulaire, même incomplète; mais, à leur niveau, il se fait une plicature intestinale, et c'est au centre de quelques replis peu profonds, plissés en rayons divergents, qu'on les trouvera enchâssés à la surface de l'intestin; souvent même, l'anse sera repliée en sens inverse de la normale, par une coudure à angle aigu (Letulle).

Dans la *forme sténosante*, les rétrécissements siègent avec une égale fréquence sur l'intestin grêle et le gros intestin. Le nombre de ces sténoses peut atteindre des chiffres très élevés, comme dans le cas de Kuttner (2), où il y avait vingt-deux rétrécissements, dont dix-huit sur l'intestin grêle et quatre sur le gros intestin; ces rétrécissements sont généralement reconnaissables extérieurement par la dilatation de l'anse intestinale sus-jacente, et par l'aspect cicatriciel que prend la séreuse à leur niveau, outre les renseignements fournis par la palpation. Presque toujours ces anneaux prédominent au niveau de l'attache mésentérique de l'intestin, et semblent se prolonger à l'intérieur du mésentère ou du méso-côlon, à la façon d'une bague dont le chaton serait encastré dans la racine mésentérique, et dont l'anneau étranglerait la circonférence de l'intéstin (Letulle, Bensaude et Ockinczyc). Cette disposition est due, d'après M. Letulle, à ce que ces cancers annulaires débutent au niveau du bord mésentérique, et c'est de là que le cancer s'enfonce dans l'intestin, perpendiculairement à ses couches successives et d'une façon centripète, de façon à constituer d'abord une pince, puis un anneau complet, admettant souvent avec peine un crayon, mais généralement sans produire du côté de la muqueuse ni ulcération, ni végétations. Or, si l'on examine l'estomac de ces sujets, on y trouve presque toujours un cancer, qui a été le point de départ des localisations multiples de l'intestin, et ce cancer stomacal n'est pas un cancer banal, c'est un cancer infiltré répondant à la description classique de la linite plastique. Sur les dix-sept cas de rétrécissements cancéreux multiples sous-diaphragmatiques réunis par MM. Bensaude et Ockinczyc, douze réalisaient ce type au complet. Cette fréquente participation de l'estomac permettra souvent à l'œil nu d'affirmer la nature cancéreuse des rétrécissements multiples du tractus gastro-intestinal; en effet, les autres causes de rétrécissements multiples, telles que dysenterie, tuberculose, syphilis, semblent rester localisées à l'intestin ou du moins nous n'avons pas trouvé d'observations dans lesquelles l'estomac fût également pris.

Si l'on étudie *au point de vue microscopique* ces cancers multiples du tube digestif, on pourra y retrouver les types histologiques les plus variés, suivant l'épithélium qui leur a donné naissance. Un seul type semble devoir être bien individualisé histologiquement; il est réalisé par les rétrécissements cancéreux multiples de l'intestin, qui coïncident d'ordinaire avec un cancer diffus de l'estomac. Or, microscopiquement, comme macroscopiquement, ce type répond à la description de la *linite cancéreuse*.

C'est ainsi que dans le cas de MM. Bensaude et Ockinczyc, au niveau de l'estomac, l'épaississement de la paroi est surtout dû à l'hyperplasie du tissu sous-muqueux, ainsi qu'à l'hypertrophie de la couche musculaire et sous-séreuse; la muqueuse est apparemment peu altérée, mais, dans ses couches profondes, on remarque par places une prolifération de cellules néoplasiques prenant naissance au niveau des glandes, perforant la musculaire et envahissant toutes les autres tuniques de la paroi stomacale; cette infiltration néoplasique est formée d'éléments cellulaires de petit volume, à un ou plusieurs noyaux souvent polymorphes, situés au sein d'un tissu fibrillaire et ayant subi par places la dégénérescence colloïde; en quelques points la sous-muqueuse épaissie paraît essentiellement formée par du tissu conjonctif et, dans les couches sous-muqueuse et sous-séreuse, on voit des vaisseaux lymphatiques bourrés de cellules cancéreuses.

Or, dans ce même cas, les coupes pratiquées au niveau des sténoses intestinales montrent que l'infiltration cellulo-fibrillaire atteint également son maximum dans les couches sous-séreuse et sous-muqueuse au niveau du bord mésentérique de l'intestin, alors que la muqueuse au niveau des rétrécissements paraît partout épargnée par le cancer. Ce sont là les lésions à peu près établies actuellement de la linite cancéreuse, et dans tous les cas complètement étudiés, rassemblés par MM. Bensaude et Ockinczyc, les caractères microscopiques des lésions étaient les mêmes; tout récemment enfin, MM. Hayem et Bensaude ont observé un nouveau cas semblable, encore inédit, et dont l'histoire vient d'être partiellement publiée (1).

La linite plastique diffuse, généralisée, dont la nature cancéreuse est aujourd'hui à peu près universellement admise (2) semble donc une des formes les plus fréquentes, c'est en tout cas la forme mieux individualisée, des cancers multiples sous-diaphragmatiques du tube digestif, dans leur type sténosant.

Quant aux *endothéliomes* de l'intestin, décrits par un certain nombre d'auteurs dans des cas de cancers multiples, leur description est, suivant les auteurs très disparate, et, pour Schlagenhaufen, « ces soi-disant endothéliomes de l'intestin ne sont que des métastases provenant par exemple d'un squirrhe de l'estomac ».

Ajoutons enfin que le cas de Criks, cité par M. Galliard (3), dans lequel plusieurs rétractions fibreuses existaient dans les derniers 50 centimètres de l'iléon, pourrait bien appartenir à un épithélioma

(1) Letulle. Les greffes cancéreuses de l'intestin. *Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, 1897, p. 491-498.

(2) Kuttner. Multiple carcinomatose, Darmstrikturen durch Peritoneal-Metastasen, *Beitr. z. klin. Chir.*, 1899, t. XXIII, S. 505.

(1) Hayem. Sur un cas d'anémie symptomatique, *Gaz. des hôpit.*, 28 mai 1907.

(2) Voir la revue générale de Brelet. La linite plastique, *Gaz. des hôpit.*, 25 nov. 1905.

(3) Galliard. Article : Rétrécissement fibreux de l'intestin, in *Traité de médecine* de Brouardel et Gilbert, t. IV, p. 652.

fibro-cellulaire diffus; l'épaississement de la paroi intestinale serait causé par l'hypertrophie conjonctive de toutes les couches jusqu'au-dessous de l'épithélium de la muqueuse.

II

Pathogénie. — La constatation de cancers multiples du tube digestif soulève une question théorique importante.

S'agit-il de cancers primitifs et évoluant simultanément et chacun pour son propre compte ?

Ou bien l'un d'eux est-il primitif et les autres secondaires ? En pareil cas, par quel mécanisme se réalisent les localisation secondaires ?

Michelsohn et Bard exigent pour caractériser des tumeurs multiples et primitives les conditions suivantes :

1° Une différence morphologique histologique essentielle ;

2° Un développement direct de l'épithélium de la localisation ;

3° Des métastases propres à chacun des foyers.

Ces conditions se trouvent réunies dans un certain nombre de cas, et c'est ainsi que l'on peut voir, par exemple, un épithélioma pavimenteux à globes de la langue, ou un épithélioma pavimenteux du pharynx coïncider avec un épithélioma cylindrique du rectum. De même, M. de Fontoynont (1), à l'autopsie d'un cancer pharyngo-laryngé certainement primitif, trouva au niveau du pylore une masse bourgeonnante, à peu près circulaire, de 6 centimètres de diamètre ; l'examen histologique, pratiqué par M. Letulle, montra que l'épithélioma du pharynx était lobulé, rempli de globes épidermiques, et celui du pylore cylindrique, né manifestement des culs-de-sac glandulaires de la muqueuse gastrique. De même Smoler (2), à l'autopsie d'une femme de soixante-dix ans, trouva sur l'intestin grêle, à trente centimètres au-dessus de la valvule iléocæcale, une tumeur non sténosante constituée par un sarcome mixte fuso et globocellulaire, ayant donné des métastases de même nature ; or, au niveau du pylore, on trouva une tumeur ulcérée, qui était un adéno-carcinome typique ; il y avait donc chez cette femme coexistence de deux néoplasmes de nature tout à fait différente, comme si, sous l'influence inconnue qui détermine l'apparition des tumeurs malignes, chaque organe avait réagi par la production du néoplasme le plus souvent observé à son niveau, adéno-carcinome pour le pylore, sarcome pour l'intestin grêle (Lecène).

Pour les cas de ce genre, la constatation de types histologiques différents permet d'affirmer l'indépendance des foyers cancéreux coexistants. Il n'en va plus de même si les divers foyers cancéreux sont du même type histologique. Ici la question devient véritablement embarrassante.

(1) De Fontoynont, cité par Letulle, *Presse médicale*, 15 mai 1897.

(2) Smoler. Zur Kenntniss der primären Dünndarmsarkome, *Prager med. Wochenschrift*, 1898, n°s 13-14, p. 145 et 159.

A. Pour les sarcomes, la question a été envisagée par M. Lecène (1), à propos des sarcomes multiples de l'intestin grêle. Dans certains cas les tumeurs sont de même volume, de même étendue, et il semble bien difficile d'admettre que les unes soient secondaires aux autres. Au contraire, dans d'autres observations, il est bien vraisemblable que la tumeur primitive, toujours plus volumineuse et plus avancée dans son évolution, a donné naissance à une série de métastases irrégulièrement distribuées sous forme de nodules sous-muqueux et interstitiels dans le reste de l'intestin ; ce qui, dans ces faits, peut conduire à penser qu'il s'agit plutôt de métastases que de néoplasmes évoluant simultanément, c'est que les noyaux trouvés à distance de la tumeur sont plus petits et certainement plus récents dans leur apparition.

B. Pour les épithéliomes, la question a été discutée notamment par M. Letulle, et récemment par MM. Bensaude et Ockinczyc. La coexistence, dit M. Letulle, d'un cancer primitif de l'estomac et d'un ou plusieurs noyaux cancéreux de l'intestin, grêle ou gros, également primitifs, paraît une grande rareté, et M. Letulle déclare n'en pas connaître d'exemple démonstratif ; au contraire, les cancers de l'intestin secondaires à un cancer gastrique sont relativement fréquents. Par contre, les cancers multiples de l'intestin grêle ou du gros intestin, et même des deux intestins, tous primitifs et concomitants, ne sont pas excessivement rares ; mais ici, le plus souvent, les moyens de diagnostic différentiel offerts par le microscope sont nuls, ou à peu près : le carcinome de l'intestin par greffe, secondaire à un premier foyer cancéreux, situé généralement plus haut, peut, en effet, ressembler de tous points à la primitive colonie épithéliomateuse.

En réalité, pour la plus grande majorité des cas, un seul foyer est le primitif, tous les autres sont secondaires, et l'on doit dès lors se demander par quel mécanisme, partant du cancer primitif qui est généralement le cancer du tube digestif le plus haut situé, peuvent se réaliser ces *greffes* carcinomateuses secondaires, ces colonies de peuplement fondées par des cellules émigrantes (Bard).

Trois mécanismes sont possibles, ainsi que l'a bien montré M. Letulle (2) : greffes par contiguïté, greffes à distance par la muqueuse, greffes à distance par le péritoine relevant d'embolies cancéreuses.

1° Les *greffes par contiguïté*, atteignant l'intestin par effraction de dehors en dedans, sont possibles, si une anse intestinale vient prendre avec la tumeur primitive un contact suffisamment prolongé, et il s'agit alors de localisations secondaires essentiellement variables, n'obéissant à aucun trajet vasculaire. Ce mode de greffes, rarement réalisé, ne présente pas grand intérêt.

2° Les *greffes à distance* peuvent se réaliser par *voie muqueuse ;* ce mécanisme semble extrêmement

(1) Lecène, thèse citée, p. 20-21.

(2) Letulle. Les greffes cancéreuses de l'intestin, *loc. cit.*

rare : il s'agit de cellules cancéreuses détachées et venant se greffer sur la muqueuse d'un segment sous-jacent du tube digestif. Et à ce point de vue M. Letulle insiste sur ce fait que, autant les greffes d'épithélioma pavimenteux lobulé, de provenance bucco-pharyngo-œsophagienne, se fixent difficilement sur la muqueuse intestinale, autant au contraire y semblent aisées, quelquefois même exubérantes, les greffes d'épithélioma cylindrique ou tubulé descendues d'un département sus-jacent de la muqueuse gastro-intestinale. On comprend que dans de tels cas le cancer primitif soit généralement le plus haut situé. Il peut cependant ne pas en être toujours ainsi, et c'est ainsi que, dans le cas de cancers multiples de l'œsophage rapporté par M. Agasse-Lafont, le foyer secondaire était manifestement le foyer supérieur : M. Agasse-Lafont explique ce fait par le caractère extrêmement sténosant du cancer primitif, surmonté d'une dilatation œsophagienne ; il suppose que, par les efforts de vomissements, des parcelles cancéreuses détachées de la tumeur primitive ont été portées dans la portion dilatée de l'œsophage et se sont greffées à ce niveau.

3° Les *greffes péritonéales, par embolie*, sont plus fréquentes, et l'on doit se demander, comment ces embolies sont apportées du cancer primitif au point où elles se fixent, et comment, une fois fixées, elles se développent.

On doit éliminer tout d'abord la propagation par extension locale du processus, car les noyaux cancéreux sont séparés par de longs intervalles d'intestin sains, ainsi que le fait a été constaté dans diverses observations (Bensaude et Ockinczyc).

Il faut donc admettre avec M. Letulle une *embolie cancéreuse*, qui peut se faire par voie veineuse ou par voie lymphatique.

L'embolie veineuse appartient peut-être à un stade très avancé du processus cancéreux, et c'est à son compte qu'il faudrait alors mettre les métastases centrales, lointaines, dans des organes très divers, tels que le foie, l'utérus, les ovaires, au niveau desquels on voit très souvent des tumeurs métastatiques consécutives à des carcinomes primitifs du tractus gastro-intestinal (Schlagenhaufen) (1).

Mais, dans les cas qui nous occupent, il semble bien qu'il faille incriminer la *voie lymphatique*. Les lymphatiques en effet existent abondants et reliés par des anastomoses nombreuses dans la sous-muqueuse, dans la sous-séreuse et dans l'épaisseur des feuillets mésentériques, ces derniers formant les collecteurs. Entre le réseau sous-muqueux et le réseau sous-séreux, il existe encore un réseau intermédiaire, coulé entre les couches de la musculeuse, et qui porte le nom de réseau interlaminaire d'Auerbach. Il est bien difficile d'établir si la propagation emprunte pour se faire, dans ces cas particuliers, soit les réseaux lymphatiques des tuniques intestinales, soit le tronc des collecteurs mésentériques. Avec MM. Bensaude et Ockinczyc, on peut néanmoins éliminer la *voie sous-séreuse :* les recherches de Most (1) et de Cunéo (2) ont établi en effet l'absence de communication entre le réseau sous-séreux de l'estomac et celui du duodénum. Et Letulle insiste sur la non-participation directe des lymphatiques sous-séreux de l'intestin : « Jamais, dit-il, on ne rencontre autour des noyaux greffés trace de troncules chylifères injectés de cellules cancéreuses. » Ce même caractère a été retrouvé par MM. Bensaude et Ockinczyc : dans leur cas, en effet, tandis que les lymphatiques de l'estomac étaient bourrés de cellules cancéreuses, ceux de l'intestin au contraire, au niveau des rétrécissements, semblaient à peu près indemnes. Il en est de même pour le *réseau sous-muqueux :* il peut bien être incriminé pour expliquer l'extension à petite distance, mais non pour les extensions à grande distance, comme c'est le cas dans les rétrécissements multiples de l'intestin : d'ailleurs les coupes pratiquées sur les segments intermédiaires à deux rétrécissements ne permettent pas de saisir l'envahissement du réseau sous-muqueux, pas plus du reste que celui du réseau sous-séreux. Il est donc plus probable que la propagation se fasse par les *collecteurs* issus de l'estomac et réunis par anastomoses à ceux de l'intestin, dans *l'épaisseur des feuillets mésentériques.* On conçoit en effet, dit Cunéo, que l'envahissement des ganglions communs aux lymphatiques de l'estomac et des autres organes, par l'intermédiaire de leurs afférents gastriques, puisse provoquer par le mécanisme bien connu de la *thrombose rétrograde* une infection de leurs autres afférents. On s'expliquerait ainsi la fréquence élective de l'envahissement sur le côlon transverse (Chuquet, Bret et Paviot, Petitbon, Letulle, Nuthall et Emanuel, Hoche, Schacher, Bensaude et Ockinczyc); de plus, le siège de prédilection qu'affectent les noyaux cancéreux au niveau du bord mésentérique de l'intestin semble encore un argument en faveur de la propagation par le mésentère; on sait également qu'il existe, au niveau même de cette insertion mésentérique, une chaîne lymphatique de ganglions juxta-intestinaux (Schaltdrüsen de Stahr), qui sont envahis d'une façon presque constante par les cellules cancéreuses. Enfin, il n'est pas rare de trouver les ganglions mésentériques envahis à une certaine distance même des localisations intestinales secondaires, et ces métastases ganglionnaires peuvent avoir été le point de départ de thromboses rétrogrades atteignant l'intestin.

C'est le même mécanisme de propagation par voie lymphatique et par thrombose rétrograde qu'admet M. Lecène pour les sarcomes multiples de l'intestin grêle, et il rappelle à ce propos, à l'appui de cette hypothèse, que dans aucun cas on n'a observé de

(1) Schlagenhaufen. Uber das metastatische Ovarialcarcinom nach Krebs des Magens, Darmes and anderer Bauchorgane. *Monatsschrift für Geburstschilfe und Gynäkologie.* 1 April 1902, Bd XV.

(1) Most. Uber die Lymphgefässe und die regionären Lymphdrüsen des Nagens in Rücksichtauf die Verbreitung des Magen-Carcinoms. Vorgetragen am 3 Sitzungstage des xxviii. Congress der *Deutsch. Gesellsch. f. Chir.* 3 *Berlin*, 7 Apr. 1899 et *Arch. f. Klin. Chir.*, Bd. 52, H. I, S. 175.

(2) Cunéo. *De l'envahissement du système lymphatique dans le cancer de l'estomac*, Th. Paris, 1900.

noyaux sarcomateux secondaires métastatiques dans le gros intestin, dont la circulation lymphatique est relativement indépendante de celle de l'intestin grêle. C'est d'ailleurs un mode de propagation habituel à tous les sarcomes, et que nous avons nous-mêmes étudié à propos d'un sarcome primitif du poumon (1).

Ce mode de dissémination admis, si la cellule cancéreuse a suffisamment de vitalité pour pouvoir supporter le déplacement et germer dans le nouveau milieu où elle s'arrête, elle va donner en ce point une colonie de peuplement; mais si la tumeur secondaire est constituée par le même tissu fondamental que la tumeur mère, il arrive cependant souvent qu'elle ne le présente pas à la même étape évolutive; généralement, les foyers secondaires présentent un tissu plus embryonnaire que le foyer primitif [Bard (2)]. Quoi qu'il en soit de cet aspect histologique intime de la greffe cancéreuse par rapport au cancer primitif, le mode de développement de cette greffe est très spécial, comme l'a bien montré M. Letulle.

La colonie cancéreuse, en effet, séjourne d'abord quelque temps dans le tissu cellulo-vasculaire sous-séreux, où se développe un véritable squirrhe, un cancer fibreux, surtout végétant dans sa zone la plus profonde, au contact de la couche musculeuse externe; puis la musculeuse est atteinte, constituant un excellent milieu de culture pour les colonies cancéreuses; la sous-muqueuse est enfin prise, les vaisseaux et nerfs restant relativement indemnes. Et c'est ainsi que se trouvent constituées ces localisations cancéreuses multiples, dont l'évolution donnera les lésions cancéreuses que nous avons étudiées plus haut.

Ajoutons que, pour M. Letulle, le cancer épithélial seul peut produire sur l'intestin des greffes aussi systématisées; les sarcomes secondaires du péritoine greffés sur l'intestin ne le pénètrent pas ainsi; enfin les lymphadénomes et les lymphosarcomes de l'intestin et du péritoine, en se généralisant, n'affectent pas non plus cette allure méthodique de colonies circonscrites et squirrheuses qui, dans l'épithéliome, aboutissent si fréquemment au rétrécissement.

III

Etiologie. — A. Les SARCOMES atteignent surtout les sujets jeunes, et leur multiplicité a surtout été observée au niveau de l'intestin grêle (16 sarcomes multiples sur 45 sarcomes de l'intestin grêle [Lecène]). Le maximum de fréquence est dans les dix premières années, et de vingt à cinquante ans.

B. Les ÉPITHÉLIOMAS se voient au contraire de préférence chez les adultes et les vieillards. Ils sont souvent multiples : 4 fois sur 9, soit dans 44,4 p. 100, des cas dans les observations étudiées par Lecène.

Quant aux causes appelant en certains points du tube digestif ces localisations cancéreuses multiples, elles ont été l'objet de nombreuses hypothèses.

On a voulu faire jouer un rôle à la stagnation des matières fécales (Virchow), et l'on a dit que la constipation et le séjour prolongé des matières expliquaient la localisation si fréquente des néoplasmes au niveau du côlon pelvien. Mais on devrait alors voir les néoplasmes se fixer plutôt sur les coudes, les angles, que sur la continuité des segments du côlon; or, malgré l'opinion de Volskmann, il ne semble pas que les observations publiées donnent raison à cette assertion (Ockinczyc).

Par contre, peut-être faut-il faire jouer un rôle plus important aux altérations antérieures de la paroi intestinale et c'est ainsi que dans un cas de Nothnagel (1), l'examen anatomo-pathologique fait par Weichselbaum montra qu'il s'agissait d'un lymphosarcome diffus de l'intestin grêle développé sur des *cicatrices d'ulcérations tuberculeuses.* De plus, dans deux cas de sarcomes rapportés dans la thèse de Lecène (Booth, Petrow), la *fièvre typhoïde* est notée comme ayant précédé de quelques années le développement du sarcome et M. Lecène se demande si les cicatrices résultant de l'inflammation des plaques de Peyer n'ont pas été dans ce cas le point de départ des sarcomes.

IV

Symptômes. — Parmi les localisations des cancers multiples du tube digestif, nous laisserons de côté celles des extrémités, de la bouche, de l'œsophage, du rectum, dont la multiplicité ne se révèle en clinique par aucun caractère spécial, si ce n'est que ces localisations, accaparant souvent le premier plan, peuvent faire passer inaperçues du clinicien les localisations plus profondes.

Par contre, l'étude clinique des *cancers multiples de la partie sous-diaphragmatique du tube digestif* n'est pas sans intérêt. Or ces cancers se présentent en clinique sous trois aspects : ou bien ils ne donnent que des signes généraux de cancers sans signes de localisation; ou bien ils donnent naissance à des troubles gastro-intestinaux traduisant leur localisation; ou bien enfin, ils s'accompagnent de signes de sténoses multiples, ces divers aspects pouvant du reste se combiner.

A. FORMES AVEC PRÉDOMINANCE DES SIGNES GÉNÉRAUX. — Les signes généraux sont ceux de tous les cancers : affaiblissement et amaigrissement progressifs, aggravés par l'inanition et les phénomènes de stercorémie dans les cas sténosants. Ces phénomènes généraux peuvent exister seuls, ou dominer le tableau clinique au point que la localisation cancéreuse échappe. Il s'agit alors de *cancers latents.*

Ou bien, les phénomènes anémiques accaparant le premier plan, on se trouve alors en présence de cas d'anémie symptomatique extrême simulant l'anémie pernicieuse protopathique. Et c'est ainsi que, dans un cas de cancer gastro-intestinal multiple répondant au type histologique de la linite, M. Hayem (2)

(1) BENSAUDE, PATER et RIVET. Sur un cas de sarcome primitif du poumon, Société anatomique de Paris, juillet 1905, et *Arch. de méd. exp. et d'anat. path.*, janvier 1906, p. 85-101.

(2) BARD. *Précis d'anatomie pathologique*, 2e édit., 1899, p. 22 et suiv.

(1) NOTHNAGEL. *Die Erkrankungen des Darmes und Peritonæum*, Wien, 1898, p. 228.

(2) HAYEM. Sur un cas d'anémie symptomatique extrême, *Gaz. des hôpit.*, 28 mai 1907.

a pu, à un moment donné, observer la formule hématologique suivante :

Hématies 488.250
Valeur globulaire un peu inférieure à 1.
Leucocytes.................. 8.060
Polynucléaires .... 80 p. 100
Nombreuses formes de transition,
Pas de myélocytes,
Quelques hématies nucléées,
Hématoblastes peu nombreux,
Réticulum n° 2,
Caillot non rétractile.

Cette formule représente le syndrome de l'anémie pernicieuse ; elle traduit ici une anémie extrême symptomatique ; c'est la *forme anémique du cancer* décrite par M. Hayem et poussée à ses dernières limites. Ajoutons que ce cas de M. Hayem, qui présenta au point de vue hématologique des particularités fort curieuses, fut remarquable également par sa longue durée, puisque la mort ne survint que trois ans et demi après le début clinique de la maladie.

B. Formes non sténosantes. — Les troubles digestifs dans les formes non sténosantes n'ont rien de spécial aux cancers multiples ; ceux-ci peuvent cependant être soupçonnés, si l'on constate de l'ascite, dont l'apparition coïncide souvent avec la généralisation du cancer et sa diffusion à la séreuse péritonéale. Ou bien on songera à un néoplasme multiple si, ayant reconnu par ses signes propres, et en particulier par le chimisme gastrique, un cancer de l'estomac, on peut par la palpation trouver une ou plusieurs autres tumeurs au niveau de l'intestin, ou si le toucher rectal ou la recto-sigmoïdoscopie révèlent en même temps un cancer rectal ou sigmoïdien.

C. Formes sténosantes. — Dans ces formes, les signes dépendent, d'une part, de la prédominance des lésions en un point du tractus intestinal, et d'autre part de l'étendue de ces lésions et de l'existence de métastases plus ou moins étendues à la séreuse péritonéale.

C'est ainsi que, dans le cas publié par MM. Bensaude et Ockinczyc, les symptômes gastriques ont presque toujours dominé la scène ; c'est à peine si, dans les derniers jours, on vit survenir du météorisme de l'abdomen ; mais les symptômes d'occlusion intestinale ne se manifestèrent nettement qu'après que l'obstacle stomacal eut été supprimé par la gastro-entérostomie.

Au contraire, toutes les fois que les lésions intestinales existaient seules ou prédominaient (Chuquet, Pétrina, Hahn, Kuttner, Nuthall et Emanuel), il y avait surtout des symptômes de sténose intestinale plus ou moins complète avec constipation opiniâtre, douleurs abdominales et souvent tympanisme avec ou sans péristaltisme des anses intestinales.

Lorsque, enfin, les lésions stomacales et intestinales sont de même importance, l'affection simule alors un cancer de l'estomac, avec vomissements, et, plus rarement, hématémèses et melæna.

Les phénomènes de sténose gastrique sont bien connus, mais ceux des sténoses intestinales doivent être reconnus *avant l'occlusion complète* : ils constituent le classique *syndrome de Kœnig* (1), que MM. Tuffier et Martin (2) ont récemment exposé à nouveau.

Ce syndrome est constitué par des coliques se produisant de deux à quatre heures après les repas, en un point fixe correspondant à la sténose ; ces coliques augmentent tant que l'obstacle n'est pas franchi et que les matières et les gaz s'accumulent dans la dilatation intestinale sus-jacente à l'obstacle, puis cessent brusquement en même temps que la distension locale de l'intestin s'affaisse, quand l'obstacle est franchi, jusqu'au prochain bol fécal. Le ballonnement du ventre est très manifeste, au moment des coliques, et le passage des liquides et gaz à travers le rétrécissement produit des bruits musicaux, que les malades remarquent toujours, de même qu'ils éprouvent des sensations liées aux contractions péristaltiques. Les vomissements ne se voient qu'en cas de sténose très haut placée.

Il semble que chaque repas devrait être suivi d'une crise douloureuse analogue. Il n'en est pas ainsi, car les aliments ingérés n'ont pas toujours la même consistance, et il existe ou non du spasme faisant varier le degré de la sténose et les conditions de la progression des matières dans l'intestin (Tuffier et Martin).

Dans les sténoses multiples, la symptomatologie est parfois très nette ; il y a plusieurs fois de suite, suivant le nombre des sténoses, répétition des symptômes décrits ci-dessus, mais avec une intensité généralement décroissante ; ce sont les *coliques étagées de Kœberlé*.

V

Evolution. Terminaison. — L'évolution est fatalement progressive, comme celle de tout cancer.

En l'absence de signes de sténose, la mort survient par cachexie cancéreuse.

Dans les autres cas, après une période d'occlusion incomplète plus ou moins longue, survient l'*occlusion complète*, qui emportera le malade. Si une intervention chirurgicale le sauve de cet accident, il est exposé à des récidives ; sinon, il s'acheminera vers la cachexie cancéreuse, la mort pouvant encore être hâtée par l'apparition de diverses complications : invagination, suppuration et péritonite, fistules intestino-viscérales.

VI

Diagnostic. — Si l'on met de côté les cas où, par exemple, on peut constater des signes évidents d'un cancer du rectum, de la langue ou de l'œsophage, coïncidant avec une tumeur manifestement cancéreuse de l'estomac ou de l'intestin, le diagnostic de cancers multiples du tube digestif est généralement difficile. Aussi devra-t-on examiner avec soin l'intestin du malade, par l'inspection, la palpation, la

(1) Kœnig. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1892.
(2) Tuffier et Martin. Rétrécissements et oblitérations de l'intestin grêle, *Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*, mai et juin 1907.

percussion de l'abdomen, le toucher rectal et la palpation bimanuelle (1); et l'on s'aidera des moyens de diagnostic plus récents, tels que la rectoscopie et la radiographie.

La *recto-sigmoïdoscopie*, telle qu'elle a été préconisée par Tuttle (2) et Strauss (3) et telle que l'ont récemment employée MM. Lion et Bensaude (4), pourra rendre les plus grands services, en décelant une tumeur du rectum ou de l'S iliaque.

La *radiographie* après ingestion d'un lait de bismuth, préconisée par Schüle (5), a pu donner quelques utiles renseignements; on trouvera sa technique bien exposée dans la thèse d'Ockinczyc.

L'*insufflation rectale*, enfin, facilitera la palpation et deviendra un précieux moyen de diagnostic pour différencier les tumeurs rétropéritonéales : sarcomes, tumeurs rénales à développement abdominal.

Ces divers moyens d'investigation pourront mettre en évidence deux ou plusieurs tumeurs; c'est cette constatation seule qui permettra d'affirmer l'existence de cancers multiples, s'il n'y a pas de signes de sténose; la constatation d'ascite est aussi en faveur de localisations cancéreuses multiples.

En présence de phénomènes de *sténose*, la constatation du syndrome de Kœnig à divers niveaux, l'existence des coliques étagées de Kœberlé, se répétant à intervalles réguliers, rendront ce diagnostic plus facile. Parfois même la multiplicité des tumeurs et des sténoses se manifeste à la percussion par des différences de sonorité, matité ou tympanisme, diversement disposées : c'est la *matité en damier* (Tuffier et Martin).

Nous ne ferons pas la revue des nombreuses erreurs de diagnostic auxquelles peuvent donner lieu les cancers du tube digestif (6). Rappelons seulement que si la multiplicité des localisations cancéreuses du tube digestif peut être méconnue, d'autre part, la constatation même de tumeurs multiples peut être mal interprétée et faire croire à des localisations métastatiques à des organes voisins. Dans les cancers multiples enfin, la constatation d'une matité en damier et la coexistence fréquente d'ascite pourra faire songer à une forme entéro-péritonéale de la tuberculose.

Si, au contraire, on ne constate pas de tumeurs, mais des signes de *sténoses multiples*, les antécédents pourront faire éliminer des brides péritonéales, reliquat d'une péritonite ancienne, et le diagnostic se circonscrira entre trois hypothèses : rétrécissements cancéreux, rétrécissements tuberculeux, rétrécissements syphilitiques. Ces derniers sont très rares, mais les rétrécissements tuberculeux sont relativement fréquents et souvent multiples : on soupçonnera leur nature si l'état général est bon, l'évolution lente, si l'on trouve enfin quelques signes légers de tuberculose pulmonaire; en cas de cancer, au contraire, il s'agit de sujets très émaciés, dont l'affection remonte à une époque généralement peu éloignée.

Mais souvent la prédominance des phénomènes de sténose au niveau soit de l'estomac, soit de l'intestin, fera passer inaperçues les autres localisations cancéreuses. Aussi devra-t-on se rappeler des rapports établis par MM. Bensaude et Ockinczyc entre les rétrécissements cancéreux multiples du tractus gastro-intestinal et la linite cancéreuse. Toutes les fois qu'on sera arrivé à soupçonner cette affection de l'estomac, il importera, tant avant qu'au cours d'une intervention chirurgicale, de s'assurer qu'il n'existe pas de rétrécissements dans la continuité de l'intestin. L'association de la linite plastique diagnostiquée avec des symptômes d'obstruction intestinale peut être considérée comme un signe de certitude; ce sont les cas où la maladie paraît le plus nettement évoluer en deux phases : une première stomacale pure, et une seconde phase d'extension et de généralisation à l'intestin, comme ce fut le cas chez une malade de M. Hayem, dont l'observation est relatée dans le travail de MM. Bensaude et Ockinczyc (1).

Le diagnostic de tumeurs malignes multiples du tube digestif posé, on peut se demander s'il s'agit de sarcomes ou d'épithéliomes : on sait que le sarcome se voit plutôt chez des jeunes, que son évolution est souvent fébrile, qu'il entraîne une cachexie précoce, qu'il donne des tumeurs plus volumineuses et qu'il est très rarement sténosant; mais l'examen des urines (Libmann, Schmidt), et celui du sang ne peuvent actuellement donner d'indications utiles au diagnostic. Quant à vouloir préciser davantage, à vouloir affirmer s'il s'agit de plusieurs tumeurs primitives ou de métastases d'une même tumeur, c'est un problème impossible à résoudre en clinique et qui n'est, nous l'avons vu, que du ressort de l'histologiste.

En somme, le diagnostic des tumeurs multiples du tube digestif est tantôt très facile, tantôt très difficile. Très souvent, il ne sera affirmé que par la laparatomie exploratrice, et le chirurgien, qui intervient pour une sténose du pylore et trouve un estomac atteint de linite, devra se souvenir de la fréquence des localisations multiples de cette affection sur l'intestin et profiter de son intervention pour les rechercher et y aviser, si possible.

VII

Pronostic. — Le pronostic des cancers multiples du tube digestif est, on le conçoit, des plus défavorables. Dans les cancers multiples du tractus gastro-intestinal en particulier, on est frappé par la marche rapide de l'affection. Dans presque tous les cas, les symptômes ont débuté quelques mois à peine avant l'issue fatale. Les observations où l'on relève une durée

(1) Voir Ockinzyc. *Traitement chirurgical du cancer du côlon.* Thèse de Paris, 1907 et *Travaux de chirurgie anatomoclinique de M. Hartmann*, Paris, Steinheil, 1907.

(2) Tuttle. Endoscopie rectale. *Medical News*, 1902, n° 4.

(3) Strauss. Exploration du rectum. *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1904, n° 48.

(4) G. Lion et R. Bensaude. La rectosigmoïdoscopie, un nouveau modèle de rectoscope. Société médicale des hôpitaux de Paris, juin 1907.

(5) Schüle. Dickdarmsondierung und Darmrohr. *Wiener klin. Rundschau*, 1903.

(6) Mathieu. *Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin*, Paris, Doin, 1901.

(1) Bensaude et Ockinczyc, mémoire cité, obs. XXVIII.

de 12 ou 13 mois sont très rares. Il semble donc que la généralisation intestinale vienne hâter la mort, dans les faits de linite d'abord limitée à l'estomac. Nous devons cependant mettre à part le cas de M. Hayem, dans lequel la survie fut exceptionnellement longue (trois ans et demi).

La gravité de l'affection est d'autant plus grande que, en raison de sa diffusion même, elle ne laisse que bien peu de prise à un traitement vraiment efficace.

VIII

Traitement. — Une *opération radicale* n'étant légitimée que si elle est large et dépasse largement les limites du mal, on conçoit que ce sera rarement le cas dans les cancers multiples du tube digestif : aussi serait-il oiseux de rappeler les diverses interventions possibles en pareil cas. C'est au chirurgien, au cours de l'opération, de juger si l'opération radicale est possible, si, par exemple, il peut extirper en bloc plusieurs cancers très rapprochés par une résection unique d'un segment même assez long de l'intestin grêle.

La plupart du temps, le chirurgien est réduit à des *interventions palliatives* s'adressant à des phénomènes de sténose : entéro-anastomose, exclusion de l'intestin. Il est même des cas où la multiplicité des tumeurs défie toute intervention, ces formes n'étant pas plus accessibles au traitement chirurgical que ne le serait une péritonite cancéreuse diffuse ; dans les deux cas, l'ascite pourra être traitée, si elle devient gênante, par des ponctions répétées.

Quoi qu'il en soit, les résultats globaux obtenus jusqu'ici par les chirurgiens sont loin d'être satisfaisants, si l'on pense que les survies les plus longues paraissent être celle du malade de Hoche, qui est mort deux mois après la première intervention (gastro-entérostomie), et celle de la malade de MM. Bensaude et Ockinczyc, qui, opérée par M. Hartmann, survécut six mois à une cæco-sigmoïdostomie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 24 septembre 1907 :

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Périé est maintenu au 25e d'artillerie ; Lajoux est affecté (pour ordre) à l'hôpital militaire du camp de Châlons ; Pons passe au 40e d'inf. ; Maître, au 113e d'inf. ; Borderies, au 144e d'inf. ; Boussenot, au 106e d'inf. ; Carret, au 8e d'inf. ; Piétremont, au 133e d'inf. ; Moursou, au 52e d'inf. ; Béraud est affecté au bataillon du 81e d'inf., détaché en Crète ; Alaux, au 17e dragons ; de Saint-Vincent de Parois, aux hôpitaux de la division d'Oran ; Lhomme et Miorcec sont affectés au bataillon du 81e d'inf. détaché en Crète ; Carayon passe aux hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie ; Vignon, aux hôpitaux de la division d'Alger ; Hornus, au 89e d'inf. ; Paître, au 57e d'inf.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Chailly passe au 27e d'inf. ; Mazot, au 16e dragons ; Minel, au 6e bat. de chasseurs à pied ; Saffores, au 21e d'inf. ; Playoust, au 17e d'inf.

MARINE. — M. le médecin de première classe Mottin, du port de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur la deuxième flottille de torpilleurs de la Méditerranée ; M. le médecin de deuxième classe Chemin, du port de Rochefort, est désigné pour servir au cinquième dépôt des équipages de la flotte.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-huitième semaine, 781 décès, au lieu de 797 pendant la semaine précédente et de 765, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 41 (moyenne 59), au lieu de 46 pendant la semaine précédente.

La variole n'a causé aucun décès ; elle en avait causé 1 pendant la semaine précédente, chiffre identique à la moyenne. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 2, au lieu de 5 pendant la semaine précédente (moyenne 10).

La rougeole, toujours rare en automne, n'a causé que 1 décès, chiffre identique à la moyenne et à celui de la semaine précédente. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 45 (au lieu de 55 précédemment et au lieu de 39, moyenne des quatre dernières années).

La scarlatine a causé 4 décès, comme pendant la semaine précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 116 ; il s'élevait à 120 pendant la semaine précédente (moyenne 37). On se rappellera que, en juillet, le nombre des cas nouveaux de scarlatine s'est élevé jusqu'à 583 en une semaine ; le nombre hebdomadaire des décès n'a pourtant jamais dépassé 19. Cette épidémie, très généralisée et très longue, mais relativement très peu meurtrière, est actuellement en pleine décroissance.

La coqueluche a causé 8 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 5).

La diphtérie a causé 3 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 3) ; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 35, au lieu de 26 pendant la semaine précédente (moyenne 44).

La diarrhée infantile a causé 63 décès de 0 à 1 an, au lieu de 88 pendant la semaine précédente (moyenne 60).

En outre, 21 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 96 décès, au lieu de 74 pendant la semaine précédente (moyenne 78). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 1 décès ; bronchite chronique, 18 ; pneumonie, 17. Autres maladies de l'appareil respiratoire, 60, dont 20 sont dus à la broncho-pneumonie et 25 à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 178 décès ; la méningite tuberculeuse, 14 ; la méningite simple, 14 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 11 décès ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 32 décès ; les maladies organiques du cœur, 43 ; le cancer, 51 ; la hernie et l'obstruction intestinale, 10 ; la cirrhose du foie, 17 ; la néphrite, 27 ; enfin, 29 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17.

N° 112. — MARDI 1er OCTOBRE 1907. 80e ANNÉE. MARDI 1er OCTOBRE 1907. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Anatomie.* — Séance du 28 septembre. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports du rectum chez l'homme. »

MM. Virenque, 16 ; Vincotte, 14 ; Trzaskovsky, 5 ; Thibault, 3 ; Sorel, 7 ; Vérut, 3 ; Schmiergeld, 2 ; Sckmarine, 9 ; Schilmann, 13 ; Thibierge, 18 ; Verne, 13 ; Sax, 16 1/2.

La prochaine séance aura lieu le mardi 1er octobre, à quatre heures, suite de la deuxième moitié, troisième série, et s'il y a lieu, deuxième moitié, première série.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Un concours public pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sera ouvert le lundi 25 novembre 1907, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, 49.

MM. les docteurs qui voudront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, de midi à trois heures, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, du lundi 21 octobre au samedi 9 novembre inclusivement.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. — Le bureau du Congrès français de médecine rappelle que le Congrès qui siégera à Paris, les 14, 15 et 16 octobre 1907, ouvrira le lundi 14 octobre, à neuf heures du matin, à la Faculté de médecine de Paris.

Il informe les congressistes que la réduction de tarif accordée par les compagnies de chemins de fer pour leur voyage à Paris s'étendra aux membres de leur famille. Les billets seront valables du 8 octobre au 23 octobre inclus. Les demandes de billets doivent être adressées au plus tard le samedi 28 septembre.

La cotisation de membre titulaire est fixée à 20 francs. Les étudiants en médecine pourront être admis comme membres associés en payant une cotisation de 10 francs.

Les souscriptions devront être envoyées à M Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Tout ce qui concerne la partie scientifique ou administrative du Congrès devra être adressé à MM. le docteur Fernand Bezançon, 84, rue de Monceau, ou le docteur Vincent Griffon, 16, rue de l'Université, Paris.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décret en date du 25 septembre 1907, les médecins stagiaires à l'école d'application du service de santé militaire dont les noms suivent ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe pour prendre rang du 1er octobre 1907, et par décision du ministre de la guerre du même jour, ils ont reçu les affectations suivantes comportant la mention (service) :

MM. Desquiens, hôpital Saint-Martin de Paris ; Langlois et Leduc, hôpital du camp de Châlons ; Walther, hôpital de Nancy.

— Par décision du 25 septembre 1907, les médecins aides-majors de deuxième classe, élèves sortis de l'école d'application du service de santé militaire, dans l'ordre ci-dessous, qui détermine leur rang d'ancienneté dans le grade de médecin aide-major de deuxième classe (art. 24 du décret du 29 octobre 1898) ont reçu les affectations suivantes comportant la mention (service) :

MM. Bellot, hôpital d'instruction du Val-de-Grâce (laboratoire de bactériologie) ; Jandot dit Danjou, hôpital Villemanzy à Lyon ; Legrand, hôpital d'instruction du Val-de-Grâce (dia-

gnostic chirurgical spécial); Perret, hôpital Villemanzy à Lyon; Bercher, 81e d'inf.; De Person et Cristau, hôpital Saint-Martin à Paris; Bonnenfant, hôpital de Versailles; Rouch, hôpital Saint-Martin, à Paris; Jeandin et Pagnier, hôpital Bégin à Saint-Mandé; Christiany, hôpital de Versailles; Fayet et Laurent, hôpital Bégin à Saint-Mandé; Billet, 7e d'artillerie; Cayrel et Cavarroc, hôpital de Versailles; Bech, hôpital de Marseille; Courboulès, 3e chasseurs à cheval; Jacquemart, hospice mixte de Reims; Heuraux, hôpital de Nancy; Contant, hôpital de Lille; Lefébure, 140e d'inf.; Decour, hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie; Mathieu de Fossey, hospice de Tours; Médan, hôpital de Toulouse; Lancelot, hôpital de Rennes; Legendre, hôpital de Bordeaux; Renoux, hôpital de Marseille; Pouchet, 6e cuirassiers; Aulong, hôpital de Lille; Lescuyer, hôpital de Rennes; Chabardès, hôpital de Bordeaux; Batier, hôpital de Lille; Rouzaud, hôpital de Toulouse; Dubalen, hospice de Besançon; Blanc, hôpitaux de la division d'Oran; Torresse, hôpitaux de la division d'Alger; Mercier (Marie-Adolphe-Eugène), 116e d'inf.; Gand, hôpital de Rennes; Pitois, 48e d'inf.; Pichet, hôpital de Briançon; Fonvieille, hôpital de Nancy; Mercier (Pierre-Georges), hôpital de Belfort; Ufferte, hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie; Roussille, hôpital de Toulouse; Mahot, hôpitaux de la division d'Oran; Moy et Morras, hôpitaux de la division de Constantine; Bertaux, hôpital de Nancy; Anglade, hôpital de Lille; Heyraud, hôpital de Bordeaux; Odinot, hôpital de Marseille; Richard, hôpital de Toul; Vialle, hôpitaux de la division d'Alger; Paris, hospice de Verdun; Roussel, 42e d'inf.; Vallot, hospice de Verdun; Nicod, hôpital de Belfort; Clot, hospice de Verdun; Toinon, hôpital de Belfort; Solle, hôpital de Toul; Simoni, hôpital de Bastia; Minouflet, 149e d'inf.; Larrazet, hôpital de Toul; Théron, hospice de Langres; Boisseau, 153e d'inf.

— Corps de santé des troupes coloniales. — MM. les médecins-majors de première classe Grognier, Toulon et Jacquin ont été désignés pour servir en Afrique occidentale le 11 octobre 1907.

Manœuvres du service de santé. — Des exercices spéciaux du service de santé en campagne auront lieu à Marseille du 1er au 5 octobre prochain. Les officiers du cadre auxiliaire du service de santé de la 14e région qui désireraient y assister devront faire la demande urgente au directeur du service de santé du 14e corps d'armée.

Pour tous autres renseignements, s'adresser à la direction du service de santé, quai de la Vitriolerie, à Lyon.

Marine. — M. le médecin inspecteur Fournié, nouvellement nommé à ce grade, a été nommé directeur du service de santé du 18e corps d'armée, à Bordeaux, en remplacement de M. le médecin inspecteur Czernicki, placé dans la section de réserve.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Guiraud, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie aura lieu du 14 octobre au 18 décembre 1907, sous la direction de M. le professeur Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Bar, Danlos, Balzer, de Beurmann, Castex, Queyrat, Hudelo, Morestin, Gastou, Emery, Edmond Fournier, Milian, Terrien, Lacapère, Gathelin, Paris, Sabatié et Rostaine.

Le cours sera complet en quatre-vingt-dix-neuf leçons. Il aura lieu tous les jours, deux fois par jour, excepté les dimanches et fêtes, à deux heures et à trois heures et demie de l'après-midi à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique. Il commencera le lundi 14 octobre 1907 et finira le mercredi 18 décembre 1907.

Ce cours sera essentiellement pratique, et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, photothérapie, radiothérapie, etc.) sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

Programme et répartition des cours : M. Gaucher. Lésions élémentaires de la peau. Matière médicale dermatologique et médication hydrominérale. — M. Bar. Syphilis et grossesse. — Danlos. Radiothérapie et traitement par les courants de haute fréquence. — M. Balzer. Eczéma. Impétigo. Ecthyma. — M. de Beurmann. Psoriasis. Lupus. Tuberculoses cutanées. Sporotrichoses. Traitement du lupus. — M. Castex. Syphilis du nez, du larynx et de l'oreille. — M. Queyrat. Blennorragie aiguë. Blennorragie chronique. Complications et traitement de la blennorragie. Les balanoposthites. Herpès. Végétations. Phimosis. Chancre mou. Chancre syphilitique. — M. Hudelo. Gale. Erythèmes. Urticaire. Prurits et prurigo. Lichens. Pityriasis. Pemphigus. — M. Morestin. Chirurgie du lupus, des nævi et des tumeurs de la peau. Opérations esthétiques. — M. Gastou. Maladies parasitaires du cuir chevelu, teigne tondante et favus. Pytiriasis versicolor. Erythrasma. Examen des cheveux et des poils dans les maladies parasitaires. Diagnostic dermatologique par les méthodes de laboratoire : examen des squames, sérosités, sang, pus. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Electrothérapie. Photothérapie et radiothérapie. Petite chirurgie dermatologique. — M. Emery. Traitement de la syphilis. — M. Edmond Fournier. Syphilis secondaire. Hérédo-syphilis. — M. Milian. Syphilis tertiaire : syphilides tuberculeuses; syphilides ulcéreuses; gommes; ulcères de jambe. Syphilis de la langue, du voile du palais, des amygdales, du pharynx, du testicule et des os. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Parasyphilis : neurasthénie. Paralysie générale. Tabes. — M. Terrien. Syphilis oculaire. — M. Lacapère. Pelade. Séborrhées et acnés. Eczéma acnéique. Dermites artificielles. Tumeurs épithéliales de la peau. Leucoplasie buccale et génitale. Kraurosis vulvæ. — M. Cathelin. Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorragie chez l'homme : prostatites, cystites, abcès urineux. Néphrites suppurées. Traitement des rétrécissements de l'urètre. — M. Paris. Zona. Dystrophies pigmentaires. Purpura. Morve et farcin. Actinomycose. Eléphantiasis. — M. Sabatié. Alopécies. Folliculites suppurées. Dyshydrose. Tumeurs conjonctives de la peau et mycosis fongoïde. — M. Rostaine. Dermatoses congénitales. Phytiriase et mélanodermies. Sclérodermie. Lèpre.

Un cours semblable a lieu deux fois par an : le premier en mai, juin et juillet, le second en octobre, novembre et décembre.

Le droit à verser est de 150 francs.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser le matin à la clinique (hôpital Saint-Louis).

HÉMORRAGIE MÉNINGÉE

ENOPHTALMIE, RÉTRÉCISSEMENT DE LA FENTE PALPÉBRALE, MYOSIS ERUPTIONS D'HERPÈS

Par MM. A. LEMIERRE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
et GOUGEROT,
Interne des hôpitaux de Paris.

E..., cinquante ans, cambreur, est apporté à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Widal, le 18 septembre 1906. D'après le récit de ses camarades d'atelier, cet homme est brusquement tombé sans connaissance pendant son travail le 17 septembre à neuf heures du matin. Transporté chez lui, il n'a pas reconnu sa famille et un médecin, appelé immédiatement, a conseillé de le transporter à l'hôpital.

Le *18 septembre*, à la visite du matin, le malade est agité et délirant.

Il est en état de confusion mentale complète, et incapable de répondre aux questions qu'on lui pose.

La face est asymétrique; du côté droit il existe une paralysie faciale évidente; la face de ce côté est immobile, semble abaissée; la joue est franchement soulevée à chaque expiration. Du côté gauche, la face semble un peu parésiée, et la joue est également soulevée légèrement par l'expiration. Le malade semble avoir de la photophobie; les deux pupilles sont contractées. Mais la *pupille gauche est plus petite que la droite*, et de plus, *du côté gauche, la fente palpébrale est plus étroite, et il y a une rétraction certaine du globe oculaire*. Il existe un peu de raideur de la nuque.

Les membres supérieurs sont contracturés en flexion et ramenés sur la poitrine; de temps à autre se montrent au niveau du membre supérieur droit de petites secousses convulsives en série, véritables ébauches d'épilepsie jacksonnienne.

Les membres inférieurs ne présentent ni paralysie, ni contracture appréciables; seulement le malade a une tendance à les maintenir en flexion.

Les réflexes rotuliens sont impossibles à chercher à cause de la résistance qu'oppose le malade à l'examen. Le signe de Babinski est positif des deux côtés ; mais beaucoup plus prononcé à droite.

Pas de signe de Kernig. Sensibilité obtuse.

Les poumons et le cœur ne présentent rien d'anormal.

Le pouls bat à 60.

Il y a une rétention d'urine complète. Le malade urine par regorgement : le cathétérisme permet d'évacuer 1500 centimètres cubes d'urine. Celle-ci contient 75 centigrammes d'albumine par litre. Pas de glycosurie.

L'examen des téguments montre au niveau des deux jambes des cicatrices régulières, déprimées, minces, lisses, parcheminées, les unes blanches, les autres de coloration cuivrée. Sur le bord droit de la langue existe une cicatrice étoilée et irrégulière.

Température, 37 degrés.

La ponction lombaire donne un liquide céphalo-rachidien sanglant, s'écoulant sous forte pression; la teinte est uniforme dans trois tubes; il ne se fait pas de coagulation.

Après centrifugation, le liquide surnageant est jaune.

L'examen du culot montre des hématies très abondantes, et quelques leucocytes.

Diagnostic : hémorragie méningée.

Le *19 septembre*, le malade est plus calme; il répond à quelques questions simples, et obéit aux ordres qu'on lui donne.

Mais il est incapable de raconter son histoire et la confusion mentale persiste. Il se plaint de souffrir de la tête.

Les symptômes du côté de la face et des yeux sont les mêmes.

La raideur de la nuque persiste. Les bras restent contracturés et ramenés sur la poitrine, mais il n'y a plus de secousses convulsives.

Les réflexes rotuliens et le réflexe abdominal sont abolis. Le réflexe crémastérien existe. Le signe de Babinski a disparu des deux côtés.

Le malade peut se lever et se tenir debout, mais si on ne le maintient pas, il a une tendance à tomber à la renverse.

La rétention d'urine persiste, 1500 centimètres cubes d'urine au cathétérisme.

Pouls, 90; température, 36°8.

Le *20 septembre*, le malade est calme. Il a dormi toute la nuit.

Ses réponses sont plus nettes : il dit son âge et sa profession, mais il ne peut dire où il se trouve. Il dit souffrir moins de la tête.

La paralysie faciale du côté droit s'est accentuée. Le côté gauche de la face est beaucoup moins touché. Le myosis prédominant et l'enophtalmie du côté gauche sont très nets.

Au *niveau de la lèvre inférieure*, on remarque *un bouquet de vésicules d'herpès*.

La raideur de la nuque est moins accentuée.

La contracture des membres supérieurs a disparu.

Les réflexes rotuliens sont abolis.

Légère ébauche de signe de Kernig.

Le malade une fois debout, marche plus facilement; la tendance à tomber à la renverse est moins accentuée.

La rétention d'urine persiste. Le cathétérisme donne 1300 centimètres cubes.

Pouls, 75. La température du matin atteint 38°5, celle du soir, 38°7.

Le *27 septembre 1906*. Pouls, 80. Température : matin, 39 degrés; soir, 39°7.

Sur la *face interne de la cuisse droite*, on remarque un *groupe de cinq vésicules d'herpès*. Rétention d'urine.

La ponction lombaire donne un liquide uniformément sanglant dans trois tubes. Pas de coagulation. Liquide jaune après centrifugation, mais moins jaune que la première fois.

Examen cytologique. Hématies très nombreuses, la plupart altérées, mais beaucoup contenant encore leur hémoglobine.

Leucocytes polynucléaires plus abondants que la première fois.

Quelques cellules endothéliales, quelques lymphocytes.

Pas de macrophages, pas d'éosinophiles.

Les *22, 23, 24, 25, 26 et 27 septembre*, l'état général ne varie pas sensiblement. La température reste au-dessus de 39 degrés jusqu'au 24 septembre. Le 25, elle retombe définitivement à 37.

L'état mental ne fait pas de progrès sensible. Le jour le sujet est en état de demi-torpeur. Les nuits sont alternativement calmes et agitées. La céphalée et la raideur de la nuque persistent, ainsi que la rétention d'urine. Rien de nouveau à noter du côté de la face et des membres.

Le *28 septembre*, la nuit a été très agitée. Le malade cherchait à se lever.

Le matin, le malade se plaint de céphalalgie. Rétention d'urine.

Sur la *face postérieure de la cuisse droite* à peu près à égale distance entre la ligne ischio-trochantérienne et le pli du jarret, on remarque un groupe de vésicules d'herpès.

Le malade continue à ne pas savoir où il se trouve. Confusion mentale persistante. Température, 37°5. Pouls, 72.

Le *29 septembre*, nuit calme. *Apparition de trois nouvelles vésicules d'herpès au-dessus des précédentes.* Rétention d'urine.

Température, 36°6. Pouls, 68.

Les jours suivants, l'état général varie peu. Le malade se plaint de temps à autre de céphalalgie. La raideur de la nuque persiste, ainsi que la paralysie faciale, les signes oculaires et l'abolition des réflexes rotuliens.

Le malade commence à uriner spontanément le 30 septembre.

En même temps l'état mental s'améliore légèrement : le malade reconnaît l'infirmière qui s'occupe de lui et sait qu'il est à l'hôpital. Néanmoins, il n'a gardé aucun souvenir de son accident, et les troubles de la mémoire et la confusion sont encore si accentués qu'il est impossible d'obtenir le moindre renseignement sur son passé.

Le *2 octobre*, on pratique une nouvelle ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien s'écoule en gouttes lentes ; il est transparent et légèrement teinté en jaune ambré.

L'examen cytologique montre un très petit nombre d'éléments cellulaires : pas de globules rouges intacts, mais quelques débris granuleux de ces éléments. Quelques hématomacrophages en activité. Quelques cellules endothéliales. Les lymphocytes sont les éléments les plus nombreux. Pas de polynucléaires, pas d'éosinophiles.

Les jours suivants, la paralysie faciale droite s'atténue un peu. L'*inégalité pupillaire*, la *diminution de la fente palpébrale et la rétraction du globe oculaire du côté gauche* persistent. De plus, le sujet continue à se plaindre de céphalalgie principalement localisée à la nuque ; la raideur de la nuque disparaît. L'état mental s'est un peu amélioré. Mais les troubles de la mémoire sont encore marqués, et l'on n'obtient sur le passé du malade que des renseignements incertains.

Le malade se lève et marche. Il mange de bon appétit.

Il sort sur sa demande de l'hôpital le 27 octobre 1906.

En résumé, il s'agit là d'un cas d'hémorragie méningée ayant évolué d'une façon classique : début brusque par un ictus, apparition de contractures et de secousses épileptiformes dans le membre supérieur droit, paralysie faciale très nette à droite, à peine sensible à gauche, raideur de la nuque, signe de Babinski bilatéral mais plus net à droite, troubles intellectuels très intenses, liquide céphalo-rachidien sanglant. Dans la suite les phénomènes moteurs se sont atténués ; seuls les troubles psychiques existaient encore, quoique ayant subi une amélioration sensible, quand le malade a quitté l'hôpital.

Mais il nous faut attirer l'attention sur deux groupes de symptômes que nous n'avons pas trouvés mentionnés dans les observations d'hémorragies sous-arachnoïdiennes publiées jusqu'ici.

Nous avons été frappés dès le début par l'aspect particulier que présentait l'œil gauche de notre malade : *la fente palpébrale était nettement rétrécie, le globe oculaire rétracté et la pupille notablement plus petite que celle du côté droit.* On sait que ce syndrome, décrit par Claude Bernard, est lié le plus souvent à des altérations du grand sympathique cervical en un point quelconque de son trajet. Il a été étudié par Mme Déjerine-Klumpke dans les paralysies radiculaires du plexus brachial type inférieur. On l'a observé également dans les tumeurs du cou comprimant le sympathique, dans la syringomyélie, dans certains cas de névralgie faciale ou à la suite de l'extirpation du ganglion de Gasser. Récemment, MM. Babinski et Nageotte (1) l'ont signalé comme conséquence de certaines lésions bulbaires ; ils ont pu le reproduire expérimentalement par hémisection de la moelle au-dessous du bulbe, ou par simple piqûre latérale du bulbe ou de la moelle cervicale supérieure. Enfin il peut être congénital.

Chez notre malade nous n'avons pu savoir d'une façon absolument certaine si ce syndrome a fait son apparition en même temps que les autres signes d'hémorragie méningée ou s'il existait auparavant.

Pressé de questions, le sujet disait n'avoir jamais rien observé d'anormal du côté de son œil gauche, mais son intelligence était encore tellement obnubilée quand il a quitté l'hôpital que nous n'avons accepté ses affirmations qu'avec la plus grande réserve.

Si nous admettons que le syndrome enophtalmie, diminution de la fente palpébrale et myosis, ont été consécutifs à l'hémorragie méningée, quelle lésion a pu en être la cause, et où siégeait cette lésion ?

Le tableau clinique présenté par notre malade a été celui d'une hémorragie sous-arachnoïdienne pure avec intégrité des centres nerveux eux-mêmes. Cette hémorragie s'est faite du côté gauche et le sang épanché a certainement irrité l'écorce cérébrale de l'hémisphère gauche déterminant de légères secousses jacksonniennes dans le membre supérieur droit et une paralysie faciale droite, de type cérébral. On peut donc exclure l'hypothèse d'une hémorragie bulbaire ayant intéressé les centres oculo-pupillaires décrits par MM. Babinski et Nageotte : une hémorragie bulbaire assez abondante pour donner un caillot remontant jusque sur la convexité de l'hémisphère gauche aurait déterminé la mort ou tout au moins quelques symptômes bulbaires qui ont fait complètement défaut chez notre malade.

Mais nous savons qu'il se forme parfois dans les hémorragies méningées des caillots très volumineux qui se collectent dans les espaces sous-arachnoïdiens et peuvent déterminer des compressions étendues agissant sur l'axe cérébro-spinal : l'un de nous a rapporté avec M. Letulle (2) une observation dans laquelle un caillot coiffait un hémisphère cérébral, emplissait tous les espaces sous-arachnoïdiens de la base et enrobait la moelle dans toute sa hauteur. Un caillot n'a du reste pas besoin d'atteindre de pareilles dimensions pour produire des phénomènes de com-

(1) Babinski et Nageotte. Soc. de neurol., 7 avril 1902 ; — *Revue de neurol.*, 30 avril 1902, p. 358 ; — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1902, t. XV, p. 492.

(2) Letulle et Lemierre. Sur deux cas d'hémorragie méningée, Soc. méd. des hôpit., 25 nov. 1904 ; — Voir Th. de Froin, 1904, pl. I, p. 72.

pression du côté du névraxe, des nerfs craniens et des racines rachidiennes.

Chez notre sujet on est en droit de se demander si le syndrome oculaire ne peut s'expliquer de cette façon.

Quant au point sur lequel a porté la compression, il nous est impossible de le désigner exactement; est-ce sur le centre oculo-pupillaire de Babinski et Nageotte ? est-ce sur la première racine dorsale avec laquelle passent les fibres sympathiques oculaires ? L'absence de symptômes concomitants bulbaires ou radiculaires nous défend de préciser davantage.

Le second phénomène intéressant relevé chez notre malade est l'*apparition successive de trois éruptions d'herpès* : la première au niveau de la lèvre inférieure, la deuxième au niveau de la face interne, la troisième au niveau de la face postérieure de la cuisse droite.

Ces éruptions d'herpès ne sauraient être mises en relation avec une infection quelconque : notre malade a présenté, il est vrai, une température assez élevée, mais c'est là un fait habituel dans les hémorragies méningées comme dans toutes les hémorragies des séreuses, et qui relève de la résorption hématique, sans oublier la possibilité d'une action directe de l'hémorragie sur les centres thermiques.

Du reste, la dernière éruption d'herpès s'est faite alors que la température était revenue à la normale depuis trois jours. Nous pensons que les poussées d'herpès doivent être envisagées comme de véritables troubles trophiques, et rapprochées des éruptions zostériformes que l'on observe dans les lésions de la moelle ou des racines rachidiennes. Il est vraisemblable que le sang épanché a produit une irritation des racines nerveuses, soit par compression directe, soit par suite de la réaction inflammatoire que sa présence détermine toujours dans les espaces sous-arachnoïdiens.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 SEPTEMBRE 1907)

Dans cette séance, M. Yves DELAGE a fait une nouvelle communication sur **la parthénogenèse sans oxygène**. Il a pu élever des larves parthénogénétiques d'astéries jusqu'à la forme parfaite, aussi jolies que celles obtenues par les autres procédés, mais en nombre moins considérable que dans les expériences comparatives faites sans soustraction d'oxygène.

ANALYSES

MEDECINE

De la sialophagie. (HAYEM. *Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*, janv. 1907, n° 1, p. 20-34.) — On connaît depuis longtemps l'aérophagie hystérique, qui ne survient que chez des névropathes et offre nettement le caractère éructant. Mais on connaît moins bien l'aérophagie dite simple, c'est-à-dire « l'acte d'avaler de l'air sans avoir des « crises d'éructation », et que M. Hayem propose d'appeler *sialophagie*. Voici sa description clinique. Elle survient au cours de gastropathies chroniques déjà anciennes et consiste essentiellement dans le remplissage du tube digestif par de l'air avalé. Tantôt (*forme gastrique pure*) cet air remplit surtout l'estomac, et la région épigastrique est seule manifestement gonflée; tantôt (*forme gastro-intestinale ou généralisée*) l'estomac est également distendu, mais, en outre, l'intestin est ballonné. De plus, en appliquant l'oreille sous la pointe du cœur, on perçoit, à intervalles réguliers (généralement une fois par dix minutes) un bruit de gargouillement que précède un mouvement de déglutition rendu sensible, comme on peut le constater, par l'élévation brusque du larynx. Troisième symptôme capital : ce sont les rejets gazeux, parfois très discrets, et qui, naturellement, appartiennent surtout à la forme gastrique : ils sont dus uniquement au passage brusque des gaz de l'estomac dans l'œsophage, tandis que, dans l'aérophagie spasmodique, l'éructation est souvent purement œsophagienne ou pharyngienne. Ces éructations se produisent : d'abord immédiatement après les repas, puis de trois à quatre heures après suivant l'importance de ces repas, enfin, quelquefois, le matin, au réveil. Dans le tympanisme généralisé, elles peuvent être remplacées par des bruits de borborygmes intestinaux.

Ces phénomènes sont souvent accompagnés de signes évidents d'irritation gastrique : pesanteur stomacale, brûlures à la fin de la digestion, nausées, etc. Lorsque le tympanisme est très accusé, et que les malades se fatiguent, il apparaît des troubles cardiaques et pulmonaires divers. Quant au système nerveux, il est souvent normal. Il en est de même de la nutrition générale.

En ce qui concerne l'étiologie, il faut savoir que toutes les maladies de l'estomac peuvent se compliquer d'aérophagie simple : gastrites atrophiques anciennes, liées à la surcharge alimentaire, ou à une intoxication médicamenteuse, parfois favorisées par le travail de bureau commencé immédiatement après les repas, ou le coït pratiqué en pleine digestion : ptoses, ulcère chronique, cancer.

L'aérophagie simple n'est que l'exagération d'un fait physiologique. Normalement, nous déglutissons de l'air avec les aliments, avec la boisson et en dehors des repas en avalant notre salive. Lorsque cette déglutition de l'air devient trop forte, l'aérophagie simple (ancienne dyspepsie flatulente) prend naissance. Mais pourquoi ce mode de déglutition entraîne-t-il une quantité exagérée d'air ? C'est sans doute parce que, dans l'aérophagie simple, les malades sont atteints de ptyalisme. Leur salive est sécrétée incessamment, la bouche est, à chaque instant, remplie de salive qui, à des intervalles rapprochés, est inconsciemment déglutie. C'est à ce moment qu'on relève les signes d'avalage précédemment décrits. La preuve qu'il en est ainsi, c'est que si l'on prie les malades de faire des efforts pour ne pas déglutir, leur bouche s'emplit rapidement de salive, et, au bout de quelques minutes, ils se trouvent dans l'obligation de cracher. On conçoit donc que l'aérophagie simple mérite le nom de *sialophagie*. Quelquefois, d'ailleurs, le flux salivaire, au lieu de se produire d'une manière lente et continue, a lieu par accès : il existe alors de la *sialorrhée*. Entre la sialophagie, ou aérophagie simple, et l'aérophagie hystérique, il existe toutes les formes possibles de transition. La sialophagie peut aussi, lorsqu'elle n'est pas convenablement soignée, se transformer en une névrose plus

étendue, plus complexe et plus éclatante : les malades, ayant remarqué que les éructations les soulagent, s'apprennent à avaler des gaz et offrent le trouble dénommé par Mathieu, Follet et Soupault : aérophagie volontaire, quoique inconsciente. L. BABONNEIX.

La dilatation aiguë de l'estomac. (CORMER. *Amer. Journ. of med. sc.*, mars 1907.) — Cet important travail est basé sur l'étude de 102 cas, dont 2 personnels. Etiologiquement, l'affection succède dans près de la moitié des cas à des interventions pratiquées dans l'abdomen sous anesthésie générale — sans que rien de spécial concerne l'anesthésie, ni le siège de l'opération. — Dans la plupart des cas, le début des symptômes s'est fait dans les vingt-quatre premières heures; dans quelques cas, il a été retardé du troisième au septième jour.

Un autre groupe de faits a succédé à des traumatismes de l'abdomen, des centres nerveux. On l'a observé aussi à la suite d'indigestions.

Un dernier groupe d'observations est celui où l'affection a été observé dans des déviations de la colonne vertébrale; dans 3 cas, le malade était porteur d'un corset plâtré.

Le symptôme capital est le vomissement persistant, profus, incoercible, d'un liquide fluide, noirâtre, coloré de bile.

La douleur est la règle, mais d'intensité variable.

On observe une détention parfois énorme de la partie supérieure de l'abdomen. En ce point, on observe du gargouillement.

Les urines sont très diminuées.

Après les vomissements, le signe le plus important est le collapsus brusque, avec perte des forces, facies tiré et excavé. Les trois quarts des cas se sont terminés par la mort.

L'autopsie a été pratiquée dans 69 cas. Le mécanisme constant a été la compression du duodénum par la racine du mésentère et en particulier l'artère mésentérique supérieure contre la colonne vertébrale. Cette compression s'exerce quand le petit intestin est attiré ou maintenu dans le petit bassin. La dilatation de l'estomac qui résulte de la compression du duodénum augmente le refoulement des anses intestinales vers le bas et rend l'obstruction formée de plus en plus complète et permanente.

Le traitement consistera à évacuer plusieurs fois par jour le contenu de l'estomac avec une sonde — on cherchera aussi à diminuer la compression du duodénum par le mésentère, — en couchant le malade sur le ventre, ou mieux en le plaçant en position de Trendelenburg exagérée. La perte de liquide consécutive aux vomissements sera compensée par des lavements, du sérum. M. LANCE.

CHIRURGIE

Trois cas de volumineuses tumeurs solides du canal inguinal. (W. LOWNDES PEPLE, *Journ. Ann. med. Assoc.*, vol. XLVIII, n° 10, 9 mars 1907, pp. 873-875.) — Comme c'est la règle, ces trois cas furent observées chez des femmes jeunes (dix-neuf, vingt-trois, vingt-six ans) ayant eu des enfants. Dans un cas, la grossesse sembla avoir une influence nette sur la croissance de la tumeur. Tous trois étaient probablement originairement des fibromes, mais ils avaient subi une dégénérescence secondaire myxomateuse; l'un se rapprochait périlleusement de l'aspect de transition du fibro-sarcome. Un était peu vascularisé, et semblait s'être développé librement dans le canal inguinal; malheureusement l'auteur ne mentionne pas l'état du ligament. Pour les deux autres, l'auteur admet le développement aux dépens du périoste de l'ilion, à cause de la présence d'un pédicule large s'insérant sur cet os. On sait comment cette origine périostique, la première admise, a été vigoureusement battue en brèche en France. On veut ne voir dans ses adhérences osseuses que des phénomènes secondaires; quoi qu'il en soit, dans un cas il fallut arracher du périoste pour libérer la tumeur. Ces deux derniers cas qui adhéraient à l'os présentaient, contrairement au premier, une vascularisation considérable. Toutes ces tumeurs étaient de croissance plutôt rapide, la plus lente ayant mis vingt-deux mois à évoluer. La croissance était d'autant plus rapide que le sujet était plus jeune. La plus petite des tumeurs était la plus ancienne et se trouvait chez la femme la plus âgée; la plus grosse était la plus jeune. F. GARDNER.

Traitement des empyèmes chroniques par la décortication du poumon (opération de Delorme). (Maxime QUERTANT. Th. de Paris, 1907; J.-B. Baillière et fils, édit.) — Se basant sur l'ensemble de ses observations et tenant compte notamment des résultats excellents donnés par des interventions récentes, M. Quertant formule les conclusions suivantes :

La mortalité n'est pas plus considérable par le fait de l'opération de Delorme que des opérations de Gayet-Letiévant-Estlænder et de leurs dérivées. Celles-ci pourront d'ailleurs lui être associées selon les cas et la décortication pourra être pratiquée en cas d'échec de ces dernières. La décortication du poumon est, dans les cas d'empyème chronique, le procédé de choix; non seulement il permet au poumon de combler la cavité pleurale et de tarir de ce fait la suppuration, mais il lui rend en outre toute sa valeur physiologique. Il y aura bénéfice à faire descendre le volet très bas et à drainer largement le cul-de-sac costo-diaphragmatique. L'opération de Delorme devra être pratiquée de bonne heure. La moindre tare tuberculeuse, la vieillesse, les dégénérescences organiques sont des contre-indications formelles. Le chirurgien devra accorder une importance réelle aux soins consécutifs à l'opération. L. GAYARD.

Etude expérimentale sur les moyens de prévenir la formation des adhérences pendant les opérations. (Allcr. G. ELLIS. *Proceedings of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, new series, vol. IX, n° 7, 1907, p. 178.) — Avant d'aborder le compte rendu de ses recherches personnelles, l'auteur passe en revue tout ce qui a été tenté avant lui sur ce point de technique opératoire.

Il rappelle les greffes d'épiploon de Senn, les badigeonnages d'huile d'olive stérilisée (Martin), d'aristol (Morris), de collodion (Stern).

L'adrénaline, très vantée par Marvel, a le grand avantage d'arrêter le suintement des parties cruentées. La gélatine à 20 p. 100 à laquelle on ajoutait 1 à 2 p. 100 de formaline, pour amener sa solidification a été employée par Wright. Enfin, Beale a récemment vanté la solution dans l'acétone d'une matière spéciale connue sous le nom de velvril. D'autres auteurs ont employé dans le même but de minces feuilles de métal : l'argent (Harris), le magnésium (Payr et Martina).

Enfin, Ellis rappelle ses propres travaux avec Craig sur la « cargile membrane » pour empêcher les adhérences.

Des expériences récentes lui ont donné les résultats suivants :

Les feuilles d'argent ne peuvent être employées pour empêcher la formation d'adhérences, par exemple en les enroulant autour de tendons ou les plaçant dans l'abdomen. Elles sont trop friables et se divisent en petites grappes qui s'entourent de tissu fibreux.

La solution à 10 p. 100 de gélatine à laquelle on ajoute des doses variables de formaline ne se coagule pas si on n'ajoute pas assez de formaline, et la présence de la formaline semble exciter le suintement sanguin.

Les différentes solutions de gutta-percha dans le chloroforme, le bisulfure de carbone, le xylol donnent rapidement une bonne pellicule de matière isolante, mais le dissolvant est irritant pour les tissus et des adhérences se forment.

Les résultats les plus encourageants sont obtenus par l'emploi de feuilles de celluloïdine. Ces feuilles ont été durcies par martelage et stérilisées par un séjour dans le sublimé. Après plusieurs jours, on les trouve vierges de toutes adhérences autour des organes autour desquels on les a disposées.

Ellis se propose de continuer dans cette voie ses expériences très intéressantes. M. LANCE.

Tumeur intra-rachidienne épidurale. Ablation. Guérison. (Beduschi et Galeazzi. *Rivista di patol. nervosa e mentale*, 1907, fasc. VII, p. 342). — Depuis plus de vingt ans, un homme de cinquante-trois ans présentait les signes d'une tumeur intra-rachidienne : douleurs névralgiformes (pseudo-sciatique et en ceinture), puis spasmodicité plus marquée à droite avec atrophie de ce côté musculaire ; hypoesthésie pour tous les modes, à droite, à gauche dissociation syringomyélique ; au-dessus de l'hypoesthésie, une bande d'hyperesthésie qui permit le diagnostic du siège de la tumeur. Celle-ci, découverte à l'endroit que faisait prévoir la clinique, était bénigne, presque exclusivement constituée par du tissu élastique. Neuf mois après l'opération, la spasmodicité persistait encore partiellement, ce que les auteurs attribuent aux lésions dégénératives qui ont dû se produire, vu la longue durée de la compression. L. ALQUIER.

Des fistules duodénales et de leur traitement par la gastroentérostomie avec occlusion du pylore. (Albert Ashton Berg, *Ann. of Surg.*, vol. XLV, n° 5, mai 1907, pp. 720-729.) — Une fistule duodénale, à moins que ses dimensions ne dépassent celles d'une tête d'épingle, amène rapidement la mort par inanition. La mort peut arriver en trois jours, ainsi que l'auteur l'a vu à la suite d'une perforation d'ulcère. Tous les expédients proposés pour remédier à cette condition sont restés insuffisants. Elliott a proposé de recueillir les liquides de la fistule et de les réinjecter dans le bout inférieur ; c'est peut-être possible dans les cas de fistules intestinales, mais le duodénum ne se laisse pas attirer près de la paroi abdominale antérieure pour que la réalisation de cette idée soit praticable.

Berg, en 1903, a déjà proposé pour traitement, le gastroentérostomie avec occlusion du pylore. Depuis, il a opéré deux malades ; les deux étaient *in extremis ;* il y eut amélioration temporaire seulement. Mais ces cas ont démontré que, dans les cas de fistule duodénale, il faut absolument *fermer le pylore* ; sinon, c'est absolument comme si rien n'avait été fait: tout passe par la fistule. Un autre point, c'est que les tissus coupent avec une facilité déplorable. Même en ne serrant pas, la ligature coupe. La méthode de suture proposée par Kelling serait praticable sur un péritoine sain, mais est hors de question dans un péritoine plein d'adhérences. La ligature circulaire est la seule possible. Le mieux est de la faire avec un ruban large, maintenu en place par un point à la soie dont le nœud repose sur le ruban. En cas de rupture du duodénum, lorsque les parties sont enflammées et que la suture risque de ne pas tenir, Berg croit qu'il vaut mieux faire de suite la gastroentérostomie avec occlusion pylorique. Si on ne le fait pas et qu'une fistule se forme, il faut le faire immédiatement et ne pas s'obstiner à fermer le duodénum par des sutures qui ne tiendront pas. F. GARDNER.

Du traitement opératoire de l'incontinence d'urine chez la femme. (Henri Cottard. Th. de Paris, 1906 ; G. Steinheil, édit.) — Pour étudier le traitement opératoire de l'incontinence d'urine chez la femme, M. Cottard passe des cas les plus simples aux cas les plus difficiles, c'est-à-dire des incontinences produites par des lésions minimes aux incontinences dues à des lésions étendues.

Incontinence sans destruction de l'urèthre. — Pour avoir de grandes chances d'obtenir une continence, l'opération devra être faite suivant trois principes fondamentaux :

1° Augmenter la courbure existante de l'urèthre, ce qu'on arrive à faire en reportant le méat en haut.

2° Rétrécir le canal, ce que l'on peut arriver à obtenir par différents procédés, soit en déterminant la production de plis saillant dans la lumière par l'application de sutures externes non perforantes, soit en recourant à la torsion du canal.

3° Créer au-dessous du col vésical et de la première portion du canal un soutien résistant par un procédé quelconque de colporraphie antérieure.

Pour tous ces points, il sera nécessaire de procéder à une libération du canal dans une partie de son étendue, quelquefois même dans sa totalité, ce qui n'a pas d'inconvénients, l'urèthre ayant une circulation propre, suffisante pour en assurer la nutrition, alors même qu'on l'a isolé des parties avoisinantes.

Suivant les cas, on pourra varier les procédés, cherchant toujours à mettre en pratique les principes fondamentaux que l'on vient d'indiquer, se contentant simplement d'une colporraphie sous-cervico-uréthrale dans les cas d'incontinence incomplète ; recourant à une opération plus complexe quand la laxité du canal est telle que l'incontinence est absolue.

Incontinence avec destruction de l'urèthre. — Si la paroi inférieure de l'urèthre existe encore sous la forme de débris plus ou moins grands, il faut autant que possible tâcher de la reconstituer avec ces débris qui, mieux qu'aucun lambeau, donneront un canal nouveau fonctionnant aussi bien que l'ancien. Si cela est impossible, on restaure le canal avec des lambeaux. Les lambeaux vaginaux et vulvo-vaginaux sont les meilleurs, mais ils ont l'inconvénient de rétrécir le vagin. Quel que soit le lambeau adopté, il sera bon, comme le recommande Pawlick, de préparer son opération en assouplissant tous les tissus de cicatrice de façon à éviter des tiraillements dans les sutures.

A l'exception de la fistule hypogastrique qu'il est parfois permis d'employer, les autres méthodes purement palliatives de déviation du cours des urines doivent être bannies de la chirurgie. L. GAYARD.

Un cas heureux de thoraco-bronchotomie pour un corps étranger situé dans la bronche droite. (Francis A. Goeltz, *Ann. of Surg.*, mars 1907.) — Il s'agit d'un enfant de sept ans ayant avalé un bouton métallique de faux-col. La déglutition fut suivie d'une quinte de toux de quelques minutes, puis tout se calma. Au bout de cinq heures, nouvelle crise de toux paroxystique avec cyanose et dyspnée intense. Ces crises se répètent pendant la nuit.

Le lendemain l'examen montre de la matité dans le côté droit de la poitrine en avant et en arrière ; diminution considérable du murmure respiratoire en arrière à droite, disparition presque complète en avant. On pose le diagnostic de

corps étranger de la bronche gauche. L'intervention est proposée aux parents qui refusent. Mais ils changent d'avis à la suite des crises inquiétantes d'étouffement pendant la nuit suivante.

Anesthésie chloroformique. Une trachéotomie basse est pratiquée et à l'aide de longues pinces on essaie, sans succès, de saisir le bouton.

On pratique alors une incision thoracique courbe, depuis la seconde côte au niveau de la partie moyenne de la clavicule, jusqu'à un travers de doigt du bord droit du sternum au niveau de l'intestin de la cinquième côte. Section des cartilages des troisième et quatrième côtes à un centimètre de leur insertion, on bascule le lambeau en dehors en fracturant les côtes.

On trouve le poumon aplati, et le bouton est facilement sorti par la palpation du poumon. On incise le poumon dans sa direction, puis la bronche sans hémorragie notable. On enlève le bouton qui est enclavé dans la muqueuse bronchique très épaissie. La bronche et le poumon sont remis en place sans suture. Le lambeau thoracique réappliqué.

Pendant vingt-quatre heures après l'opération, l'air s'échappe à chaque inspiration de la cavité pleurale avec un sifflement et un murmure qu'on perçoit à l'auscultation, guérison graduelle, pas d'infection pleurale. Après une semaine, le murmure respiratoire a repris ses caractères normaux.

Le malade est revu huit mois après en excellente condition.

M. LANCE.

PEDIATRIE

Tumeurs cérébelleuses chez l'enfant. (WINOKOUROFF. *Arch. f. Kind.*, t. XLVI, I, 2, p. 112-122.) — Un petit garçon de neuf ans entre à l'hôpital israélite d'Odessa avec le diagnostic de méningisme. Il souffre, depuis deux mois, de céphalée et de vomissements, survenant périodiquement. Les premiers jours, on a noté un peu de constipation et de fièvre. Ses antécédents héréditaires sont assez chargés : le père est rhumatisant, la mère migraineuse, mais, sauf une rougeole sans complications, survenue à trois ans, l'enfant s'est toujours bien porté. A l'examen, on constate qu'il est profondément anémié. Le système lymphatique est intact, le ventre légèrement creusé, le pouls régulier, plein, rapide. Le cœur et les poumons paraissent sains. Les pupilles réagissent normalement à la lumière. Il n'y a pas de strabisme, pas de ptosis, pas de troubles subjectifs de la vision. Le foie et la rate ne sont point augmentés de volume. Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre; la diazo-réaction est négative. Le système nerveux ne présente aucune modification importante. Le lendemain de l'entrée, l'enfant est pris d'une violente céphalée frontale et vomit une dizaine de fois. Ses selles, examinées le même jour, ne contiennent pas de vers. La crise dure deux jours, et s'accompagne de mydriase et de bradycardie. Les jours suivants, l'état du malade redevient tout à fait satisfaisant; on en profite pour examiner sa gorge, et l'on constate l'absence de végétations adénoïdes. L'oreille est également normale.

En présence de ces symptômes : céphalée et vomissements survenant par crises, l'auteur élimine d'emblée le diagnostic de méningite tuberculeuse banale, qui n'évolue pas de cette façon et en arrive à se demander s'il ne s'agit pas de diathèse acide, d'uricémie. Un traitement institué dans ce sens ne donna aucun résultat. L'administration, en une fois, de 5 grammes de calomel, n'eut pour résultat que de provoquer chez lui l'apparition d'une violente stomatite, due, sans doute à la remarquable idiosyncrasie des enfants pour cette substance. Les crises se répètent et s'aggravent ; aussi se décide-t-on à faire examiner l'œil, et l'on y trouve des signes indéniables de stase papillaire, *sans aucune modification de l'acuité visuelle*. On constate à ce moment quelques signes d'hémiparésie droite, mais sans la moindre ataxie. La percussion de la partie gauche du crâne provoquant nettement le bruit de pot fêlé, signe qui, contrairement à ce que pense Carson, n'est nullement caractéristique d'une lésion cérébelleuse. Si l'on pouvait dès lors porter le diagnostic de tumeur cérébrale, il était donc impossible d'en préciser le siège. Plus tard, l'enfant tombe dans un état subcomateux ; il apparaît alors quelques phénomènes oculaires (strabisme convergent, immobilité pupillaire). La ponction lombaire ne décèle aucune leucocytose. Enfin, après diverses alternatives d'amélioration et d'aggravation, le petit malade meurt subitement. A l'autopsie, tubercule du lobe gauche du cervelet, occupant surtout les parties postérieures de cet organe.

Ce cas montre qu'une tumeur cérébelleuse peut parcourir toute son évolution, sans que jamais survienne un symptôme permettant le diagnostic de localisation. Il donne l'occasion à l'auteur de discuter la valeur de chacun des signes que l'on a tour à tour considérés comme pathognomoniques d'une lésion cérébelleuse, et de faire, de la question, une bibliographie très complète, à laquelle ne manque guère que le nom de Thomas.

L. BABONNEIX.

GYNECOLOGIE

Des processus pathologiques non infectieux des annexes et du bassin chez la femme [fausses annexites]. (Henri ROULLAND. Th. de Paris, 1907; Bonvalot-Jouve, édit.) — Notre jeune confrère le docteur Roulland, ancien interne de l'hôpital Péan, a fait œuvre utile en consacrant sa thèse à l'étude de ces fausses annexites, si fréquentes, encore mal connues, trop souvent confondues avec de vraies annexites et pour lesquelles on a parfois trop aisément recours à des opérations qui pourraient être évitées.

« La doctrine du tout à l'infection, écrivait récemment M. Richelot, domine toute la gynécologie moderne. » En réalité, il n'y a pas que des affections microbiennes qui atteignent les organes génitaux de la femme et il n'est que juste de s'occuper aussi des congestions utéro-ovariennes, des hypersécrétions glandulaires, du nervosisme qui n'avaient pas manqué d'attirer l'attention des anciens gynécologistes.

Indépendamment des faits cliniques que M. Roulland a pu relever dans les services de ses maîtres Doleris, Delaunay, Richelot, Siredey, Pichevin, etc., il s'est livré à des expériences sur les animaux qui ont confirmé ces faits cliniques.

Il a surtout étudié ces troubles physiologiques, si pénibles, si fréquents, et qui résultent des déviations du processus de la ponte ovulaire : hyperémie excessive due à la congestion active ou passive pouvant aller jusqu'à l'hémorragie folliculaire, dégénérescences scléreuses de l'albuginée ovarienne qui motivent la ponte douloureuse, les microkystes ovariens, les kystes sanguins, les hématomes, la sclérose diffuse, les catarrhes tubaires, les hydrosalpinx, les kystes tubo-ovariens, etc.

Après avoir étudié la symptomatologie de ces diverses lésions, l'auteur en recherche les causes, souvent fort obscures.

Nous savons quel rôle jouent ici, au point de vue étiologique, l'arthritisme et surtout le nervosisme.

M. Roulland, dans son intéressant travail, a bien étudié ces fausses annexites, leur étiologie, leur anatomie pathologique, leur processus physiologique.

Mais arrivé au traitement, il s'est contenté d'en indiquer les grandes lignes. Nous aurions désiré un peu plus de développements à ce sujet et un peu plus de netteté dans la séparation des cas justiciables de l'intervention chirurgicale de ceux beaucoup plus nombreux où un traitement médical sagement et surtout patiemment appliqué peut donner de très bons résultats. Nous engagerions volontiers notre jeune confrère à revenir sur cette partie de la question si intéressante et si utile au point de vue pratique. A. BROCHIN.

NEUROLOGIE

De la diplégie faciale périphérique et de la participation du voile du palais. (Georges W. JACOBY, *The Journ. of nervous and mental Diseases*, vol. XXXIV, n° 3, mars 1907, pp. 172-184.) — La diplégie faciale complète a toujours excité l'intérêt des observateurs à cause de sa rareté relative, de son tableau clinique frappant et de la gêne qu'elle occasionne au patient. Mais le sujet a été si bien étudié d'une façon générale, tant de cas isolés ont été publiés que, depuis que Sainton les a rassemblés avec soin (1), la publication de ces cas n'a plus grand intérêt. Aussi n'est-ce pas dans ce but que Jacoby relate ses quatre cas; son principal but est d'apporter sa contribution à l'étude encore débattue de l'innovation du voile du palais. Sa conclusion est tout à l'appui de Lermoyez, à savoir que le facial n'innerve pas le voile du palais, mais bien le pneumogastrique, ou plutôt le « vago-accessoire », comme il l'appelle, pour montrer la participation des fibres du spinal. Dans un de ses cas (femme de trente-quatre ans), il y avait diplégie faciale *sans participation du voile ;* dans un second (homme de quarante ans, alcoolique), il y eut *paralysie unilatérale du voile avec paralysie récurrentielle unilatérale* du même côté, syndrome intéressant, non encore décrit; dans ce cas, il s'agissait de névrites alcooliques multiples ; la participation du pneumogastrique était évidente (aphonie, dyspnée, palpitations). Dans un troisième cas (femme de trente ans) il y eut, après un accouchement normal, paralysie faciale double, *avec paralysie totale du voile*; ici encore, il y avait des symptômes témoignant de la multiplicité de la névrite et de la participation du vague (dysphagie, palpitations). Dans le quatrième cas enfin (fille de dix-neuf ans), la théorie de l'innervation par le facial semblait trouver confirmation, car la diplégie faciale s'accompagnait de *paralysie palatine bilatérale*, sans aphonie, ni palpitations; mais il y avait *anesthésie complète du voile ;* cette anesthésie n'était pas superposable à la paralysie; car, à la période de guérison, le voile réagissait parfaitement à la phonation alors que la gorge entière était complètement insensible encore. Cette anesthésie ne se comprend pas s'il n'y avait que le facial d'intéressé. Donc, dans ce cas encore, l'analyse attentive des symptômes montre encore la participation d'autres nerfs.

Les conclusions de Jacoby sont d'autant plus remarquables que sa série de quatre cas est exceptionnelle en ce qu'elle montre trois cas de paralysie vélo-palatine; alors que cette paralysie est généralement regardée comme rare dans la diplégie faciale. Sainton n'en trouva que quatre cas sur trente-trois de paralysie faciale double. Mais même s'il était démontré que la paralysie palatine est fréquente dans la paralysie faciale, il faudrait d'abord démontrer que cette paralysie ne peut être attribuée à la participation d'aucun autre nerf, avant de pouvoir conclure que le facial innerve le voile du palais. F. GARDNER.

(1) SAINTON. *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 1265.

Un cas de tumeur des tubercules quadrijumeaux. (Carlo RIGHETTI. *Rivista di patol. nervosa e mentale*, 1907, fasc. V, p. 233-253.) — Rien dans ce cas n'aurait pu faire deviner la localisation exacte de la tumeur; les symptômes indiquaient, comme siège, le lobe frontal gauche; troubles psychiques, ataxie à type frontal de Bruns, légère exophtalmie et anosmie à gauche, avec, du même côté, diminution de sonorité et bruit de pot fêlé à la percussion de la bosse frontale.

L. ALQUIER.

LIVRES NOUVEAUX

Recherche et diagnostic de l'hérédo-syphilis tardive (1), par M. Edmond FOURNIER.

Comment établir qu'un adulte ou adolescent est sous le coup de la syphilis héréditaire ? Telle est la question clinique étudiée dans ce livre qui sera pour le praticien un guide extrêmement précieux. On sait, en effet, que l'intérêt pratique s'attache au diagnostic de la syphilis héréditaire dont certaines lésions destructives souvent si redoutables, peuvent être guéries rapidement par le traitement spécifique, là où échoueraient tous autres moyens thérapeutiques.

Les éléments du diagnostic reposent sur les antécédents héréditaires collatéraux ou personnels, mais surtout sur l'examen du malade ; c'est-à-dire sur la recherche des stigmates de la syphilis héréditaire. Ceux-ci sont extrêmement variés et peuvent ne se trouver qu'en petit nombre chez le même sujet. Aussi faut-il savoir les chercher et leur attribuer l'importance qu'ils méritent. L'auteur cite un certain nombre de faits où le diagnostic put être posé grâce à la présence de particularités d'apparence souvent banales.

Il faut remercier l'auteur d'avoir si bien exposé tous les symptômes objectifs que l'on peut observer. Son livre se recommande par les éminentes qualités qui rendent si agréable la lecture des ouvrages de son père; la clarté et la simplicité des descriptions, ainsi que l'élégance du style à la fois sobre et imagé. De très nombreuses et fort belles figures, photographies pour la plupart, mettent chaque lésion sous l'œil du lecteur : aussi le succès de l'ouvrage est-il absolument certain.

Les stigmates sont rangés en huit groupes : physionomie générale (habitus, stigmates crâniens et faciaux), triade d'Hutchinson (stigmates oculaires, auriculaires et dentaires), stigmates cutanés ou muqueux, testiculaires du système locomoteur, stigmates nerveux. Les deux derniers groupes comprennent les états et prédispositions morbides (hémorragies, réceptivité morbide, scrofule, tuberculose, viscéropathies), enfin les dystrophies, malformations (de croissance, cutanées et viscérales) et les monstruosités. L. ALQUIER.

Maladies de l'intestin, par L. GALLIARD, médecin des hôpitaux de Paris; HUTINEL, professeur à la Faculté de médecine; THIERCELIN et GUIART, professeurs à la Faculté de médecine de Lyon. Grand in-8° de 501 p. avec 79 fig. — Prix : broché, 9 francs; cartonné, 10 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) Un vol. de 412 p. avec 108 fig. et 1 pl. en couleurs hors texte. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 8-9, août 1907.) De Beurmann et Gougerot : Sporotrichoses tuberculoïdes. — Pautrier et Fage : Sur un nouveau type d'érythrodermie exfoliante généralisée, à mode urticarien. — Poisot : Un cas d'acné necrotisans et exulcerans serpiginosa nasi (Kaposi).

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 9, sept. 1907.) Delherm : Le traitement de la constipation habituelle et de la colite muco-membraneuse par l'électricité. Ses résultats éloignés. — Cohendy : Thérapeutique microbienne des affections intestinales chez l'adulte. — Talma : Gastrite simple ou inflammatoire.

Bulletin général de thérapeutique. — (23 sept. 1907.) Bailliart : Technique et indications des injections sous-conjonctivales. — Dominici : De l'application du radium en thérapeutique (*suite*).

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 38, 21 sept. 1907.) Wiens et Müller : Sur l'action sur le ferment protéolytique des leucocytes du sérum sanguin de différentes classes de vertébrés.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 38, 19 sept. 1907.) Neisser : L'atoxyl dans la syphilis et la frambœsia. — Bergell et Sticker : Sur la pathogénie et la destruction spécifique des tumeurs malignes. — Simons : Sur la théorie et la pratique de la percussion. — Franke : Sur le traitement des blessures du cœur (ponction du péricarde). — Krönig : Action et abstention en obstétrique et en gynécologie. — V. Herff : Sur le massage gynécologique. — Bauer : Epithélioma malin du chorion après môle hydatiforme et après avortement. — Hartmann : L'emploi du perborate de soude dans le traitement des maladies des oreilles, du nez, du pharynx et du cou. — Jacobj : Sur l'emploi modéré du curare dans les recherches sur la grenouille.

Lyon médical. — (N° 38, 22 sept.) Mouriquand : La linite plastique du pylore.

Medizinische Blætter. — (N° 38, 21 sept. 1907.) Grosse : Asepsie improvisée.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 39, 24 sept. 1907.) Quincke : Sur la ventilation de l'air du plafond par le vent. — Weichhardt : Nouvelles études sur l'antigène de séparation d'albumine ayant le caractère de la toxine de la fatigue, la kenotoxine et sur son anticorps. — Kæmmerer : Sur les opsonines et la phagocytose en général. — Bechhold : La charge électrique de toxine et d'antitoxine. — Lang : Sur la présence d'eau potable sans oxygène dans les sources. — Kownatzki : Sur le mode de dissémination du pemphigus des nouveau-nés. — Nakao Abé : Sur la présence des bacilles typhiques dans les poux des typhiques. — Bettmann : Sur le traitement de la syphilis par l'arsenic. — Beer : Sur la valeur de l'éclairage obscur du champ microscopique pour le diagnostic clinique de la syphilis. — Treupel : Sur le traitement médicamenteux et local du rhumatisme articulaire aigu et chronique, et des affections articulaires blennorragiques. — Jacobi : Un appareil à main ou à moteur pour frictions, pour l'application rapide de la cure de friction. — Stadelmann et Barutteau : Un cas d'intoxication par le créosotal. — Prior : Un cas d'intoxication par administration interne de bismuth. — Riebold : Sur les rapports entre la menstruation, l'ovulation et les maladies internes. — Beschorner : L'établissement de l'assistance pour les malades du poumon dans le combat contre la tuberculose, maladie populaire.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 38, 22 sept. 1907.) Schein : Kératome héréditaire palmaire et plantaire. — Neu : Traitement des maladies de peau avec la crème d'alsol.

Presse médicale. — (N° 77, 25 sept. 1907.) Caboche : Rôle de la muqueuse pituitaire dans la pathogénie du lupus vulgaire de la face. — Lortat-Jacob et Heitz : Des éliminations urinaires pendant la période d'invasion des maladies infectieuses.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 38, 21 sept.) Bellin : Observation d'un fibrome diffus des espaces médullaires du maxillaire supérieur ayant complètement comblé l'antre d'Highmore. — — Bichelonne : Othématome spontané de l'oreille droite.

Revue médicale de l'Est. — (N° 17, 1er sept. 1907.) M. Perrin : Les monuments commémoratifs des grandes épidémies. Leur utilité. Comment les conserver? — G. Etienne : Modifications des courbes thermiques sous l'action des métaux à l'état colloïdal électrolytique, dans plusieurs infections. — H. Zilgien : Quelques observations de névroses évoluant chez des enfants et simulant des maladies d'origine organique.

Semaine gynécologique. — (N° 39, 24 sept.) Pichevin : A propos de la bartholinite (*suite*).

Semaine médicale. — (N° 39, 25 sept.) de Bovis : Le cancer du sein devant le Congrès des chirurgiens américains. — Milhit : Recherches sur la syphilis hépatique expérimentale.

Tribune médicale. — (N° 38, 21 sept.) Vaquez : Le sphygmo-signal.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 17, 15 sept.) Langlet : Les consultations de nourrissons et les conseils généraux.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 38, 19 sept. 1907.) Weichselbaum : Sur les voies d'infection de la tuberculose humaine. — V. Schrötter : Le devoir médical dans la tuberculose. — V. Pirquet : La valeur diagnostique de la réaction cutanée de la tuberculine dans la tuberculose de l'enfance, fondée sur 100 autopsies. — Sorgo : Sur les mutations du bacille tuberculeux humain. — Sternberg : Topographie de la tuberculose à Vienne. — V. Schrötter : Sur une forme rare de tuberculose de l'œsophage. — Bartel : La structure normale et anormale du système lymphatique et ses rapports avec la tuberculose. — Bartel et Spieler : Recherches expérimentales sur les conditions naturelles de l'infection tuberculeuse. — Bartel : Sur la question de l'origine de la tuberculose.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages, à itinéraires facultatifs, de France en Algérie, en Tunisie et aux Échelles du Levant, ou vice versa.* — La Compagnie délivre toute l'année des carnets, individuels ou collectifs, de 1re, 2e et 3e classes pour effectuer, à prix réduits, des voyages pouvant comporter des parcours sur les réseaux suivants : 1° Paris-Lyon-Méditerranée, Est, État, Midi, Nord, Orléans, Ouest, P.-L.-M. algérien, Est algérien, État (lignes algériennes), Ouest algérien, Bône-Guelma, Sfax-Gafsa; 2° sur les lignes maritimes desservies par la Compagnie générale transatlantique, par la Compagnie de navigation mixte (Com-

pagnie Touache) ou par la Société générale de transports maritimes à vapeur; 3° sur les lignes maritimes ci-après, desservies par la Compagnie des messageries maritimes : de Marseille à Alexandrie ou Port-Saïd (directement), d'Alexandrie à Port-Saïd, de Port-Saïd à Jaffa, de Jaffa à Beyrouth, de Beyrouth à Beyrouth (par les escales de la côte de Caramanie), de Beyrouth à Constantinople, de Constantinople au Pirée, du Pirée à Naples, de Naples à Marseille. Ces voyages, dont les itinéraires sont établis à l'avance par les voyageurs eux-mêmes, doivent comporter, en même temps que des parcours français, soit des parcours maritimes, soit des parcours maritimes et algériens ou tunisiens; les parcours sur les réseaux français doivent être de 300 kilomètres au moins ou comptés pour 300 kilomètres.

Les parcours maritimes doivent être effectués par les paquebots de l'une seulement des quatre Compagnies de navigation participantes; ils peuvent cependant être effectués à la fois par les paquebots de la Compagnie des Messageries maritimes et par ceux de l'une quelconque des trois Compagnies de navigation.

Validité. — Les carnets sont valables pendant quatre-vingt-dix jours, à compter du jour du départ, ce jour non compris; mais ils sont valables cent vingt jours lorsqu'ils comportent des parcours sur les lignes desservies par la Compagnie des Messageries maritimes. Faculté de prolongation moyennant paiement d'un supplément.

Arrêts facultatifs dans toutes les gares du parcours.

Demandes de carnets. — Les demandes de carnets peuvent être adressées aux chefs de toutes les gares des réseaux participants; elles doivent leur parvenir cinq jours au moins avant la date du départ.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Anatomie.* — Séance du 1er octobre. — Question donnée : « Muscle psoas iliaque. »

MM. Tschoumakov, 15; Weisgerber, 12; Thibon de Courtry, 8; Sondag, 13; Simon, 7; Tournadour d'Alboy, 3; Théry, 15; Schoofs, 14; Trémolières, 11; Stépanoff, 10; Vallée, 4; Thierry, 5; Rudelle, 13; Mlle Weil, 15; MM. Hayssières, 14; Steibel et Weber, 6; Vivier, 14; Turnesco, 15.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 3 octobre, à quatre heures, deuxième moitié, troisième série, et deuxième moitié, première série.

COLLÈGE DE FRANCE. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, en date du 28 septembre 1907, la chaire de chimie organique du Collège de France est déclarée vacante.

Un délai d'un mois, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

EXERCICES DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Des exercices spéciaux du service de santé auront lieu dans le gouvernement militaire de Paris, pour le personnel médical et infirmiers du gouvernement militaire de Paris et des 3e, 4e et 5e corps d'armée.

Ces exercices, qui seront dirigés au point de vue technique par M. le médecin principal de première classe Billot, médecin-chef de l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris, comporteront le développement d'un programme militaire et technique destiné à permettre aux médecins de l'armée active, de la réserve et de l'armée territoriale de perfectionner leur instruction professionnelle, au moyen d'une série d'applications pratiques faites tant sur le terrain que dans les formations sanitaires qui fonctionneront avec un certain nombre de blessés fictifs.

Le personnel convoqué appartient aux régiments du gouvernement militaire de Paris, des 3e, 4e et 5e corps d'armée; en plus des médecins normalement convoqués pour entrer dans la constitution des formations sanitaires, tous les médecins de la réserve et de l'armée territoriale sont invités instamment à suivre, en spectateurs, les opérations des exercices spéciaux. Toutes les facilités leur seront ménagées pour qu'ils puissent se rendre facilement sur les terrains de combat et sur les centres de fonctionnement des formations qui ont été choisis à proximité des voies ferrées et de gares commodes.

Les infirmiers appartiennent aux sections du gouvernement militaire et aux 3e, 4e et 5e sections actives et territoriales.

Les troupes de manœuvres seront fournies par la 10e division d'infanterie qui en fournira le noyau et sera renforcée par des unités empruntées aux autres corps de la garnison.

Le programme comprendra les journées des 5, 6, 7, 8 et 9 octobre.

Les manœuvres se termineront par l'installation d'un hôpital auxiliaire par la Société de secours aux blessés.

LES TÉLÉGRAMMES MÉDICAUX URGENTS. — Le Conseil général de l'Ardèche vient d'adopter un vœu demandant que les télégrammes appelant un médecin en cas d'accident ou de grave maladie soient transmis d'urgence en dehors des heures de bureaux.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU. — M. le professeur De Lapersonne, assisté de MM. Minthier, Cantonnet et Pley, commencera le mardi 22 octobre prochain, à trois heures (amphithéâtre Dupuytren), un cours pratique d'ophtalmologie.

Ce cours, qui sera complet en 21 leçons, aura lieu tous les

jours et sera suivi de démonstrations cliniques et d'exercices pratiques.

Le droit à verser est de 50 francs.

COURS PRATIQUE SUR LES AFFECTIONS CHIRURGICALES DU NEZ, OREILLES, LARYNX ET BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE. — MM. les docteurs Luc et Guisez commenceront à leur clinique le mardi 12 novembre prochain, à dix heures, un cours théorique et pratique sur les affections chirurgicales du larynx, nez, sinus, oreilles, et la technique de la broncho-œsophagoscopie, avec examen de malades, maniement des instruments spéciaux, technique opératoire.

Le cours comprendra vingt leçons et durera cinq semaines.

S'inscrire par envoi de carte et droits d'inscriptions (100 francs) à la clinique, 15, rue de Chanaleilles.

CONFÉRENCES D'INTERNAT. — MM. Küss et Noël Fiessinger commenceront prochainement une conférence privée d'internat à l'hôpital Cochin.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 9, sept. 1907.) LERMOYEZ : Sur la toux nasale. — GLOVER : Les moyens de culture physique de la voix au Conservatoire national de musique et de déclamation de Paris. Démonstration radioscopique de la respiration vocale. — JACQUES et DURAND : Inspection otologique des écoles municipales de Nancy. — CABOCHE : L'ozène forme larvée de la tuberculose. — MOLIMARD : Fracture complète et de cause directe de l'apophyse mastoïde intéressant la portion verticale du canal de Fallope et le cadre osseux du tympan.

Archives d'électricité expérimentales et cliniques. — (N° 222, 25 sept.) ALLARD : Modifications de l'excitabilité électrique neuro-musculaire consécutive à l'alcoolisation locale des nerfs faite dans un but thérapeutique. — BORDET : Pelade infantile rebelle traitée par la haute fréquence. — BELOT : Table universelle pour radiologie, construite par Gaiffe (modèle du docteur J. Belot). — HALLION : Théorie karyogamique du cancer.

Archives de médecine navale. — (N° 9, 7 sept.) BELLET : Considérations hygiéniques sur la ville de Dakar (*suite*). — OLIVIER : Les flottilles de torpilleurs de Cochinchine en 1906. — CAZAMIAN : Différents types artériels de la main. — CHEVALIER et SEGUIN : Deux observations d'abcès rares du foie. — BODET : Abcès tropical du foie. — ETOURNEAU : Vingt hystérectomies abdominales. — NORMAND : Un accident à bord de la *Jeanne-d'Arc*. — DONNART : Péritonite aiguë.

Archives générales de médecine. — (N° 9, sept.) BOIGEY : Le bouton d'Orient. — TRIANTAPHYLLIDES : De quelques névroses du système solaire. — LUTAUD : De l'uretéro-cystonéostomie dans le traitement des fistules uretéro-vaginales et uretéro-cervicales; ses autres indications (*suite et fin*).

Écho médical du Nord. — (N° 39, 29 sept.) VERHAEGHE : L'actinomycose dans la région du Nord (*suite et fin*). — MARIAU : Kystes de la paume de la main. Diagnostic des tumeurs palmaires.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 39, 29 sept. 1907.) J. KUNTSLER : La rénovation du P. C. N. et les études médicales en 1908 (*suite*). — CAVALIÉ : Les polypes lymphoïdes ou adénoïdiens de la pulpe dentaire. — A.-J. SALM : Le porocéphale moniliforme (*Pentastomum constrictum*).

Presse médicale. — (N° 78, 28 sept.) FERRAND et LEMAIRE : Etude clinique et histologique de la cuti-réaction à la tuberculine chez les enfants. — (N° 79, 2 oct.) DESFOSSES : Physiologie musculaire. Gymnastique de la région lombaire.

Province médicale. — (N° 39, 28 sept.) MÉRIEL (de Toulouse) : Neurorrhexis et chromolyse dans la névralgie trifaciale. — ESCANDE DE MESSIÈRES : Cas d'automatisme ambulatoire chez un jeune soldat.

Journal des praticiens. — (N° 39, 28 sept.) BROCA : Pleurésie purulente ; vomique suivie de septicémie ; pleurotomie suivie de guérison. — HUCHARD : Traitement des cardiopathies artérielles. — VARIOT : L'entérite par inanition. — GUISEZ : Pathogénie et traitement de l'épistaxis.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 39, 26 sept. 1907.) DEKEYSER : La léproserie de l'île de Molokai (îles Hawaï).

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 9, 25 sept. 1907.) LASAÏGUES : Etude critique du drainage de l'utérus pendant les suites de couches.

Normandie médicale. — (N° 19, 1er oct.) BRUNON : La tuberculose et les conseils généraux : quel peut être le rôle tactique d'un département dans la lutte contre la tuberculose ? — NEVEU : Histoire de la médecine. Hygieia ou la « déesse Santé ». — DUQUESNE : L'huile grise au XVe siècle.

Pédiâtrie pratique. — (N° 19, 1er oct.) HERTOGHE : Nouvelles recherches sur les insuffisances thyroïdiennes. — ORRILLARD : Cure radicale ou hernie inguinale chez un enfant de sept ans, de bonne santé apparente. Méningite tuberculeuse amenant la mort trente-six heures après l'opération.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 39, 28 sept.) GUISEZ : Ostéomyélite chronique des os plats du crâne consécutive à une otite suppurée chronique. — GUICHARD : Chancre du nez ; synéchie de la cloison et du cornet inférieur et obstruction du canal nasal consécutives.

Revue neurologique. — (N° 17, 15 sept. 1907.) NAGEOTTE : Neurophagie dans les greffes de ganglions rachidiens.

Revue scientifique. — (N° 13, 28 sept. 1907.) FERRAND : Torpilleurs et sous-marins. — GINESTOUS : L'industrie des éponges sur les côtes de Tunisie. — HÉRIQUE : L'horlogerie bisontine et l'Observatoire national de Besançon.

Semaine médicale. — (N° 40, 28 sept.) MARFAN : Rachitisme et syphilis.

Tribune médicale. — (N° 39, 28 sept.) CLAUDE et LEJONNE : Suites éloignées des lésions des centres nerveux, concomitantes des méningites cérébro-spinales.

Précis de chimie physiologique, par Maurice ARTHUS, professeur de physiologie à l'Université de Lausanne. 5e édit., revue et augmentée. In-8° de VI-427 p. (Collect. de Précis médicaux) avec 111 fig. dans le texte et 2 pl. hors texte en coul., cart. toile souple. — Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

Traitement de la syphilis, par les docteurs Lucien JACQUET, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et Marcel FERRAND, interne à l'hôpital Broca. Petit in-8° de 164 p., 1907. — Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 fr. — Paris, Masson et Cie.

ANKYLOSE DE LA HANCHE ET MAIN BOTE

PAR OSTÉOMYÉLITE

Par M. JABOULAY,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Messieurs,

Ce vieillard de soixante-dix ans, cultivateur, est entré l'autre jour dans notre service pour un accès de rétention aigu d'urine.

C'était la première manifestation d'une grosse hypertrophie prostatique dont il n'avait présenté jusqu'alors aucun des prodromes habituels. Sondé régulièrement pendant quelques jours, il a guéri sans infection vésicale de ce premier accès de rétention; il reste exposé à des récidives au moindre écart de régime, mais, comme nous l'avons déjà dit, ce n'est pas pour l'instant un infecté, ni de la vessie, ni des reins.

Nous ne vous parlerons pas davantage de l'affection qui l'a amené à nous, n'ayant nulle intention, dans ces conditions d'âge et de résistance générale, de lui proposer, à froid et sans indication plus pressante, un traitement chirurgical tel que la prostatectomie.



Fig. 1.

Mais ce malade est en même temps porteur de curieuses lésions cicatricielles dans sa hanche et dans son poignet droits, qui méritent de retenir votre attention.

I. Considérons d'abord sa *hanche droite.*

A la première inspection, vous êtes frappés par l'attitude en demi-flexion de la cuisse. Vous noterez des traces de suppuration profondes sous forme de deux cicatrices minces et adhérentes l'une en arrière du grand trochanter, l'autre à la partie externe du triangle de Scarpa, que le malade attribue à l'application d'un cautère. Sur la face antérieure de la cuisse, vous notez encore des dilatations veineuses très prononcées qui ne sont pas dues à une gêne de la circulation en retour, mais à des troubles trophiques vous observez enfin qu'il existe peu ou pas d'atro-



Fig. 2.

phie générale du membre. — Seuls les pelvi-trochantériens sont atrophiés, entraînant l'abaissement du pli fessier.



Fig. 3.

Palpons maintenant cette articulation, chose facile, car elle est parfaitement indolore, soit spontanément,

soit à la pression. Nous constatons que l'attitude dont nous avons parlé correspond à une ankylose complète, par fusion osseuse autant qu'on peut l'affirmer cliniquement. Il nous faut préciser l'attitude qui en résulte.

Nous nous trouvons en présence d'une flexion pure de 90 degrés environ sans déplacement latéral : aussi entraîne-t-elle un minimum de symptômes fonctionnels et le malade porteur de cette lésion depuis l'enfance s'en est très bien accommodé.

L'attitude assise lui est très aisée puisque la position permanente de sa cuisse sur le bassin correspond précisément à cette attitude. Pour se tenir debout, il lui faut, par contre, corriger sa flexion par des mouvements de compensation dont le bassin fait tous les frais. Voyez-le dans cette position et observez la cambrure extrême de son bassin et de sa région lombaire. Cette même flexion ne va pas sans entraîner en plus un certain degré de raccourcissement que le malade compense cette fois par son pied placé en équinisme. Nous avons vu qu'il n'existait pas d'adduction ni d'abduction sensible. Pour compenser l'absence de ces mouvements physiologiques, le genou s'est peu à peu assoupli, puis disloqué, et il nous présente une laxité anormale et des mouvements de rotation interne et externe très marqués même dans l'extension. Voilà donc par quels artifices notre malade est arrivé à compenser l'immobilité de sa hanche et sa flexion.

N'y a-t-il pas en même temps du raccourcissement du membre en dehors de celui qui résulte précisément de la flexion même?

Il n'y a d'abord pas de raccourcissement atrophique portant sur les différents segments du membre; le fémur mesuré de l'interligne du genou au trochanter présente la même longueur que du côté opposé. Mais n'y a-t-il pas ascension de ce fémur en bloc par le mécanisme d'un décollement épiphysaire ou d'une fracture ou, comme on l'observe plus souvent en pareil cas, d'une subluxation pathologique? Cela n'existe pas davantage, car la mensuration non plus depuis le trochanter, mais depuis l'épine iliaque antéro-supérieure, ne nous révèle pas davantage de raccourcissement et aussi parce qu'il n'existe pas l'adduction dont s'accompagne à peu près fatalement l'ascension de la tête dans la fosse iliaque externe. L'élévation du grand trochanter de 2 centimètres au-dessus de la ligne classique de Roser-Nélaton ne signifie rien dans ces limites, car dans les vieilles ankyloses de la hanche il faut tenir compte de l'atrophie unilatérale du bassin qui abaisse, par rapport au trochanter, les deux points de repère de cette ligne.

Nous conclurons donc à une ankylose ancienne osseuse de la cuisse en demi-flexion, sans ascension ni raccourcissement du membre. Quelle en est la cause?

S'agirait-il d'une coxalgie? Mais ce que le malade nous raconte de l'évolution rapide de son affection parle contre cette hypothèse; et plus encore, l'ankylose complète osseuse dont nous vous avons parlé et qui, vous le savez, n'existe pas à proprement parler dans la tuberculose articulaire. Tout nous parle, au contraire, d'une infection suppurative aiguë, d'une arthrite suppurée, telle qu'on en trouve au cours de la typhoïde, de la rougeole, de la variole ou mieux de l'ostéomyélite. En effet, Messieurs, le cartilage conjugal de l'extrémité supérieure du fémur est intra-articulaire en totalité, et l'arthrite suppurée de la hanche est une conséquence à peu près fatale de l'ostéomyélite supérieure du fémur.

De cette infection grave, notre malade s'est tiré avec le minimum de troubles fonctionnels. La rapidité de la maladie n'a laissé s'établir que de la flexion et a ankylosé la hanche avant que des déplacements latéraux ou une luxation pathologique n'aient pu se produire. Vous avez vu par quels moyens se dissimulait cette flexion et vous savez qu'à tout prendre il vaut mieux pour un ankylosé de la hanche un peu de flexion qu'une extension absolue. Il n'y aurait donc rien à faire pour une telle lésion dans d'autres conditions d'âge et d'état général, et il n'y aurait qu'à laisser sans intervention ce malade qui ne fut point gêné dans ses travaux par les suites de son affection.

II. Considérons maintenant, Messieurs, la *main droite*.

Elle s'est déformée en même temps que la hanche, ou plus exactement à la guérison de la localisation fémorale de la maladie. A ce moment, le poignet se serait tuméfié, et un véritable abcès métastatique a laissé ses traces sous forme d'une fistule adhérente à la face antérieure de l'avant-bras. A la suite de cet abcès est apparue la déformation actuelle qui, depuis, n'a pas progressé. Là non plus le malade ne souffre pas, ni spontanément, ni à la pression; là aussi les troubles fonctionnels sont minimes pour les lésions anatomiques constatées. L'extension se fait jusqu'à l'horizontale où elle est brusquement arrêtée par un obstacle osseux, tandis que la flexion serait plutôt exagérée. Les mouvements de latéralité s'exécutent avec leur amplitude normale, la préhension est entravée par suite de la gêne de l'extension (vous savez, en effet, que l'intégrité des extenseurs est nécessaire pour le jeu et la force des antagonistes). Quant aux mouvements de pronation et de supination qui, d'ailleurs, ne sont que peu limités, ils s'exécutent par une sorte d'excursion du radius dans l'espace autour du cubitus fixe, tandis que normalement, quoi qu'en disent les anatomistes, radius et cubitus évoluent symétriquement l'un autour de l'autre sans déplacer l'axe de l'avant-bras.

Avec cette gêne des mouvements, nous constatons à l'inspection une déformation très nette du poignet.

Ce qui frappe à première vue, c'est la chute du poignet en avant et la saillie du style cubital du côté dorsal : consécutivement les fléchisseurs se sont peu à peu rétractés formant deux cordes très visibles (cubital antérieur, grand palmaire), les extenseurs se sont laissé distendre et allonger progressivement.

La palpation au secours de laquelle nous avons appelé la radiographie va nous permettre maintenant de préciser plus exactement les rapports des os déplacés.

Toute la déformation paraît siéger dans l'interligne radio-carpien. En avant de cet interligne, les os du

carpe, quoique un peu tassés à la radiographie, ont conservé respectivement leurs rapports normaux; la médio-carpienne fonctionne normalement et suffit vraisemblablement aux mouvements de flexion et d'extension de la main. En arrière de lui, les extrémités inférieures des deux os de l'avant-bras sont bien un peu rapprochées l'une de l'autre par la rétraction du carré pronateur, n'étant plus écartées par le condyle carpien qui a fui la mortaise antibrachiale. Car telle est bien la lésion fondamentale de ce poignet : la luxation radio-carpienne. On voit nettement sur les radiographies de face et de profil comparées que le radius a glissé sur le versant externe du carpe, jusqu'à venir appuyer par sa pointe sur le premier métacarpien; tandis que le cubitus a remonté sur le dos du carpe où il vient surplomber le grand os. Mais, tandis que ce cubitus est peu ou pas déformé, son apophyse styloïde étant restée libre et s'étant simplement un peu atrophiée et effilée, ce radius est au contraire profondément modifié. Il semble que, pour s'adapter à sa nouvelle position, il ait fait les frais d'une nouvelle articulation avec le scaphoïde, sous forme d'une corniche en encorbellement sur la paume, très nette sur les radiographies de profil : il y a là un nouvel exemple de ces adaptations fonctionnelles si fréquentes dans les luxations irréduites du jeune âge.

Une telle lésion est rare à la suite d'un traumatisme (1), par rapport aux luxations médio-carpiennes plus ou moins légitimes et surtout aux fractures de l'extrémité inférieure du radius qui donnent souvent l'apparence d'une luxation du poignet. Elle s'observe parfois congénitalement : c'est le carpus curvus ou mieux le radius curvus, la maladie de Madelung; mais alors la déformation est ordinairement symétrique, n'entraîne guère de troubles fonctionnels, et surtout ne s'accompagne pas de cette fistule révélatrice qui nous montre là, comme à la hanche, le passage de l'ostéomyélite. Vous connaissez bien ces troubles de croissance des segments de membre à deux os dont l'un est frappé dans son développement; l'os exubérant s'incurve ou se subluxe par l'une ou l'autre de ses extrémités, entraînant la main dans son déplacement, si la lésion siège à l'avant-bras. Mais il ne s'agit pas de cela dans notre cas, car alors la déformation eût été secondaire et progressive, et nous constaterions encore aujourd'hui cette inégalité de longueur des deux os antibrachiaux à la mensuration. Le malade est très explicite à ce sujet : la déformation était constituée à sa guérison. C'est donc une luxation radio-carpienne pathologique par glissement au cours d'une arthrite suppurée ostéomyélitique, et la lésion devient alors d'une rareté grande en ce lieu et sous cette forme.

Il nous faut incriminer ici l'absence d'immobilisation ou l'immobilisation vicieuse de concert avec l'usure cartilagineuse et ligamenteuse de cette jointure. Peu à peu la flexion a fait glisser en bas le condyle carpien que la réduction secondaire des fléchisseurs normalement prédominants a fixé par la suite en cette attitude. Peu à peu la pronation a luxé en haut le cubitus que la réduction du carré pronateur attache maintenant de trop court au radius. Ultérieurement, cet os, resté seul au contact du carpe, lui a construit ingénieusement une articulation vraiment commode.

Nous n'aurions la prétention de faire mieux, et même dans d'autres conditions d'âge, ne proposerions, pour le poignet pas plus que pour la hanche, aucun traitement orthopédique pour une lésion semblable, bien plus disgracieuse que gênante. Mais vous conviendrez que le seul examen de cette double difformité, l'une plus classique, l'autre vraiment rare, méritait au seul point de vue diagnostic de fixer votre attention. Nous voilà loin de l'hypertrophie prostatique qui nous a amené ce malade; mais nous aurons assez d'occasions de revenir sur sa maladie actuelle.

(1) Par contre, je crois que c'est dans une subluxation de la tête cubitale en arrière du ligament triangulaire qu'il faut chercher la lésion de cette curieuse affection connue sous le nom de pronation douloureuse des enfants. Dans tous les cas que j'ai vus et réduits par le classique mouvement de supination forcée, j'ai perçu très nettement un gros craquement au niveau de cet os et au moment de la réduction.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 1er OCTOBRE 1907)

Séance de rentrée un peu terne; très peu d'académiciens.

Sérum antidysentérique. — M. Troisier a analysé un travail de MM. Coyne et Auché (de Bordeaux) sur l'emploi d'un sérum antidysentérique polyvalent. La dysenterie peut être d'origine amibienne ou bactérienne. On sait que, pour cette dernière, l'agent virulent est le bacille de Chantemesse et Widal. MM. Vaillard et Dopter ont proposé un sérum provenant d'animaux immunisés par des inoculations successives. Mais on a depuis trouvé d'autres formes bacillaires de la dysenterie qui ne sont sans doute que des races d'un même microorganisme, MM. Coyne et Auché proposent d'employer un sérum polyvalent, obtenu par l'immunisation des animaux contre toutes les formes bactériennes connues de la dysenterie.

Le mouvement thérapeutique. — M. Grimbert a fait une communication sur le mouvement thérapeutique de ces dix dernières années, communication basée sur des statistiques empruntées à la Pharmacie centrale des hôpitaux et qui nous montre la grandeur et la décadence de certaines médications telles que les saignées, le vésicatoire, la quinine, l'acide phénique, l'iodoforme, le sublimé, etc.

Dans le but de se rendre compte des tendances thérapeutiques du corps médical des hôpitaux, M. Grimbert a relevé la quantité des médicaments fournis chaque année par la Pharmacie centrale : depuis quarante ans, on emploie annuellement 200 kilos d'opium, 450 kilos de laudanum, 400 kilos d'extrait de quinquina, 3000 kilos de teinture d'iode, 55000 kilos de glycérine, 1200 kilos de bromure de potassium, 400 kilos de salicylate de soude, à peine 30 kilos de calomel.

Détail un peu surprenant : les hôpitaux de Paris emploient encore annuellement environ 1500 sangsues. La quantité de

chloroforme est montée à 2 000 kilos, ce qui est moins surprenant étant donné le nombre bien plus considérable d'opérations chirurgicales.

Dans ces dernières années, les iodures, les sels de quinine, l'antipyrine ont sensiblement diminué. Il en est de même des antiseptiques : le sublimé est passé de 2000 à 693 kilos par an, l'acide phénique de 12 000 à 5000, l'iodoforme de 600 à 200 kilos.

La lutte contre l'alcoolisme fait diminuer la quantité de rhum employée dans les hôpitaux, de 66 000 litres en 1900 à 27 400, total de 1906.

L'eau oxygénée passe, en quelques années, de 1 000 litres à 102 000 litres : le formol, de 300 à 2 000 litres. Il en est de même pour une foule de médicaments nouveaux, comme le pyramidon, l'aspirine, etc., qui voient leur consommation augmenter progressivement.

La peste bovine. — Très intéressante la communication de M. Biot Bey sur la peste bovine et son traitement. Des observations et des recherches de l'auteur, il résulte qu'il n'existe pas de sérothérapie de la peste bovine, les injections préventives de sérum s'étant montrées inefficaces et les injections de sérum antipesteux employé au Caire ayant donné des résultats désastreux.

L'isolement absolu en plein champ est, au dire de M. Biot Bey, le seul moyen efficace et suffit le plus souvent à enrayer l'épidémie.

Les chiffres publiés à l'appui de ces conclusions sont tout à fait démonstratifs.

Ajoutons que nous sommes protégés en France contre la peste bovine, qui n'y apparaît généralement qu'à la suite d'armées étrangères envahissant notre sol.

On ne connaît pas encore exactement la nature du mal.

La promptitude dans le diagnostic et la célérité dans le traitement, c'est-à-dire dans l'isolement, permettront toujours d'enrayer une épidémie naissante.

ANALYSES

CHIRURGIE

Trous dans le mésentère avec hernie de l'intestin. (G.-K. Dickinson, *Jour. Am. med. Assoc.*, vol. XLVIII, n° 15, 15 avril 1907, p. 1267.) — Les trous du mésentère ont plus qu'un intérêt anatomique. Ils ne sont pas rares dans le mésogastre (l'épiploon) et il est probable que les mêmes causes qui les produisent là les produisent dans le mésentère. On les trouve rarement dans la partie supérieure de celui-ci : plus on se rapproche du cæcum, plus ils deviennent nombreux et grands. Un traumatisme, la rupture de glandes caséeuses ou de kystes chyleux peuvent leur donner naissance, mais leur localisation élective près du cæcum suggère comme explication plus plausible de leur existence une irrigation artérielle insuffisante et une résorption progressive. Dans cette région, l'anastomose de l'iléo-colique avec les branches terminales de la mésentérique supérieure est si souvent incomplète que l'on ne peut injecter convenablement la région. C'est d'ailleurs dans cette région circonscrite par l'anastomose que se trouve l'aire mésentérique des auteurs, arrondie ou ovale, privée de vaisseaux apparents, à contours souvent nettement accusés comme taillés à pic par suite du brusque changement dans l'épaisseur du mésentère. Elle mesure de 4 à 5 centimètres généralement.

Quand les trous sont traumatiques ou dus à l'ulcération, leurs bords sont irréguliers et déchiquetés; quand ils sont dus à la résorption progressive, ils sont lisses et arrondis.

Dickinson relate deux cas d'étranglement interne dus à l'engagement de l'intestin dans des trous du mésentère. La possibilité de ces cas est mentionné partout, mais ils sont moins que fréquents en réalité. Dans le premier cas, on trouva un trou de 5 centimètres de diamètre par lequel s'engageait une anse d'intestin qui n'adhérait pas au pourtour de l'orifice, mais était maintenu en place par des adhérences avec le sommet de l'appendice gangréneux. Dans le second cas, c'était un diverticule de Meckel kystique à son extrémité qui s'était engagé à travers un petit orifice de 6 millimètres de diamètre, L'extrémité kystique rendait la réduction impossible. Le tout formait une bride fixe sous laquelle l'intestin s'était engagé. On dilata l'orifice avec les mors d'une pince et la réduction s'opéra sans difficulté. F. GARDNER.

La dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac. (M. G. Seelig. *Interstate med. Journ.*, juin 1907, vol. XIV, n° 6, p. 517.) — L'auteur rappelle que, depuis 1900, cette complication a été, en Amérique, l'objet de nombreux travaux, en particulier ceux de Robinson, Finney, Conner.

Malgré cela, son étiologie reste encore obscure. Il est certain qu'à l'autopsie on constate toujours la compression du duodénum par la racine du mésentère et la mésentérique supérieure et que cette constriction résulte de la chute du petit intestin dans le pelvis. Mais on ne peut dire si c'est la dilatation de l'estomac qui, en repoussant les anses intestinales, cause cette occlusion, ou si l'occlusion est primitive et amène la dilatation de l'estomac. Dans cette dernière hypothèse qui est le plus volontiers admise, on invoque des facteurs étiologiques multiples :

L'entéroptose, une longueur et une laxité exagérée du mésentère, des adhérences entre les anses intestinales, la lordose avec une situation basse du duodénum, l'élévation brusque de la tension abdominale dans les vomissements post-opératoires, etc.

D'après une observation personnelle, l'auteur ajoute une autre cause à la fixation des anses intestinales dans le petit bassin : le bandage de corps serré de façon exagérée après les opérations sur l'abdomen.

Les parties supérieures et inférieures de l'abdomen sont protégées contre la constriction par leur squelette osseux; la partie moyenne la supporte en totalité, d'où une sorte de déformation en sablier. Par suite du péristaltisme, les anses s'engagent une à une au-dessous de ce rétrécissement et ne peuvent remonter ; la traction sur le mésentère est effectuée, d'où l'aplatissement du duodénum.

Un autre point sur lequel Seelig, à propos de son observation, appelle l'attention, est la difficulté du diagnostic avec une péritonite au début. Or, ce diagnostic est capital. En effet, le traitement de la péritonite comporte entre autres mesures la position assise, tronc élevé, bassin abaissé, dite position de Fowler ; la dilatation aiguë de l'estomac comporte au contraire la position du malade la tête en bas en position de Trendelenburg exagérée, de façon à faire revenir les anses intestinales vers la partie supérieure de l'abdomen. On comprend donc l'importance de ce diagnostic; or, il est très difficile. Vomissements incoercibles, ballonnement du ventre, collapsus, dépression rapide avec facies péritonéal sont communs aux deux complications. Seelig montre que le facteur le plus important pour affirmer la dilatation aiguë est la constatation

d'une distension abdominale siégeant au début exclusivement à la région épigastrique; alors que dans les flancs et au-dessous de l'ombilic le ventre reste plat et souple. De plus, on verra cette distension disparaître du fait de l'évacuation de l'estomac à la sonde. C'est dans ce fait que réside la base du diagnostic de la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac.

M. LANCE.

Fistules œsophago-thoraciques. (*New-Yok Surg. Soc.*, 13 février 1907.) — Le docteur William A. Downes présente un homme de vingt-deux ans, sans antécédents notables qui, en avril 1903, vit se développer une tumeur liquide sur la région thoracique droite. A l'incision, pus fétide de couleur foncée. On diagnostiqua une tuberculose du sternum. Deux grattages furent faits. Au second, qui visait à être radical, on enleva une partie de la poignée et du corps du sternum avec une partie des deuxième, troisième et quatrième côtes droites. Sur la ligne médiane, il y avait un vieux trajet fistuleux, dont on ne put apprécier toute la profondeur. Quatre jours après l'opération, un pépin d'orange fut rejeté par la fistule et, à partir de ce moment, les aliments ingérés par la bouche furent expulsés de temps à autre par la fistule. L'état du malade devint si précaire que, le 15 novembre 1903, l'on dut faire une gastrostomie par laquelle le malade s'alimenta pendant un an, augmentant de 40 livres. Puis il reprit l'alimentation par la bouche: toutefois on ne laissa pas la bouche stomacale se fermer. De temps en temps, il y avait encore issue d'aliments par la fistule thoracique.

Ces fistules œsophago-thoraciques sont très rares. Osler, publiant un cas en 1894, n'en trouva que deux semblables. Depuis, le docteur Johnson en a publié un cas en 1905.

Le docteur Alexander B. Johnson montre des photographies de ce dernier cas. Il s'agit d'un enfant chez qui le diagnostic d'abcès du poumon ou d'empyème avait été porté. On trouva un gros abcès thoracique tuberculeux et les aliments commencèrent à passer par la plaie. Une gastrostomie devint nécessaire. Ultérieurement, l'enfant mourut de péritonite tuberculeuse.

Le docteur Downes, en terminant la discussion, dit qu'il n'y avait pas de sténose œsophagienne dans son cas. Les efforts faits pour localiser l'orifice œsophagien par la radiographie après avoir rempli la fistule de lait de bismuth restèrent infructueux. Il est probable que la cause de la fistule était une tuberculose suppurée des ganglions du médiastin avec ouverture dans l'œsophage et à la peau. L'examen histologique des fragments d'os enlevés à la curette ne montra pas trace de tuberculose dans le sternum.

F. GARDNER.

Un cas de rupture de l'intestin hernié par une brusque contraction des muscles abdominaux. (Alexander Miles, *the Edinb. med. Journ.*, août 1907, vol. XXII, n° 2, p. 139.) — Il s'agit d'un homme de soixante-douze ans qui depuis vingt ans avait une double hernie inguinale assez volumineuse à gauche. Les hernies étaient facilement réductibles et il portait un bandage qui ne les maintenait qu'en partie, mais il avait pu continuer un travail très rude.

Le 18 novembre 1903, après déjeuner, il se baisse pour ramasser sous un établi un gros tuyau. En se relevant il ressent une violente douleur dans le ventre, tombe sur le sol, pâle, et en état de collapsus. On le transporta à l'hôpital dans un état de shock considérable. Il vomit en arrivant et se plaint d'une douleur violente débutant au niveau de la hernie gauche pour remonter jusqu'à l'ombilic. En l'examinant, la hernie se réduit d'elle-même sans aucun effort. Miles, qui le voit deux heures après, rejette le diagnostic de hernie étranglée en présence de cette réduction facile et de la gravité du shock. Il pense à une rupture de l'intestin.

Le malade est opéré : par une large incision inguinale il s'écoule d'abord de la sérosité, puis on trouve une masse du petit intestin qui a la disposition suivante : formée par trois anses courtes soudées par leur bord libre au moyen de fortes adhérences, elles forment un éventail; les deux anses inférieures de l'éventail sont rupturées complètement au niveau de leur point le plus profond, si bien qu'on trouve là quatre lumières intestinales ouvertes.

On resèque toute la masse, on pratique une suture termino-terminale.

La cavité péritonéale est lavée, drainée, le malade mis en position de Fowler. Il succombe néanmoins de péritonite généralisée vingt-huit heures après l'opération. Aucune autre lésion n'est trouvée à l'autopsie.

M. LANCE.

Brûlure grave du sommet de la tête à l'âge de sept mois; nécrose ultérieure de toute la calotte crânienne osseuse. Opération à l'âge de quatorze ans. (W.-W. Keen, *Philad. Acad. of Surg.*, 4 fév. 1907.) — Le jeune garçon dont il est question tomba, à sept mois, la tête la première sur des charbons ardents et son crâne resta en contact avec ceux-ci pendant vingt minutes environ. Il n'en mourut pas, mais six mois après, la calotte crânienne entière se détacha, comprenant une grande partie du frontal, les deux pariétaux en totalité et une partie de l'écaille du temporal droit. La calotte éliminée mesure 17 × 11 centimètres. A la chute de l'os, la dure-mère était couverte de granulations et une cicatrisation complète eut lieu. Puis la plaie se rouvrit, se recicatrisa, se rouvrit encore et ainsi de suite jusqu'à l'âge de quatorze ans. A partir de l'âge de deux ans, il a eu une moyenne de 400 attaques épileptiformes par an, survenant sans causes provocatrices. A sept ans, il commença à aller à l'école, et fut d'abord bon élève; mais quand le nombre des attaques commença à augmenter, l'intelligence s'obscurcit et aujourd'hui l'enfant semble être apathique et stupide.

Keen se décida à pratiquer une crâniotomie circulaire de manière à soulever la calotte cicatricielle en totalité et à décomprimer ainsi le cerveau. Il la fit en deux temps, parce que la première fois il déchira en avant le tissu longitudiual supérieur qu'il croyait oblitéré. Il perfora des trous dans la calotte osseuse et fit sauter les ponts à la pince-gouge. Il y eut amélioration immédiate considérable, mais elle ne continua pas aussi brillante qu'on l'espérait. Aujourd'hui, deux ans après l'opération, l'enfant a moins d'attaques et est un peu plus intelligent; toutefois, il y a lieu de s'étonner de quelque chose dans ce cas, c'est d'abord que l'enfant ne soit pas mort de sa brûlure, et ensuite qu'il ne soit pas aujourd'hui absolument idiot aussi bien qu'épileptique.

F. GARDNER.

Contribution à l'étude expérimentale de la prothèse interne. (Lemerle. Th. de Paris, 1907; A. Michalon, édit.) — La tolérance par l'organisme d'un appareil de prothèse interne est subordonnée, avant toute autre condition, à une asepsie rigoureuse.

Toute tentative de prothèse manquant à cette règle est vouée à l'insuccès. C'est pourquoi il ne peut exister de prothèse interne *ouverte*, c'est-à-dire restant en communication avec l'extérieur, puisque l'infection est la conséquence immédiate d'une semblable disposition.

Ce sont des fautes d'asepsie qui ont occasionné la plupart des insuccès rencontrés en prothèse ; ces fautes peuvent être relevées dans l'application de l'appareil, ou dans la conception même qui a présidé à sa construction.

Un prothésiste distingué, M. Michaëls, décrivant un appareil de prothèse interne pour la résection du maxillaire inférieur, expose le détail suivant : « Au milieu de cette pièce j'établis un écrou taraudé, traversé par une vis en or de 2 centimètres de longueur, cette dernière devant plus tard *traverser la muqueuse buccale* au niveau d'une première molaire, était destinée à servir de point d'appui pour l'application d'un dentier artificiel. »

L'auteur pense qu'un appareil semblable en communication avec le milieu buccal, est destiné à une élimination certaine due à une infection inévitable. Tout appareil de prothèse interne doit être enfoui aseptiquement dans les tissus et perdre tout rapport avec l'extérieur (1).

Le périoste offre la plus large tolérance pour les corps étrangers.

Un décollement de cette membrane n'excédant pas 3 ou 4 centimètres carrés n'entraîne aucune conséquence fâcheuse pour la nutrition de l'os sous-jacent.

L'os tolère parfaitement la présence d'un corps étranger à condition qu'il soit aseptique, absolument immobile, et fixé par des moyens qui n'aient intéressé le tissu osseux que suivant des sections très nettes, sans écrasement.

A cette dernière condition est subordonnée la parfaite fixation d'un appareil de prothèse interne.

Les divers caoutchoucs colorés utilisés en prothèse dentaire sont également tolérés par les tissus.

Il n'est pas nécessaire de choisir, pour construire un appareil, des métaux inaltérables par les liquides organiques, comme l'or et le platine. Les oxydations, qui se produisent avec le fer et le cuivre, sont légères et ne constituent pas un facteur d'intolérance.

L'argent, quoique attaquable par les milieux organiques, est particulièrement bien supporté par le tissu conjonctif.

A ce point de vue, il constitue le métal de choix à utiliser pour la prothèse interne.

La forme d'un corps étranger n'est pas un facteur d'intolérance. Lorsque cela est nécessaire, il ne faut pas craindre de poser des appareils présentant certaines aspérités, comme les têtes de boulon, par exemple, qu'on a une trop grande tendance à affaiblir afin qu'elles ne fassent pas saillie à la surface de l'os.

Tout appareil placé aseptiquement au sein des tissus sans être fixé au squelette sera bien toléré en ce sens qu'il n'occasionnera pas d'accidents, mais il accomplira une migration plus ou moins étendue et aboutira à une élimination presque certaine. La pesanteur est la cause principale de cette émigration.

La fixation rigoureuse d'un appareil est donc la condition absolue de sa tolérance. Il faut pour cela que ses moyens de rétention dans le squelette soient conçus de telle façon, qu'ils ne puissent être mobilisés au cours des mouvements de l'individu, car un pareil fait entraînerait, de la part du tissu osseux, une élimination rapide.

Le boulon constitue le meilleur mode de fixation dont on puisse faire usage en prothèse interne. En certaines régions, à la voûte du crâne, par exemple, le boulon n'est pas applicable.

En pareil cas, on fixera de préférence les appareils à l'aide de coins enfoncés dans l'os.

La ligature ne peut être considérée pour la fixation des appareils que comme un moyen de fortune.

Une des meilleures substances qu'on puisse employer en prothèse plastique pour les restaurations osseuses est constituée par l'amalgame d'argent et d'étain, facilement stérilisable.

L'obturation des sinus de la face est possible à condition que la cicatrisation de la muqueuse au niveau de leurs orifices naturels s'opère de telle façon qu'il en résulte pour le corps étranger une séparation absolue du milieu extérieur septique.

On ne doit pas craindre, après la dénudation complète de la cavité d'un sinus et son obturation à l'aide d'une substance plastique, de provoquer des lésions des parois osseuses.

La nutrition de ces dernières est assurée par le périoste qui tapisse leur face opposée. L. GAYARD.

(1) Les appareils devant toujours être placés dans un milieu aseptique, la prothèse interne est souvent tardive, l'intervention créant dans certains cas des plaies septiques. Dans les résections du maxillaire inférieur, par exemple, on ne doit pas faire de prothèse interne immédiate puisqu'on placerait l'appareil en milieu septique. La prothèse interne tardive est mieux indiquée, parce qu'elle permet, après cicatrisation, d'opérer par voie cutanée tout à fait aseptiquement. Le port d'un appareil prévenant la rétraction cicatricielle est nécessaire en pareil cas pour permettre l'opération (Sébileau et Lemerle. Soc. de chir., fév. 1907).

PEDIATRIE

Les œdèmes chez le nouveau-né et le nourrisson. (D'Astros. *Revue des mal. de l'enf.*, sept. 1907, p. 385-398.) — Chez le nouveau-né, il est fréquent d'observer de l'*œdème simple*. Il s'agit alors d'enfants nés avant terme, d'un poids au-dessous de la normale, d'une faiblesse générale marquée, présentant une certaine tendance au refroidissement, souvent atteints d'œdème. Cet œdème débute peu après la naissance, au niveau de l'hypogastre ; de là, il s'étend aux membres inférieurs ou aux organes génitaux, mais il est rare qu'il se généralise. Le plus souvent, il est tel que, « sous la peau fine et congestionnée du prématuré, le tissu cellulaire paraît gorgé d'un suc abondant, qui n'éteint pas son élasticité, en sorte que la pression du doigt ne laisse pas d'empreinte ». Plus tard, au contraire, l'œdème garde l'empreinte du doigt. Il persiste plus ou moins longtemps et ne disparaît qu'avec le traitement classique (réchauffement, couveuse, alimentation). Lorsqu'il augmente ou se complique d'hémorragies dermiques, la mort est à redouter. Bien que sa pathogénie soit complexe, l'on doit, d'après M. d'Astros, faire jouer le premier rôle, dans sa production, à l'atélectasie pulmonaire. En tout cas, il ne dépend, en aucune façon, d'une lésion rénale.

A côté de cet œdème simple, il faut réserver une place aux *œdèmes d'origine infectieuse*. Souvent, à la suite d'une infection survenant chez un prématuré, les fonctions rénales s'altèrent et l'œdème simple devient un œdème aggravé. Il se caractérise alors par la blancheur et la mollesse excessive des tissus, et surtout par la présence d'albumine dans les urines. Parfois l'infection est d'origine ombilicale ; dans d'autres cas, elle est d'origine hépatique ou broncho-pulmonaire. Dans une autre catégorie de faits, l'œdème infectieux apparaît d'emblée. D'autres fois encore, il est le fait d'une infection chronique telle que l'hérédo-syphilis, dont il peut même précéder les autres signes. Souvent il est causé par des *affections pulmonaires* diverses, qu'il s'agisse d'infections ou de toux quin-

teuses provoquant un œdème d'origine mécanique; il se localise alors à la face ou aux membres supérieurs. Enfin certains œdèmes peuvent se développer à la suite de *troubles digestifs graves* (Hutinel) : ils paraissent alors liés à la rétention chlorurée, d'où la nécessité de n'user qu'avec mesure, chez de tels malades, des injections de sérum artificiel.

L. BABONNEIX.

OBSTETRIQUE

Thrombophlébite puerpérale des veines pelviennes (George H. Noble. *Southern surg. and Gynecol. Assoc.*, 11 décembre 1906.) — Sur 32 cas d'infection puerpérale, la phlébite pelvienne existait 13 fois dont 2 fois sous le type suppuré. Un prompt diagnostic et une intervention appropriée peuvent abaisser la mortalité élevée de ces cas. La thrombose peut se produire de bonne heure, mais d'ordinaire les symptômes ne deviennent accusés que tard dans l'état puerpéral. Il y a fréquemment suppuration concomitante des trompes, des ovaires, du parenchyme utérin, des tissus périutérins, où le caillot est imprégné lui-même par du pus qui peut passer dans la circulation générale. Pour différencier la phlébite périutérine de l'abcès des parois de l'utérus non compliqué de péritonite ou d'adhérences, l'on peut quelquefois se baser sur la perception, chez des malades maigres et à parois abdominales relâchées, de petites saillies plates et arrondies à la surface de l'utérus. De plus, l'abcès utérin a la courbe de température continue des suppurations et non pas la fièvre intermittente du thrombus non suppuré.

Quand la phlébite est compliquée, le diagnostic devient extrêmement difficile. Mais l'erreur n'a pas d'intérêt au point de vue chirurgical, car il faut intervenir, que la phlébite soit simple ou compliquée. Trois méthodes sont possibles : la résection des veines thrombosées, leur ligature simple ou l'hystérectomie. On reproche à la résection le risque d'infecter la plaie avec les caillots. L'auteur n'attribue pas beaucoup de valeur à cette objection. La simple ligature des veines ne donne pas de résultats satisfaisants. L'hystérectomie est extrêmement dangereuse dans ces circonstances. D'abord, elle est souvent trop retardée pour avoir des chances d'enlever tous les tissus infectés. Quand la thrombose est limitée à l'utérus, il y a quelques chances de succès, mais quelquefois il n'y a de caillots qu'en dehors de l'utérus et aucun dans celui-ci. L'hystérectomie est alors pire qu'inutile. Au contraire, la résection des veines sans hystérectomie donne des résultats encourageants. Sa mortalité est de 28,6 p. 100 ; celle de la ligature, 44,4 p. 100 ; celle de l'hystérectomie, 64,2 p. 100. Donc, jusqu'à plus ample informé, un diagnostic précoce et la résection des veines thrombosées doit être considérée comme le meilleur traitement.

F. GARDNER.

Des albuminuries par suppuration au cours de la puerpéralité. (Charles Thébault. Th. de Paris, 1907; Bonvalot-Jouve, édit.) — Dans le vaste cadre des albuminuries dites gravidiques, il faut distinguer les albuminuries par suppuration.

Ces albuminuries par suppuration n'ont très souvent qu'une symptomatologie fruste. On peut les rencontrer dans environ un quart des cas d'albuminurie chez les femmes enceintes.

Leur diagnostic ne peut être posé que par la recherche systématique du pus dans l'urine de toute femme enceinte albuminurique. On sera mis sur la voie de cette recherche et on devra l'entreprendre quand on constatera l'absence des signes de l'albuminurie gravidique ordinaire.

Ces suppurations urinaires semblent le plus souvent reconnaître pour cause moins la grossesse elle-même qu'une lésion antérieure du rein ou une infection préexistante de l'appareil urinaire, infection qui se trouve alors réveillée par l'état puerpéral.

Le pronostic est ordinairement bénin pour la mère qui semble à l'abri des complications graves de l'albuminurie chez la femme enceinte (hémorragie rétroplacentaire, accès convulsifs). Toutefois, dans quelques cas, les accidents peuvent nécessiter une intervention et assombrir ainsi le pronostic. Quand la grossesse va à terme ou près du terme, le poids de l'enfant montre qu'il n'a pas souffert dans son développement. Mais des symptômes particulièrement graves entraînent parfois l'accouchement prématuré ou l'avortement.

Le traitement médical suffit dans l'immense majorité des cas. Si l'on est obligé d'intervenir pendant la grossesse il faut, suivant M. le professeur Pinard, intervenir sur l'appareil urinaire et non sur l'appareil génital. Toutefois le traitement obstétrical sera seul à employer, quel que soit l'âge de la grossesse, si les lésions de pyélonéphrite sont bilatérales. Dans les suites de couches, si une intervention est nécessaire, on aura recours à la néphrostomie qui suffit généralement pour amener la guérison.

L. GAYARD.

ANATOMIE

Le sphincter d'Ochsner dans le duodénum. (Walter M. Boothby, *Bost. med. and Surg. Jour.*, 18 juill. 1907, vol. CLVII, n° 3, p. 80.) — En 1905 et en 1907 dans deux publications, Ochsner a appelé l'attention sur la présence dans le duodénum, à 2 à 4 centimètres au-dessous de l'embouchure des canaux biliaires et pancréatiques, d'un sphincter musculaire.

Boothby, voulant vérifier cette description, a examiné 25 sujets. Il n'a trouvé macroscopiquement aucun sphincter en ce point, l'épaississement quand il existait relevant uniquement des irrégularités de la muqueuse.

Six duodénums furent enlevés et durcis dans l'alcool et la muqueuse enlevée; macroscopiquement, il est impossible de trouver un épaississement musculaire pouvant porter le nom de sphincter.

De même sur douze duodénums on pratiqua en dix endroits différents une série de coupes microscopiques. Dans des tableaux, l'auteur donne les variations d'épaisseur constatées sur la couche musculaire. En aucun point on ne trouve un sphincter véritable.

Boothby conclut donc de ses recherches que la musculature du duodénum, surtout la couche des fibres circulaires, présente certaines irrégularités d'épaisseur; mais elles sont toutes petites comparées à l'épaisseur moyenne du muscle et insignifiantes comparées par exemple à l'épaisseur du pylore. Il rejette donc fermement l'existence du sphincter de Ochsner.

M. LANCE.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU REIN [1]

SYMPTOMES. — Les signes du cancer du rein se distinguent en symptômes physiques et fonctionnels, mais il faut reconnaître que souvent le cancer est latent et ne se révèle que par une cachexie progressive dont la cause est difficile à connaître. Quoi qu'il en soit, on doit étudier les symptômes par ordre de fréquence; en première ligne on trouve :

1° L'HÉMATURIE, c'est le *signal symptôme* du professeur Guyon : elle peut exister deux et trois ans même avant l'apparition de toute tumeur : le pissement de sang serait plus fréquent chez l'adulte que chez l'enfant; chez ce dernier, la tumeur est en général le premier symptôme.

Les caractères de l'hématurie sont classiques : elle est dans la majorité des cas indolore, à l'opposé de l'hématurie des lithiasiques; elle ne saurait être exagérée par les fatigues ou les mouvements, et surtout elle est totale, c'est-à-dire qu'elle colore également l'urine rejetée dans trois récipients différents. Ces caractères sont loin d'être constants et l'on peut voir le rejet de sang s'accompagner de crises douloureuses; l'hématurie est alors abondante, il y a formation de caillots; lors du passage de ceux-ci dans l'uretère, il y a colique néphrétique avec irradiations lombaires abdominales sur le trajet des nerfs grand et petit abdomino-génitaux; la douleur irradie vers la région inguinale; on peut même trouver de la rétraction du testicule vers l'anneau inguinal externe. Il serait toujours bon de pratiquer l'examen histologique du dépôt sanguin, et on verrait un stroma fibrineux, avec globules rouges, leucocytes, et cellules épithéliales déformées, gonflées.

2° La DOULEUR est loin d'être aussi fréquente que le disaient Rayer et Nélaton; il faut distinguer les douleurs apparaissant dès le début et celles qui sont plus tardives, et ne sont que le signe de l'envahissement des nerfs voisins. Au début, c'est une douleur sourde, gravative, devenant parfois lancinante pendant la nuit; chez quelques sujets les symptômes douloureux s'amendent pendant un temps indéterminé, puis reprennent sans que rien ne puisse expliquer cette accalmie. La douleur lombaire irradie vers la cuisse, vers la hanche; on peut avoir le type de la névralgie lombo-abdominale, ou la névralgie crurale; en résumé, comme le dit Grégoire (2), il faut distinguer :

a. La douleur pendant les hématuries; c'est le type rappelant la colique néphrétique, avec envies fréquentes d'uriner; irradiations sur le trajet de l'uretère et vers le testicule;

b. La douleur en dehors de toute hématurie, et, pour Grégoire, toute « douleur persistante, sourde ou vive, propagée sur le trajet des nerfs, et en dehors de toute hématurie », est la marque d'une propagation aux parties voisines.

3° Les SYMPTÔMES URINAIRES sont révélés par l'examen chimique et histologique; on trouve de l'albumine ou des cylindres fibrineux.

Il y a fréquemment *pyurie*, s'expliquant par une pyélonéphrite calculeuse, concomitante ou par une infection du parenchyme rénal. Le microscope révélera des cellules cancéreuses, grosses cellules rondes ou cellules épithéliales granuleuses avec globules graisseux : ce sont là les données courantes; pour Hildebrandt, on trouverait encore du sucre; le taux de l'urée est abaissé, mais ce n'est pas un signe constant; enfin, pour Rowsing, le carbonate de chaux dans l'urine est presque un signe indubitable de néoplasme.

Par l'étude des symptômes physiques on reconnaît la tumeur rénale.

L'anatomie pathologique montre la diversité d'aspect des cancers du rein; bien évidemment au cas de cancer limité circonscrit on reconnaîtra une masse isolable, sur la face antérieure ou à un pôle du rein; mais si la tumeur est infiltrée, elle ne saurait être distinguée du parenchyme rénal.

A l'*inspection*, si la tumeur est volumineuse, on peut voir un soulèvement du flanc, de l'hypocondre, mais en même temps elle s'étend entre les côtes et la crête iliaque : alors même qu'elle est libre, elle semble adhérente à la paroi lombaire dont les muscles sont contractés. La voussure lombaire, l'œdème de la région sacro-lombaire, la circulation veineuse sous-cutanée, sont des raretés cliniques, car le cancer du rein évolue surtout en avant.

La *palpation* se pratiquera le plus simplement, suivant le procédé de Guyon : « le malade est couché sur le dos, la tête très peu inclinée en avant, les cuisses légèrement fléchies; on met une main en arrière, exactement dans l'angle costo-vertébral, tout à plat sur la paroi abdominale antérieure; on recommande au sujet de faire de larges inspirations profondes. » La palpation nous renseigne sur la forme, la consistance du néoplasme; parfois on éprouve une sensation de mollesse, si bien que l'on croit avoir affaire à une tumeur liquide. Cette manœuvre nous montre encore si le cancer est mobilisable; dans ce dernier cas, le déplacement de la tumeur peut être spontané, c'est-à-dire suivre le mouvement des organes voisins ou au contraire provoquée, c'est-à-dire déterminée par le médecin qui explore le rein. Forgue insiste, à juste titre, sur ce fait que des tumeurs sont mobilisables alors qu'elles ont contracté des adhérences, et réciproquement des tumeurs difficiles à déplacer ne sont pas adhérentes.

La *percussion* montre les rapports du rein et du gros intestin; celui-ci est *prérénal* ou en dedans du rein; on peut contrôler la position de l'intestin par l'insufflation.

ÉVOLUTION. — Se marque par des propagations du néoplasme aux ganglions et aux organes voisins. Cliniquement, l'envahissement ganglionnaire est traduit par les troubles de circulation des veines spermatiques, d'où résulte la production d'un VARICOCÈLE.

Le varicocèle est un signe de premier ordre quand il siège à droite, il est apparent à la suite d'une station debout prolongée ou d'une marche un peu longue. Il faut rappeler que, pour Legueu, cette dilatation des veines serait sous la dépendance d'une adénopathie cancéreuse, et cependant il existe des cas de tumeur plus petite avec varicocèle volumineux. La *compression peut s'étendre à la veine cave inférieure*; dès lors il y a œdème des membres inférieurs. Le ventre est large, étalé; à sa surface on voit un réseau veineux abondant. Il y a de l'*ascite* avec sensation de flot très nette. On conçoit que la compression de l'intestin se traduira par des signes d'occlusion. On a vu l'ictère par compression du cholédoque; le soulèvement du diaphragme, du foie et de la rate sont possibles, mais ces complications n'ont aucun symptôme particulier.

L'amaigrissement est rapide, il y a anorexie, ou chez d'autres sujets l'appétit persiste; le sujet continue à vaquer à ses occupations; et cependant il existe une tumeur avec ou sans hématuries; ou bien une myocardite se développe, le cœur est gros, le pouls est faible. Chez des malades on note de la fièvre à grandes oscillations.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic du cancer du rein est singulièrement facilité après les travaux de Luys, de Cathelin, sur la cystoscopie et la division des urines. Il est habituel de distinguer plusieurs formes : chez des sujets, *il y a simplement hématurie*; il faut éliminer les hématuries d'origine lithiasique; mais elles sont augmentées par le mouvement, calmées par le repos, ce sont des hémorragies de migration. Cependant il existe des hématuries d'ordre congestif, c'est alors qu'un examen minutieux des urines s'impose, examen histologique et chimique. Dans la *tuberculose rénale*, l'hématurie est bien rarement le seul symptôme; elle est totale comme dans le cancer, mais rarement douloureuse, ou du

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 110, p. 1318.

(2) GRÉGOIRE. Thèse de 1905, p. 30.

moins ce n'est pas la douleur irradiée le long des branches nerveuses, l'hématurie alterne avec la pyurie. Il faut rappeler pour mémoire les hématuries rénales de la grossesse, la syphilis rénale unilatérale, la néphrite chronique. Somme toute, en présence d'une hématurie totale, on éliminera la lithiase et la tuberculose.

Chez d'autres malades, il y a *tumeur* sans hématurie, on devra éliminer par la palpation les tumeurs des régions avoisinantes, foie, vésicule biliaire, rate; ce qui est relativement facile par la phonendoscopie et l'insufflation des organes. Les tumeurs de l'ovaire ont une marche ascendante et les symptômes fonctionnels sont absolument différents.

Quant aux kystes du mésentère, ils sont médians et déplacés dans le sens transversal, reviennent toujours sur la ligne médiane. Il serait plus difficile de reconnaître une *hydronéphrose*; mais on ferait la séparation des urines. La *pyélonéphrite* s'accompagne de phénomènes fébriles. Le kyste *hydatique* en dehors du cas de rupture dans le bassinet est impossible à reconnaître.

Les cas les plus faciles sont ceux où il y a tumeur et hématurie ; il reste ensuite à faire le diagnostic des complications; c'est pourquoi on recherche les signes de compressions vasculaire et viscérale. La radiographie, l'épreuve du bleu de méthylène nous montrera l'élimination plus ou moins rapide de ce produit, et sera déjà une indication *sur l'état du rein du côté opposé.* Enfin, dans les cas douteux, l'incision exploratrice lombaire est le procédé permettant de poser le diagnostic ferme et, suivant les lésions, peut-être le premier temps de l'intervention.

TRAITEMENT. — Dans la plupart des cas, le traitement n'est que palliatif et d'ordre médical, la néphrectomie (transpéritonéale ou lombaire) est le seul traitement rationnel.

Grâce aux progrès de la technique, la mortalité opératoire a été abaissée, mais elle reste encore de 19 à 20 p. 100.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Billets simples de France en Espagne. — Les principales gares du réseau P.-L.-M. (Paris, Dijon, Lyon, Marseille, etc.) délivrent des billets directs simples pour Barcelone. Consultez le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 2 octobre. — Question donnée : « Examen gynécologique. »

MM. Boulanger (Marcel), 15; Marey, 5; Bardon, 15; Aeconomos, 7; Barthélemy, 16; Mlle Blanchier et M. Bonnet, 14; MM. Bonnedame, 6; Bloch (René), 12; Amyot, 10; Allo, 4; Bréhier, 12; Branchu, 5; Bernard (H.-G.) et Berthomier-Lamer, 7; Baruteau, Breitman et Apard, 8; Blanches, 5.

Anatomie. — Séance du 3 octobre 1907. — Question donnée : « Sacrum. »

MM. Verdim, 9; Pierson, 4; Videau, 10; Marey, 13; Le Jamtel, 8; Lenormand, 5; Lanos, 16; Meurisse, 10; Juin, 13; Jagot Lacoursière, 8; Jeannest, 4; Mazzoléni, 11; Ménagé, 1; Maurel (Gérard), 11; Jamin, 17; Mégnin, 5; Masselot, 6; Langlois, 14.

La prochaine séance aura lieu le mardi 8 octobre, à quatre heures, deuxième moitié, première série.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Une médaille d'argent a été attribuée à Mme Jacquier (Charlotte), supérieure de l'hôpital-hospice de Marmande, pour services exceptionnels rendus à l'assistance publique.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-neuvième semaine, 931 décès, au lieu de 781 pendant la semaine précédente et de 765, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 37 (moyenne 59), au lieu de 41 pendant la semaine précédente.

La variole a causé 1 décès (elle n'en avait causé aucun pendant la semaine précédente), chiffre identique à la moyenne. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 1, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 10).

La rougeole a causé 3 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 66 (au lieu de 45 précédemment et de 39, moyenne des quatre dernières années).

La scarlatine a causé 6 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 137; il s'élevait à 116 pendant la semaine précédente (moyenne 37).

La coqueluche a causé 6 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente (moyenne 5).

La diphtérie a causé 2 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 3); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 39, au lieu de 35 pendant la semaine précédente (moyenne 44).

La diarrhée infantile a causé 81 décès de 0 à 1 an, au lieu de 63 pendant la semaine précédente (moyenne 60).

En outre, 26 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 74 décès, au lieu de 96 pendant la semaine précédente (moyenne 8). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 7 décès; bronchite chronique, 8; pneumonie, 25. Autres maladies de l'appareil respiratoire, 54, dont 25 sont dus à la broncho-pneumonie et 20 à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 223 décès; la méningite tuberculeuse, 7; la méningite simple, 18; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 19 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 46 décès; les maladies organiques du cœur, 60; le cancer, 59; la hernie et l'obstruction intestinale, 5; la cirrhose du foie, 13; la néphrite, 25; enfin, 29 vieillards sont morts de débilité sénile.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Charles Guelliot (de Vouziers).

Etude sur la coxalgie, par le docteur V. Ménard, chirurgien de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer. 1 vol. gr. in-8° de IX-438 p., avec 208 fig. dans le texte et 20 pl. hors texte. — Prix : 15 francs. — Paris, Masson et Cie, édit.

REVUE GÉNÉRALE

LES INTOXICATIONS ALIMENTAIRES

Par M. E. SACQUÉPÉE,

Médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Il n'est guère d'aliment qui ne soit susceptible, éventuellement, de provoquer chez l'homme des accidents d'ordres variés, de telle sorte que le chapitre des *intoxications alimentaires* est singulièrement vaste. D'un autre côté, un très grand nombre de maladies parfaitement caractérisées sont susceptibles de se transmettre par les aliments : ainsi la tuberculose, le charbon, la morve, la dysenterie, le choléra, et probablement la fièvre typhoïde. Mais l'usage a prévalu de désigner sous le terme générique d'intoxications alimentaires, des *accidents à forme toxique*, *éveillant l'idée d'une intoxication d'ordre chimique*, tant dans leurs allures que dans leur évolution. C'est ainsi que j'envisagerai le sujet, éliminant ce qui a trait aux maladies spécifiques énumérées plus haut (tuberculose, etc.), aux maladies parasitaires (ténias, trichines, etc.), de même que les intoxications par les toxiques minéraux (plomb, arsenic, etc.), ou par les poisons exogènes (médicaments, sels ajoutés aux aliments, plantes vénéneuses, etc.) susceptibles d'envahir les produits alimentaires par les processus les plus variés.

C'est depuis un peu plus d'un siècle que l'attention a été attirée sur les intoxications alimentaires, d'abord, semble-t-il, dans l'Allemagne du Sud (Saxe, Wurtemberg) où elles sont particulièrement graves et fréquentes. Au début purement clinique, leur histoire n'a commencé à s'éclaircir que du jour où leur pathogénie put être abordée avec fruit. Leur ressemblance frappante avec les intoxications chimiques incita tout d'abord les observateurs à demander à la chimie le secret de leur cause; on crut pouvoir les rapporter à l'action des ptomaïnes ou des leucomaïnes, poisons formés sur les cadavres ou dans les tissus vivants. Il y aura lieu de revenir en quelques mots sur ce point : pour le moment, il suffit de rappeler que les ptomaïnes ou leucomaïnes ne méritent pas le crédit qu'on leur avait accordé, car les recherches ultérieures ont démontré que presque toujours, sinon toujours, *ces accidents sont d'origine microbienne, infectieuse ou toxi-infectieuse.* Ce sont les découvertes bactériologiques qui ont seules permis d'apporter dans ce chapitre, jusque-là inextricable, un peu de lumière; elles ont édifié une classification rationnelle, expliqué beaucoup de faits obscurs, et évoqué des parentés morbides insoupçonnées. Aussi, rompant avec une tradition longtemps suivie, je pense qu'il est indiqué d'étudier une série de groupements étiologiques bien délimités par leurs causes animées, au lieu de considérer successivement chaque aliment, et pour chacun d'eux telle ou telle modalité grossière de nocivité. On verra par la suite qu'un certain nombre au moins de ces cadres étiologiques sont à l'heure actuelle suffisamment affermis pour qu'il soit possible d'esquisser leur histoire.

Dans l'ensemble, ces accidents sont particulièrement fréquents en Allemagne et en Belgique, assez répandus en Russie (ichthyosisme surtout), en Angleterre (accidents gastro-intestinaux), certainement beaucoup plus rares en France. Ils sévissent avec le plus d'intensité au printemps (botulisme) ou en été (accidents gastro-intestinaux). Leur gravité est généralement plus grande aux âges extrêmes de la vie. Le reste de leurs attributs diffère suivant chacun des groupements dont j'aborde maintenant l'étude.

I

De beaucoup le plus souvent observées sont les intoxications à forme gastro-intestinale, causées par les *salmonelloses* (*bacillus enteritidis* de Gärtner et microbes voisins).

Depuis 1888, date de la découverte de Gärtner, il a été relaté quarante-cinq épidémies de ce groupe, manifestement provoquées par l'action pathogène du bacillus enteritidis; c'est d'après les documents fournis par ces épidémies, à l'exclusion de toutes autres, que j'ébauche leur histoire.

Les accidents débutent en moyenne douze à trente-six heures après l'ingestion, parfois moins ou plus (une heure à trois jours). Leur expression clinique est rapportée par la plupart des auteurs à trois types principaux :

1° Gastro-entérite ;
2° Allure cholériforme ;
3° Maladie typhoïde.

Cette classification est fort arbitraire et ne saurait être acceptée sans commentaire. Le plus souvent il s'agit d'*accidents gastro-intestinaux* ou bien d'*accidents cholériformes* ; quant à la mention de *maladie typhoïde*, elle mérite deux mots d'explication. On a décrit des « états typhoïdes » apparaissant deux à trois jours après l'ingestion nocive, pour disparaître tout aussi vite ; il va sans dire que ceci n'a rien à voir avec la fièvre typhoïde classique. On a décrit aussi des « fièvres typhoïdes », mais il est remarquable de constater qu'elles sont beaucoup plus explicitement décrites dans les revues générales sur la question, que ne permet de l'accepter la lecture des documents originaux. Je reviendrai plus tard sur ce point particulièrement attachant, et sujet à discussion ; pour le moment, il suffit de dire que dans le groupe étiologiquement bien défini qui nous occupe, sur environ 2 500 atteintes, on compte quelques cas de fièvres prolongées pendant trois ou quatre semaines; encore ne les mentionne-t-on que dans les faits où il s'est agi d'infection de la viande après abat, de viande altérée, non dans les empoisonnements par les viandes d'animaux malades. Si elle existe, l'*infection typhoïde est donc ici d'une exceptionnelle rareté*.

C'est au contraire sous l'aspect de *gastro-entérite infectieuse* que se manifestent la grande majorité des accidents. Leurs premiers symptômes consistent

généralement en coliques, diarrhée, nausées, vomissements (ces derniers inconstants), rapidement accompagnés de phénomènes généraux : céphalée, vertige, fatigue générale, fièvre plus ou moins prononcée (jusqu'à 40°), frissons, etc. Les selles sont d'habitude nombreuses, liquides, souvent fétides, brunâtres ou bilieuses, rarement sanglantes ; parfois elles sont accompagnées de ténesme, l'association du ténesme, des coliques et des selles sanglantes réalisant un syndrome dysenterique (Jacobson). Le plus souvent tout se borne à ce tableau, qui persiste vingt-quatre heures ou quelques jours pour s'effacer progressivement.

L'existence de la fièvre, de phénomènes d'infection générale et la prédominance des symptômes intestinaux, donnent à l'ensemble la physionomie de ce que nous appelons *embarras gastrique fébrile*.

Souvent la convalescence en est particulièrement longue et pénible. Parfois les désordres sont plus réduits, uniquement caractérisés par un peu de mal de tête ou de diarrhée.

L'atteinte est-elle plus grave, c'est à peu près constamment l'allure du *choléra nostras* qu'elle va revêtir.

Les selles, souvent aqueuses ou même riziformes, se renouvellent dix à trente fois dans les vingt-quatre heures, accompagnées de vomissements persistants: le pouls petit et rapide, la pâleur et l'anxiété, l'algidité, la tendance au collapsus, la prostration, les crampes, évoquent le souvenir du choléra ; la température est variable, souvent au-dessous de la normale. Parfois ce tableau dramatique se termine par la mort en vingt-quatre heures (Drigalski, etc.), mais le plus souvent il se dissipe en moins d'un septénaire, non sans laisser à sa suite une faiblesse persistant pendant des jours ou des semaines et une tendance fréquente aux dérangements intestinaux.

Les deux formes précédentes se retrouvent d'ordinaire juxtaposées, en proportion variable dans les diverses épidémies ; et c'est justement cette évolution simultanée des accidents cholériformes et des accidents de gastro-entérite, qui donne à beaucoup de ces épisodes un aspect clinique un peu original.

Quelle que soit l'évolution, on peut voir survenir des symptômes anormaux. On signale la myasthénie, la douleur des mouvements des yeux (Drigalski), des éruptions cutanées diverses : roséole (Lévy et Fornet, etc.), pétéchies (van Ermengem, etc.) et surtout une desquamation cutanée très intense (Gärtner, Gaffky et Paak, etc.) dont on avait voulu à un certain moment faire à tort un accident caractéristique des empoisonnements carnés.

La rate est volontiers grosse, palpable ; le rein est souvent touché, mais rarement son atteinte est profonde : l'albuminurie est fréquente, tandis qu'il est exceptionnel de constater la coloration rouge des urines (van Ermengem) ou la néphrite hémorragique (Fromme) ; la cystite (Jacobson) n'est pas moins rare. On signale parfois la congestion pulmonaire, parfois de l'ictère (Fromme).

Le pronostic est rarement grave, 25 décès sur 2 500 cas (soit 10 p. 1 000 environ), fort variable suivant les épidémies. Si Lajeot et Haibe ont vu 500 cas sans décès, par contre on trouve à Joita 3 décès sur 24 cas (Babès), à Neunkirchen 3 sur 50 (Drigalski), à Gaustadt 4 sur 70 (Gärtner), etc. Tous les décès (au moins ceux explicitement rapportés) appartiennent aux manifestations cholériformes.

L'étiologie de ces accidents suscite diverses questions.

Il est tout d'abord remarquable qu'*il s'agit le plus souvent de viandes, rarement d'aliments complexes, de poisson ou de légumes*, comme en fait foi le tableau suivant :

Viande, 41 épidémies dont :

- 9 par la viande de porc,
- 8 — vache,
- 7 — veau,
- 4 — bœuf,
- 3 — cheval,
- 1 — mouton,
- 1 — chèvre,
- 5 par viande travaillée (hachis, saucisse, cervelats, galantine),
- 2 par viande de volaille,
- 1 — indéterminée,

Légumes, 1 épidémie,
Poisson, 1 épidémie.
Gâteaux (semoule, œufs, vanille, etc.), 2 épidémies.

C'est donc presque toujours la viande qui est en cause. Dans 29 cas, on avait consommé la viande à l'état frais ; l'*animal qui avait fourni la viande fut reconnu sain 3 fois, malade 17 fois.* C'est-à-dire que, sur 20 animaux toxiques soumis à l'inspection, 17 sont malades. On ne peut rien déduire de sûr des animaux inconnus, mais il est aisé de comprendre que l'obscurité même de leur provenance impose la présomption morale d'une tache originelle.

Quant aux animaux déclarés sains, deux d'entre eux se sont montrés toxiques sitôt contaminés, à l'état frais.

Somme toute, presque toutes les fois qu'une viande fraîche est toxique, c'est qu'elle provient d'un animal infecté ; cette relation suggestive est d'ailleurs particulière au groupe étiologique qui nous occupe, de telle sorte que le cadre des intoxications par salmonelloses, comprend la presque totalité des accidents provoqués par ce qu'on appelait naguère les *viandes malades*.

Il serait évidemment nécessaire d'être exactement fixé sur la nature des maladies des animaux qui ont pu rendre leur chair nocive ; malheureusement, si leur cause bactériologique est bien établie, il n'en est pas de même de leur place nosographique. Il s'agit de veaux atteints de phlébite ombilicale, d'arthrite, de pyohémie, d'entérite infectieuse ou de diarrhée ; de vaches qui présentaient des accidents puerpéraux, de la métrite, une septicémie, de la mammite ou de l'entérite ; de chevaux porteurs d'abcès, etc. Tous ces renseignements cliniques sont insuffisants, car il est bien manifeste que les diverses maladies énumérées ne sont pas toujours — il s'en

faut de beaucoup — provoquées par des salmonelloses. Mais déjà, à diverses reprises, on a pu déceler ces germes chez des animaux toxiques (Gärtner, van Ermengem, etc.) ou chez des animaux suspects, qu'une expertise sérieuse avait soustraits à la consommation (Baseman, B. Fischer, etc.). Il est inutile de souligner l'intérêt hygiénique qu'il y aurait à mieux préciser nos connaissances pathogéniques sur les maladies des animaux de boucherie, de façon à reconnaître dans quels cas des affections banales, comme la diarrhée, les abcès, arthrites, etc., peuvent être dangereuses pour la consommation.

Dans les faits de ce groupe, généralement on est en présence d'*accidents massifs*, intéressant un nombre considérable de personnes; fait d'explication facile, car il s'agit de maladies septicémiques produites *in vivo* (observations de Frankenhausen, Rotterdam, Morseele, Meirelbeke, etc.); tous les tissus (chair et viscères) sont envahis par les microbes. Il y a donc bien des chances pour qu'un grand nombre de consommateurs soient simultanément intéressés. Le plus souvent la densité est très forte, c'est-à-dire que la plupart des consommateurs sont malades, constatation qui suppose à la fois pour les viandes un pouvoir pathogène élevé, et pour l'espèce humaine une grande réceptivité.

Rarement on signale qu'une partie seulement de l'animal s'est montrée toxique ; ce sont alors les viscères (Dürham, van Ermengem, etc.) ou les quartiers postérieurs (Poels et Dhont) ; prédilection qui tient à ce fait que les viscères sont pour les agents pathogènes un tissu nourricier particulièrement propice, un terrain d'élection, en même temps qu'ils possèdent aussi la propriété de fixer et d'accumuler les poisons, les poisons microbiens comme les autres; et pour les quartiers postérieurs, Portet montre précisément que le muscle psoas, voisin de la masse abdominale, s'infecte plus vite et plus profondément que l'ilio-lombaire, muscle rachidien éloigné des gros parenchymes.

Beaucoup plus importantes sont d'autres particularités sur lesquelles il y a lieu d'attirer maintenant l'attention; la date d'apparition du pouvoir toxique de l'aliment, l'influence du mode de préparation, la qualité des viandes à l'expertise. Pour le premier point, il est bien certain que *dans presque tous les cas, la viande est toxique d'emblée*, pour ses premiers consommateurs : c'est la règle. Dans d'autres cas, la viande est mangée impunément les premiers jours, pour se montrer toxique au bout de quelque temps (après quatre à six jours de conservation). On peut faire à ce sujet beaucoup d'hypothèses : infection possible de la viande après l'abat, développement des germes banaux favorisant l'infection, localisation de l'infection à quelque partie de la bête consommée en dernier lieu, etc. Telle ou telle de ces alternatives est réalisable suivant les cas, c'est aux circonstances de décider; mais l'hypothèse la plus plausible est de supposer que le nombre des germes ou la quantité des poisons était au début trop minime pour provoquer des accidents, qu'une multiplication ultérieure dans la viande même s'est produite rapidement, d'autant plus rapidement que presque toujours ces accidents surviennent par un temps chaud et orageux. C'est à une telle conception que se rallie Drigalski dans l'épidémie de Neunkirchen, et l'étude des faits qu'il rapporte confirme pleinement sa conclusion.

Même évolution dans l'épidémie de Alsfeld : une viande de porc mangée le 18 juin par diverses personnes, ne rend malade que l'une d'elles, un garçon; la même viande, le lendemain, intoxique tous ses consommateurs; tous guérissent d'ailleurs (Curschmann).

Cette hypothèse peut s'appuyer encore sur l'expérience cruciale de Poels et Dhont; le bacille de l'épidémie de Rotterdam fut inoculé à une vache, et l'animal sacrifié après vingt minutes; sitôt l'abat, la viande était pauvre de bacilles. Dans un morceau laissé trois jours à la glacière, il n'y eut pas de développement notable, tandis que dans un autre morceau laissé à la température ambiante, après trois jours, le nombre des microbes était considérable : cinquante-trois personnes absorbèrent volontairement de cette viande riche en microbes, quinze furent malades. S'il en était encore besoin, mais c'est peine inutile, cette expérience démontrerait mieux que tout autre argument, le pouvoir pathogène pour l'homme du bacillus enteritidis. Elle montre du moins comment une viande s'enrichit vite en microbes et en poisons susceptibles de la rendre dangereuse; elle permet de comprendre sans difficulté qu'un aliment non toxique la veille, se montre nocif le lendemain.

Ce n'est pas seulement la viande crue qui se montre toxique, mais très souvent la viande cuite l'est aussi, bien qu'à un moindre degré. Dans beaucoup d'épidémies, les sujets atteints ont consommé les uns, la viande crue, les autres la même viande, cuite; les premiers sont généralement plus sérieusement atteints que les seconds.

D'ailleurs il ne faut pas se faire d'illusion sur la cuisson des viandes : s'il est vrai que les bacilles du groupe enteritidis sont tués en quinze minutes à 60° (van Ermengem) ou seulement en plus de dix minutes à 70° (B. Fischer), on sait que ces températures ne sont souvent pas atteintes dans la profondeur des morceaux de viande (Vallin etc.).

Van Ermengem s'est assuré de la survie du bacille de Morseele dans les pâtés préparés à la façon des charcutiers. Il est donc fort acceptable que, même cuite, la viande renferme encore des microbes vivants. Mais il paraît bien certain aussi que dans d'autres cas, la stérilisation devrait être largement suffisante pour tuer les bacilles en cause (Drigalski), et pourtant cette viande bien cuite peut rester toxique. Ces faits se comprennent très facilement, car on sait que sauf de rares exceptions (bacilles de Cotta, de Rohrsdorf, etc.), les bacilles incriminés sécrètent des produits toxiques qui résistent à l'ébullition prolongée pendant dix ou vingt minutes : une fois la viande cuite, et tout ou partie des germes tués, la toxicité persiste grâce aux poi-

sons sécrétés par les microbes dans un milieu de culture, la viande, qui leur est éminemment favorable. Seulement, nous l'avons vu, ces viandes bien cuites ne produisent en général que des accidents bénins; elles agissent comme agents toxiques, sans doute très atténués dans leur nocivité par la cuisson, mais elles ne sont plus infectieuses, elles ne renferment plus de microbes vivants. Ces accidents purement toxiques se trouvent souvent juxtaposés aux accidents très infectieux produits par les microbes vivants et par leurs toxines, qui sont l'apanage des consommateurs de viande crue ou insuffisamment cuite.

Un autre point essentiel consiste dans l'*état de la viande incriminée*. Parfois la viande était manifestement altérée, elle a été débitée clandestinement (épidémie de Breslau) et diverses personnes ont constaté qu'elle était de mauvais aspect; mais le plus souvent au contraire, il est expressément signalé que la *chair musculaire présentait une apparence normale*; aucune altération ne la signalait à l'attention, et ceux-là même qui étaient le mieux placés pour juger de ses qualités extérieures n'ont parfois pas hésité à en faire usage : l'équarrisseur et dix-huit personnes de sa famille à Rumfleth, le boucher à Meinekirchen, etc. Si la plupart du temps on a constaté une maladie de l'animal (entérite, métrite, abcès, etc.), par contre l'examen du tissu musculaire ne révélait pas d'habitude de modifications pathologiques nettement appréciables; fait qu'un médecin comprendra facilement, car nous ne ferions pas souvent sur le cadavre le diagnostic des maladies causes de la mort, si nous n'avions à notre disposition que les muscles, à l'exclusion des viscères. Aussi est-il arrivé bien des fois que les experts ont déclaré la viande saine, sans apparence toxique (Herman, Poels et Dhont, etc.), et dans la plupart des cas où la viande fut exclue de la consommation, ce fut non pas en raison des altérations de la chair musculaire, mais à cause de la maladie même (entérite, métrite, etc.) dont on avait pu constater les symptômes ou les lésions. Le rôle de l'expert est donc singulièrement difficile, et souvent illusoire, quand il est obligé de se prononcer sur des quartiers de viande, a fortiori, sur des morceaux détachés, non sur l'animal entier.

Il faut reconnaître maintenant que la constatation de la nocivité ultérieure d'une viande primitivement consommée sans danger permet d'émettre une hypothèse particulièrement suggestive, celle d'une *infection accidentelle après abat*. Le fait même que l'animal était malade n'anéantit pas cette possibilité; car il est de connaissance courante qu'une viande malade s'infecte plus vite et plus facilement qu'une viande saine. L'hypothèse de cette infection accidentelle est soulevée par Kutscher dans l'épidémie de Berlin; la viande aurait été peut-être infectée dans la boucherie même par le boucher ou sa servante, dont les selles renfermaient le même bacille qui causa toute l'épidémie. Fromme signale également que dans l'épisode de H.... une viande de bœuf infectée au contact d'un jambon malade, contamina trois personnes.

Vraisemblable ici, une pareille conception est plus soutenable quand il s'agit de viandes *travaillées*, provenant d'animaux sains ou inconnus (viandes de hachis, galantines, cervelas, saucisses, etc.), ou bien d'aliments complexes, comme les gâteaux à la semoule (comprenant entre autres des œufs de cane, du lait, etc.). Les viandes travaillées peuvent évidemment provenir d'animaux malades, la nature même de ces aliments permettant d'incorporer des produits de mauvaise qualité, dont le goût ou l'odeur sont facilement masqués par des aromates. Mais il est non moins certain, que dans le cours du « travail », les causes de contamination sont multiples (souillure par les instruments, par les mains du boucher ou du charcutier, contact ou mélange avec des produits altérés, etc.). Les mêmes remarques s'appliquent aux *gâteaux à la crème* ou *aux gâteaux à la semoule*; on peut supposer que l'un quelconque des composants était préalablement infecté; le lait débité dans les villes véhicule parfois le bacillus entéritidis (Klein, Delépine). B. Fischer signale de même une épidémie d'empoisonnements alimentaires provoqués par l'usage du lait d'une vache atteinte d'entérite (épisode de Futterkamp). Les œufs de cane de leur côté sont susceptibles de contamination avant la ponte (Carles), et de fait, sur les marchés, on les trouve souvent riches en microbes, bien qu'ils ne renferment pas de salmonelloses (Vagedes).

Mais ici encore on peut émettre l'hypothèse d'une infection accidentelle, pendant ou après la fabrication des gâteaux : dans l'épidémie de König, on trouva le microbe dans le pudding, alors qu'on ne put le retrouver dans aucun des aliments qui avaient servi à le confectionner (Curschmann), observation qui semble en effet imposer l'idée d'une contamination ultime chez le pâtissier.

Même observation dans l'épisode de Leipzig, où Rolly décrit récemment une épidémie provoquée par une salmonellose, et survenue après ingestion de conserves de pois; ici, il ne paraît guère admissible que les pois aient été infectés d'emblée (par le sol ou le fumier?) et la contamination ultérieure semble beaucoup plus soutenable.

Si l'hypothèse est vraisemblable pour les légumes, elle l'est à fortiori pour les viandes, susceptibles de s'altérer à l'abattoir, à la boucherie, à la charcuterie, au contact des viandes malades, etc. Il serait évidemment nécessaire, pour régler cette question, d'être fixé sur l'expansion dans la nature des bacilles du groupe enteritidis; mais pour les raisons expliquées plus loin (ressemblance de ces bacilles avec d'autres salmonelloses), il n'est pas possible d'émettre à ce sujet une opinion ferme. Quoi qu'il en soit, cette remarque appelle l'attention sur les précautions qu'il y a lieu d'observer dans tous les points où sont manipulés les produits alimentaires, en particulier la viande.

Depuis quelque temps, cette question s'est sin-

gulièrement élargie. Nous avons déjà dit que les divers échantillons de bacilles d'intoxication carnée rentrent dans le groupe des salmonelloses. Pour tous les échantillons des bacilles d'intoxication carnée, les propriétés culturales et biologiques *in vitro* sont sensiblement identiques; seules les agglutinines permettent de les classer en deux types distincts, le type Gærtner et le type Aertryck.

Or, il paraît à l'heure actuelle ressortir de multiples recherches qu'on ne peut établir de démarcation nette (même par l'agglutination, les propriétés préventives, etc.), entre les bacilles type Aertryck et d'autres salmonelloses : bacilles du hog-choléra, bacillus typhi murium, b. de la psittacose, bacille paratyphique B, etc. Trautmann est entré résolument dans la voie de l'identification, et pour lui le bacille paratyphique B doit être identifié aux bacilles carnés type Aertryck. La bactériologie autorise indiscutablement cette conception, mais la clinique s'insurge contre elle, car la physionomie pathologique des intoxications carnées ne rappelle en rien les formes ordinaires des infections paratyphoïdes, trop connues pour qu'il soit utile de les rappeler ici. Trautmann se rend compte de l'objection; il définit *l'intoxication par la viande une forme suraiguë, le paratyphus une forme subaiguë d'une maladie infectieuse, une au point de vue étiologique;* dans l'intoxication il y aurait ingestion en grande quantité des germes avec leurs produits toxiques, mais les efforts d'expulsion (vomissements, diarrhée) éliminent la partie nuisible, d'où l'absence d'infection ultérieure. Au contraire, dans le paratyphus, il y aurait introduction d'un petit nombre de germes qui se développent peu à peu dans l'intestin humain. Cette hypothèse, acceptée avec faveur par quelques auteurs allemands, appuyée encore par les faits d'entérite cholériforme à bacille paratyphique B (Schootmüller, Hetsch, etc.) ne va pas cependant sans soulever quelques objections, empruntées à l'histoire des épidémies dont il est ici question, et qu'il suffit pour le moment d'indiquer : c'est la rareté infime des fièvres prolongées à forme nettement paratyphoïde, opposée à la fréquence des manifestations cholériformes; c'est la contagiosité minime des toxi-infections alimentaires, alors que la contagiosité des infections paratyphoïdes est très marquée; c'est la nécessité où l'on se trouve d'associer au bacille paratyphique B, non seulement le bacille Aertryck, mais encore bien d'autres germes, dont le hog-choléra, microbe qui a été ingéré par un nombre infini de personnes sans provoquer d'accidents bien fréquents; c'est encore ce fait qu'on a pu ingérer un petit nombre de bacilles carnés sans inconvénient, sans subir d'infection paratyphoïde (Drigalski). L'objection la plus sérieuse vient évidemment de l'observation clinique, et l'hypothèse toute mécanique de Trautmann n'explique pas suffisamment pourquoi un même microbe fomente presque toujours ici des manifestations cholériformes, et dans d'autres circonstances des infections à forme typhoïde. On peut supposer que les germes sont différents malgré leur ressemblance. Quoi qu'il en soit, la question n'est certes pas suffisamment mûrie pour autoriser à étudier actuellement le paratyphus dans le chapitre des infections carnées, malgré les observations récentes de B. Fischer à ce sujet.

Il est donc nécessaire de réfléchir encore avant de proclamer l'unité clinique des affections dues au groupe des salmonelloses. Si ces dernières sont toutes capables d'infecter l'homme, nous sommes véritablement plongés dans un bain de microbes toxiques, car ils nous entourent de toutes parts : on en a trouvé chez le chien (Klimenko), chez le rat gris et le rat blanc (Trautmann), dans l'intestin de la plupart des animaux : cobayes, lapins, etc., (Morgan, Marshall), chez le porc, même à l'état sain (Gardenghi), etc. Véritablement, si tous ces échantillons microbiens sont pathogènes pour l'homme, nous devrions être constamment empoisonnés. C'est sans doute en raison de cette observation que la plupart des auteurs allemands refusent d'assimiler le B. typhi murium aux bacilles carnés type Aertryck, malgré qu'on ne puisse à coup sûr différencier ces deux germes *in vitro :* cette dissociation est évidemment arbitraire, et les observations suivantes de Shiboyama le démontrent nettement. Au Japon, où le virus des souris est souvent utilisé pour détruire les rongeurs, des accidents ont été signalés à diverses reprises. Entre autres exemples on peut signaler ceux-ci : dans un village de la province de Saïtama, tombèrent brusquement malades toutes les personnes (trente) qui avaient consommé, douze ou vingt-quatre heures auparavant, d'un même plat de légumes : accidents cholériformes, deux décès; on reconnut que les légumes avaient été préparés dans un récipient en bois, qui avait servi deux jours avant à préparer de la « mort aux rats » (cultures de bac. typhi murium) : le bacille fut retrouvé dans les selles d'un malade, dans l'intestin d'une des victimes et dans les légumes. Plus curieux encore est l'épisode survenu dans un village de la province de Fagamata ; un cultivateur rapporte chez lui une culture de B. typhi murium pour détruire les rats ; par erreur, c'est un cheval, antérieurement bien portant, qui absorbe le poison. Les jours suivants, l'animal présente une entérite fébrile qui le tue au septième jour. On enterre son cadavre, mais des ouvriers l'exhument le même jour et se partagent sa chair. Il y eut trente-quatre malades, un décès : les accidents gastro-intestinaux étaient exactement ceux des empoisonnements alimentaires, et on retrouva le bacille dans la viande toxique.

Si les faits précédents se confirment, il faudra bien admettre que le bacille du typhus des souris est pathogène pour l'homme au même titre et sous le même tableau morbide que les bacilles carnés. Mais la démonstration reste à faire complètement pour la plupart des salmonelloses, en particulier pour le bacille paratyphique B. Pour le moment, la question est indécise, faute de documents suffisamment démonstratifs.

II

On a également souvent constaté des accidents toxiques à la suite de l'ingestion de *poissons.* En dehors des idiosyncrasies, aussi banales que mysté-

rieuses, de certains sujets à l'égard des crustacés, des mollusques ou des poissons, tous faits qui sortent de notre cadre, on a décrit des accidents plus sérieux. Une partie se rattache au botulisme (ichtyosisme paralytique), il en sera question plus loin; une autre partie rentre dans le groupe des accidents toxi-infectieux. Les manifestations cliniques débutent quinze à vingt-quatre heures après le repas; leur analogie avec les intoxications par les salmonelloses est frappante : troubles gastro-intestinaux, à tendance cholériforme, parfois accompagnés de manifestations cutanées (urticaire, érythème, desquamation) qui ont permis à Von Soppe de distinguer une forme érythémateuse tout à fait arbitraire et qu'il n'y a pas lieu de conserver.

En France, divers accidents survenus à la suite de l'ingestion de *morue salée*, particulièrement dans la marine et dans l'armée (Bertherand, Bérenger-Féraud, Hoeckel, Millet, etc.), ont d'autant plus fixé l'attention des observateurs que généralement la morue avait subi l'altération particulière, traduite par une teinte rosée ou rouge (*morue rouge*); mais le banal rouge de la morue, c'est un fait certain, n'est pas la cause de la toxicité accidentelle. Dans un empoisonnement provoqué par les poissons, S. Ulrich a rencontré un microbe qu'il assimile au bacille paratyphique B; il est donc fort vraisemblable, et l'étude clinique corrobore cette hypothèse, qu'*un certain nombre de cas d'ichtyosisme gastro-intestinal sont provoqués par des salmonelloses*. La salaison ne met pas à l'abri du danger, car Stadler a montré que les salmonelloses résistent fort bien au contact prolongé du sel. Nous sommes manifestement trop peu documentés sur ce sujet et il est fort désirable que nos connaissances soient étendues.

Dans d'autres empoisonnements alimentaires, on a accusé le *bacillus coli* (Hambürger, Dineur, B. Fischer, etc.), mais l'intervention d'un microbe aussi banal est fort difficile à démontrer. Maintes fois la présence du coli-bacille est signalée en même temps que d'autres espèces microbiennes variées : bacillus enteridis, protéus vulgaris, cocci divers, etc.; la plupart des auteurs ne se montrent guère favorables à l'idée d'une intervention possible de ce microbe. Cependant on peut admettre que certaines variétés de coli-bacilles sont assez virulentes pour empoisonner l'homme, comme paraît le démontrer l'épisode suivant : Au cours d'une expertise sur un fromage qui avait provoqué des intoxications, Holst avala par mégarde un peu d'émulsion dans le lait d'un coli-bacille isolé de l'aliment suspect; il fut atteint de gastro-entérite.

On peut croire également que le coli-bacille devient pathogène en présence d'associations microbiennes comme le ferait supposer une analyse de Vaillard à propos d'une intoxication par des conserves de poissons aux Andelys (in Mémoire Baudouin).

Une question en tout cas reste en suspens, c'est de savoir si les viandes à coli-bacilles sont infectées *in vitam* ou *post mortem*, si elles sont des viandes « malades » ou des viandes « altérées ». Question d'autant plus difficile à résoudre que si l'on incrimine (souvent à tort, semble-t-il) le coli-bacille dans la pathologie des animaux domestiques, ce même microbe est sûrement l'un de ceux qui le plus facilement se retrouve dans les viandes reconnues impropres à la consommation (Portet).

III

C'est avec plus de garanties, semble-t-il, qu'on incrimine le *proteus* (*vulgaris mirabilis*). Mais ici on s'accorde généralement à reconnaître qu'il s'agit de viandes *altérées post mortem*, ce qui ne veut pas dire putréfiées, car on note généralement, au contraire, que l'aspect des vivres n'était pas anormal. Seulement il s'agit presque toujours de viandes travaillées, de saucisses (cas de Pfuhl, de Silberschmidt, de Schumburg), de hachis (cas de Wesenberg), ou de viandes mal conservées (cas de Lévy, de Gluseckmann).

Ici, comme pour le bacillus coli, on ne peut incriminer le protéus qu'après vérification préalable de ses effets pathogènes, ce microbe étant un hôte normal et habituellement inoffensif du cadavre, de la putréfaction animale, etc. Cette preuve de la virulence est clairement établie dans les relations de Silberschmidt, Pfuhl, Dieudonné, etc. : le protéus tuait la souris, parfois même le rat et le cobaye, quand on leur faisait ingérer des aliments spontanément ou artificiellement infectés; les cultures en milieux artificiels, de même que les injections, se montrent plus irrégulières, tantôt mortelles, tantôt avirulentes. Il ressort nettement de ces recherches que certains aliments, viande surtout, également pommes de terre (épisode du camp de Hammelburg, Dieudonné), se prêtent fort bien au développement du protéus, sans présenter aucun signe évident d'altération grossière. Ici il s'agit d'empoisonnements par des produits toxiques ne résistant pas au chauffage, et le protéus lui-même est tué à 65°, de sorte qu'une cuisson suffisante met sûrement à l'abri des accidents.

Cliniquement, outre les symptômes habituels (diarrhée, coliques, vomissements), on note dans les cas graves une tendance au collapsus cardiaque et à la syncope qui paraît être singulièrement prédominante. Ce sont surtout des symptômes d'intoxication proprement dite, sans que surviennent d'habitude de symptômes infectieux. L'incubation est fort courte, quelques heures — deux heures dans l'épidémie de Hammelburg — notion qui cadre bien avec la nature avant tout toxique des accidents. La gravité est fort variable (deux décès sur environ quatre cents cas).

Définitivement assise, semble-t-il, par l'observation, l'intoxication par le protéus ne soulève pas grande difficulté d'interprétation. Jusqu'ici personne ne soutient l'hypothèse d'une maladie de l'animal transmise à l'homme; il s'agit, au contraire, toujours de viandes primitivement saines, accidentellement altérées. C'est dans les conditions défectueuses de la préparation ou de la conservation des aliments que l'infection par le protéus a pu se produire; entre autres mécanismes, Dieudonné signale l'infection par les mains, susceptible de rendre nocives les pommes de terre ou la viande en quelques heures, à température élevée; il faut évidemment incriminer aussi l'infection par les instruments de boucherie,

par le mélange aux viandes saines de débris en voie de putréfaction, car le protéus est un hôte banal des putréfactions animales, etc. : contaminations d'autant plus vraisemblables, que la plupart des accidents sont provoqués par des viandes travaillées.

Souvent, c'est la conservation qui semble défectueuse; les viandes étaient conservées dans une glacière mal entretenue, dont le fond était couvert d'eau saumâtre et boueuse, riche en protéus (Lévy), ou bien les morceaux étaient empilés sans précaution dans un réduit obscur (Wesenberg).

Mais l'observation de Dieudonné soulève un autre problème; ce sont ici les *pommes de terre* qui sont en cause. Or, en se reportant à l'histoire des intoxications par la pomme de terre, inaugurée en France par Cortial (1889) et depuis enrichie d'une foule de faits, rares dans l'armée française (Vouziers, 1904), plus nombreux dans l'armée allemande (Passau, Ulm, Strasbourg, Dieuze, 1892; Wesel, 1898; Calsruhe, 1900, etc.), on est frappé des ressemblances cliniques et des similitudes étiologiques entre ces faits nombreux et les accidents de Hammelburg. Sans doute on a parfois trouvé un excès de *solanine* (E. Pfuhl, 1900) et de fait, c'est la solanine que la majorité des narrateurs accusent volontiers. Mais dans les deux grandes épidémies françaises dues aux pommes de terre, il est nettement spécifié que la solanine n'était pas en excès (Cortial, Allain); la plupart des relations étrangères sont muettes à ce sujet. Pour un certain nombre de ces faits, l'étiologie reste donc à trouver. Bien entendu, l'observation de Dieudonné, fort suggestive, ne saurait établir que le protéus est l'agent spécifique habituel de ces accidents, mais elle montre qu'ici, comme pour la viande, les alcaloïdes préformés ont sans doute moins d'importance que les êtres vivants ou leurs produits.

Rarement on a soupçonné des *microcoques*, bien qu'on les ait souvent rencontrés. Je crois inutile de contester la validité des deux observations où le staphylocoque fut rencontré. Mais je pense avoir démontré récemment que l'*entérocoque* peut, à l'occasion, provoquer des intoxications alimentaires.

Des accidents typiques, massifs (cent vingt personnes environ), gastro-intestinaux, tous sans gravité, frappèrent les hommes qui avaient consommé un morceau de lard salé; dans le lard incriminé, les cultures, ingestions et inoculations permirent de retrouver l'entérocoque à l'état de pureté; même succès dans les cultures des selles des malades. Cet entérocoque se montra virulent par ingestion pour les souris et à un moindre degré pour le cobaye. Il est probable que l'infection de la viande s'est faite après abat, et sans doute d'autres épisodes bénins seront-ils susceptibles de la même interprétation.

IV

Quelques accidents survenus dans l'armée, d'ailleurs souvent dramatisés beaucoup plus que ne le comportaient leur nombre et leur gravité, ont montré que les *conserves de viandes* peuvent être éventuellement toxiques quand elles sont mal préparées ou mal conservées. Les recherches de ces dernières années, celles de Vaillard en particulier, ont suffisamment approfondi et solutionné cette question pour qu'il soit inutile d'y revenir en détail. Il est avéré que les accidents sont régulièrement survenus à la suite de la consommation de conserves insuffisamment stérilisées, ou infectées soit après leur stérilisation, soit même pendant le temps qui s'est écoulé entre l'ouverture et la consommation.

Si l'on n'a pas pu préciser la pathogénie exacte de ces intoxications, au moins n'est-il pas douteux qu'il s'est agi d'accidents toxi-infectieux analogues à ceux que produisent les salmonelloses, le protéus ou l'entérocoque. Dans certaines boîtes mal conservées — non consommées — on a rencontré des germes divers, protéus, colibacilles, mésentéricus, etc., dont l'innocuité n'est malheureusement pas certaine. La prolifération de ces microbes a-t-elle suffi à rendre les viandes dangereuses? C'est possible, probable même, mais on ne peut l'affirmer. En tout cas, les mesures prophylactiques rationnelles qui sont appliquées dans l'armée depuis 1901, comme conclusion des travaux de la commission des conserves, ont eu leur plein effet : car depuis lors, il n'est plus guère mentionné d'accidents de cette origine. Ces mesures visent principalement à assurer le bon état de santé des animaux, la propreté des opérations, la stérilité et la conservation des produits. On peut souhaiter que les mesures appliquées à l'armée se généralisent à toutes les fabriques de conserves, quelles qu'elles soient; précaution d'autant plus nécessaire que l'évolution économique développe de plus en plus l'utilisation des produits conservés, nous acheminant vers le « siècle du fer-blanc » (Arnould).

Toutes les intoxications précédentes (toxi-infectieuses par les salmonelloses, le protéus, le bacillus coli, l'entérocoque) se présentent cliniquement comme des infections gastro-intestinales; mais une autre catégorie d'accidents, qui paraissent devenir de plus en plus rares, revêtent un tableau clinique tout différent, où dominent les manifestations nerveuses : il s'agit du *botulisme* (Wustvergiftung, allantiasis, ichtyosisme paralytique).

Dans les faits de cet ordre, le début se fait le plus souvent douze ou vingt-quatre heures après l'ingestion par des troubles digestifs sans spécificité, nausées, vomissements alimentaires ou muqueux, douleurs abdominales, presque toujours constipation; dans les rares cas où existe la diarrhée, elle disparaît au bout de deux ou trois jours. Surviennent ensuite les manifestations les plus caractéristiques, la plupart d'ordre nerveux, dont la chronologie est variable suivant les cas; la constriction de la gorge amène la dysphagie, souvent le refus de toute alimentation, même liquide; la diminution de la sécrétion salivaire entraîne une sécheresse pénible de la bouche, dont les muqueuses se montrent luisantes et plus ou moins rouges, en même temps que parfois les amygdales s'ulcèrent. Mais ce sont surtout les symptômes bulbo-protubérantiels qui donnent au tableau clinique son originalité; en première ligne, les troubles oculaires, diminution de l'acuité visuelle (on voit

comme à travers un brouillard) qui peut aller jusqu'à l'amaurose, ptosis, strabisme, immobilité du globe oculaire, mydriase souvent énorme, paralysie de l'accommodation; tous phénomènes qui intéressent les deux yeux, et qui dirigent souvent les malades vers les cliniques ophtalmologiques. La mastication est parfois gênée, l'acuité auditive peut être amoindrie, d'habitude la voix s'éteint; dans les cas graves, l'aphonie est complète, en même temps qu'apparaissent la dyspnée, une toux croupale, la faiblesse et le ralentissement des battements cardiaques, une tendance syncopale. A ces manifestations mésocéphaliques s'ajoutent la parésie musculaire généralisée, une constipation opiniâtre, parfois la dysurie ou l'anurie. L'intelligence est relativement peu atteinte et la sensibilité reste intacte.

Tous ces symptômes persistent quelque temps, en moyenne une à quatre semaines; en cas de guérison, les troubles digestifs disparaissent d'abord, alors que les troubles de la vue peuvent leur survivre pendant plusieurs mois. La mort, trop fréquente (10 à 40 p. 100 des cas), survient rarement au début, plus souvent après une ou deux semaines, dans l'asphyxie, le coma ou la consomption.

On voit que cette forme morbide revêt un aspect dramatique véritablement bien spécial, et rien ne permet aujourd'hui de la confondre encore dans le cadre cliniquement imprécis des intoxications gastro-intestinales. En face d'un pareil tableau, on pourrait songer aux empoisonnements par l'atropine, par la ciguë, par l'hellébore ou la gelsémine; on pensera surtout aux maladies nerveuses bien caractérisées (poliencéphalite, symdrome d'Erb, etc.), mais une étude approfondie des caractères cliniques et surtout les particularités étiologiques ne tarderont pas à faire connaître la vérité.

Les malades ont tous fait usage d'un même aliment, *viande* ou *poisson*; — cet aliment n'est jamais frais, *toujours conservé*, et la conservation est telle qu'elle a assuré l'*anaérobiose*; — l'aliment est consommé *cru*, ou tout au moins mal cuit; *le nombre de sujets atteints est d'habitude peu élevé* (deux, cinq, quinze, au plus vingt personnes) et souvent parmi les consommateurs, un certain nombre restent indemnes.

Ces formules concrètes exigent quelques mots d'explication. Les aliments botuligènes sont toujours conservés; il en est ainsi des saucissons qui empoisonnent surtout au printemps, alors qu'ils ont été fabriqués l'hiver précédent; du jambon, des poissons salés, les « poissons de Perse » des Russes surtout, transportés de la Caspienne aux ateliers de la Volga, salés, et enfouis sous terre un certain temps; des conserves de viandes en boîtes, des pâtés de gibier, etc. Ces mêmes aliments ont été mis à l'abri de l'air, plongeant dans la saumure, couverts d'une couche de graisse, ou d'une membrane d'enveloppe, etc. L'observation montre que jamais le produit toxique n'a été cuit sérieusement avant l'usage. Le petit nombre des atteintes tient à ce que l'altération se fait *post mortem;* l'animal ou le poisson est consommé à l'état frais sans provoquer d'accidents, certains morceaux conservés restent indemnes, alors qu'un autre morceau produira le botulisme, et seuls les quelques consommateurs du morceau toxique seront empoisonnés : tels les consommateurs d'une boîte de conserve de viande à Lorient (Du Mesnil), les consommateurs d'un seul jambon à Ellezelles (Van Ermengem), etc. Enfin, l'aliment toxique présente un aspect à peu près normal, sauf une odeur variable (odeur butyrique, odeur de poisson mal conservé, etc.) et les parties toxiques n'en occupent qu'une portion plus ou moins étendue; le centre d'un saucisson peut être botuligène alors que la périphérie, bien cuite, ne l'est pas (observation de Kaatzer), ou bien l'altération d'un jambon est localisée à des points brillants et verdâtres, s'enfonçant dans la profondeur (Römer), etc. On conçoit facilement que, parmi les consommateurs de tels aliments, les uns puissent rester indemnes, alors que d'autres seront empoisonnés.

Toutes ces particularités étiologiques s'expliquent par les propriétés du microbe généralement considéré depuis Van Ermengem (épidémie d'Ellezelles) comme étant la cause du botulisme. Le *bacillus botulinus* est en effet un microbe strictement anaérobie, saprophyte, incapable de se développer sérieusement dans l'organisme animal, alors qu'il pullule *in vitro* dans les viandes accidentellement infectées. Il sécrète un poison très actif, la *toxine botulinique*, chimiquement analogue aux toxines tétanique ou diphtérique. C'est vers 20 à 30 degrés que la production de toxine est au maximum; elle est nulle à 37 degrés, nulle par suite dans l'organisme. Expérimentalement, le microbe ou la toxine reproduisent chez l'animal (chat, pigeon, etc.) des symptômes qui rappellent singulièrement le botulisme humain.

Un des points essentiels de cette partie bactériologique consiste dans la destruction de la toxine botulinique à des températures relativement basses. La cuisson rend inoffensifs les jambons botuligènes, de même que l'ébullition détruit sûrement la toxine et qu'une température de 70 degrés, maintenue pendant une heure, l'atténue beaucoup. Une cuisson bien faite mettra donc sûrement à l'abri des accidents, à la condition bien entendu de ne pas oublier que la profondeur des masses de viande n'atteint que difficilement et lentement des températures élevées.

Les faits avancés par Van Ermengem ont rarement eu l'occasion de se vérifier, vu l'extrême rareté actuelle du botulisme vrai, même dans son berceau, l'Allemagne du Sud. Römer cependant les confirme de point en point (épidémie du district d'Alsfeld), et récemment A. Fischer et Landmann rapportaient l'épisode dramatique de Darmstadt (vingt et un cas, onze morts), survenu après l'ingestion d'une boîte de conserve de pois contaminée par des débris de viande; à Alsfeld et à Darmstadt, comme à Ellezelles, on incrimina le bacillus botulinus, et ces confirmations permettent de considérer comme vraisemblable que le microbe Van Ermengem est la cause univoque des accidents de même ordre.

V

Jusqu'ici ce sont toujours des germes vivants (salmonelloses, bacillus botulinus, etc.) ou leurs produits toxiques que nous avons incriminés. Hors ces causes essentielles — et sans doute la liste des microbes dangereux à ce point de vue n'est pas close — reste-t-il une place pour des toxiques d'autre origine? Le rôle des poisons mystérieux reste en tout cas bien minime, et nous sommes aujourd'hui bien loin du temps où toute l'étiologie des intoxications alimentaires se ramenait aux *ptomaïnes* et *leucomaïnes*, aux poisons formés sur les cadavres ou aux poisons formés par les cellules vivantes. Des leucomaïnes, il n'est plus guère question; quant aux ptomaïnes, c'est-à-dire aux alcaloïdes de la putréfaction, leur action physiologique est d'autant moins précisée que la putréfaction elle-même est fort mal connue : phénomène d'origine microbienne sans doute, mais dont les agents sont encore mal catalogués, et sont peut-être variables suivant les circonstances. Il est d'ailleurs bien évident que si la neurine, la méthylguanidine, etc., isolées des produits putréfiés, se montrent nocives quand on les injecte aux animaux, cela ne prouve aucunement qu'elles soient également nocives par ingestion. D'ailleurs, l'homme ne mange pas normalement de pourriture, au moins à un état avancé, et il est fort remarquable que si, éventuellement, par nécessité (comme les rescapés de Courrières) ou par dépravation du goût (tels certains peuples sauvages, ou dans nos pays les amateurs de gibiers faisandés), il surmonte la répugnance instinctive que lui inspire la décomposition animale, il n'en résulte généralement pour lui aucun dommage sérieux. *Le rôle qu'on a voulu faire jouer aux ptomaïnes est tout à fait usurpé*; l'histoire de leurs prétendus méfaits tient de la simple hypothèse, et aucunement d'une démonstration scientifique.

La *thérapeutique* des intoxications alimentaires réclame des moyens connus, évacuants, excitants, diffusibles, etc., dont l'emploi est d'habitude efficace. Pour le moment nous ne possédons pas de médication spécifique.

Ce sont donc surtout les *mesures prophylactiques* qui doivent servir de conclusion à cet exposé, étant de beaucoup les plus importantes.

Pour les *conserves en boîtes*, il y a lieu d'appliquer les prescriptions de la « Commission des conserves » dont le cahier des charges des conserves destinées à l'armée n'est que le développement. Les règles édictées pour les produits militaires trouveront leur raison d'être dans tous les milieux. Rappelons qu'elles visent essentiellement la propreté (presque l'asepsie) dans la fabrication, l'efficacité de la stérilisation et la conservation à l'abri de toute souillure.

Pour les viandes, il serait nécessaire tout d'abord d'instituer partout une inspection sanitaire efficace, s'exerçant sur l'animal vivant et sur l'animal entier après abat. Si cette surveillance existe dans les grands centres, il s'en faut de beaucoup qu'elle soit appliquée dans tous les milieux. Il se passera évidemment longtemps avant qu'un semblable contrôle puisse être généralisé, c'est néanmoins un but vers lequel il est nécessaire de s'acheminer. Ces précautions sont au plus haut degré indispensables dans les collectivités; elles sont observées dans l'armée.

Il faut reconnaître toutefois qu'il existe une difficulté pratique réelle. Ce sont surtout, peut-être exclusivement, les viandes infectées par les salmonelloses qui sont immédiatement toxiques pour l'homme ; or, nous ne savons pas de manière précise quelles sont les affections des animaux dues à ces microbes. Il semble d'autre part difficile de rejeter la viande de tout animal atteint de diarrhée, d'abcès, etc., car dans nombre de circonstances de telles viandes ont pu être consommées sans danger; et leur exclusion univoque serait extrêmement onéreuse, car elles se rencontrent souvent. La seule ressource actuelle est l'examen bactériologique rapide de toute viande suspecte, recommandée par Basenau et plus récemment par Drigalski ; on prononcera l'exclusion si l'analyse décèle la présence d'un microbe du groupe des salmonelloses.

Quel que soit l'aliment considéré, on doit veiller à ce qu'il ne puisse être infecté en cours de manipulation : c'est-à-dire que, en dehors des précautions élémentaires de propreté, de protection, qui sont de mise partout, il serait désirable qu'on éloigne des boucheries, des charcuteries, des cuisines, etc., toute personne qui a souffert antérieurement d'une maladie gastro-intestinale, jusqu'à ce que sa non-contagiosité soit absolument démontrée.

Si la surveillance n'est pas rigoureusement établie, il serait prudent de n'utiliser les aliments (viandes surtout) qu'immédiatement après cuisson. Le simple rôtissage est insuffisant, sauf peut-être pour la viande de mouton.

Quant aux aliments conservés (en dehors des conserves en boîtes) ou aux viandes travaillées, il semble nécessaire de toujours les soumettre à une cuisson efficace avant l'emploi.

Il va sans dire que tout aliment de mauvaise apparence doit être exclu de la consommation.

La descendance de l'homme et la sélection sexuelle, par Ch. Darwin, traduit par Edmond Barbier, d'après la seconde édition anglaise revue et augmentée par l'auteur. Préface de Carl Vogt. 1 vol. gr. in-8° de xv-656 p. avec 38 pl. hors texte. — Prix : 3 francs. — Paris, C. Reinwald-Schleicher frères, édit.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 4 octobre. — Question donnée : « Examen clinique des urines. »

MM. Brésard, 8; Camino, 13; Block (Jacques), 16; Balland, 9; Arnaudon, 13; Bouhéret, 11; Bernardin, 10; Bardet (G.-L.), 11; Bronshteyn, 2; Bailleul, 13; Brun, 15; Bouvier, 14; Bureau et Arnal, 9; Delavierre, 6; Edelmann, 11; Eissen, 13; Henrot, 9; Delor, 4 et Delmas (A.), 11.

La prochaine séance aura lieu le lundi 7 octobre, à quatre heures, première moitié, deuxième série.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Un concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Lyon aura lieu le lundi 30 mars 1908, à neuf heures du matin. Le concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu, devant le Conseil général d'administration des hospices, assisté d'un jury médical.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 21 mars. Pour tous renseignements, s'adresser aux bureaux des hospices civils de Lyon, 56, passage de l'Hôtel-Dieu.

— MARSEILLE. — M. le docteur Poucel, chef de clinique à l'École de médecine, est nommé chirurgien-adjoint des hôpitaux.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. A. Malherbe, professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole de Nantes, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite Ecole.

M. Maignen a été nommé, après concours, préparateur de bactériologie à l'Ecole de médecine de Nantes.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. — Voici le programme succinct du Congrès français de médecine qui s'ouvrira à la Faculté de Paris le lundi 14 octobre, à neuf heures du matin, sous la présidence de M. Debove.

Les séances du matin, qui commenceront à neuf heures, seront réservées à la lecture et à la discussion des rapports. Celles de l'après-midi, qui commenceront à trois heures, seront consacrées aux diverses communications des membres du Congrès.

Le mardi soir 15, le président du Congrès et Mme Debove recevront les congressistes, 53, rue La Boétie.

La municipalité de Paris recevra les congressistes à l'Hôtel de Ville à une date qui sera ultérieurement fixée.

Le banquet de clôture du Congrès aura lieu le mercredi soir 16 octobre.

Tout ce qui concerne la partie scientifique ou administrative du Congrès doit être adressé à M. Fernand Bezançon, 84, rue de Monceau, Paris, ou à M. V. Griffon, 16, rue de l'Université, Paris.

Les souscriptions (20 francs) doivent êtres versées a la librairie Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les congressistes qui désirent prendre connaissance des *rapports* avant la séance d'ouverture pourront retirer le volume sur la présentation de leur quittance à partir du vendredi 11 octobre à la librairie Masson.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ARCHÉOLOGIE. — EXCURSION DANS LA VALLÉE DE L'OISE. — Une excursion archéologique réservée aux membres de la Société et à leurs amis, sous la direction de M. Eugène Lefèvre-Pontalis, aura lieu le dimanche 13 octobre 1907, suivant l'horaire ci-dessous :

Neuf heures : Départ de Paris, gare du Nord. Rendez-vous à huit heures quarante-cinq devant le guichet de la ligne de Compiègne.

Dix heures sept : Arrivée à Pont-Sainte-Maxence. Départ en voiture. Visite de l'abbaye du Moncel et de l'église de Pontpoint.

Midi quinze : Déjeuner à Pont, hôtel du Lion d'Or.

Une heure quinze : Départ en voiture. Visite des églises de Cinqueux, d'Angicourt et de Villers-Saint-Paul.

Cinq heures quarante-cinq : Départ de Creil en chemin de fer. Arrivée à Paris à six heures trente.

Envoyer avant le 10 octobre, terme de rigueur, un bon de

poste de treize francs à M. Heuzé, membre du conseil de la Société, 16, avenue Cartault, à Puteaux (Seine), qui enverra en échange une carte représentant le prix du billet, de la voiture et du déjeuner.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Schloss (de Paris).

Cours d'hypnotisme et de psychothérapie. — MM. les docteurs Bérillon et Paul Farez commenceront, le mardi 15 octobre 1907, un cours d'hypnotisme et de psychothérapie. Ce cours sera à la fois théorique et pratique ; il comportera douze leçons et aura lieu à l'Ecole de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts, où les inscriptions sont reçues les mardis, jeudis et samedis de dix heures à midi. On peut, également, s'inscrire par correspondance. Le droit d'inscription est de 50 francs.

Les leçons seront faites aux dates suivantes :

M. le docteur Bérillon, les 15, 17, 19, 22, 24 et 26 octobre à dix heures et demie du matin.

M. le docteur Paul Farez, les mêmes jours à six heures du soir.

Les grands médecins du XIXe siècle, par Georges Daremberg, correspondant de l'Académie de médecine. Un vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

Précis d'analyse chimique biologique générale, par E. Barral, professeur agrégé à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. In-18 de 412 p., avec 155 fig. — Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

XXe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 7-12 octobre 1907.)

RESUME ET ANALYSE DES RAPPORTS

PREMIÈRE QUESTION

INFLUENCE DES RAYONS DE RŒNTGEN SUR LES TUMEURS MALIGNES

1° Rapport de M. **Béclère** (de Paris).

Pour apprécier et discuter les résultats cliniques et anatomo-pathologiques de l'action des rayons de Röntgen sur les tumeurs malignes, il importe d'être fixé sur leurs qualités physiques et leur influence sur les tissus normaux, animaux ou humains.

I. **Données physiques.** — Le foyer d'émission des rayons de Röntgen étant limité, peut être considéré comme punctiforme. Tous les rayonnements qui partent d'un point, obéissent à une même loi, celle de l'action inverse du carré de la distance, c'est-à-dire que, si une surface située à une distance déterminée du foyer d'émission *reçoit* une certaine fraction de rayonnement, la même surface, située à une distance double, ne recevra qu'une fraction quatre fois moindre : cette décroissance de la superficie vers la profondeur, des *quantités reçues* par l'unité de surface est d'autant moindre que le *foyer d'émission est plus éloigné de la peau.* En réalité, l'écart est beaucoup plus grand que ne semble l'indiquer la simple loi physique précédente, parce que les tissus *absorbent* au passage une partie des rayons : cette portion absorbée est la plus importante au point de vue de l'action sur les tumeurs, car c'est elle qui modifie la composition chimique des cellules, trouble leur nutrition, entrave leur multiplication et provoque leur dégénérescence et leur mort.

Cette *absorption*, plus marquée pour le squelette, est à peu près la même pour tous les tissus mous. Cette absorption dépend essentiellement de la *qualité* des rayons émis : on apprécie exactement cette dernière au radiochromomètre de Benoist. Un autre instrument, le quantitomètre de Kienbock, permet de mesurer l'absorption à la superficie et dans la profondeur et est parvenu à vérifier que l'écart est d'autant moindre que l'ampoule est plus dure (ampoule très vidée et très résistante au passage des rayons électriques). Pour diminuer l'écart inévitable entre les doses superficielles et profondes, il faut donc *choisir une ampoule dure et la placer à grande distance de la peau.* Mais malgré toutes ces précautions, *les fractions du rayonnement de Röntgen, absorbées par les couches successives d'une même région, décroissent rapidement de la superficie vers la profondeur* : telle est la grande loi physique contre laquelle vient se heurter la radiothérapie.

II. **Données biologiques générales.** — L'exposition prolongée des tissus aux rayons Röntgen provoque, après une période de latence, des phénomènes réactionnels allant de la chute des poils à l'escarification en masse de la peau, en passant par la rubéfaction et la vésication : ce sont les « brûlures de Röntgen » des Allemands, mieux nommées radiodermites. Scholz a pu vérifier que les altérations portent primitivement sur le noyau et le protoplasma des cellules : *les rayons Röntgen sont donc un agent de modification et de destruction cellulaire*, c'est même un mode de destruction cellulaire à *action élective*; les cellules de l'épithélium cutané meurent avant que les cellules musculaires cartilagineuses et conjonctives soient atteintes : il ne s'agit pas là de différence d'absorption mais de sensibilité, de *fragilité cellulaire* spéciale. Il a d'ailleurs été démontré par l'expérimentation que les cellules épithéliales sont loin d'être les plus sensibles : *les plus délicates sont les cellules des glandes génitales et les cellules blanches des organes hématopoiétiques : malgré leur profondeur*, elles sont détruites au travers de *téguments cutanés objectivement intacts.*

III. **Données cliniques et anatomo-pathologiques.** — La découverte de l'influence des rayons de Röntgen sur les néoplasmes fut tout empirique et précéda les recherches biologiques exposées qui sont capitales pour leur interprétation. Leur action thérapeutique antinéoplasique est basée sur cette loi que les *cellules néoplasiques*, sauf exception assez rare, *sont plus sensibles à l'action des rayons Röntgen que les cellules saines avoisinantes* : comme pour les cellules des divers tissus, les *cellules pathologiques des divers néoplasmes peuvent avoir un degré de sensibilité variable.* Cette fragilité plus grande des cellules néoplasiques *contraste* d'ailleurs avec leur excessive *multiplication*, leur *action destructive* à l'égard des éléments sains voisins, leur *tendance à envahir* les ganglions et les viscères.

Pour étudier l'action des rayons Röntgen sur les diverses tumeurs, il est préférable de les classer, moins d'après l'anatomie pathologique que suivant une des grandes *lois d'absorption* de la radiothérapie, *de la superficie vers la profondeur.*

Tumeurs malignes de la peau. — Qu'il s'agisse de la *forme néoplasique*, d'un champignon épithélial, ou de la *forme ulcéreuse*, les rayons Röntgen ont la même action bienfaisante : leur *action niveleuse*, paradoxale tantôt abaisse les montagnes, tantôt élève les vallées. Mais tous les épithéliomas cutanés ne sont pas comparables :

1° Tous ceux qui *n'ont pas dépassé le derme*, quelle que soit leur formule histologique, *spino-cellulaires, baso-cellulaires*, suivant la classification de Darier, *guérissent totalement* par la radiothérapie. Dans les mêmes conditions, les *épithéliomas mélaniques* ne font pas exception;

2° Quand l'épithéliome a *franchi le derme*, on doit à la radiothérapie des *succès* en grand nombre, mais aussi des améliorations passagères et des *échecs complets*, particulièrement dans les formes à *évolution rapide, spino-cellulaires.* Dans ces formes graves, la radiothérapie demeure un *utile complément de l'intervention chirurgicale*;

3° Dans les formes ulcéreuses, jugées *inopérables*, elle ne peut guère que *tenir le mal en échec*; c'est encore le *meilleur des palliatifs*.

Tumeurs malignes des muqueuses. — Malgré l'opinion courante, l'*impuissance prétendue des rayons Röntgen contre les épithéliomes des muqueuses est contredite* par des faits probants, mais il faut que ces épithéliomes soient *dans les conditions des épithéliomes cutanés*, *superficiels* anatomiquement, et *intradermiques*.

A la lèvre, Perthes a guéri des épithéliomas avec ganglions. M. Béclère n'a pas toujours été aussi heureux et il croit que les vrais cas complètement guérissables sont les *formes baso-cellulaires ulcéreuses, à marche lente*.

A la langue, il n'y a guère que des *guérisons temporaires* et seulement dans des épithéliomas en surface : les cas dans lesquels la récidive n'est pas signalée, sont trop récents ou n'ont pas été suivis.

A l'amygdale, la radiothérapie a pu faire disparaître une ulcération considérée comme épithéliomateuse, mais pour combien de temps? La *rareté des succès* dans les épithéliomas des muqueuses s'explique par leur *marche plus rapide* et la *minceur du derme* muqueux, qui font que la radiothérapie agit trop tard pour obtenir la guérison définitive.

Tumeurs malignes du sein. — Après une discussion fort intéressante dans laquelle sont rapportés des faits cliniques probants, l'auteur arrive aux conclusions suivantes, dont je modifie très peu la forme.

Les tumeurs malignes du sein à toutes les périodes de leur évolution peuvent bénéficier plus ou moins de la radiothérapie.

Dans certaines conditions, dont la principale est la *lenteur d'évolution* de la maladie, le néoplasme peut *disparaître sans opération*, sous l'influence de la radiothérapie seule, quand il est encore *limité à la glande mammaire* et par exception, quand la *peau et les ganglions les plus superficiels* sont déjà *envahis*.

Après l'intervention chirurgicale, la radiothérapie se montre très efficace contre les *récidives cutanées et les ulcérations néoplasiques* qu'elle cicatrise. Elle agit souvent sur les *ganglions secondaires les plus superficiels*, sur les *noyaux superficiels de généralisation*, mais demeure *impuissante* contre l'*envahissement profond du système lymphatique* de la cage thoracique et de son contenu, et contre tous les *noyaux profonds de généralisation*.

Dans les cas jugés *inopérables*, les cas *récidivés* localement ou à distance après opération, c'est le *traitement palliatif de choix* : elle donne souvent une guérison locale, *améliore l'état général*, prolonge la vie, adoucit les souffrances, et soutient les dernières illusions des malades.

Il serait légitime, *pour éviter les récidives*, d'employer la radiothérapie *préventivement* après intervention chirurgicale : il est impossible de juger encore actuellement de la valeur de cette radiothérapie, préventive de la récidive.

Tumeurs malignes des tissus vasculo-connectifs. — a. *Sarcomes*. — Ce genre anatomo-pathologique est malheureusement encore mal défini. *Les cellules sarcomateuses sont d'une manière générale plus sensibles que les cellules épithéliomateuses à l'action destructive des rayons Röntgen* : mais cette sensibilité, qui contraste avec leur situation souvent profonde, varie suivant les cas, dans des limites très étendues, alors que par leur formule histologique, par leur siège, leur volume, leur point de départ, ils semblent comparables. Cette *fragilité extraordinaire* de certains sarcomes rend légitime la création d'un *groupe clinique particulier dont l'épreuve radiothérapique permet seule le diagnostic*. Elle explique la guérison de noyaux sarcomateux *intra-craniens* (cas de Béclère et Faure), de sarcome secondaire de la *paroi abdominale* (Skinner), de sarcome du *médiastin* (Kienbock).

Mais il existe aussi, dans des cas en apparence meilleurs, des *améliorations* seulement passagères, des *échecs* nombreux et complets. Il n'existe pas, d'après l'auteur, de différence radicale entre les *sarcomes à cellules rondes et les sarcomes à cellules fusiformes*, mais la proportion des cas favorablement influencés est cependant plus grande pour les sarcomes à cellules rondes. Il n'en reste pas moins que la radiothérapie doit toujours être tentée.

b. *Lymphadénome, lymphadénie*. — Sans chercher à établir une distinction nette entre les tumeurs ganglionnaires, il convient d'insister sur l'*action presque spécifique* des rayons Röntgen, malgré la situation souvent profonde, expliquée par l'*extraordinaire sensibilité des cellules blanches* des organes hématopoiétiques, et spécialement des *lymphocytes*. Dans toutes les localisations de la *lymphadénie leucémique*, *ganglionnaires*, *cutanées*, *amygdaliennes*, *testiculaires* (?), *osseuses*, les résultats de la radiothérapie sont surprenants. Il en est de même pour le *mycosis fongoïde*.

c. *Leucémie et splénomégalies*. — Là encore l'action radiothérapique est *surprenante* sur les *masses ganglionnaires superficielles et profondes*, sur le volume de la *rate* qui, quelque grosse qu'elle soit, reprend ses dimensions normales, sur les *troubles fonctionnels* et sur l'*état général*. Il est cependant peut-être exagéré de dire que les rayons Röntgen constituent le *traitement spécifique* des formes lymphatiques et myéloïdes de la leucémie, car les *guérisons définitives sont exceptionnelles* : après guérison temporaire, il y a souvent récidive; parfois même il n'y a qu'amélioration, simple retard dans la marche fatale de la maladie.

Tumeurs malignes des viscères. — Il conviendrait théoriquement de les rapprocher des épithéliomas des muqueuses, mais leur situation profonde, souvent inaccessible, doit les faire mettre à part : c'est d'ailleurs là pour l'instant un chapitre d'attente.

Les néoplasmes du *larynx* plus abordables par les deux côtés du cou (et ils le deviendront peut-être un jour directement par les voies naturelles), ont donné quelques succès cliniques; l'examen histologique manque cependant pour asseoir le diagnostic d'une façon incontestable.

Les néoplasmes de l'*estomac* n'ont donné que

quelques résultats satisfaisants, contestables d'ailleurs. Il semble du moins que la radiothérapie améliore ou fait disparaître le symptôme *douleur*, au dire de Doumer et Lemoine.

Résultats histologiques. — Ils ont été surtout étudiés pour les épithéliomas cutanés, muqueux et de glande mammaire (Scholtz, Mickulicz et Follig, Pusey, etc., Darier, Pautrier, Ménétrier et Clunet). Il y a tuméfaction trouble des cellules néoplasiques, fragmentation de la chromatine nucléaire, et nécrose du protoplasma : à ce *stade de cytolyse* succède un *stade de phagocytose* par les *polynucléaires*. Ces phénomènes commencent à la *périphérie* et s'étendent *lentement en profondeur*. Tant qu'il reste une *tumeur profonde*, on y trouve des *cellules néoplasiques non modifiées*. Bien plus, on peut trouver des cellules épithéliomateuses en *pleine activité* dans la profondeur du tissu sous-dermique, *après disparition complète de toute tumeur*. Il faut conclure de là. *non à la faillite de la radiothérapie*, mais que la *guérison réelle*, histologique, d'un néoplasme ne se produit que *longtemps après la guérison apparente*, ou la *disparition macroscopique* du néoplasme. Il faut donc *continuer le traitement lougtemps après la guérison apparente*

IV. Dangers de la radiothérapie. — La radiothérapie appliquée au traitement des tumeurs malignes est une *arme à deux tranchants qui guérit mais qui peut blesser*. Quelques-uns de ses *méfaits* sont *réels*, d'autres sont *supposés*.

Dangers certains de l'excès de dose. — L'excès de dose est une *faute*, et souvent une faute très regrettable, qu'elle soit due à la *trop longue durée des séances*, aux *intervalles trop courts qui les séparent*, ou à la *prolongation du traitement* au delà des limites nécessaires. Ces fautes sont d'ailleurs *difficiles à éviter*, même pour le radiothérapeute expérimenté (et si on suit une bonne technique, on ne saurait en être tenu pour coupable). Car il est souvent nécessaire, pour avoir quelque chance d'être utile, *d'atteindre l'extrême limite du traitement intensif*; et il est des *facteurs essentiellement relatifs*, qui rendent possible la faute pour les plus habiles : *âge du sujet*, *région irradiée*, *état de la surface*, et facteurs inconnus qu'on range sous le nom d'attente d'*idiosyncrasie*.

Les conséquences de l'excès de dose sont les *radiodermites* avec leurs *douleurs*, leur *perte de substance*, l'*interruption forcée du traitement* qu'elles entraînent, les *complications septiques* qu'elles rendent possibles dans un milieu infecté (cavité buccale, ulcération cutanée non pansée).

Deux autres conséquences plus *insidieuses* sont utiles à connaître.

Certaines ulcérations d'abord améliorées sont ensuite aggravées par la radiothérapie, parce que le tissu néoplasique ulcéré du centre est plus vite détruit que le tissu plus épais, plus actif, non désagrégé des bords; la prolongation *nécessaire* du traitement *transforme une ulcération épithéliomateuse en ulcération de Rontgen*. Pour parer à cet inconvénient, il suffit de *protéger le centre avec une plaque de plomb*, pendant qu'on irradie toujours la périphérie; des *biopsies* sont recommandées pour distinguer les régions encore malades de celles où l'épithélioma est détruit.

D'autre part, l'irradiation prolongée peut produire des *altérations lentes et latentes des artères nourricières du derme*, aboutissant à leur *oblitération progressive* et à la *mortification* d'un territoire cutané. L'accident survient à l'improviste à la suite d'irradiations ultimes et souvent très légères.

Ces accidents, évitables ou non, ne condamnent pas la méthode.

Influence supposée de la radiothérapie sur la généralisation des néoplasmes. — C'est là un *reproche absolument gratuit*; la localisation à distance, la généralisation, sont *antérieures* ou *contemporaines* en fait, sinon cliniquement, du début du traitement; ce n'est pas le traitement qui les fait paraître. Deux autres reproches méritent d'être relevés :

1° On a signalé au cours du traitement des *accidents fébriles*, on les a observés chez des sarcomateux et des lymphadéniques, et leur terminaison a été la guérison. Il s'agit là d'*intoxication passagère* due à la présence dans le sang avant leur élimination par l'urine des *produits solubles* de désintégration, provenant des cellules néoplasiques détruites; c'est une *fièvre de résorption*, non de généralisation.

2° Certains radiothérapeutes sont morts d'*épithéliomas cutanés*, qu'on a dit *produits par les rayons Röntgen*. En réalité, l'irradiation prolongée détermine des radiodermites, des ulcérations chroniques, qui peuvent dégénérer comme tous les ulcères chroniques, mais les rayons ne sont pas la cause directe de l'épithélioma, pas plus que le sublimé qui crée une plaie par causticité, n'est cause directe de l'infection purulente qui peut suivre; le sublimé reste à dose convenable un antiseptique, et les rayons Röntgen restent dans les conditions normales un *antinéoplasique*.

V. Conditions générales du succès et de l'insuccès de la radiothérapie des tumeurs malignes. — L'ensemble des données physiques, biologiques, cliniques et anatomo-pathologiques précédentes, permet de comprendre la diversité des résultats thérapeutiques. Les conditions de succès ou d'insuccès peuvent se classer en divers groupes :

1° Siège en profondeur et degré de sensibilité des éléments néoplasiques. — La *fragilité excessive annihile parfois heureusement la profondeur*, ainsi pour tel nodule épithélial peu sensible, la *profondeur critique* commence immédiatement au-dessous du derme, tandis que pour tel volumineux sarcome ou telle rate myéloïde, elle peut n'être pas dépassée, même dans le médiastin ou l'abdomen.

Mais la *décroissanee rapide en profondeur* de l'action du rayonnement reste la grande loi qui arrête la radiothérapie, car il importe de *ne jamais déterminer de lésions superficielles sous prétexte d'atteindre la dose nécessaire à la guérison des tumeurs profondes*. On peut parfois tourner la difficulté (mem-

bres, cou, etc.), en variant la position de l'ampoule et de la zone d'irradiation superficielle pour *prendre le néoplasme entre plusieurs feux convergents*. Malgré cela, beaucoup de néoplasmes ne *peuvent recevoir la dose destructrice* ou la recevant à la périphérie, s'ils sont gros, *leur centre échappe* encore, et leur évolution n'est pas arrêtée.

2° Rapidité de multiplication des éléments néoplasiques. — La première irradiation ne tuant pas toutes les cellules malades, si entre deux séances, les cellules se multiplient peu, la guérison est facile; si la multiplication est très active, l'échec est certain. *L'action lente de la radiothérapie demande pour être efficace une tumeur à multiplication lente, sauf fragilité très spéciale des cellules* (certains sarcomes).

3° Envahissement lymphatique. — Si les *ganglions* envahis sont *superficiels*, la radiothérapie peut arrêter l'affection, mais s'ils sont profonds, la guérison radiothérapique de la tumeur elle-même n'empêche pas une *généralisation déjà commencée et hors d'atteinte* (col d'utérus, testicule).

VI. **Indications générales de la radiothérapie des tumeurs malignes.** — La radiothérapie, comme tout traitement, demande un diagnostic précoce et une application précoce. Elle ne doit pas être considérée comme la *rivale*, mais comme l'*auxiliaire de la chirurgie*, et il semble qu'*à l'avenir, il y ait grand avantage à compléter dans tous les cas l'une par l'autre.*

Voici pour l'auteur du rapport les conclusions dernières :

Toute tumeur maligne opérable *doit être enlevée*, plutôt que traitée par la *radiothérapie seule*, sauf :

a. Pour les *épithéliomas de la peau qui n'ont pas dépassé le derme ;*

b. Pour *certains sarcomes ultra-sensibles* que la radiothérapie suffit à guérir, en en faisant le diagnostic après *traitement d'épreuve*.

Il faut encore employer la radiothérapie :

1° Quand, en présence d'un néoplasme au début, *l'opération est volontairement différée par le chirurgien, ou repoussée par le malade*;

2° Après opération, pour *prévenir les récidives dans le foyer opératoire et les ganglions les plus proches*;

3° Dans les *tumeurs malignes inopérables*, c'est le meilleur *palliatif*.

2° Rapport de **M. G. Maunoury** (de Chartres).

Malgré son intérêt, j'analyserai plus brièvement ce second rapport. Je n'en veux indiquer que le plan, pour être facilement suivi quand je noterai au passage les parties originales, qui ne font pas double emploi avec le rapport précédent. Toutes les parties originales seront en italique.

Après avoir montré d'une façon entraînante les espoirs illimités que fit naître d'abord la méthode, les déceptions qu'on lui reprocha amèrement, les accusations qu'on porta bientôt contre elle, l'auteur insiste sur ce fait que l'ablation par *le bistouri reste le grand moyen, les rayons X ne sont qu'un adjuvant.*

L'action des rayons X sur le cancer est variable suivant les cas, et cette variabilité est commandée par plusieurs facteurs : les rayons eux-mêmes (quantité et qualité), la tumeur, le sujet (idiosyncrasie). L'action est lente, locale et superficielle. Il ne faut pas demander aux rayons ce qu'ils ne peuvent pas donner : *pour qu'ils agissent sur les parties profondes d'une tumeur épaisse et sur les ganglions correspondants, il faudrait rendre ceux-ci superficiels.*

Pour contrebalancer le faible degré de pénétrabilité des rayons X, que limite étroitement leur champ d'action, on a cherché à augmenter leur puissance par le perfectionnement des appareils; dans cette première voie, on est arrêté pour l'instant sans avoir atteint le but. On a tenté alors d'augmenter la vulnérabilité des cellules. Pour atteindre ce résultat, on a lié les artères desservant la région; on a fait prendre au malade par la voie buccale ou hypodermique des agents chimiques, iode, arsenic, iodure de potassium, sulfate de quinine. (*Ce dernier dans le but, non plus de diminuer la résistance des cellules, mais pour créer, dans l'intérieur même des tissus, un moyen de renforcement de l'action des rayons.*)

On a fait plus : l'obstacle est dans les tissus superficiels; ceux-ci n'existent plus au moment de l'opération, et n'existent pas davantage si, après l'opération, on ne réunit pas la plaie. Deux cas peuvent se présenter :

1° *Le chirurgien a largement dépassé les limites du mal, et il a tout lieu de croire qu'il n'y aura pas récidive. Il fait une séance de radiothérapie sur la plaie opératoire* (*ce qui a le petit inconvénient de nécessiter une installation spéciale dans la salle d'opération, et allonge l'intervention*); *puis il suture la plaie et continue les semaines suivantes les applications de rayons à travers la peau*;

2° *Lorsque le chirurgien a conscience d'avoir fait une opération incomplètement satisfaisante, il ne doit pas réunir la plaie, mais la bourrer de gaze stérile et faire tous les huit jours une séance de radiothérapie. L'auteur a appliqué cette dernière méthode dans des cas paraissant primitivement inopérables. Il en cite deux : cancer du testicule propagé au scrotum et à la paroi abdominale, cancer de la lèvre propagé au maxillaire inférieur, qui ont guéri et sont sans récidives depuis un an et demi.*

S'il arrive qu'après des opérations de ce genre, à distance de la plaie maintenue sans récidive, on voit grossir un ganglion, on l'enlève, on bourre la plaie de gaze et on fait des irradiations.

Il importe que le *chirurgien ait à sa disposition des rayons Röntgen au même titre qu'un bistouri.*

Cette méthode encore appliquée depuis trop peu de temps pour qu'on puisse juger par des statistiques de ses résultats, a un petit inconvénient. Pour combler la plaie, il faut souvent faire des *autoplasties secondaires*; *or, la peau de voisinage modifiée par les irradiations* (*lésions vasculaires*), *ne se réunit pas toujours très bien, et il faut parfois s'y reprendre à deux fois.* C'est là un argument très secondaire, si les récidives sont moins fréquentes.

Parmi les accidents attribués à la radiothérapie, l'auteur repousse l'accélération de la marche du cancer, la formation des adénopathies, la création d'épithéliomas cutanés; il insiste un peu sur les *phénomènes généraux avec fièvre, vraie toxémie, souvent*

grave, pouvant entraîner la mort, imposant l'interruption du traitement, et l'obligation de voir dès la première séance, comment réagit le *malade.*

Au point de vue technique, après avoir insisté sur la nécessité du dosage instrumental, l'auteur indique les deux méthodes de radiothérapie : *méthode des séances courtes et répétées, à durée progressivement croissante, ou méthode de Guillemonat; méthode intensive faisant absorber la plus grande quantité de radiations compatible avec l'intégrité des téguments, et à intervalles aussi courts que possible, ou méthode de Béclère.* Cette dernière semble avoir la préférence.

D'une discussion, sur la position de l'ampoule, l'auteur conclut qu'*il convient de la placer à* 15 *centimètres.* Il est bon en pratique d'employer des *appareils spéciaux dits localisateurs, pour protéger les tissus voisins, à la condition que les limites du champ impressionné dépassent les limites de la tumeur.*

L'étude de la radiothérapie des cancers en particulier, commence par les *épithéliomas cutanés, dont quelques-uns sont réfractaires primitivement ou secondairement aux rayons X, sans qu'on comprenne pourquoi.* Dans les *épithéliomas des muqueuses, l'auteur croit à l'inutilité de la radiothérapie et préconise l'ablation. Cependant, dans les cas inopérables on doit toujours essayer de ce moyen, et deux curieux cas de cancer du col de l'utérus guéris sont rapportés* (sans suites éloignées, ni diagnostic histologique [cas de Haret]).

Pour le *cancer du sein,* l'auteur pose les règles suivantes :

1° *Si le cancer est mobile avec ou sans ganglions axillaires, opération chirurgicale large, séance d'irradiation immédiate ; faut-il suturer ou non ? L'avenir et les faits trancheront la question ; actuellement, il semble qu'il n'est pas imprudent de suturer ;*

2° *Si le cancer et les ganglions sont plus volumineux, l'opération moins satisfaisante, laisser la plaie béante et irradier ;*

3° et 4° *Si le cancer est inopérable, ou s'il y a une contre-indication formelle à l'opération (état général, cœur, albuminurie, âge), se contenter de la radiothérapie seule, mais en tirer tout ce qu'on peut; aplatir le sein par une lame de carton qui l'étale et l'amincit, attaquer les seins volumineux par les quatre points cardinaux.*

Dans les *cancers viscéraux,* les résultats sont à peu près nuls.

En ce qui concerne le *sarcome,* la radiothérapie est dominée par deux considérations générales :

1° *L'extrême irrégularité du résultat ;*

2° *La nature du mal qui est local et n'envahit pas les ganglions.*

Les cellules jeunes des récidives de sarcome sont particulièrement sensibles, et a l'inverse des épithéliomas, les récidives de sarcomes sont de bons cas pour la radiothérapie.

Pour le sarcome, il faut allier, plus encore que pour l'épithélioma, le bistouri et les rayons X. La radiothérapie complète utilement l'acte opératoire et empêche la récidive.

(*A suivre.*) CHEVRIER.

REMARQUES
SUR LA
TECHNIQUE DE L'OVARO-SALPINGECTOMIE
ET DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

Par le docteur Paul PETIT,
Chirurgien-adjoint de l'hôpital libre Saint-Michel.

Incliner la malade en position de Trendelenburg, isoler complètement le bassin du reste du cœlome par des compresses convenablement disposées, c'est déjà se créer, pour l'ablation abdominale des annexes, des facilités et une sécurité que naguère nous ne pouvions même pas prévoir. La malade inclinée, le bassin isolé, il est certain qu'on arrive le plus souvent, pour peu qu'on y soit exercé, à attirer très vite les annexes au dehors, sans les rupturer, sans léser les organes voisins, même en cas d'adhérences assez étroites.

Il est cependant une troisième manœuvre préliminaire qui facilite singulièrement cette recherche, cette libération des annexes, et dont on aurait grand tort de se priver : je veux parler de l'extériorisation et de la fixation de l'utérus auquel sont appendues les annexes.

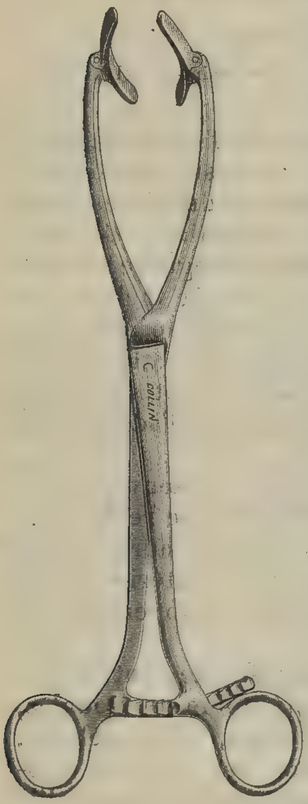
Même alors qu'elles sont assez étroitement cimentées aux tissus de voisinage, péritoine du Douglas, face postérieure du ligament large, côlon pelvien, cette extériorisation de l'utérus est toujours possible, dans une certaine mesure, et c'est merveille de voir alors comment ces ovaires et ces trompes qu'il s'agit d'enlever et qui, avant cette manœuvre, particulièrement chez les femmes grasses, étaient à bout de doigts et semblaient perdus dans un magma confus, se rapprochent de l'opérateur ; comment se dessinent leurs attaches normales et pathologiques sous une traction intelligente, modérée, convenablement dirigée ; comment s'amorcent d'eux-mêmes les plans de clivage.

Reste à savoir de quelle façon pratiquer cette fixation et cette extériorisation de l'utérus. Le plus souvent la main ne suffit pas.

Quand l'utérus est fibromateux, rien de mieux à l'ordinaire que le tire-bouchon. S'il s'agit de métro-annexite, la plupart des opérateurs qui utilisent la manœuvre en question, l'exécutent en plantant une pince tire-balle sur le fond de l'organe ; mais pour peu qu'il soit enflammé, et partant friable, la pince déchire, la déchirure saigne, assez parfois pour qu'il faille la suturer ou la cautériser, voire même pratiquer l'hystérectomie qui n'était pas dans le programme. En somme l'emploi en cette occasion de la pince tire-balle est assez brutal et défectueux.

La pince hystérolabe imaginée par M. Dartigues et construite par M. Collin m'avait paru répondre tout d'abord aux données du problème. La souplesse et l'élasticité de ses mors, grâce à la minceur, à la trempe et surtout à l'ingénieuse interruption des anneaux qui les constituent, semblent en effet assurer une préhension suffisante tout

en évitant l'écrasement ou même la contusion de l'organe. Mais, en pratique, serrée modérément, c'est-à-dire comme elle doit l'être, cette pince dérape trop facilement. Je ne suis pas seul de cet avis, car M. Collin vient d'imaginer un nouveau modèle d'hystérolabe dont les mors sont constitués cette fois par deux plateaux courbes mobiles autour de l'extrémité des branches et de telle sorte que, la prise faite, plus l'on tire vers la base du cône utérin, plus les plateaux serrent au lieu de déraper.



Ce nouveau modèle paraît d'action plus sûre, mais je n'ai pu encore en juger.

A la saisie directe de l'organe qui exposera toujours plus ou moins à le léser, je préfère de beaucoup, pour ma part, la saisie indirecte par le ligament rond, du côté des annexes à enlever et tout près de la corne utérine, avec une de ces excellentes pinces à petits plateaux arrondis et évidés, imaginées par M. Faure pour les opérations vaginales et qui permettent des tractions très appuyées, sans déchirer les tissus. Le ligament rond, au point dont je parle, est du reste très résistant et il n'y a aucun inconvénient à assurer énergiquement sa prise. En tirant sur la pince ainsi fixée on bascule latéralement l'utérus, on fait monter les annexes comme si l'on agissait directement sur elles, ce que défend d'ordinaire leur friabilité, on tend leurs adhérences, on les rend visibles et l'on facilite singulièrement ainsi le travail de la main et la sécurité de l'intervention.

Rien de commode comme cette petite manœuvre. Il suffit de l'avoir pratiquée une fois pour s'en rendre compte et j'y ai recours depuis pas mal d'années.

Du reste, qu'il s'agisse de métro-annexite ou de fibrome utérin, veut-on enlever l'utérus avec les annexes, que l'utérus soit ou non tire-bouchonné, c'est encore par la prise, bilatérale cette fois, du ligament rond, près de la corne utérine, qu'il faut préluder à l'ablation de l'organe.

Les ligaments saisis, on les sectionne au-dessous des pinces qui assurent l'hémostase de leur artère centrale, puis on incise entre elles le péritoine vésico-utérin en évitant les plexus sous-jacents, toujours très développés, en cas de fibrome, et l'on abaisse la vessie avec ses cornes et la naissance des uretères.

La section des ligaments ronds a fait brèche dans le feuillet antérieur du ligament large. D'un côté de l'utérus, puis de l'autre, on y introduit une pince en dehors et au ras de la gaine latéro-utérine, on crève avec cette pince le feuillet postérieur du ligament large, en se tenant toujours dans le triangle avasculaire et, la retournant vers la fosse iliaque, on saisit le pédicule annexiel, soit en dehors, soit en dedans des annexes, suivant la commodité, et on le sectionne. Sa clef de voûte ainsi supprimée, le ligament large s'effondre jusqu'à la gaine hypogastrique sous la simple friction d'une compresse, et la gaine latéro-utérine bien isolée, s'offre à la vue et au doigt, résistante et saillante.

On y peut distinguer deux parties : en dedans un cylindre musculaire dans lequel monte l'artère et qui fait corps avec l'utérus ; en dehors une sorte de croissant cellulo-fibreux, plus ou moins marqué, ouvert vers la fosse iliaque, dans lequel montent les veines utérines, et qui n'est autre que la partie la plus résistante de la trame celluleuse du ligament large, dont le reste (les 4/5 externes), toujours à l'état de toile d'araignée, a suivi les feuillets péritonéaux dans leur ruine. Cette gaine, mi-partie musculaire, mi-partie celluleuse, souvent très déviée en arrière ou en avant, en cas de fibrome, est rendue plus saillante encore par l'inclinaison de l'utérus du côté opposé ; ne l'est-elle pas encore suffisamment à l'œil nu, on la trouve toujours très facilement sous le doigt grâce à son relief, sans qu'il soit besoin de percevoir les battements de l'artère et on la saisit au niveau de l'isthme avec une pince de Kocher dont les dents doivent mordre sur le bord même de l'utérus, pour que la prise de l'artère soit assurée.

On procède exactement de même façon pour le côté opposé et les six pédicules vasculaires étant bien isolés, pincés et coupés, l'utérus ne tenant plus que par son isthme, on le sectionne, à ce niveau au-dessus des pinces utérines.

Cette façon de procéder est assurément la plus anatomique, d'une exécution facile, très sûre et l'on peut dire qu'elle convient à tous les cas de fibromes et d'annexites comportant l'hystérectomie. Quels que soient le degré et le mode d'enclavement des fibromes pelviens, quelles que soient les adhérences annexielles, on arrive toujours facilement à cette attache utérine des ligaments ronds sur laquelle je fixe l'attention du lecteur. Les ligaments ronds sectionnés, le ligament large est ouvert, et dans un point toujours très favorable à l'amorçage du décapsulement et du désenclavement des fibromes. Les lobes fibreux étant décapsulés, désenclavés, on arrive toujours, même dans les cas les plus compliqués, à les soulever ou à les récliner suffisamment pour pincer préventivement les pédicules latéro-utérins.

Je conçois bien qu'il soit parfois rationnel d'user du procédé américain d'attaque transversale d'un côté à l'autre, en commençant par le côté le plus dégagé ; qu'il soit sage d'y penser ; mais je n'ai jamais eu jusqu'ici besoin d'y recourir.

En tout cas, si l'on use de cette attaque de flanc, je crois préférable au lieu de commencer, comme dans le procédé type par la prise en masse de dehors en dedans du ligament large, d'évoluer dans le sens que j'ai indiqué, c'est-à-dire par la prise successive du ligament rond, du pédicule annexiel après transfixion et du pédicule latéro-utérin. On est beaucoup plus sûr, de cette façon, de la prise correcte des pédicules et, par suite, de l'hémostase.

Le procédé si ingénieux de section médiane de Faure n'offre d'avantage réel, en cas de métro-annexite que s'il y a pseudo-inclusion intraligamentaire des annexes ou s'il y a véritable kyste inclus. En tout autre cas, en s'aidant de cette traction sur les ligaments ronds sur laquelle j'insiste, on arrive aussi bien à ses fins par le décollement classique et peut-être suit-on mieux la libération des adhérences.

Je me suis bien trouvé de modifier légèrement le procédé de Faure en pratiquant tout d'abord la section du ligament rond et du péritoine vésico-utérin et l'abaissement de la vessie. Cette manœuvre préliminaire permet de saisir plus facilement les utérines au passage.

S'il s'agit de fibrome utérin compliqué d'annexite il est généralement préférable d'enlever le fibrome avant les annexes. Si le fibrome est compliqué de sphacèle interne d'un de ses lobes et s'il n'est pourtant justifiable que de l'hystérectomie abdominale, on se gardera de le tirebouchonner. Il suffira, pour le mobiliser, de deux pinces fixées à l'attache utérine des deux ligaments ronds. Le vagin bien dégagé, on le saisira, dans toute sa largeur, au-dessous du col, avec la pince coudée de Wertheim, on aseptisera de son mieux la partie sous-jacente du conduit, puis on le coupera au ras et au-dessous de la pince. La tumeur pourra être ainsi enlevée sans qu'une goutte de liquide septique contamine le champ opératoire. J'ai eu tout dernièrement l'occasion d'user en pareil cas de ce procédé déjà recommandé par Wertheim, par Jayle, pour l'épithélioma du col.

Presque tous les chirurgiens pratiquent actuellement la ligature de l'artère utérine avec sa gaine après transfixion du tissu utérin voisin. En cas de fibrome cette transfixion doit se faire à un centimètre ou davantage, en dedans de la gaîne, pour éviter de gros sinus veineux qui sillonnent le muscle en dedans de l'artère.

J'ai l'habitude de mettre, par prudence, une seconde ligature sur l'artère isolée au niveau de la tranche de section utérine, bien que je ne connaisse pas d'exemple d'hémorragie secondaire de l'utérine liée en masse avec sa gaine musculaire et ses veines collatérales.

Au contraire et surtout quand on se sert de catgut, le pédicule annexiel a grande tendance à se dérober sous le fil, parce que les fibres lisses qui entrent dans sa composition, n'étant plus retenues par les annexes, comme le pédicule latéro-utérin l'est encore par le moignon utérin, font effort pour se rétracter vers la fosse iliaque, surtout au moment des vomissements. J'ai eu à rouvrir le ventre deux fois pour des hémorragies de ce pédicule. Je crois donc toujours nécessaire de l'écraser avant de le lier quand on use de catgut, ou tout au moins d'assurer la première ligature par transfixion, par une seconde ligature ordinaire, placée dans le même sillon ou plus en dehors.

Pour la péritonisation, les points séparés sont certainement préférables à la suture en bourse ou même au surjet qui exercent précisément une certaine traction sur les pédicules externes.

Au lieu de les passer à la manière de Lembert, je fais des points en U assez allongés et transversaux disposés de la façon suivante : l'une et l'autre branche de chaque point passent dans la direction même et à un centimètre environ de la tranche du ligament large, à la face profonde de l'un et l'autre de ses feuillets, pour ressortir sur leur face péritonéale ; la base de l'U ne traverse pas la tranche, elle la surmonte, de telle sorte que quand on serre le fil, les deux surfaces péritonéales qui dépassent ses chefs se recoquevillent et se rapprochent aussi bien que dans le point de Lembert. De plus, ainsi placés, les fils ne coupent pas et leur nombre peut être très réduit.

MÉDECINE PRATIQUE

UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE TRAITEMENT DE LA DYSMÉNORRHÉE

Il est inutile d'insister sur la fréquence de la dysménorrhée chez les jeunes filles et chez les femmes ; il n'est pas de praticien qui ne soit journellement consulté par des malheureuses qui souffrent cruellement à presque toutes ou à toutes leurs époques cataméniales, et qui sont obligées souvent d'interrompre leurs occupations pendant quelques jours. Chaque mois, à ces « éternelles blessées », il faut procurer le soulagement sinon la guérison, et malheureusement cela n'est pas toujours facile vu la multiplicité des causes auxquelles ressortit le symptôme dysménorrhée.

Si nous nous en rapportons à la classification que donne M. Paul Dalché dans son remarquable ouvrage *La puberté chez la femme*, nous voyons en effet qu'on peut reconnaître : une *dysménorrhée mécanique* relevant d'une obstruction apportée à l'écoulement du sang ; une *dysménorrhée congestive* comprenant la dysménorrhée dite essentielle, la dysménorrhée inflammatoire, la dysménorrhée par hyperémie ovarienne, celle qui survient chez les goutteuses, les neuro-arthritiques, les lymphatiques, les paludiques, et enfin la dysménorrhée paroxystiques des vierges ; une *dysménorrhée nerveuse*, une *dysménorrhée ovarienne* subaiguë sous laquelle M. Dalché décrit les dysménorrhées provoquées par l'ovaire scléro-kystique, l'arrêt ou le retard anatomique ou fonctionnel de l'organe, une maladie de l'ovulation ; une *dysménorrhée nasale* enfin, décrite pour la première fois par Fliess.

Il est évident qu'en présence de ces causes multiples, le traitement de la dysménorrhée ne saurait être uniforme et qu'il devra viser autant que possible à supprimer la cause efficiente. Il est malheureusement beaucoup de cas où il faudra y renoncer et se contenter d'un traitement symptomatique destiné à diminuer l'intensité des douleurs.

Nous ne passerons pas en revue les multiples moyens qu'on peut mettre en œuvre dans ce but, et qui sont formulés excellemment dans l'ouvrage de M. Dalché cité plus haut ; nous décrirons seulement une nouvelle méthode, simple d'application et qui a l'avantage de pouvoir s'adresser à des dysménorrhées de causes très diverses.

Partant de l'antagonisme fonctionnel qui existe entre l'ovaire et la glande mammaire, et dont l'aménorrhée de l'allaitement est une preuve entre bien d'autres, Oscar Polano (de Würtzbourg) a eu l'idée d'appliquer l'hyperémie artificielle des mamelles au traitement de la dysménorrhée (1). Pour

(1) *Munch. med. Wockens.*, n° 35, 27 août 1907.

cela, quelques jours avant la période cataméniale, on applique sur chacun des deux seins une des ventouses de Klapp employées déjà pour combattre les mastites par la stase veineuse. On a soin de vaseliner le bord de la ventouse pour obtenir une occlusion plus parfaite, puis on fait graduellement le vide jusqu'à ce que la mamelle devienne turgescente et que la malade éprouve à ce niveau une forte sensation de tiraillement qui ne doit pas cependant aller jusqu'à la douleur.

L'application se fait en deux temps d'une durée de quinze minutes environ chacun, et séparés par un court intervalle; on peut cependant parfois réduire la durée totale de la séance à un quart d'heure.

L'hyperémie ne disparaît pas immédiatement lorsqu'on enlève les ventouses, elle persiste plusieurs heures pendant lesquelles la mamelle est plus pleine et plus volumineuse qu'à l'état normal. De même lorsque le traitement s'est prolongé un certain nombre de jours les seins restent ensuite turgescents pendant un ou plusieurs jours.

On fait chaque jour une séance et cela au maximum jusqu'à la fin de la période menstruelle.

Sous l'influence de ce traitement, on voit dans nombre de cas un retard notable se produire dans l'apparition des règles; il peut atteindre huit à dix jours. D'autre part, l'écoulement de sang est fréquemment beaucoup moins considérable qu'auparavant, ce qui constitue un avantage sérieux en cas de ménorragie, ainsi que le fait remarquer Polano.

Cet auteur a expérimenté le traitement que nous venons de décrire sur un grand nombre de femmes et de jeunes filles depuis un an. Dans beaucoup de cas il y eut absence complète de douleurs pendant toute la durée des règles et dans tous les autres cas une atténuation plus ou moins appréciable des phénomènes douloureux.

Lorsque après avoir pratiqué systématiquement la méthode pendant un certain temps on vient à l'interrompre, la dysménorrhée peut réapparaître, mais elle est souvent beaucoup plus légère qu'auparavant, de sorte qu'il peut suffire d'une seule application nouvelle pour faire disparaître complètement la douleur.

Quant à la facilité d'exécution, elle est telle qu'à la clinique de Würtzbourg on confie celle-ci à une infirmière, et que si cela est nécessaire, on peut après leur en avoir montré le mécanisme, laisser appliquer le traitement par les malades elles mêmes ou une personne de leur entourage.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 SEPTEMBRE 1907)

L'emploi de l'acide arsénieux est-il préventif des trypanosomiases ? — MM. LAVERAN et THIROUX communiquent un travail sur ce sujet. MM. Lœffler et Rühs ont émis l'opinion que l'acide arsénieux avait des propriétés curatives et préventives tout à fait remarquables dans une des trypanosomiases les plus virulentes, le nagana. Ces propriétés, d'après ces auteurs, seraient comparables à celles de la quinine contre le paludisme.

Des recherches et des expériences auxquelles se sont livrés MM. Laveran et Thiroux, il résulte qu'en admettant que l'acide arsénieux exerce une action préventive sur les trypanosomiases, cette action ne saurait être comparée à celle de la quinine contre le paludisme. Alors, que pour prévenir le paludisme, de petites doses de quinine, non toxiques, suffisent, il faudrait, contre les trypanosomiases, employer des doses considérables d'acide arsénieux et, partant, toxiques.

La conclusion du travail de MM. Laveran et Thiroux est donc que l'emploi préventif de l'acide arsénieux contre les trypanosomiases (trypanosomiase humaine ou trypanosomiases des animaux domestiques) ne doit pas être conseillé.

Au point de vue du traitement des trypanosomiases, il y a un enseignement à tirer des expériences sur l'action préventive de l'acide arsénieux. Ces expériences montrent que, déjà au bout de vingt-quatre heures, chez un animal ayant reçu une forte dose d'acide arsénieux, la quantité du médicament existant dans le sang ou dans la lymphe n'est plus suffisante pour empêcher la pullulation des trypanosomes; l'acide arsénieux qui n'a pas été éliminé est fixé sans doute sur les tissus. Il paraît donc indiqué, quand on emploie l'acide arsénieux dans le traitement de la trypanosomiase, de donner les doses à intervalles aussi courts que le permet la toxicité de ce médicament, afin que le milieu intérieur reste dans un état défavorable à la culture des trypanosomes.

Le rôle de la rate dans les trypanosomiases. — M. LAVERAN présente une note de M. Massaglia d'où il ressort que les trypanosomes recueillis dans la rate, avec les précautions nécessaires, se présentent avec les mêmes caractères que ceux qui proviennent d'autres viscères; que la virulence des trypanosomes ne disparaît pas plus vite dans la rate des animaux morts de trypanosomiase que dans le sang de ces animaux; que l'extrait de rate ne détruit pas, in vitro, les trypanosomes; enfin que chez le chien dératé l'évolution du Surra est la même que chez le chien normal; l'auteur croit donc pouvoir conclure, comme l'ont fait déjà MM. Laveran et Thiroux, que la rate n'a pas de propriété trypanolytique spéciale.

Lois de l'action de la lumière sur les glycosides, les enzymes, les toxines, les anticorps. — MM. DREYER et Olav HANSSEN adressent une note sur ce sujet dont voici les conclusions :

1° La lumière affaiblit tous les corps nommés ci-dessus;

2° Cet affaiblissement était dû, avant tout, aux rayons ultraviolets retenus par le verre;

3° Cet affaiblissement progresse régulièrement sous l'action d'un éclairage continu. Si x exprime la quantité du corps qui a changé pendant un temps t et que k indique une constante, l'affaiblissement de tous ces corps s'exprime d'une manière très exacte par la formule de la réaction monomoléculaire $\frac{dx}{dt} = k(a - x)$.

4° Contrairement à ce qu'indique Noguchi, les deux glycosides examinés, la cyclamine et la saponine, se dédoublent en sucre, sous l'action d'un éclairage fort;

5° La lumière a la faculté de coaguler des liquides albumineux;

6° Pour les corps qui, sous l'action d'un éclairage prolongé, se troublent par suite de la coagulation des albumines, l'affaiblissement s'exprime aussi par la formule de la réaction monomoléculaire en prenant en considération le changement de la transparence de la solution par unité de temps.

Recherches sur la nature chimique de la matière colorante fondamentale des urines. — M. DOMBROWSKI communique une note, sur ce sujet, présentée par M. Gautier. Jus-

qu'ici les recherches sur la matière jaune ou pigment fondamental des urines n'ont donné aucun résultat. La découverte des acides protéiques, produits azotés et sulfurés provenant de la désassimilation des matières albuminoïdes de l'économie, a fait entrer la solution de ce problème dans une nouvelle voie. Cette matière colorante, que les auteurs appellent l'urochrome, serait d'origine albuminoïde.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 2 OCTOBRE 1907)

Lipomes de l'aisselle. — M. Morestin rapporte trois cas de lipomes de l'aisselle, dont deux avec adénome central.

Ostéome du maxillaire inférieur. — M. Morestin, se trouvant en 1905 à la Martinique, eut l'occasion d'opérer un jeune nègre d'un ostéome du maxillaire inférieur. Il souffrait depuis 1902; on lui arracha deux molaires; les douleurs se calmèrent; puis, elles apparurent de nouveau; en même temps se développait une grosse tumeur, d'une extrême dureté, au niveau du maxillaire inférieur droit. A la partie la plus saillante de la tumeur, se trouvait un orifice par lequel s'écoulait un peu de liquide sanguinolent.

L'examen de la cavité buccale montrait que cette tumeur faisait une saillie dans le vestibule latéral droit. Le malade ouvrait difficilement la bouche, mais il pouvait s'alimenter comme d'habitude puisqu'il se nourrissait de farines et de légumes, n'ayant jamais mangé de viande, ni de pain. Le diagnostic porté par M. Morestin fut celui de sarcome. Il fit la résection de la moitié droite du maxillaire inférieur. L'opération fut rendue laborieuse par la vascularité de la région et l'épaississement considérable du périoste. La résection terminée, M. Morestin referma la cavité buccale, draina à la partie postérieure. La guérison était complète après un mois et le malade put se remettre à travailler.

L'examen de la tumeur montra au centre d'un tissu conjonctif très dense une coque osseuse épaisse contenant une tumeur osseuse très dure. La tumeur fut examinée histologiquement par M. Letulle qui conclut non pas à un odontome, ni à un sarcome, mais bien à un ostéome. Ce cas est intéressant en raison de sa rareté et de la difficulté du diagnostic.

M. Kirmisson, après l'examen des figures présentées par M. Morestin à l'occasion de cette tumeur, insiste sur l'état de la dentition et demande des renseignements à ce sujet.

M. Morestin répond que la dentition de ce nègre était parfaite et complète. Toutes ses dents ont parfaitement évolué.

Pince à utérus. — M. Walther présente, de la part de M. Collin, une pince fixatrice destinée à maintenir l'utérus au cours de l'ablation des annexes, sans le blesser comme les pinces de Museux.

Rétrécissement congénital du gros intestin. — M. Hartmann présente une intéressante radiographie du gros intestin d'une fillette de cinq ans, extrêmement constipée depuis sa naissance. Cette enfant reste quelquefois trois semaines sans aller à la selle et présente des crises assez graves de pseudo-obstruction incomplète. Il s'agissait d'un rétrécissement congénital d'un point du côlon transverse qui a pu être radiographié après l'introduction dans l'intestin d'une certaine quantité de bismuth. Si les accidents persistent M. Hartmann pratiquera chez cette enfant une anastomose iléo-rectale.

La séance est levée, l'ordre du jour étant épuisé et personne ne demandant la parole.

Il n'y aura pas de séance mercredi prochain à cause du Congrès de chirurgie.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 66, 2 juin 1907.) G. Molon : La glycosurie adrénalinique. — Gravagna : Le bacille de Hansen dans le torrent circulatoire des lépreux avant et après le traitement mercuriel. Nouvelles tentatives de culture. — Spiro Livierato : Une nouvelle préparation salicylée, le benzosalin. — Prof. Tizzoni, Calabrese, Alessandro Buongiovanni : Le radium et la rage. — Salvatore Gucciardello : Guérison rapide des abcès chauds par un procédé contraire à la méthode ordinaire. Traitement occlusif. — Germani : Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de l'infection tuberculeuse. — Guido Bonomini : Contribution clinique à l'histoire des échinocoques du poumon. — R. Babini : Tuberculose primitive de l'épididyme. — Brandino : Un cas de lithiase salivaire. — (N° 69, 9 juin.) Aldo Massaglia et Giuseppe Sparapani : Eclampsie expérimentale et éclampsie spontanée chez les animaux. — Giulio Delli Ponti : Ce que l'on sait actuellement des relations entre la splénomégalie et la thyroïdomégalie. — Germani : Contribution au traitement de la tuberculose. — Gino Monzardo : La chirurgie conservatrice dans les tumeurs de l'épaule. — Giulio Antonucci : Une complication rare de la rougeole. — (N° 72, 16 juin.) Prof. A. Bonome : La tuberculose d'origine alimentaire. — Bruschettini et L. Ansaldo : Etudes sur le gonocoque. Prof. Ettore Jona : Auto-sérothérapie pleurale. — Cesare Minerbi : Un perfectionnement dans la technique de la coloration par l'éosine et le bleu de méthylène en deux temps pour l'hémato-diagnostic et le cytodiagnostic cliniques. — G. Polini : Contribution à l'étude de l'hydrocèle féminine. — (N° 81, 7 juil.) C.-P. Goggia : Quelques observations nouvelles sur l'agglutination du bacille de Koch en rapport avec la théorie de l'unicisme. — Spiro Livierato : Recherches bactériologiques sur les exanthématiques. Démonstration de l'existence d'anticorps bactériens dans le sérum sanguin de sujets atteints de certaines d'entre elles : érysipèle, rougeole, scarlatine, variole, varicelle. — U. Gironi : Contribution clinique à la rachistovaïnisation. — Domenico Tanturri : Cas grave d'ostéomalacie guéri par les injections d'adrédaline au millième, selon la méthode de Bossi. — (N° 84, 14 juil.) Prof. A. Bonome : La tuberculose d'origine alimentaire. — Giulio Carli : Puerpéralité et tuberculose. — Prof. Claudio Fermi : L'action immunisante de la substance cérébrale de divers animaux. — T. Silvestri : Foie et albumines hétérologues. Contribution clinique et expérimentale à l'étude des rapports du foie avec l'assimilation des albumines hétérologues. — E. Silvestrini : Contribution à l'étude de l'action caustique du chlorhydrate de quinine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 116. — JEUDI 10 OCTOBRE 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 10 OCTOBRE 1907. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 7 octobre. — Question donnée : « Technique de l'autopsie des cavités thoracique et abdominale. »

MM. David, 5; Feuillet (Raoul) et Coppin, 11; Corbineau, 13; Conte, 8; Ecalle, 13; Mlle Condat, 17; MM. Collignon, 6; Delmas (Léon), 11; Esmein, 13; Mlle Celnik, 6; MM. Devillers, 14; Feuillet (Gustave), 12; Champeau, 13; Didier, 10; Eudel, 11; Chevallérias, 9; Detape, 5; Chevallereau, 9; Deffaux, 12.

Anatomie. — Séance du 8 octobre 1907. — Question donnée : « Artère fémorale dans ses branches. »

MM. Lévi-Alvarès, 19; Leblan (Eugène), 5; Lafage, 8; Mas, 3; Lebas, 14; Larrieu, 5; Mlle Lempert, 16 1/2; MM. Lacan Saint-Guily, 15; Léonetti, 3; Marro, 7; Mlle Lavergne, 9; MM. Landrieu, 7; Kudelski, 11; Lavaud, 12; Lespinasse, 9; Luquet, 17; Lesueur (Raoul), 14; Lambert, 15; Le Louët, 10; Mlle Leven, 15.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 10 octobre, à quatre heures, deuxième moitié, première série.

LE IVe CONGRÈS DE CLIMATOTHÉRAPIE ET D'HYGIÈNE URBAINE se tiendra à Biarritz, du 20 au 25 avril 1908 (semaine de Pâques), sous la présidence du professeur Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Les questions suivantes sont, dès à présent, mises à l'ordre du jour et feront l'objet de rapports spéciaux :

« Indications et contre-indications du climat océanien dans les états neurasthéniques. » Rapporteur : M. le docteur Régis, professeur des maladies mentales à la Faculté de médecine de Bordeaux;

« De l'action combinée du climat marin et de la médication chlorurée sodique dans la tuberculose ganglionnaire. » Rapporteur : M. le docteur Richardière, médecin des hôpitaux de Paris;

« La cure marine et la cure chlorurée-sodique dans le rachitisme. » Rapporteur : M. le docteur Denucé, professeur de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de Bordeaux;

« Les bureaux municipaux d'hygiène et les règlements sanitaires dans les stations climatiques. » Rapporteur : M. le docteur Mosny, médecin des hôpitaux de Paris, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France;

« Climatologie du golfe de Gascogne. » Rapporteur : M. le docteur Camino, médecin du sanatorium d'Hendaye.

Le Comité d'organisation du Congrès a son siège à Biarritz, où l'on peut adresser toute demande de renseignements à M. le docteur F. Gallard, secrétaire général.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — AVIS AUX CANDIDATS AJOURNÉS. — MM. les candidats ajournés avant le 31 mai 1908 pourront renouveler leurs épreuves, savoir : 1° l'épreuve pratique de disection, à partir du 1er juin 1908; 2° l'épreuve pratique de médecine opératoire, à partir du 6 avril et à partir du 1er juin 1908.

Les preuves orales seront renouvelées : 1° à partir du 1er juin pour les candidats ayant échoué avant le 3 mai; 2° à partir du 15 juin pour les candidats ayant échoué après le 3 mai et avant le 31 mai.

Les candidats admis à renouveler l'épreuve pratique de médecine opératoire, à partir du 8 avril consigneront les 23 et 24 mars. Les candidats qui ne pourront renouveler cette épreuve qu'à partir du 1er juin consigneront les 11, 12, 18 et 19 mai inclusivement, dernier délai.

Pour les épreuves autres que la médecine opératoire, les candidats ajournés avant le 3 mai consigneront les 11, 12, 18 et 19 mai inclusivement, dernier délai, pour passer à partir du 1er juin. Les candidats ajournés après le 3 et avant le 31 mai consigneront les 1er et 3 juin pour passer à partir du 15 juin.

Ils seront tenus de déclarer, en consignant, la date de leur échec.

Les élèves ajournés après le 31 mai à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

Les sessions extraordinaires de juin et juillet 1908 ne seront ouvertes qu'en tenant compte des dispositions de l'article 4 du décret du 24 juillet 1899 et de l'article premier du décret du 20 mai 1902.

CONCOURS POUR LE RECRUTEMENT DE DIX MÉDECINS DE COLONISATION EN ALGÉRIE. — Il sera ouvert, en mars 1908, un concours pour le recrutement de dix médecins de colonisation.

Ce concours aura lieu devant un jury composé d'un conseiller ou d'un conseiller-adjoint de gouvernement, président, de trois professeurs de l'Ecole de médecine désignés par le gouverneur général et de l'inspecteur général des services d'assistance.

Conditions d'admission au concours. — Pour être admis à prendre part à ce concours, les candidats devront justifier : 1° qu'ils sont Français jouissant de leurs droits; 2° qu'ils sont docteurs en médecine d'une Faculté française; 3° qu'ils sont âgés de moins de trente-cinq ans. Cette limite est reculée à quarante ans pour ceux qui justifieront de cinq ans de services dans les armées de terre ou de mer; 4° qu'ils ont satisfait à la loi sur le recrutement.

Pour assurer l'exécution des dispositions qui précèdent, les candidats devront faire parvenir au Gouvernement général, avant le 1er février 1908, en même temps que leur demande, les pièces suivantes : 1° leur acte de naissance dûment légalisé; 2° leur diplôme de docteur en médecine; 3° un certificat de bonne vie et mœurs ayant moins de trois mois de date; 4° un extrait de leur casier judiciaire remontant également à moins de trois mois; 5° un état signalétique et des services militaires; 6° les justifications de leurs titres ou travaux scientifiques et des services publics qu'ils auraient précédemment rendus; 7° un certificat d'un médecin assermenté par l'Administration constatant leur aptitude à un service essentiellement actif.

La liste des candidats admis à concourir sera arrêtée définitivement au moins quinze jours avant l'ouverture du concours; un avis adressé aux candidats leur fera connaître le lieu où ils devront se réunir et l'heure à laquelle commenceront les épreuves.

Epreuves du concours. — Les épreuves du concours sont les suivantes : 1° une épreuve écrite sur un sujet d'hygiène ou de clinique intéressant plus spécialement l'Algérie (quatre heures sont accordées pour cette épreuve); 2° une épreuve pratique de microscopie clinique; 3° l'examen clinique de deux malades dont un atteint d'affection oculaire et l'autre plus particulière aux pays du Nord de l'Afrique; 4° des interrogations portant sur un programme comprenant des notions sur l'hygiène, l'assistance publique, la médecine légale, les maladies communes dans l'Afrique du Nord, les éléments de zoologie appliquée à la médecine et à la pharmacie pratique.

Le programme détaillé sera adressé à chacun des candidats sur sa demande.

Nota. — L'épreuve écrite est subie simultanément à Paris et à Alger; elle décide de l'admissibilité des candidats qui sont appelés à subir les épreuves pratiques orales à Alger.

Les épreuves sont cotées de 0 à 20. La valeur relative attribuée à à chacune d'elles est exprimée par les coefficients suivants :

Epreuve écrite	3
Epreuve pratique de microscopie clinique	1
Epreuve clinique de deux malades	3
Epreuves orales	3

Il sera tenu compte aux candidats : 1° Des services rendus comme médecin intérimaire du service médical de colonisation ou stagiaire des hôpitaux de la colonie par une majoration allant de 5 à 25 points;

2° De la connaissance des langues arabe ou kabyle par une majoration fixée ainsi :

Diplôme ou prime de 1re classe	25 points
Diplôme ou prime de 2e classe	18 —

Note 1 obtenue aux examens oraux annuels de l'Administration départementale, 12 points.

Pour être admis à subir les épreuves pratiques et orales, les candidats devront obtenir, pour l'épreuve écrite, la moitié au moins du nombre maximum des points. Ne pourront être reçus définitivement que les candidats ayant obtenu, pour l'ensemble des épreuves, les 6/10 du nombre maximum des points.

Nomination. — Les candidats définitivement reçus seront nommés suivant les nécessités du service à la cinquième classe du grade de médecin de colonisation.

HOTEL-DIEU. — *Maladies nerveuses et mentales.* — M. Gilbert Ballet reprendra sa consultation externe et sa policlinique le samedi 19 octobre, à neuf heures et demie, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

RADIOLOGIE MÉDICALE. — *Cours de vacances*, par le docteur A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — Tous les jours du dimanche 20 au dimanche 27 octobre :

Matin, dix heures : Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Matin, onze heures : Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et de l'estomac.

Soir, deux heures : Exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine, il commencera le *dimanche 20 octobre à dix heures du matin*, dans le laboratoire de radiologie médicale du docteur Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 100 francs. Ces exercices auront lieu à partir du lundi 21 octobre. (En raison du nombre forcément très restreint des personnes qui pourront y participer à la fois, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

Les corps étrangers magnétiques intra-oculaires et leur extraction, par le docteur Raymond Béal, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien assistant d'ophtalmologie des hôpitaux de Paris. In-16 de 132 pages avec 32 figures. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Steinheil.

Traité de l'arthritisme, par le docteur F. de Grandmaison. In-8. — Prix : 8 francs. — Paris, A. Maloine.

XX[e] CONGRÈS DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 7-12 octobre 1907.)

RESUME ET ANALYSE DES RAPPORTS (1)

DEUXIÈME QUESTION

DES TRANSPLANTATIONS NERVEUSES, MUSCULAIRES ET TENDINEUSES DANS LE TRAITEMENT DES PARALYSIES

1° Rapport de **M. H. Gaudier** (de Lille).

Les deux rapports de M. Gaudier et du professeur Kirmisson se complètent sans empiéter l'un sur l'autre. Le rapport de M. Gaudier est divisé en deux parties :

I. **Transplantations musculo-tendineuses.** — Par transplantation, implantation, anastomose ou greffe musculaire et tendineuse, on entend l'ensemble des opérations destinées à faire actionner par tout ou partie d'un muscle sain, le tendon d'un muscle paralysé.

Après un *historique* très fourni qu'il serait folie de vouloir résumer, l'auteur étudie la *médecine opératoire*.

Mais avant de prendre le bistouri, il importe de savoir d'une façon très précise, l'*état exact des muscles*.

Pour savoir *quels muscles sont paralysés et s'ils le sont totalement ou partiellement*, il suffit d'examiner *les attitudes pathologiques dues à la paralysie infantile et les mouvements actifs spontanés ou commandés :* et l'auteur donne des renseignements précis sur les *attitudes des membres supérieur et inférieur* dans les *paralysies infantiles partielles*, dans l'*hémiplégie spasmodique* et dans la *diplégie spasmodique* ou maladie de Little. Je ne saurais, dans ce résumé, entrer dans le détail.

La *valeur du muscle* doit être appréciée par l'*étude des mouvements* et l'*examen direct*. La *palpation* est trompeuse, car elle confond l'*atrophie paralytique* avec l'*atrophie d'inactivité* d'un muscle conservé. Malgré Vulpius qui y trouve la source d'erreurs nombreuses (mouvements de défense, courants trop faibles et inactifs, courants trop forts amenant par diffusion la contraction des muscles voisins), il semble qu'il soit bon d'avoir recours à un *examen électrique* attentif; on ne doit intervenir que lorsqu'il est démontré que les muscles sont perdus pour la vie.

Tous les détails pré-opératoires sont minutieusement étudiés par l'auteur : l'*asepsie* qui doit être parfaite à cause du voisinage des gaines, le nombre des *aides* (2), les *instruments*, l'*anesthésie* (le *chloroforme* a la préférence; pour les membres inférieurs la *rachistovaïnisation* peut être commode, elle permet de commander certains mouvements aux enfants intelligents).

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 115, p. 1371.

Faut-il *corriger la difformité avant, pendant ou après l'opération de la transplantation?* Les avis sont partagés.

Dans les *cas simples*, on fait le tout dans la même séance. Dans les *formes anciennes* on redresse d'abord et après immobilisation de trois semaines, on fait l'anastomose. Si le *redressement est impossible par suite des rétractions*, on intervient sur les tendons pour arriver à la correction (opération préliminaire), et on fait les anastomoses secondairement.

Les *opérations préliminaires* sont de deux ordres : un *tendon est trop court*, on peut le *couper* ou mieux l'*allonger*, soit par le procédé de Poncet (par incision latérale en accordéon), de Hibbs (par incision bilatérale angulaire, très voisin du précédent), de Bayer (par dédoublement et glissement latéral). Un *tendon est trop long*, on le *raccourcit*, par le procédé en anse (Hoffa), par la résection partielle (Ollier), ou totale, par plissement (Lange), par dédoublement et glissement latéral (Le Roy des Barres).

Transplantations. — Les *incisions cutanées* pour les pratiquer sont suivant les auteurs et suivant les cas, petites ou grandes, uniques ou multiples; il est impossible de les codifier. Les *sections aponévrotiques* devront être nettes, à distance de l'os pour faciliter la suture, et devront respecter au cou-de-pied le ligament annulaire.

Vulpius attache une importance capitale à l'*examen direct* (sous bande d'Esmarch) *du muscle mis à nu* ; le *muscle sain* est *rouge sombre*, le *muscle en état d'inactivité* est *rose pâle*, le *muscle paralysé* est *jaunâtre*. Ces trois colorations peuvent tigrer la surface d'un même muscle.

1° Transplantation de tendon a tendon (Nicoladoni). — A. *Transplantation descendante.* — Le tendon *sain* sectionné près de son *extrémité périphérique* est fixé au *tendon paralysé*; plusieurs variétés sont à décrire suivant le mode de fixation du tendon sain sectionné au tendon paralysé (Nicoladoni, Goldthwait, Ghillini) et suivant que ce dernier est sectionné partiellement ou totalement.

B. *Transplantation ascendante.* — Le tendon *paralysé*, *séparé* de son ventre musculaire, est suturé au tendon sain.

C. *Transplantation bilatérale* ou échange de tendons; le muscle *sain* est *dédoublé*, une de ses moitiés, sectionnée à la périphérie, s'entrecroise avec une bandelette inversement taillée du muscle paralysé, et se fixe à elle.

De la comparaison de ces procédés, il résulte que pour le retour de la fonction du muscle paralysé, la méthode de choix est la *transplantation descendante*; comme elle a l'inconvénient de supprimer totalement la fonction du muscle sain, on ne doit la faire que si ce dernier est *physiologiquement moins important* que le muscle paralysé. La transplantation bilatérale, théoriquement la meilleure, donne pratiquement des résultats inférieurs.

Les *transplantations musculaires* sont beaucoup plus délicates à cause de la nécessité de respecter les vaisseaux et les nerfs de la portion transplantée;

on dédouble le muscle de bas en haut (pas trop haut) au bistouri plutôt qu'à la sonde cannelée qui contusionne; le dédoublement doit être poursuivi jusqu'au tendon; pour la suture, le muscle paralysé peut être traité comme un tendon, ou creusé en gouttière (Le Roy des Barres) pour recevoir la languette musculaire vivante.

Il faut autant que possible que les muscles ou les tendons suturés soient parallèles; s'ils ne le sont pas, on peut corriger la déviation fonctionnelle qui résulterait, en créant une poulie de réflexion.

Les *sutures* de tendons se feront de préférence par le procédé de la *greffe en fente* de Vulpius. Il faut user toujours de quelques *points en U*, en plus des *points d'affrontement*, et adjoindre au besoin des *sutures de soutien*, transversant toute l'épaisseur des tendons. Comme fil, on utilisera de préférence la *soie fine*; le catgut est employé par quelques chirurgiens.

2° Transplantation périostale (Lange). — Le tendon sain n'est pas suturé au tendon paralysé, mais *fixé au périoste directemeut ou par l'intermédiaire d'un tendon de soie*. Ce procédé est né de cette constatation que le tendon paralysé peut être ramolli et s'étirer secondairement.

Le tendon de soie intermédiaire est un précieux adjuvant qui permet de donner à un tendon trop court la longueur voulue : la *tresse de soie* d'abord petite, s'enkyste dans du tissu conjonctif qui décuple son volume et est parfaitement tolérée. Le seul petit ennui est l'escarification possible de la peau sur le fil tendu; on l'évite, en plaçant le membre dans le plâtre en *hypercorrection*.

La *suture au périoste* demande tous les soins; il ne faut pas se contenter de *fixation simple*, mais faire passer en partie le tendon de soie sous le *périoste décollé* ou sous un *pont ostéopériostique*. Eviter les nœuds volumineux de peur d'escare, ou les enfouir.

Turner, pour éviter l'emploi des tresses de soie, détache une *languette périostique* pour la suturer au tendont rop court; il aurait de bons résultats.

Soins post-opératoires. — Le *drainage* est très discuté; chaque chirurgien a ses préférences, comme pour le matériel des *sutures cutanées*. Ils semble en tout cas que les griffes de Michel qui affrontent mal les peaux épaisses soient à laisser de côté.

Le *pansement* sera simplement aseptique. La plupart des chirurgiens lui adjoignent un *plâtre contentif*, dans lequel le membre est mis en *hypercorrection*. L'appareil est laissé en moyenne de trois à quatre semaines. Lange le remplace par un appareil de soutien en celluloïd et attelles d'acier.

Malgré l'opinion de certains auteurs, il semble qu'il ne faut pas laisser marcher les malades librement trop tôt pour éviter l'*allongement secondaire* des tendons. Un appareil de soutien variable suivant les cas et les chirurgiens, doit donc être recommandé.

Il faut encore soigner, *développer le muscle* : massage, bains chauds, électricité, gymnastique. Il faut manier ces adjuvants avec beaucoup de prudence. Lange commence l'*électricité* le troisième mois, Le Roy des Barres, le vingt-cinquième jour. Les séances doivent comprendre la galvanisation (à 12 milliampères pendant un quart d'heure), la faradisation (deux à trois minutes). Il faut agir sur le muscle anastomosé tous les deux jours, et sur les autres muscles du membre une fois par semaine.

La *gymnastique* se fera par *mouvements actifs* (les mouvements passifs au moyen d'appareils créant plus facilement des étirements tendineux). La *marche* sera d'abord pratiquée les *pieds nus*, suivant les conseils de Drobnik (réflexes plus intenses).

Il faudra suivre le malade pendant de *longs mois*, sous peine de voir le résultat compromis.

Il faut enfin *éduquer le sujet*, pour que le résultat fonctionnel soit satisfaisant, le muscle transplanté ayant souvent une action différente du muscle paralysé. Si on remplace un extenseur par un fléchisseur, il faut que le malade voulant étendre le pied, pense à le fléchir.

Principaux modes de transplantations pouvant être employés aux membres inférieurs et supérieurs pour la cure des difformités paralytiques. — L'auteur donne un schéma que je ne puis reproduire de ce qui a été fait dans la *paralysie spinale infantile* pour le pied-bot équin paralytique, le pied-bot valgus paralytique, le pied-bot varus paralytique, le pied-bot talus paralytique, pour les paralysies infantiles du genou, des muscles de la fesse, des muscles de la main, de l'avant-bras, du bras, dans l'*hémiplégie spastique*, *apoplectique* et la *diplégie spastique*.

II. **Des transplantations nerveuses**. — On doit entendre par transplantation nerveuse, greffe ou anastomose, l'acte chirurgical qui consiste, dans le cas de paralysie motrice d'un groupe musculaire, à greffer le bout périphérique du nerf paralysé sur un autre nerf moteur voisin sain. L'auteur l'étudie comme *moyen thérapeutique des paralysies faciales d'ordre périphérique* et des *paralysies infantiles*.

Après un historique fort intéressant, l'auteur aborde la *physiologie de la transplantation*.

La question de la restauration est tranchée par les faits, mais le mécanisme du bourgeonnement central qui s'adaptait si bien à la théorie du neurone, est attaqué depuis que le neurone est discuté.

Ballance et Stewart, Bethe, comme autrefois Philippeaux et Vulpian, soutiennent la *régénération autogène*.

Chez l'animal elle est toujours complète; chez l'adulte, elle est souvent partielle, mais ne peut être complète que si le rétablissement du contact entre les deux bouts du nerf sectionné amène au bout périphérique une influence excitante encore inconnue.

La discussion a été ouverte trop récemment pour qu'on puisse conclure : une expérience de Wertheimer et Dubois est cependant absolument contradictoire de la régénération autogène; par suture linguo-hypoglossienne, ils ont vu ce dernier nerf devenir vaso-dilatateur, alors qu'il est normalement vaso-constricteur; cette modification radicale est en faveur de la *régénération par bourgeonnement* du lingual qui est vaso-dilatateur.

Les expériences physiologiques ne sont pas superposables aux cas cliniques où la suture est le plus souvent tardive. Les expériences de Howell font cependant exception : l'excitabilité revient vingt et un à vingt-cinq jours après la suture.

Certains auteurs ont voulu ne suturer que des nerfs de fonction analogue; d'autres, ayant vérifié que le fait n'a pas une importance primordiale, ont voulu créer une théorie de centres interchangeables. En réalité, il faut que, par *éducation*, le malade pour contracter ses muscles primitivement paralysés, pense aux mouvements que produit avant l'opération le nerf transplanté.

Technique générale. — Les variétés de suture sont restreintes, *suture termino-terminale de la totalité ou d'une bandelette* du nerf sain, *suture termino-latérale*, le nerf paralysé sectionné étant fixé au nerf sain et intact, soit *par une brèche faite au périnèvre*, soit dans une *boutonnière* faite en plein nerf. Si l'expérimentation est en faveur du premier procédé, il faut avouer qu'en clinique les résultats de la seconde méthode ne sont pas inférieurs, bien qu'on l'ait traitée d'antibiologique.

Il faut manier les nerfs avec une *extrême prudence*, user de *compresses trempées dans le sérum artificiel*. Les sutures au catgut de préférence ne devront traverser que le *périnèvre*. La *suture sera protégée* par une interposition musculaire ou autre, pour ne pas adhérer à la cicatrice cutanée qu'on aura avantage à dévier du trajet nerveux. Spitzy protège la suture nerveuse en l'entourant d'une *artère de chien* durcie et stérilisée dans la formaline.

Il est bon d'immobiliser quelque temps, puis de masser et d'électriser. Les soins post-opératoires sont les mêmes que pour les anastomoses tendineuses.

Les techniques spéciales ne sauraient être décrites dans ce résumé. L'auteur passe en revue l'*anastomose spino-faciale* et *hypoglosso-faciale*, donnant la préférence à la seconde, parce que l'hypoglosse est plus gros, plus proche du facial, que la langue est cachée (contractures simultanées) et ne s'atrophie pas si l'anastomose est faite latérale; puis les anastomoses portant sur les *nerfs poplités*, les *nerfs jambier antérieur et musculo-cutané*, les *nerfs médian* et *radial*, les *cinquième* et *sixième nerfs cervicaux*.

Résultats. — A. *Dans la paralysie faciale*, la restitutio ad integrum n'a guère été obtenue que dans un cas où l'opération fut précoce (Peugniez). Il faut se contenter, avec Faure, de la *disparition au repos de l'asymétrie faciale*; dans la contraction (anastomose spino-faciale) il y a association des mouvements de l'épaule et de la face, à moins que le spinal sectionné ne donne une paralysie, plus gênante encore, de l'épaule.

Les cas d'anastomose hypoglosso-faciale prêtent aux mêmes considérations; il importe d'éviter la paralysie de la langue très gênante, troublant la déglutition et la phonation (méthode termino-latérale). Il semble que ce soit là l'intervention d'avenir.

Pour les *paralysies des membres*, il est difficile de conclure des quinze cas publiés. Dans les deux tiers des cas environ, il y a disparition de la difformité et retour des fonctions.

Indications et contre-indications. — Elles ne sont pas si simples à poser qu'il y paraît d'abord; il y a des paralysies qui guérissent d'elles-mêmes, par réparation spontanée ou suppléance. Il faudrait donc attendre (six mois, Faure).

Mais comme les interventions précoces semblent donner de bons résultats, on peut peut-être considérer l'opération comme un moyen de *hâter la guérison d'une paralysie qui serait peut-être disparue seule*. Ainsi comprise, l'opération *ne doit pas être nocive*, elle doit être économique (anastomose latérale).

De même aux membres, il importe de ne pas sacrifier des nerfs sains. *L'économie doit être la base de toutes les anastomoses nerveuses.*

2° Rapport du professeur **Kirmisson** (de Paris).

De la valeur des transplantations tendineuses dans les paralysies. — Les transplantations tendineuses sont des opérations faciles, essentiellement bénignes, mais sont-elles vraiment *efficaces*, c'est-à-dire le muscle transplanté se contracte-t-il, donne-t-il au membre des mouvements abolis auparavant? Voilà la question. D'ailleurs à un bon résultat immédiat fait assez souvent suite une récidive. Dans toutes les observations, il faudrait connaître les *résultats éloignés*, et ceux-ci manquent souvent.

Le rapporteur passe ensuite à l'*examen des faits*, et cette partie ne peut guère s'analyser, mais, documentée à souhait, humoristique par endroits, elle mérite d'être lue.

Après avoir passé en revue ses observations propres (un seul résultat vraiment bon sur 15) et les cas opérés par d'autres et qu'il a pu voir (tous mauvais), le rapporteur en vient aux faits publiés à l'étranger, aux faits publiés en France, aux opinions et aux statistiques à lui communiquées par des chirurgiens français ou étrangers; sauf de rares exceptions, tout concourt à établir que les résultats des anastomoses tendineuses elles-mêmes sont à peu près nuls; ce qui donne le plus de résultats, c'est *ce qu'on fait à propos* des anastomoses tendineuses.

Il fait un chapitre à part pour les transplantations pratiquées au *niveau du quadriceps fémoral* et dont les résultats sont assez favorables; il faut cependant faire quelques réserves sur l'utilité de l'opération dans ces cas; l'état du malade avant l'opération n'est pas toujours noté, et on peut fort bien étendre la jambe et marcher avec un quadriceps paralysé.

Au *membre supérieur*, il existe quelques bons résultats; si toutes les opérations ne sont pas des succès, la proportion des cas favorables augmente très sensiblement.

Il faudrait d'abord au dire du rapporteur s'entendre sur la valeur relative des diverses transplantations, savoir laquelle doit être préférée. Il ne croit pas à la possibilité de bons résultats dans les transplantations partielles; un muscle divisé en deux parties ne peut remplir à la fois les fonctions de fléchisseur et d'extenseur. Il faut donc toujours faire la *transplantation totale*.

Ce qui rend très difficile l'appréciation des résultats, c'est que la transplantation tendineuse est *entourée d'une foule d'adjuvants, d'interventions dites secondaires*, qui pour le rapporteur sont des *interventions capitales*, ténotomie, raccourcissement ou allongement des tendons, fixations tendineuses, immobilisation plâtrée. Si l'on fait, comme on le doit le plus souvent, l'intervention en deux temps, on constate qu'après le premier temps l'amélioration est considérable, et le deuxième temps (transplantation tendineuse) ne donne rien de plus.

Ces opérations préliminaires (ténotomies, ténoplasties) restituent la *forme*, une *partie des fonctions*, en permettant le jeu des antagonistes immobilisés par les rétractions; elles n'ont pas la prétention de rendre la *fonction au muscle paralysé*, tandis que la transplantation tendineuse, moins modeste, mais plus trompeuse, promet cet idéal, mais ne le donne presque jamais.

Ces opérations de plastique tendineuse, avec leurs succès indéniables, doivent être comparés avec l'arthrodèse.

Certains auteurs rejettent absolument cette dernière, lui reprochant tantôt de donner une soudure complète, tantôt une soudure incomplète des os.

Le rapporteur estime que les résultats de l'arthrodèse sont excellents — et une soudure un peu incomplète n'est pas un échec — quand les indications sont bien posées; il ne faut *jamais la faire dans le jeune âge*, à cause de l'épaisseur des cartilages et des déviations secondaires possibles au cours du développement (cartilages de conjugaison); elle convient aux *formes graves de paralysie* dans lesquelles les ténotomies ou ténoplasties ne peuvent guère donner que des *membres ballants*.

La conclusion est qu'*on a beaucoup abusé des transplantations tendineuses*; les résultats n'en sont pas brillants, et ils le sont encore moins quand on les pratique avant que l'évolution du mal soit définitive. Il importe donc de faire toujours un diagnostic précis, et d'*attendre longtemps* (deux ans après le début de la paralysie infantile) avant de rien entreprendre.

Les indications devront être basées sur un examen soigneux de la contractilité musculaire (*contractilité volontaire et électrique*).

Il faut d'abord obtenir la *correction des attitudes vicieuses par le redressement simple ou associé aux différents procédés de plastique tendineuse* (*ténotomie, raccourcissement ou allongement des tendons*). Souvent, très souvent, l'amélioration sera suffisante pour qu'on s'en tienne là.

Dans les cas légers et moyens, on pourra peut-être si on a un diagnostic précis, *essayer d'une transplantation tendineuse*, en sachant que *celle-ci ne changera souvent que bien peu le résultat déjà obtenu.*

Dans les cas graves, la transplantation doit faire place à l'arthrodèse.

Dans les *paralysies spasmodiques*, les indications de la transplantation sont encore plus restreintes; *elle ne semble pas avoir d'indications dans la maladie de Little*; elle a donné *quelques bons résultats dans l'hémiplégie infantile, au niveau du membre supérieur.*

(*A suivre.*) CHEVRIER.

DEUX CAS DE CONTUSION ABDOMINALE

PAR PASSAGE D'UNE ROUE DE VOITURE

TRAITEMENT PAR LAPAROTOMIE

Par Victor PAUCHET (d'Amiens).

Premier cas. — *Rupture des voies biliaires*; *guérison.* — Une femme de trente ans environ, marchant à côté d'un chariot, fait une chute; la voiture vide lui passe en travers de l'abdomen, au ras des fausses côtes. Phénomènes de shock : perte de connaissance. Le docteur Liébert (de Montdidier) trouve la malade dans l'état suivant : pouls petit, rapide, facies syncopal, défense musculaire de la paroi pendant l'exploration. Il conseille d'expédier la malade en auto-ambulance, pour pratiquer une laparotomie d'urgence; les parents se refusent à ce conseil. La malade est mise au lit et soumise à l'action de la glace et de l'opium. Elle est alors soigné par le docteur Trouvain (de Pierrepont), qui continue d'appliquer le traitement médical : diète, glace, lavements huileux, injections de sérum pendant huit à dix jours.

La malade présente des accidents péritonitiques atténués : nausées, pouls rapide, demi-ballonnement, défense musculaire, arrêt partiel des matières et des gaz.

Quinze jours après l'accident, je trouve la malade dans l'état suivant : subictère, amaigrissement considérable, température 37 degrés, pouls 110, dépression extrême; l'exploration du ventre fait constater que ce dernier est souple dans la moitié gauche; la moitié droite au contraire est tendue, saillante comme s'il s'agissait d'une ascite enkystée. Mon diagnostic fut le suivant : hématome enkysté, ou collection de bile due à la rupture de la vésicule biliaire. Les matières fécales sont un peu moins colorées que normalement, mais leur aspect n'est point décoloré et ne correspond pas à la section du cholédoque.

Laparotomie (rachistovaïne). — Celle-ci est faite dix-sept jours après l'accident, sur le côté droit; l'incision comprend toute la paroi abdominale, l'épiploon apparaît, non adhérent à la paroi, mais verdâtre et épaissi; il est effondré à la sonde cannelée : un flot de bile jaillit, et le ventre s'affaisse; j'évalue à 4 ou 5 litres la quantité de bile enkystée. L'exploration de la cavité ne permet pas de reconnaître le segment des voies biliaires qui a été rompu. Un gros drain est mis dans la plaie; la fente épiploïque est suturée à la paroi.

Il s'écoule environ 2 à 300 grammes de bile par jour, puis l'écoulement se tarit. La fermeture est complète au bout de cinq semaines. L'état général se remonte; les matières sont bien colorées, le subictère a disparu : la guérison paraît complète.

Quel est le segment biliaire qui a été rompu? L'expectation suivie d'intervention a été couronnée de succès, mais l'indication précise a-t-elle été remplie? Quel sera l'avenir de cette femme?

a. *Quel segment biliaire a été rompu?* Il est vraisemblable que c'est la vésicule : si, en effet, le cholédoque ou l'hépatique avait été déchiré, il y aurait eu un ictère plus précoce et une décoloration des matières plus complète; la teinte subictérique, que

la malade a présentée quelques jours avant l'opération, était due, non à la rétention biliaire, mais à la résorption des pigments contenus dans la bile enkystée. D'ailleurs la vésicule, par sa distension habituelle, prête plus à l'éclatement qu'aucun autre point de l'arbre biliaire; il est donc vraisemblable que c'est elle qui a été lésée.

b. *L'indication précise* a-t-elle été remplie? Cette malade a présenté les symptômes d'une contusion abdominale grave : la contraction défensive du ventre, constatée par le médecin, avait fait poser le diagnostic de rupture d'un organe abdominal. Cette femme a eu la chance d'enkyster un liquide aseptique; mais si la bile avait été tant soit peu infectée, elle fût morte de péritonite. Si la lésion avait été une rupture du foie ou d'un vaisseau abdominal, cette femme aurait succombé à l'hémorragie. Notre malade a guéri malgré l'abstention primitive : c'est un hasard heureux qu'on ne doit jamais escompter. Si l'indication avait été bien remplie, on lui eût fait une laparotomie immédiate, découvert la rupture vésiculaire et suturé ou extirpé le cholécyste.

c. *Quel sera l'avenir* de cette femme? Etant donné que c'est la vésicule qui a été rompue, il ne peut survenir aucune sténose du côté de l'arbre biliaire, l'opérée peut compter sur une guérison définitive.

Deuxième cas. — *Contusion intestinale par écrasement; fracture du bassin, laparotomie, guérison.* — Une femme de vingt-quatre ans conduit une charrette dans laquelle elle se trouvait en compagie d'une vache; les guides s'échappent des mains de la conductrice, et, dans le mouvement qu'elle fait pour les ressaisir, elle tombe sur le sol : la voiture chargée lui passe obliquement sur l'abdomen, depuis l'hypocondre gauche jusque sur la cuisse droite, en passant par le pubis; il en résulte une compression de la masse intestinale et une fracture double verticale du bassin. Le docteur Liébert (de Montdidier), fait le diagnostic de contusion abdominale et de fracture pelvienne, et envoie à ma clinique la malade; celle-ci est transportée en auto-ambulance. Je la trouve dans l'état suivant : pouls 90, figure bonne, température 38 degrés, rétention d'urine, ventre très légèrement ballonné, sensible un peu à gauche de la ligne médiane, mais *pas de défense musculaire* proprement dite, voilà pour les phénomènes abdominaux. Du côté du bassin, le palper et le toucher font reconnaître nettement une fracture double et verticale de la ceinture pelvienne; la grande lèvre droite est ecchymosée. Comme je ne trouve pas de contraction défensive du ventre, je ne me crois pas autorisé à intervenir de suite, la malade est mise sur un lit mécanique et j'attends les événements.

Le lendemain matin, trente six heures après l'accident je trouve la patiente encore en bon état : le pouls à 90, mais elle a présenté des vomissements porracés toute la nuit et le ventre est à demi ballonné; il y a eu deux vomissements noirâtres.

Laparotomie (rachistovaïne). — Le ventre renferme de la sérosité, les anses grêles sont noires et remplies de sang, le mésentère sur un point est ecchymotique, mais le segment intestinal correspondant présente un aspect normal; pour juger l'aspect normal des tuniques intestinales, je dois refouler le contenu noirâtre de l'intestin pendant quelques secondes. Enfin, très haut vers la gauche, pas loin du jéjunum, le grêle présente la trace d'une contusion grave, de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, l'intestin n'est pas perforé, mais la séreuse est couverte d'une couenne péritonique; c'est là que la perforation va s'amorcer. J'enfouis la surface meurtrie sous cinq points séparés au fil de lin. L'abdomen est fermé sans drain.

Suites très bonnes, la malade cesse de vomir douze heures après, elle expulse vingt-quatre heures plus tard des matières noirâtres et des gaz. Cette expulsion dure 3 ou 4 jours.

L'abdomen est complètement guéri en 15 jours. La fracture du bassin nécessite deux mois de repos.

Voici une malade qui ne présentait aucun symptôme grave de contusion abdominale, la contracture défensive de la paroi n'existait pas; néanmoins l'intestin était voué à la perforation deux jours plus tard. L'intervention heureusement a été pratiquée avant que l'ouverture spontanée n'ait lieu.

Conclusion. — En présence d'une coutusion abdominale produite par le passage d'une roue de voiture, il faut toujours pratiquer la laparotomie, malgré l'absence de tout symptôme abdominal sérieux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 8 octobre 1907)

Tuberculose inflammatoire et rachitisme tardif. — M. Poncet continue ses recherches intéressantes sur la tuber culose. Dans ce travail, qu'il a fait en collaboration avec M. Leriche, il s'applique à démontrer que les déformations ostéo-articulaires essentielles de la croissance, scoliose, genu-valgum, pied plat douloureux, coxa vara, etc., sont souvent d'origine tuberculeuse. Il rappelle les diverses hypothèses à l'aide desquelles on a cherché à expliquer l'origine de ces difformités essentielles de la croissance. On a tour à tour invoqué les théories ligamenteuses et musculaires, aujourd'hui définitivement abandonnées, le rôle de la surcharge, des modifications purement statiques, une ostéomalacie locale passagère. Cette dernière hypothèse semble aujourd'hui le plus communément admise.

Ollier, relevant quelques analogies entre ces troubles de développement et ceux du rachitisme dans la première enfance, créa le mot de rachitisme tardif qui fit fortune. Il y a deux sortes de rachitisme tardif, celui qui est primitif d'emblée et celui qui n'est qu'un réveil du rachitisme de l'enfant. Le premier est bien rare. Il reste d'ailleurs bien des faits qui ne sauraient être expliqués par ce rachitisme tardif. C'est ainsi que M. Poncet se demande pourquoi n'interviendrait pas la tuberculose dans l'étiologie de ce ramollissement osseux. M. Poncet et ses collaborateurs se sont donc efforcés de mettre au jour le rôle de la tuberculose dans l'éclosion de toutes les maladies ressortissant du rachitisme tardif; ce rôle serait considérable.

Sur le tissu osseux, ces lésions de tuberculose inflammatoire sont de deux ordres : ostéomalacie d'abord, puis ostéite condensante. En voyant un jeune tuberculeux produire, sans raison appréciable, une ostéomalacie, les auteurs ont pensé que la tuberculose l'expliquait, comme elle explique la néphrite tuberculeuse, le rachitisme tuberculeux, les névrites tuberculeuses.

De nombreuses observations ont été recueillies dans le service de M. Poncet qui viennent complètement à l'appui de cette manière de voir. M. Poncet en cite un certain nombre.

En définitive, l'infection atténuée est fréquemment à l'origine de tout ce que l'on a appelé le rachitisme tardif primitif. Toutes les déformations ostéo-articulaires de la croissance sont ainsi conditionnées, et, parmi les nombreux agents qui peuvent intervenir dans ce sens, la tuberculose doit souvent être incriminée. Elle agit, en pareil cas, comme tuberculose inflammatoire, sous des dehors inaccoutumés et en dehors des formules classiques. Elle n'en constitue pas moins une menace pour l'avenir, et cette notion nous semble féconde au double point de vue prophylactique et thérapeutique.

Traitement des nævi vasculaires (taches de vin) par le radium. — MM. Wickham et Degrais présentent une série d'aquarelles reproduisant des types différents de nævi vasculaires (ou taches de vin) blanchis et guéris par l'action du radium.

Ils montrent des taches plates superficielles et profondes, des taches formant légère saillie et une tumeur angiomateuse érectile de 2 centimètres de saillie siégeant au milieu du front chez un bébé.

Toutes ces taches ont été guéries par la simple application d'appareils plats recouverts d'un vernis dans lequel est incorporé le radium. Les radiations qui s'échappent des appareils sont dosées de telle sorte qu'il est facile de varier l'action à produire selon la durée et le nombre des applications.

On peut obtenir la guérison de certains nævi par des applications de doses faibles souvent répétées sans qu'il se produise la moindre réaction. Il est préférable dans bien des cas et nécessaire dans les nævi étendus et profonds d'agir plus fortement jusqu'à production d'une réaction plus ou moins vive.

Dans ces cas, les tissus de réparation sont souples, lisses, unis, décolorés, d'une belle esthétique.

Les applications ne déterminent aucune douleur, ce qui permet de traiter de larges surfaces et des enfants même en bas âge en profitant de leur sommeil.

MM. Wickham et Degrais déclarent pour conclure que le radium peut être utilisé avec avantage et à des degrés divers dans toutes les formes de taches de vin, même celles dites jusqu'ici incurables, et spécifient que les formes les plus faciles à guérir sont les plus colorées et celles qui font quelque saillie.

Nouvelle méthode de diagnostic et de classification des scolioses des adolescents. — M. Gourdon (de Bordeaux) expose les résultats d'une série d'études expérimentales et cliniques sur les déviations de la colonne vertébrale.

Le symptôme principal dans une scoliose n'est point, comme on l'a admis jusqu'à ce jour, l'écart du rachis de la verticale normale, mais la rotation des vertèbres; la rotation des vertèbres précède la déviation latérale de la colonne vertébrale, elle s'exagère davantage et plus rapidement que celle-ci, elle est plus difficile à traiter que le déplacement latéral de ligne rachidienne.

Il est donc important de diagnostiquer cette rotation et d'être fixé sur son degré. On peut y arriver par l'examen des parties avoisinant la colonne vertébrale, les côtes pour la région dorsale, les parties molles périvertébrales pour la région lombaire.

M. Gourdon pose en principe que tout sujet, examiné le tronc fléchi en avant, ne présentant dans cette attitude aucune asymétrie d'un des côtés, peut être considéré comme indemne de scoliose.

Quand il existe une surélévation d'un des côtés du tronc, il y a scoliose. Celle-ci est plus ou moins accentuée suivant que, pour la région dorsale, la partie postérieure surélevée des côtes est plane, ou forme un angle plus ou moins aigu; plus l'angle costal est aigu, plus la scoliose est sérieuse. Pour la région lombaire, le caractère de gravité est basé sur la facilité plus ou moins grande avec laquelle s'atténue la saillie musculaire paraspinale en faisant passer le tronc de la position verticale à la position horizontale, la scoliose est d'autant plus établie qu'il ne se produit pas d'atténuation de cette saillie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(Séance du 3 octobre 1907)

La Société reprend la discussion sur la **législation militaire concernant les pensions et gratifications de réforme.** M. Oberlé (de Tlemcen) montre que sur bien des points la législation militaire est plus avantageuse pour l'accidenté que la législation civile; il étudie d'autre part les perfectionnements empruntés à cette dernière dont peut bénéficier la législation militaire.

M. Legrand (de Casablanca) indique que la tuberculose est fréquemment une maladie consécutive aux fatigues du service; il demande l'établissement de sanatoria militaires pour les tuberculeux réformés.

M. Simonin (de Paris) pense que les desiderata de M. Oberlé reçoivent en partie satisfaction à la suite des récentes circulaires. M. Legrand soulève une question complexe, toutefois elle a déjà reçu une solution judicieuse dans la législation militaire; le règlement militaire a devancé considérablement sur ce point, au point de vue humanitaire, la législation civile; les règlements militaires sont formels, la tuberculose donne des droits à la pension lorsqu'elle peut être attribuée au service ou même lorsqu'elle est simplement aggravée par le service. On sait par contre que, sauf des cas absolument exceptionnels, la législation civile ne s'applique qu'aux accidents du travail et non aux maladies professionnelles.

M. Sieur (de Paris) estime que le point essentiel est d'éliminer les tuberculeux de l'armée avec des pensions ou des gratifications s'il y a lieu, et qu'il ne saurait par suite être question de sanatoria militaires.

Désinfection d'une chambre de casernement. — M. Cousergue (de Clermont-Ferrand) étudie dans une revue générale les divers désinfectants employés et les résultats obtenus, sur ces données il établit les conditions pratiques de la désinfection d'une chambre de casernement.

M. Toubert (de Montpellier) communique enfin l'observation d'une ostéite chronique suppurée du fémur, suite éloignée d'une blessure par coup de feu ayant nécessité la désarticulation de la cuisse, opération pratiquée avec succès.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ENDOCARDITE ET LA PÉRICARDITE AIGUËS

Un granule à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution au millième pendant 2 à 5 jours (pour tonifier le cœur).

NOTES POUR L'INTERNAT

HÉMATÉMÈSE

L'hématémèse est le vomissement de sang (αιμα sang; εμέιν vomir). Dans la majeure partie des cas, le sang vomi vient de l'estomac; mais il peut avoir une autre origine, avoir été déversé d'un organe voisin dans l'estomac, puis être rendu en vomissant. Il ne faut donc pas confondre les deux termes hématémèse et gastrorragie; l'hématémèse peut survenir sans qu'il y ait eu gastrorragie; et d'autre part, une gastrorragie peut ne pas être suivie d'hématémèse, soit qu'une gastrorragie très abondante entraîne rapidement la mort avant que le vomissement n'ait lieu, soit qu'une gastrorragie très faible ne détermine pas de vomissement, le sang séjournant dans l'estomac, puis étant évacué avec les selles.

ÉTUDE CLINIQUE. SYMPTOMATOLOGIE. — L'hématémèse se produit parfois tout à coup au milieu d'une santé en apparence parfaite; plus habituellement, elle survient chez des individus déjà malades, atteints d'une souffrance locale ou générale. Elle est, dans quelques-uns de ces derniers cas, précédée de *prodromes* : pesanteur et chaleur à l'épigastre, exagération des douleurs chez les sujets atteints d'une affection gastrique douloureuse, tension dans les hypocondres, anorexie, malaise et angoisse indéfinissables; le goût de sang dans la bouche a été quelquefois signalé. Quand l'hémorragie, qui va être suivie d'hématémèse, est abondante, on observe les signes habituels des hémorragies internes : éblouissements, tintements d'oreille, tendance à la syncope, affaiblissement du pouls; on pourrait aussi constater à ce moment le soulèvement de l'épigastre, la tension et la submatité de la région stomacale à la percussion, signes permettant de préciser le siège de cette hémorragie interne.

Puis le *vomissement* a lieu. Ses caractères varient selon la quantité plus ou moins considérable de sang et son séjour plus ou moins prolongé dans l'estomac. Ces deux conditions sont d'ailleurs, dans la plupart des cas, subordonnées l'une à l'autre, l'hémorragie provoquant le vomissement d'autant plus rapidement qu'elle est plus abondante. Si l'hémorragie est très *abondante*, le sang vient à flots, à pleine bouche, passant à la fois par les lèvres et par les narines; il provoque la toux par titillation du pharynx, par excitation de l'orifice supérieur du larynx, ou parce qu'une partie de la matière vomie pénètre dans les voies aériennes; le sang de ces hématémèses abondantes est rutilant comme du sang artériel.

Dans l'hémorragie d'abondance *moyenne*, des caillots mêlés à du sang liquide sont vomis facilement ou à la suite de nausées; le sang est souvent mélangé à des matières alimentaires, à des mucosités. Quand le sang a séjourné dans l'estomac, les matières vomies ressemblent à de la suie délayée.

Enfin si l'hémorragie est *peu abondante*, on voit seulement quelques filaments muco-sanguinolents, collant au vase ou flottant au milieu de mucosités mélangées de résidus alimentaires.

Quelquefois ce sang, rendu en petite quantité, est mélangé au suc gastrique, lui donnant une coloration plus ou moins foncée; en laissant reposer le liquide sanguinolent, il se dépose au fond du vase une poudre brune, comparée à du marc de café.

Le vomissement constitue presque à lui seul la symptomatologie fonctionnelle de l'hématémèse; la *douleur* gastrique fait généralement défaut; le malade a seulement des *nausées* plus ou moins pénibles, souvent accompagnées d'angoisse et d'anxiété. Comme signes physiques à l'examen de l'estomac, on ne peut que constater parfois les signes de l'affection causale.

Si l'hématémèse est abondante, les *symptômes généraux* sont ceux de toute hémorragie grave; le malade est pâle, avec tendance aux lipothymies et à la syncope, il se plaint de vertiges et d'éblouissements.

Dans les jours qui suivent l'hématémèse, on note assez communément un certain soulagement local chez les malades atteints d'une affection chronique de l'estomac; c'est le soulagement banal qui résulte de la cessation de la nausée et de la déplétion de l'estomac. Si on examine à ce moment les selles du malade, il est fréquent de constater que du sang a passé dans l'intestin et est évacué avec les selles (*melæna*); si la quantité de sang est abondante, les selles ont l'aspect du goudron, du raisiné; une quantité moindre de sang donne seulement aux selles une coloration noirâtre.

On observe quelquefois, après l'hématémèse, une légère élévation de *température* qui a été expliquée par la putréfaction du sang dans l'intestin. Dans d'autres cas, surtout d'ulcère gastrique, la fièvre est plus élevée et persiste, ce qui indique une péritonite et ce qui est d'un mauvais pronostic (Soupault).

Après une hématémèse abondante, l'état général du malade reste assez longtemps précaire; la peau et les muqueuses sont décolorées, il existe des signes d'anémie cérébrale, des palpitations, de l'oppression; on a signalé l'amaurose totale et incurable (Leube).

A l'auscultation, on entend des souffles cardiaques et vasculaires; la pression artérielle est abaissée. Si l'hémorragie ne se reproduit pas, ces symptômes persistent pendant deux à trois semaines; si elle se répète, cet état peut se prolonger indéfiniment.

La durée, la répétition des hématémèses sont très variables et dépendent surtout de la cause; certaines hémorragies très abondantes entraînent rapidement la mort (rupture d'un anévrisme dans l'estomac, ulcération atteignant un gros rameau artériel); d'autres hémorragies minimes se répètent tant que dure la maladie, telles les hématémèses du cancer.

DIAGNOSTIC CLINIQUE. — *Est-ce du sang?* — Il est exceptionnel que ce diagnostic présente quelques difficultés. Cependant certains vomissements noirs biliaires, certaines substances alimentaires ou médicamenteuses pourraient parfois être confondus avec du sang. On utilisera dans ces cas douteux les divers procédés de recherche du sang. On ne peut compter sur la recherche microscopique des globules rouges; ils sont déformés et dissous, surtout si le suc gastrique est hyperchlorhydrique; on constate parfois dans ce suc gastrique des cristaux de chlorhydrate d'hématine (Soupault). Le procédé le plus simple, d'après Soupault, pour rechercher le sang est d'additionner le liquide suspect non filtré de deux ou trois gouttes d'acide acétique concentré et d'agiter ensuite avec de l'éther; l'hématine passe dans l'éther qui prend une teinte variant du rose au brun; on peut ensuite la caractériser au spectroscope. Par la réaction de Weber (extrait éthéré, teinture de gaïac et essence de térébenthine), on obtient une coloration bleu violet, s'il y a du sang; le procédé d'Adler (benzidine, eau oxygénée, acide acétique) donne une coloration bleue. Ces méthodes sont employées depuis quelques années pour rechercher dans les vomissements et surtout dans les selles les hémorragies occultes du tube digestif.

Ce sang vient-il de l'estomac? — Quand le sang est noir, quand il donne au vomissement l'aspect de la suie, du marc de café, il n'y a généralement pas de doute sur son origine gastrique. Quand le sang est rouge, il faut distinguer l'hématémèse de l'épistaxis, de l'hémoptysie et de l'hémosialémèse.

Dans l'*épistaxis*, le sang coule par les narines et par la bouche; l'examen du pharynx montre des traces de sang sur la paroi postérieure. Ce qui complique le diagnostic, c'est que le sang d'une épistaxis peut passer par l'arrière-nez, être dégluti et rendu par hématémèse. Dieulafoy cite le cas d'un malade qui avait ainsi des hématémèses et du melæna provenant d'un angiome des fosses nasales.

Les signes distinctifs de l'*hémoptysie* et de l'hématémèse sont

théoriquement nombreux, et cependant le diagnostic est parfois difficile, si on n'assiste pas à l'hémorragie. L'hémoptysie survient chez un malade ayant présenté des symptômes du côté de l'appareil respiratoire ou circulatoire, l'hématémèse chez un sujet ayant des antécédents gastriques; l'hémoptysie s'accompagne de toux, de chatouillement laryngé, l'hématémèse est un vomissement avec nausée, mais il faut remarquer que du sang vomi peut pénétrer dans le larynx et provoquer la toux, de même que du sang venant des voies aériennes peut être dégluti et entraîner des nausées. Le sang de l'hémoptysie est rutilant spumeux et aéré. Ce qui est peut-être le plus caractéristique, c'est que, après une hémoptysie, les bronches inondées de sang se vident pendant quelques jours et le malade a des crachats de plus en plus foncés; après l'hématémèse, c'est dans l'intestin que du sang séjourne, et il est évacué sous forme de melæna.

L'*hémosialémèse* (Josserand) ou *pituite hémorragique* (Mathieu) est un vomissement sanguinolent venant de l'œsophage; il est peu abondant, un demi-verre tout au plus, a l'aspect du sirop de groseille ou du sirop de ratanhia étendu d'eau; il est dilué dans une grande quantité de salive sécrétée par voie réflexe quand le sang passe dans la bouche. L'hémosialémèse s'observe uniquement chez les hystériques.

On cite quelques cas d'hématémèse *simulée*; des soldats, des blessés atteints d'une contusion de l'épigastre avalent le sang de quelque animal ou le sang de saignées faites dans une salle de malades pour le rejeter en vomissant.

(*A suivre.*)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 39, 28 sept. 1907.) Rosenberger : Sur un nouveau sucre urinaire.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 39, 26 sept. 1907.) Chantemesse : L'ophtalmo-diagnostic de la fièvre typhoïde. — Finkler : Disposition et virulence. — Pfeiffer et Friedberger : Recherches comparatives sur l'importance des organes respiratoires et du tractus digestif pour l'infection tuberculeuse. — Löffler : Sur la recherche et le diagnostic des bacilles typhiques au moyen des milieux au vert malachite. — Kossel : Sur la dissémination de la fièvre typhoïde par les porteurs de bacilles. — Wassermann : Expériences faites jusqu'ici avec le sérum antiméningococcique dans la méningite. — Heim : Sur les coccus de la pneumonie. — Grüber et Futaki : Nouvelles recherches sur la résistance contre le charbon. — Ulenluth, Hoffmann et Weidanz : Sur l'action préventive de l'atoxyl dans la syphilis expérimentale du singe et du lapin. — Kolle : Sur quelques points importants théoriques et pratiques de la désinfection. — Hœppe : Lait de femme et lait de vache dans la nutrition du nourrisson. — Kœnig : Progrès dans l'état sanitaire de la marine.

Medizinische Blætter. — (N° 39, 28 sept. 1907.) Grosse : Asepsie improvisée.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 39, 29 sept. 1907.) Schein : Kératome héréditaire palmaire et plantaire.

Policlinico. — *Section médicale.* (Fasc. 6, juin 1907.) Prof. Fedeli : L'emploi thérapeutique du boldo. — Emilio Cavazzani : La toxicité de l'albumose de Bence Jones. — Francesco Galdi : Contribution à l'étude de l'acide hippurique dans l'organisme humain. — Giacomo Rem-Picci : Etudes sur les modifications produites par diverses eaux minérales antiuriques sur les échanges organiques de l'homme. — (Fasc. 7, juillet.) F. Scordo et G. Franchini : Recherches sur les échanges organiques dans la maladie de Flajani-Basedow. — Giacomo Rem-Picci : Etudes sur les modifications produites par diverses eaux minérales antiuriques sur les échanges organiques de l'homme (*suite*). — Vasco Forli : Les troubles psychiques de l'urémie. — (Fasc. 8, août.) Prof. R. Massalongo. Les hémiplégies douloureuses et le syndrome thalamique de Déjerine-Roussy. — Mario-Augusto Bioglio : Les échanges organiques dans le syndrome myotonique. — Giacomo Rem-Picci : Etudes sur les modifications produites par diverses eaux minérales antiuriques sur les échanges organiques de l'homme (*fin*). — (Fasc. 9, sept.) Prof. Carlo-Alberto Crispolti : Le signe angulo-scapulaire de Baccelli dans les processus morbides latents du poumon et particulièrement en ce qui concerne les processus spécifiques tuberculeux. — Guglielmo Bilancioni : La genèse de l'emphysème pulmonaire vicariant. — Graffagnini : Valeur pronostique de la courbe de virulence des crachats dans la pneumonie. — Carlo Brunetti : Les méthodes de recherche des fibres élastiques dans l'expectoration. — *Section chirurgicale.* (Fasc. 6, juin 1907.) Raffaele Chiarolanza : Recherches expérimentales sur la valeur spécifique de certains sérums, antistreptococciques et antipneumococcique, dans les infections par streptocoque et par pneumocoque. — Andrea Cosentino : Contribution à l'étude des abcès sous-phréniques post-appendicitiques. — Prof. G. Perez : Contribution à la splénectomie. — (Fasc. 7, juillet.) Dario Lascialfare : Contribution clinique à l'étude des kystes spléniques. — Gaetano Finocchiaro : Influence de l'énucléation et de la décapsulation sur l'état anatomique et fonctionnel du rein. — Francesco Mastrosimone : La genèse et l'étiologie des tumeurs malignes du rein d'origine capsulo-rénale ou hypernéphromes. — Nicola Pende : Contribution à l'étude clinique, histologique et bactériologique de la gangrène dite nosocomiale. — (Fasc. 8, août.) Giuseppe Betagh : Métastase glandulaire rétrograde par lymphosarcome du testicule. — Prof. Francesco Mastrosimove : Les cellules à myéloplaxes du sarcome sont des cellules vaso-formatives. — Nicola Pende : Contribution à l'étude clinique, histologique et bactériologique de la gangrène dite nosocomiale (*suite*). — Gaetano Finocchiaro : Influence de l'énucléation et de la décapsulation sur l'état anatomique et fonctionnel du rein (*suite*). — Dominici Leonardo : Action de la thyosynamine et de la fibrolysine sur les cicatrices, les bactéries et le sang. — (Fasc. 9, sept.) Giuseppe-Tricomi Allegra : I. Le traitement chirurgical des névralgies du trijumeau. II. Procédé transmaxillaire par la découverte simultanée du nerf maxillaire et du nerf lingual dans leur portion descendante. III. Topographie de l'orifice supérieur du canal dentaire et de l'épine de Spyx. — Andrea Cosentino : Contribution à l'étude des abcès sous-phréniques post-appendicitiques (*suite*). — Dominici Leonardo : Action de la thyosynamine et de la fibrolysine sur les cicatrices, les bactéries et le sang (*suite*).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau traité de chirurgie, publié en fascicules sous la direction de A. LE DENTU, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et P. DELBET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 33 fascicules grand in-8° avec fig. Il paraît un fascicule par mois depuis le 1er mai 1907. — L'ouvrage complet coûtera environ 250 francs. On peut souscrire en envoyant un à-compte de 50 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.



Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-32

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 9 octobre. — Question donnée : « Examen clinique du cœur et des vaisseaux sanguins. »

MM. Daniel, 8; Chevrier, 4; Dedet, 17; Ducastaing, 14; Desaux, 13; Decrop, 12; Chomanet, 10; Cleisz, 18; Escudié, 12; Dufau, 10; de Carvalho, 14; Fay, 9; Faure et Devaux, 8; Couinaud, 13; Coulon, 11; Dognon, 9; Farcy, 11; Doyen, 7.

Anatomie. — Séance du 10 octobre. — Question donnée : « Anatomie du nerf radial. »

MM. Marqueste, 8; Lucas-Championnière, 16 1/2; Labbée, 4; Kœchlin, 15; Lubetzki (Albert), 12; de Lafargue-Barès, 8; Jay y Ruiz, 8; Lavedan, 17; Kuhn, 13; Mlle Kononoff, 14; M. Lutikoff, 7; Mlles Kosloff et Kopeine, 8; MM. Lugnier, 5; Marcorelles, 16; Maley, 13.

La prochaine séance aura lieu le samedi 12 octobre, à quatre heures, deuxième moitié, première série.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Pradel (de Sorges).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Bloc (de Paris).

PROGRAMME SCIENTIFIQUE DU IXe CONGRÈS DE MÉDECINE. — *Lundi 14 octobre 1907.* — Séance inaugurale, à neuf heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

Rapports de MM. Carrière (de Lille) et Marcel Labbé (de Paris) sur l'*hémophilie*.

Discussion.

Communications : P. E.-Weil : Traitement des hémophilies et des états hémorragipares par les injections de sérum frais.

P. E.-Weil et O. Claude : Histoire d'un grand hémophile familial traité pendant un an.

Achard et Feuillié : Leucémie aiguë hémorragique.

Lenoble : Un cas chronique de purpura myéloïde.

Perrin : L'anémie des cirrhotiques.

Launois et P. E.-Weil : Splénomégalies et endocardites chroniques.

Séance de l'après-midi. — Trois heures, grand amphithéâtre de la Faculté.

Communications diverses : Tension artérielle, athérome, maladie du rein, du foie ; diabète, obésité, cancer.

M. E. Binet (de Vichy) : Hypertension artérielle et hypertrophie du foie chez les obèses. Action des alcalins.

Jeandelize et J. Parisot : De la pression artérielle dans le goitre et l'insuffisance thyroïdienne.

Ernest Barié : Le volume du cœur dans la tuberculose pulmonaire.

Lœper : Poisons alimentaires et athérome.

Discussion : Josué.

Snyers : Les lésions du faisceau de His dans la maladie d'Adams Stokes.

Chiray : Les variations albumineuses du sérum sanguin au cours de quelques œdèmes.

F. Chiaïs : Le déterminisme expérimental de la sécrétion urinaire ; son importance en physiologie et en pathologie.

L. Beco et Léon Plumier : Les variations de la quantité d'urine excrétée ne sont-elles pas toujours tributaires des modifications de l'irrigation sanguine du rein?

Achard et Paisseau : L'élimination rénale de l'acide urique étudiée par la méthode histochimique.

Castaigne et Chiray : Des albuminuries digestives et de leur traitement.

Ferrand : Néphrite syphilitique secondaire.

Desnos : Diagnostic de la tuberculose du rein.

Fernand Bezançon et Philibert : Les bacilles acido-résistants de l'urine.

Ferrand : Névrite syphilitique secondaire.

Gaultiers : Calculs des voies biliaires et pancréatites; le syndrome pancréatico-biliaire; son diagnostic par l'examen des fèces.

Gellé (de Lille) : Formes de transition dans le pancréas des diabétiques.

Gaultier : De l'action physiologique et thérapeutique de l'extrait aqueux de foie. Son emploi dans les hémorragies et comme médicament hypotenseur.

A. Lamarre : Des angiocholites chroniques des pays chauds.

Marcel Labbé : Obésités simples et obésités compliquées.

Jardel et Nivière : Les fruits crus dans le régime des diabétiques.

Doyen : Etiologie du cancer chez l'homme et chez les animaux.

Launois : Les tumeurs du nerf auditif.

Auché et Peyre : Kystes congénitaux.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1403.*)

XXe CONGRÈS

DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 7-12 octobre 1907.)

COMPTE RENDU DES SEANCES

Séance du lundi 7 octobre.

Devant un amphithéâtre plein de congressistes ou d'assistants, s'est ouvert lundi le XXe Congrès de chirurgie, sous la présidence de M. le professeur Berger.

Le professeur Berger, après quelques mots aimables de bienvenue aux représentants officiels et aux chirurgiens étrangers, commence son allocution par des paroles de regrets adressées aux chirurgiens étrangers ou français disparus dans l'année, Bergmann, Burckhart, Galezowski, Poirier.

En quelques mots, il montre l'origine de l'association française de chirurgie, qui n'est qu'une expansion de la Société de chirurgie de Paris; l'une et l'autre gardent pieusement la devise de Malgaigne : « Vérité dans la science, moralité dans l'art. »

Dans le discours d'ouverture de l'an passé, M. Montprofit a indiqué le rôle de la chirurgie dans le diagnostic des affections viscérales profondes, et a montré que la tendance actuelle de la chirurgie était : diagnostic précoce, opération précoce.

Le professeur Berger tient à faire voir le revers de la médaille et les charges de plus en plus lourdes qui pèsent sur les chirurgiens :

« Les charges qui incombent à ceux qui veulent pratiquer la chirurgie nouvelle, se sont accrues de manière à rendre l'exercice infiniment plus sérieux, la pratique plus préoccupante et plus laborieuse que celle de nos devanciers. »

Non seulement le devoir s'impose de s'entretenir dans la connaissance aussi parfaite que possible des affections, de l'anatomie de régions autrefois respectées et, d'organes jadis évités, de procédés opératoires sans cesse nouveaux, il faut encore porter le lourd poids des responsabilités.

« La responsabilité du chirurgien est toujours engagée, qu'il intervienne ou qu'il s'abstienne. » Peut-être depuis quelques années parle-t-on un peu trop du premier cas, et trop peu du second. On oppose sans cesse les dangers de la temporisation et l'innocuité de l'intervention; et il semblerait qu'on ne doit plus mourir du bistouri.

« La faute quand la mort trace une ombre sur notre statistique chirurgicale, n'en est point à l'acte opératoire, mais à l'époque trop tardive, aux conditions défectueuses où l'on y a eu recours! » Il y a là « plus qu'un entraînement de parole, plus qu'une exagération », c'est une vraie falsification. « On meurt encore parfois de la chirurgie, » et dans les opérations les plus simples, hernies ou autres, des faits malheureux et dont la cause échappe « viennent donner à notre optimisme de terribles démentis ».

« Notre seule justification, en présence des cas malheureux qui viennent traverser nos longues séries de succès, c'est d'être toujours vrais, vrais vis-à-vis de ceux qui nous confient leurs santés, vrais les uns vis-à-vis des autres, vrais vis-à-vis de nous-mêmes. »

Ce n'est point surtout de la responsabilité judiciaire qu'entend parler le professeur Berger; il convient de noter cependant qu'elle est mise en jeu plus souvent qu'autrefois, et lors d'un procès récent, les magistrats français ont su la définir heureusement.

Mais la responsabilité morale, la responsabilité du chirurgien devant sa conscience prime l'autre.

Elle consiste surtout aujourd'hui à saisir les indications thérapeutiques.

Quand il s'agit de maladies tout à fait chirurgicales, l'expérience et les leçons de nos maîtres si bons observateurs, facilitent notre tâche.

Mais dans les affections médicales, dont la connaissance nous échappe, les difficultés sont plus grandes et l'avis du médecin en même temps qu'il nous éclaire, est utile pour déterminer et alléger notre responsabilité.

C'est dans les cas limites que notre responsabilité est la plus grande, quand « la nature même de l'intervention doit rester jusqu'au dernier moment incertaine, où elle dépend de constatations faites au cours même de l'opération ». Cette dernière sera-t-elle curative ou palliative ? Nous ne savons. Avons-nous dans ce cas le droit de résoudre le problème, sans prendre l'avis du malade qui nous confie sa vie ?

Le rôle des chirurgiens, dans leurs discussions scientifiques, doit être de « préciser les indications en accroissant sans cesse la sécurité des interventions par le perfectionnement de nos moyens d'action».

Sans doute à mesure que les indications seront précisées, la chirurgie aura des visées nouvelles qui amèneront avec elles de nouvelles incertitudes, de nouvelles responsabilités : c'est un mal nécessaire.

« La responsabilité est la condition de certaines carrières privilégiées. C'est elle qui élève l'âme du chirurgien comme celle du marin, chargés tous les deux du soin des existences qui leur sont confiées. Pour la supporter, il faut des hommes de savoir, mais aussi des hommes de caractère. Le chirurgien doit avoir la conscience délicate et l'âme fortement trempée, et pour lui donner les qualités qui lui sont nécessaires, c'est peu d'avoir reçu l'instruction scientifique et de s'être formé à l'apprentissage professionnel, il faut au chirurgien une véritable éducation morale. Dans les circonstances difficiles, a dit Trélat, nous n'avons pour nous guider que la science et la conscience. Bien savoir, juger juste, et sentir fortement, telle est la règle de la bonne conduite. »

Après quelques mots de M. Walther, secrétaire général, la parole est donnée à MM. Béclère et Maunoury pour l'analyse de leurs excellents rapports, dont nous avons déjà rendu compte ici, sur l'*Influence des rayons de Röngen sur les tumeurs malignes*.

DISCUSSION

M. Pozzi fait, en son nom et en celui de M. Keating-Hart, une comparaison entre les effets de la radio-

thérapie et de la fulguration sur les tumeurs. On décharge de longues étincelles de haute fréquence et de haute tension sur les tumeurs, électrocutant en quelque sorte les cellules cancéreuses. Pour lui la radiothérapie est à la fulguration, ce que la médecine est à la chirurgie : elle détruit beaucoup plus vite les tumeurs. A son avis, il faut donner à la radiothérapie les cancroïdes et les sarcomes osseux, à la fulguration toutes les autres tumeurs. Par association des deux, on décuple l'action de l'une et de l'autre. L'anesthésie est nécessaire.

M. Doyen affirme que la méthode n'est ni nouvelle ni originale : les points particuliers à la technique de M. Pozzi, anesthésie et curetage, lui semblent plutôt des inconvénients que des avantages. Il énumère d'autres moyens d'action : effluves et variétés d'étincelles plus puissantes et douloureuses dont on pourrait utiliser l'action.

M. Pozzi croit à l'utilité des points particuliers de sa technique.

M. Keating-Hart soutient que la méthode primitive de Rivière à courtes étincelles n'a rien de commun avec ses grandes étincelles, dont l'application est très douloureuse. Les effluves indolores ne donneraient pas les mêmes résultats.

M. Willems (de Gand) s'attache à l'étude des hypertrophies ganglionaires ; dans les lymphadénomes et les lymphadénies, il y a trois variétés de lésions : hyperplasie lymphoïde simple, forme spéciale de tuberculose, tumeur vraie, ayant chacune des formes localisées et des formes généralisées, ayant une formule sanguine différente, une consistance variable, une réaction différente aux rayons X, qui font disparaître immédiatement les premières, influencent lentement les secondes, et n'ont aucune action sur les tumeurs vraies.

M. Tuffier convient de l'action des rayons X sur les épithéliomas cutanés, mais ceux-ci sont tellement bénins qu'il refuse de les classer parmi les tumeurs malignes : et en s'en tenant bien à la malignité, il croit que les rayons X n'ont aucune action favorable sur les tumeurs malignes.

M. Doyen insiste sur l'inutilité et les dangers de la radiothérapie : elle cicatrise la superficie, mais elle n'empêche pas l'extension en profondeur. Bien plus souvent elle aggrave la marche des lésions et l'envahissement de l'organisme, et la cause de cette nocivité doit être cherchée dans la facilité avec laquelle elle détruit les cellules blanches, empêchant la phagocytose, le premier moyen de défense de l'organisme : son grand mal est de déterminer des lésions irréparables du système lymphoïde.

M. Thiéry ne croit pas à l'utilité de la radiothérapie avant l'opération ; pendant l'opération elle semble donner quelque chose, dit Maunoury ; mais la non-réunion (avec suppuration inévitable) semblait avoir donné autrefois quelque chose à Verneuil. Dans la méthode Maunoury, les cellules néoplasiques restantes sont-elles détruites par les irradiations ou par la suppuration ?

M. Cerné (de Rouen), pour ne pas perdre un temps précieux, ne fait jamais de la radiothérapie avant l'opération. Sur quelle base s'appuyer pour chercher la guérison du cancer ? L'anatomie pathologique est insuffisante et contradictoire, peut-être la chimie la fournira-t-elle un jour.

M. Morestin dédaigne un peu la radiothérapie, dont son bistouri a souvent dû corriger l'insuffisance. Si les rayons X font merveille sur les épithéliomas cutanés, le bistouri peut faire aussi bien, et il ne voit pas pourquoi on ferait une part de bons cas pour le radiothérapeute, et une part de mauvais pour le chirurgien. Après ablation, il est prêt à recourir à l'irradiation secondaire (méthode Maunoury), surtout à la face, où il est souvent impossible de suturer. De tous les épithéliomas, les seuls qu'il veuille abandonner aux rayons X sont les mélanomes.

M. Imbert (de Marseille) fournit une statistique qui confirme la spécificité des rayons pour les épithéliomas cutanés, qui guérissent avec tout, leur presque inutilité pour les autres tumeurs.

M. Témoin (de Bourges) croit que la radiothérapie guérit surtout, au sein du moins, les faux cancers. Si appliqués après opérations, ils retardent la récidive, ils rendent la généralisation plus rapide quand elle se produit. Il est partisan de réserver leur emploi aux cas inopérables et désespérés, et aux complications à distance (disparition d'une pleurésie secondaire).

M. Coudray croit la discussion sur la question un peu prématurée, les accidents sont dus peut-être à une insuffisance de la méthode ; et d'ailleurs les généralisations ne se voient-elles pas après opération chez les tuberculeux ? Elle n'est pas universelle, mais elle doit avoir ses indications qu'on parviendra à préciser. Toutes les méthodes peuvent donner des résultats : il a vu une guérison de tumeur par la méthode sclérogène.

M. Mayer (de Bruxelles) croit qu'on a trop de dédain pour la radiothérapie qui lui a donné de beaux résultats ; des photographies de malades traités depuis quatre ans en témoignent.

M. Péraire n'a pas vu de résultats probants dans les tumeurs vraies : les ulcérations épithéliales superficielles et les lupus lui semblent les seuls cas favorables.

M. Lardennois (de Reims) insiste sur l'aggravation possible de certains épithéliomas à la suite de radiothérapie.

M. Béclère, répondant aux diverses critiques adressées à la méthode, proteste contre l'action superficielle qu'on a seule voulu reconnaître aux radiations, contre les dangers illusoires qu'on lui reproche et exprime le vœu que les chirurgiens y recourent non pas quand la récidive est déjà commencée ou proche, mais *immédiatement*, après des *opérations précoces*.

QUESTIONS DIVERSES

CRANE. OREILLE. FACE.

Le professeur J. Dollinger (de Budapest) fait une communication sur les *Expériences et résultats définitifs du traitement de la névralgie faciale grave par la résection des branches du trijumeau et par l'extirpation du ganglion de Gasser*. Pour lui les

résections des branches isolées ne donnent que des résultats temporaires, et ne peuvent être employées que comme palliatif. L'extirpation du ganglion par la méthode de Krause-Hartley est l'opération de choix. Pour diminuer l'hémorragie osseuse, il est bon de lier la carotide externe. L'auteur croit la ligature des vaisseaux méningés moyens difficile, souvent inutile. On ouvre presque toujours le sinus caverneux en voulant couper l'ophtalmique. L'auteur conseille de se contenter de l'arrachement des racines du ganglion, sans extirpation de ce dernier. Il n'a eu qu'une mort post-opératoire sur 22 opérations. Les résultats éloignés sont très bons et compensent amplement les quelques inconvénients tardifs de l'opération (paralysie masticatrice, légers troubles divers liés à l'absence de sensibilité).

Le professeur Tédenat (de Montpellier), dans les *fibromes naso-pharyngiens*, est toujours intervenu par la voie nasale. C'est la voie d'abord la meilleure. Elle l'a satisfait les dix ou douze fois qu'il l'a employée. L'incision d'Ollier donne un jour suffisant. On peut d'ailleurs toujours agrandir la brèche osseuse en attaquant la branche montante du maxillaire supérieur jusqu'à l'orifice de sortie du nerf sous-orbitaire.

M. Jacques (de Nancy) rapporte un cas intéressant d'*anévrisme artérioso-veineux du sinus caverneux, guéri par compression directe.*

M. Morestin étudie rapidement le *cancer du plancher de la bouche.* L'affection évolue lentement dans un premier stade : l'épithélioma s'étend en surface avant de gagner en profondeur, mais dès qu'il a atteint les tissus sous-muqueux, sa diffusion est rapide et les ganglions sont envahis sur une grande étendue. La nature de l'intervention diffère suivant la période d'évolution. Si le cancer est circonscrit, on l'extirpe par la voie sus-hyoïdienne en dépassant les limites du mal. S'il a gagné l'espace sous-muqueux il faut enlever toutes les parties molles du plancher, la glande sous-maxillaire, une partie de la langue, et poursuivre les ganglions dans la région carotidienne très loin et des deux côtés ; on peut garder le cadre inférieur de l'os maxillaire, après avoir scié horizontalement et enlevé toute la partie qui porte les dents : l'opération est moins grave et permet le port d'un appareil prothétique. Dans les cas graves, il faut sacrifier le maxillaire inférieur dans une grande étendue.

M. Vidal (d'Arras), dans le *traitement de la névralgie faciale grave*, a eu recours à la résection du sympathique cervical; les suites opératoires ont été bénignes, les résultats bons.

MM. C. et F. Martin (de Lyon) insistent sur *les applications de la prothèse dans les cas de symphyse staphylo-pharyngée.* Après libération chirurgicale, ils ont fait porter à leurs malades, dans la partie postérieure des fosses nasales, une pièce de caoutchouc (obtenue par moulage de nasopharynx de cadavres) plus épaisse sur les bords. Comme elle n'est pas toujours bien fixée, ils y ont adapté le support utilisé pour les obturateurs palatins, qui prend point d'appui sur les dents. La guérison a été complète, sans récidive.

Séance du mardi 8 octobre.

QUESTIONS DIVERSES

COU. LARYNX. ŒSOPHAGE

M. Raugé (de Challes), *à propos du traitement des papillomes diffus du larynx,* insiste sur les troubles fonctionnels énormes qu'ils occasionnent, en bourrant la cavité laryngée. Il oppose les deux méthodes, endolaryngée et extralaryngée, qui ont chacune leurs indications, et conclut à l'inoffensivité des méthodes laryngologiques ; la laryngectomie, plus grave, n'est qu'un pis aller.

M. Guisez rapporte quelques faits d'*œsophagoscopie* : l'extirpation de deux dentiers et d'un os dans la portion intramédiastinale de l'œsophage, dont l'un sur une femme de quatre-vingts ans. Il a pratiqué l'extirpation œsophagoscopique sous anesthésie cocaïnique une fois (sur le malade assis) et sous chloroforme les deux autres fois. Il a pu sectionner sous œsophagoscopie deux rétrécissements de l'œsophage, dont un déjà gastrostomisé : les meilleurs cas sont les rétrécissements courts et pas trop anciens. Il faut après l'opération continuer à calibrer l'œsophage par la dilatation.

THORAX

M. Reymond communique l'observation d'une *plaie du poumon avec plaie non perforante du cœur.* Après avoir circonscrit un volet à charnière externe, il décolle la plèvre jusqu'au delà du point où sera la charnière du volet avec une main coiffée d'une compresse : la plaie pulmonaire saigne peu après le pneumothorax. Il insiste sur la nécessité de ne pas ouvrir le péricarde par la cavité pleurale, mais en dehors de celle-ci. Il a drainé la plèvre de son malade tuberculeux : il croit préférable de s'abstenir du drainage.

M. Zawadki rapporte quelques cas intéressants de chirurgie cardiaque. Il endort ses malades à l'éther.

M. Tuffier signale *quelques perfectionnements en chirurgie pleuropulmonaire.* Il voudrait que dans tout empyème, on fît l'*endoscopie pleurale* : en regardant la plèvre éclairée par une petite lampe, on la voit tantôt lisse, sans fausses membranes, tantôt tapissée de fausses membranes, qu'il y a avantage à enlever de suite, tantôt granuleuse, chagrinée, plus irrégulière sur son feuillet viscéral que sur sa lame pariétale ; on voit aussi parfois l'obstacle à l'expansion pulmonaire ; on ne constate presque jamais de carapaces diffuses étreignant le poumon, mais plutôt des plaques indurées ou des brides, sur lesquelles on pourra un jour intervenir localement. Dans la *thérapeutique des empyèmes chroniques*, il essaye de déterminer l'expansion du poumon, non par décortication, mais par aspiration : elle n'est possible que dans les cas récents. Il applique sur l'orifice fistuleux une grosse ventouse et y fait le vide lentement (3 ou 4 minutes pour éviter une congestion pulmonaire trop brusque) jusqu'à une pression négative de 5 à 6 centimètres cubes de mercure : il maintient le vide pendant trois quarts d'heure chaque matin : par cette gymnastique pulmonaire, il a pu obtenir des guérisons assez rapides, et éviter la sclérose pulmonaire secondaire, si fréquente et contre laquelle on ne peut rien.

M. Reverdin (de Genève) utilise depuis longtemps le siphonage de la plèvre : le drain est amorcé en siphon dans une bouteille que le malade porte dans sa poche.

M. Tuffier fait remarquer qu'on ne saurait par ce moyen obtenir une pression négative de 6 centimètres de mercure.

M. Vautrin (de Nancy) parle du *traitement chirurgical des kystes hydatiques du poumon*, se limitant aux kystes sans adhérences, les autres ne prêtant à aucune difficulté opératoire. Sous un tableau clinique de tuberculose hémoptoïque, la radiographie diagnostique le kyste par l'ombre régulière qu'il donne. Le traitement est la pneumotomie avec pneumothorax opératoire. Celui-ci n'est pas grave s'il est fait lentement, si l'exploration pulmonaire est rapide (elle est facilitée par la fixation du poumon avec une main), si au moment de la pneumotomie on fixe le poumon à la plèvre pariétale en traversant une épaisseur assez grande de tissus. Au moment de l'extirpation de la membrane germinative, se produisit une hémorragie qu'arrêta le tamponnement. A la suite de l'opération, une toux persistante que ne calmaient point les médicaments, disparut quand on retira légèrement le drain. Est-il utile après l'opération de faire le vide dans la cavité pleurale ? M. Vautrin ne le croit pas; c'est inutile, si le pneumothorax a été fait aseptiquement; s'il y a eu contamination de la plèvre, il faut drainer.

M. Reynès (de Marseille) apporte les suites éloignées de *la castration utéro-ovarienne* qu'il fit *pour cancer du sein*, il y a quatre ans. Il persista une petite induration du mamelon, qui empira et, au bout de trois ans et demi, il y eut repullulation. L'auteur essaya de la fulguration sans succès. Il croit cependant à l'utilité de la castration pour faire régresser en partie, rendre opérables et permettre d'enlever certaines tumeurs qui ne l'étaient pas.

M. Psaltoff n'a jamais vu de résultats probants.

ABDOMEN

M. Chavannaz (de Bordeaux) vient plaider la cause de la *laparotomie par le procédé de Pfannenstiel*, avec incision sus-pubienne transversale. Il conseille cependant de ne pas y avoir recours dans les tumeurs pelviennes volumineuses et pour les extirpations d'appendices qui réservent trop de surprises.

M. Rastouil (de la Rochelle) apporte un *procédé opératoire pour prévenir les éventrations lorsque le drainage abdominal est indiqué*. Il consiste à drainer par une petite incision latérale à travers les muscles droits, juste suffisante pour le passage des drains, avec fermeture soigneuse de la plaie médiane de laparotomie.

M. Jonnesco (de Bucarest) croit qu'il faut éviter tout drainage abdominal; s'il faut drainer, drainer par le vagin après hystérectomie ou colpotomie, en faisant la péritonisation haute ou cloisonnement du bassin, pour éviter la contamination de la grande cavité péritonéale.

M. Monprofit est du même avis : il ne draine jamais par le ventre quand il y a infection; il draine mais très temporairement, quand il craint un petit suintement sanguin.

M. Imbert (de Marseille) apporte une *statistique d'intervention dans les plaies pénétrantes de l'abdomen*. Les résultats sont beaucoup moins beaux qu'on ne le dit. Il insiste sur la facilité avec laquelle des lésions passent inaperçues dans les perforations intestinales multiples.

M. Reynès insiste sur la nécessité de sérier les malades : il conseille de s'abstenir quand le tableau du shock hémorragique est trop marqué. Cette proposition soulève quelques protestations.

M. Villard (de Lyon) dit deux mots du *traitement des péritonites aiguës par l'aspiration péritonéale immédiate*. Il croit à l'utilité de l'évacuation complète, qui évite des résorptions septiques, et favorise les accolements intestinaux, un des meilleurs processus de défense. Pour arriver au but, les lavages sont mauvais, le tamponnement à sec difficile, peut-être dangereux, les incisions multiples insuffisantes; il préconise l'aspiration par un petit dispositif spécial qui obvie à la fermeture de l'orifice du tube par un contact intestinal, au moyen d'un grillage protecteur. Dans 6 cas de péritonite appendiculaire, la sédation des symptômes fut immédiate.

M. Guyot (de Bordeaux) insiste sur *un signe particulier de certains abcès sous-phréniques de l'hypocondre gauche*. Le diagnostic ne fut fait que tardivement au cours d'une septicémie sans localisation clinique ayant suivi un avortement. Une douleur scapulaire et thoracique vive (J.-L. Faure) attira l'attention, conduisit à des ponctions qui donnèrent du liquide pleural citrin, et plus profondément de la sérosité noirâtre, vraie purée de streptocoques. La radioscopie eût pu être fort utile, mais la malade n'était pas transportable. L'hématologie avait été négative. Malgré l'incision large, la mort survint. Au moment de l'opération, on constata des battements de la collection, isochrones des mouvements du cœur.

M. Psaltoff (de Smyrne) rapporte un *cas malheureux de dilatation stomacale post-opératoire après une hystérectomie abdominale pour fibrome*. A l'autopsie, l'estomac plein de gaz et de liquide éclata sous un faible traumatisme; il remplissait l'abdomen; il n'y avait pas trace de péritonite; les anses intestinales étaient normales.

M. Soubeyran (de Montpellier) communique un cas de *kyste dermoïde* de l'ombilic, à ajouter aux rares observations de ce genre. Comme traitement, il préconise l'omphalectomie.

M. Baudouin croit la pathogénie de ces tumeurs très intéressante; pour lui ce sont des tératomes, et l'individu qui en est porteur est comparable aux monstres doubles accolés par l'ombilic.

M. Monprofit (d'Angers) apporte une *tumeur solide du mésentère*. Il avait fait le diagnostic de tumeur polykystique de l'ovaire, mais il reconnut vite, grâce aux relations avec l'intestin, qu'il s'agissait d'une tumeur du mésentère; entre l'énucléation et l'extirpation avec résection intestinale, il choisit la seconde méthode qui est peut-être plus simple et plus bénigne, quand elle ne mène pas à une résection trop étendue : il enleva ainsi 2 mètres d'intestin croyant en enlever 1 mètre, mais du moins la résection ne portait

que sur la dernière partie de l'iléon, étant distante de 10 centimètres du cæcum. La tumeur est un myxome pur, ce qui fait craindre une récidive possible.

ESTOMAC

M. JONNESCO (de Bucarest) traite de l'*exclusion du pylore*. Dans l'ulcère du pylore, deux interventions ont la faveur : la résection, qui est parfaite mais grave ; la gastro-entérostomie, bénigne mais insuffisante, car elle n'arrête pas toujours l'hémorragie et les douleurs, n'empêche pas la perforation, et ne modifie pas le chimisme stomacal. Il défend l'exclusion du pylore, qu'il fait à bonne distance de l'ulcère, et qui est une opération simple, soustrayant totalement l'ulcère au contact du suc gastrique hyperacide. Il l'a pratiquée 9 fois avec 8 résultats excellents. Par l'exclusion, le chimisme gastrique est modifié, et l'ulcère peptique du jéjunum n'est plus à craindre.

M. MONPROFIT fait quelques réserves ; le traitement médical dispense souvent d'opérer des ulcères en évolution. D'ailleurs quand les cas d'exclusion seront plus nombreux, peut-être trouvera-t-on à sa charge des ulcères peptiques. Il s'en tiendra encore dans le cas d'hémorragies à la gastro-entérostomie dont la bénignité est incontestable.

M. VORONOFF (du Caire) communique un fait de *sténose pylorique* avec inanition complète. Une gastro-entérostomie amena la guérison.

M. DELANGRE (de Tournai) a observé *un cas de volvulus infra-colique et anti-péristaltique de l'estomac*, à ajouter aux sept cas connus de torsion de l'estomac autour de son axe vertical.

Le diagnostic pourrait être fait avec l'occlusion intestinale, si on y pensait. A l'opération, après ponction et évacuation des gaz et d'un liquide noirâtre, il put détordre l'estomac, qu'il fixa par une gastropexie antérieure.

M. SCHWARTZ apporte une *contribution à l'étude de la tétanie et des contractures d'origine gastrique et intestinale*. Il résume un cas d'ulcères du duodénum avec contracture de la paroi abdominale, obligeant la malade à se tenir pliée en deux. A l'opération il trouva de petites indurations duodénales ; il fit la gastro-entérostomie ; la malade mourut le septième jour de pneumonie. A l'autopsie, il trouva des ulcères cicatrisés du duodénum, et un ulcère floride de la paroi postérieure du duodénum qu'il n'avait pas senti à l'opération. Il insiste sur l'oligurie que présentait la malade et que Kleiner considère comme d'un pronostic très grave dans les tétanies.

FOIE

M. PAUCHET (d'Amiens) apporte sa statistique de *chirurgie des voies biliaires*. Il fit 16 fois l'opération de Kehr, 14 fois pour calculs, 2 fois pour infection. Il a eu trois morts qui toutes trois sont expliquées par des défauts de technique. Il insiste sur la nécessité d'explorer toujours toutes les voies biliaires, les calculs oubliés de la portion pancréatique du cholédoque pouvant rendre nul le résultat de l'opération. Un de ses cas est curieux : il a nourri pendant quelques jours un malade cachectique et inanitié par le drain qui passait par le cholédoque dans le duodénum.

M. MAIRE (de Vichy) communique deux *observations de chirurgie des voies biliaires* : l'une de rupture à l'extérieur de la vésicule sous forme de phlegmon de la paroi : il enleva vésicule et foyer pariétal en masse ; une autre de rupture intra-péritonéale spontanée avec inondation biliaire qui ne fut point diagnostiquée. Il croit qu'il faut penser à ce diagnostic, quand, au cours de coliques subintrantes, on voit les douleurs ordinaires disparaître après un paroxysme de douleurs angoissantes en ceinture, et apparaître un ictère plus foncé que d'ordinaire.

M. REYNÈS demande si dans ces cas de coliques subintrantes, les eaux de Vichy sont indiquées.

M. MAIRE répond que dans les crises nombreuses avec fièvre, Vichy est contre-indiqué ; les eaux agissent par vaso-constriction généralisée, ce qui gêne beaucoup le fonctionnement du cœur et nuit au drainage naturel quand il y a de l'infection. Il engage ses collègues à ne pas prescrire les eaux de Vichy à ces malades.

M. VILLAR (de Bordeaux) signale un cas de *kyste hydatique du foie, ouvert dans les voies biliaires, avec ictère par obstruction*. L'intervention le guérit. Chez ce malade, on pouvait penser aussi bien à la lithiase qu'à une obstruction hydatique, car on avait trouvé dans les selles des calculs et des membranes hydatiques. C'est l'hématologie et l'éosinophilie sur laquelle a insisté M. Sabrazès, qui permit le diagnostic.

RECTUM

M. PRINCETEAU (de Bordeaux) apporte des *malformations congénitales de l'anus et du rectum*. Dans un cas d'atrésie de l'anus, la dilatation simple suffit à guérir le malade, dans un autre cas il dut recourir à l'anoplastie. Cinq fois dans l'absence d'anus (la fossette anale n'existait qu'une fois), il fit l'abouchement classique à la peau. Pour un anus vulvaire, il pratiqua la réimplantation périnéale, et dans une fistule recto-vésicale avec imperforation, il fit le dédoublement et l'abouchement périnéal sans suture vésicale avec un plein succès.

M. BRAQUEHAYE (de Tours) communique un *procédé de cure radicale des rétrécissements du rectum par autoplastie scrotale ou vaginale*. Après anus iliaque pour traiter la rectite, il fait une rectotomie antérieure, résèque de chaque côté ce qu'il peut du rétrécissement sur toute sa hauteur, dissèque un lambeau comprenant la muqueuse anale saine, la peau du périnée et allant jusqu'au scrotum et le suture à la muqueuse rectale au-dessus du rétrécissement. Chez la femme il prend un lambeau vaginal à base supérieure qu'il fait passer dans le rectum par une brèche faite dans la cloison recto-vaginale et qu'il suture à la muqueuse rectale. Il fait la cure de la fistule recto-vaginale créée, avant de refermer l'anus iliaque. Il a eu des résultats parfaits et durables par cette méthode.

M. BRUNSWIC LE BIHAN croit que, dans le rétrécissement de la rectite blennorragique, on peut se contenter de lavages chauds avec ou sans anus iliaque temporaire.

M. Walther signale un cas de rétrécissement qui a complètement disparu grâce à l'établissement d'un anus iliaque. Il croit cependant que le procédé de M. Braquehaye peut avoir ses indications.

M. Tixier (de Lyon) propose l'*hystérectomie abdominale comme temps préliminaire de l'ablation des cancers du haut rectum.* Il l'a faite d'abord par hasard et parce qu'il a trouvé un cas où elle était indiquée, mais il croit qu'il y a là plus qu'une méthode d'exception. On peut, par elle, étendre la limite des cas opérables, en pratiquant une abdomino-périnéale en deux temps avec hystérectomie préalable. Elle permet surtout d'éviter l'abdomino-périnéale qui est un peu illogique dans les cancers du haut rectum : l'hystérectomie facilite alors énormément la suture du côlon pelvien au bout rectal inférieur conservé, et un lambeau péritonéal rend toutes les sutures extra-péritonéales.

M. Reymond a eu occasion d'opérer un cas par ce procédé avec succès.

M. Lardennois croit que le rapprochement entéro-rectal peut être rendu facile par l'emploi de son bouton sans hystérectomie.

M. Goullioud (de Lyon) parle sur l'*amputation abdomino-périnéale du rectum pour cancer.* Il est convaincu de l'excellence de cette méthode d'ablation large, qui dans quatre cas lui a donné des guérisons de deux à huit ans (sans récidive), et dans quatre autres cas des survies (avec récidive) de seize, dix-neuf mois, deux ans et demi, trois ans et quatre mois. Il a introduit une petite modification opératoire : pour pouvoir cloisonner le bassin, il garde la portion moyenne du côlon pelvien ; quand on fait alors l'anus iliaque gauche, il faut ménager deux orifices ou un avec éperon marqué pour éviter la rétention dans le cul-de-sac colique.

APPENDICE

M. Lardennois (de Reims) étudie les *rapports de la psoïtis et de l'appendicite.* Il ne faut pas croire que la psoïte soit cliniquement toujours secondaire à l'appendicite. Les psoïtes primitives sans réaction péritonéale, et qu'on expliquait autrement, sont aussi d'origine appendiculaire : il en cite un cas probant, avec décapitation d'un appendice rétro-cæcal adhérent au psoas. En relevant les psoïtes spontanées, on voit que presque toutes sont à droite, ce que n'expliquent point les anciennes théories. Il n'y a pas de réaction péritonéale dans ces appendicites à psoïtis, parce que l'appendice est rétrocæcal, extra-péritonéal souvent : la réaction musculaire est facile parce que les plans fibreux sont minces à ce niveau : le fascia iliaca n'a pas toujours l'épaisseur qu'on lui donne (Ancel et Cavaillon).

HERNIES

M. Brunswic Le Bihan (de Tunis) apporte quelques considérations sur les *hernies chez les indigènes en Tunisie.* Elles sont très fréqnentes, même chez les enfants, et fait étonnant, chez ceux-ci, on ne trouve point des hernies congénitales, mais des hernies de faiblesse. L'auteur incrimine surtout la mauvaise hygiène.

Séance du 9 octobre

DISCUSSION DES RAPPORTS SUR LA DEUXIÈME QUESTION

DES TRANSPLANTATIONS NERVEUSES, MUSCULAIRES ET TENDINEUSES DANS LE TRAITEMENT DES PARALYSIES

Le professeur Hoffa (de Berlin) développe quelques réflexions basées sur 200 observations ; 173 malades ont été revus plus d'un an après l'opération.

Le but proposé est de rétablir la forme, la fonction générale du membre et la fonction du muscle. Il ne faut pas parler d'insuccès quand le dernier desideratum n'est pas réalisé, car la fonction générale peut être très améliorée.

Ce sont les insuccès qu'il convient d'étudier de près, car c'est d'eux qu'on apprend le plus. Comme soin pré-opératoire, il est capital de toujours réduire la déformation dans une première séance, pour pouvoir donner aux muscles une tension convenable au moment de l'opération. Pour éviter des défectuosités de plan opératoire, il ne faut pas employer de muscles impropres, et pour cela il faut connaître la valeur exacte et l'état actuel de tous les muscles de voisinage. Parmi les fautes de technique à éviter, le professeur Hoffa signale les fautes d'asepsie, les sutures sans tension convenable, qu'on évite en faisant de l'hypercorrection.

Il croit la suture périostale préférable à la greffe intertendineuse, n'emploie les tendons artificiels de soie qu'en cas de nécessité absolue, quand les tendons paralysés semblent dégénérés, pratique toujours la greffe totale descendante. Il importe de donner enfin une bonne direction au tendon, et de ne jamais le couder à angle droit. Les soins post-opératoires ont une importance capitale : il faut immobiliser en hypercorrection pendant longtemps (six à huit semaines) avant de permettre la marche, sans cela les tendons greffés s'allongent. Pendant six mois il faut faire porter un appareil de soutien qui puisse s'enlever pour permettre la gymnastique du muscle, le massage, l'électrisation.

Mais quelles sont les indications de l'opération ainsi comprise ?

Si les muscles sont presque tous paralysés, arthrodèse, et port d'un appareil orthopédique.

Si les muscles sont mauvais, réduire et conserver la forme par raccourcissement musculaire.

Si les muscles sont bons, essayer des transplantations tendineuses, en sachant qu'on obtient la forme et l'amélioration fonctionnelle générale, et très rarement le retour fonctionnel du muscle. Ne jamais intervenir moins d'un an et demi après la paralysie.

Dans l'hémiplégie infantile, il faut dans les difformités faire le départ de ce qui est dû à la paralysie ou à la contracture.

La déviation des muscles contracturés donne au membre supérieur des résultats satisfaisants : l'agitation choréique et la contracture sont améliorées par l'opération. Les résultats ont été à peu près nuls dans la maladie de Little.

Le professeur Robert Jones (de Liverpool) compte 253 opérations de transplantations tendineuses. Il développe des considérations ayant beaucoup de

rapport avec les précédentes, mais présentant quelques points particuliers. Pour lui, la cause des échecs doit être cherchée dans des fautes de traitement post-opératoire. Il importe de ne pas distendre le tendon nouveau par des mouvements trop précoces. Les contractions volontaires du muscle ou des muscles voisins a une importance capitale, et il rapporte un cas où le résultat obtenu le surprit fort : il apprit que l'enfant passait toute sa journée à faire marcher son article devant ses parents ou des camarades pour la somme d'un sou. Il faut immobiliser pendant longtemps après l'opération pour permettre aux muscles de s'adapter à la longueur nouvelle qu'on leur donne et c'est là une de ses idées particulières que certains muscles sont paralysés simplement parce qu'ils sont distendus : il a été amené à cette conclusion en observant certaines paralysies du bras, survenues chez des ivrognes couchés en fausse position : ils passent pour avoir une paralysie radiale; M. R. Jones croit qu'ils sont paralysés par distension prolongée de leurs muscles extenseurs : ils guérissent seuls à la condition de maintenir leur membre en hyperextension pendant quelques semaines, quand les fibres musculaires se sont raccourcies et que le muscle a repris la longueur convenable pour son action. Il en est de même après les opérations : aussi convient-il de ne jamais transplanter des muscles relâchés mais sous tension. Cette remarque (paralysie par distension) doit aussi être retenue pour éviter des erreurs d'interprétation : ne pas prendre pour un résultat favorable de transplantation, ce qui est dû à l'adaptation par immobilisation prolongée d'un muscle, qui n'était pas paralysé, mais trop long.

Dans ses interventions, il accuse 75 p. 100 de résultats satisfaisants. Pour prévenir la récidive en cas d'échec, et amoindrir les tractions sur les tendons, pour maintenir la correction de l'attitude vicieuse, il enlève toujours un lambeau cutané au moment de la correction préopératoire, du côté convenable.

Dans les paralysies spastiques, il a eu quelques résultats par des plans opératoires divers.

Il importe de toujours intervenir tardivement, deux ans et demi après le début de l'affection, et de suivre une technique rigoureuse : correction préventive, excision d'un lambeau cutané en hypercorrection, conserver aux tendons la ligne droite, faire des sutures solides, ne jamais permettre de mouvements avant que les muscles, bien adaptés et développés par un exercice bien compris, soient devenus forts.

Le parallèle avec l'arthrodèse est difficile, car ces deux opérations ne conviennent pas aux mêmes cas : on se passerait en tout cas beaucoup moins de l'arthrodèse que des transplantations tendineuses.

Le professeur Lange (de Munich) insiste surtout sur les détails de technique. Il fait toujours la transplantation totale. Il emploie de la soie bouillie dans le sublimé, et trempée dans la paraffine pour traverser le tendon; il utilise de petites aiguilles rondes peu offensantes. Pour les sutures périostales, il se sert de très fortes aiguilles courbes.

Les échecs pour lui sont presque tous causés par une insuffisance de traitement postopératoire. Mais il faut bien convenir que si l'amélioration fonctionnelle générale du membre est souvent satisfaisante, la fonction du muscle anastomosé ne revient pas toujours. Pourquoi ? L'auteur est frappé de ce fait que les résultats sont bons au membre supérieur, assez bons au genou, mauvais le plus souvent au niveau du pied. Il croit que la cause doit être cherchée dans des adhérences secondaires qui limitent le jeu du muscle : quand on pourra éviter ces adhérences secondaires, il n'y aura pas de raisons pour que les résultats ne soient pas aussi bons au pied qu'ailleurs.

Le professeur Vulpius (de Heidelberg) vient défendre ardemment la cause des transplantations. Evidemment elles ne conviennent pas à tous les cas et si tous les muscles sont mauvais, il faut s'abstenir, et pour connaître leur valeur, l'électrisation, à son dire, ne vaut rien. Il faut après l'opération développer les muscles par les mouvements actifs et l'électricité. Autant que possible, il faudra faire la transplantation totale, choisir des muscles apparentés. Il préfère les anastomoses intertendineuses, la transplantation périostale de Lange est pour lui une complication.

Mais il ne faut pas se laisser arrêter par ces règles générales dans les cas particuliers : il affirme que les transplantations partielles ont réussi entre ses mains, qu'on peut employer des muscles antagonistes et il a vu des masses musculaires produire par leurs deux moitiés la flexion et l'extension. D'une façon générale les résultats de la méthode sont excellents et durables. Il ne faut pas arguer contre elle d'insuccès nombreux dont la plupart sont dus à des plans opératoires mauvais ou à une technique défectueuse.

M. Girard (de Genève) a fait quelques anastomoses nerveuses, et en particulier des anastomoses spino-faciales. Il n'a jamais vu les mouvements reparaître que partiellement; à l'étude des cas, on constate que même après intervention précoce, les résultats sont le plus souvent nuls ou partiels; les succès complets sont rares. Pourquoi? Il croit que le plus souvent il y a cicatrice adhérente, soit à la peau, soit à la profondeur, formation d'un bloc fibreux qui comprime le nerf. Pour éviter cet inconvénient, on a proposé de protéger l'anastomose nerveuse en l'entourant de lambeaux musculaires (on n'en trouve pas toujours dans la région), de tubes de gélatine ou d'os décalcifié (il faut en avoir de toutes les dimensions), d'artères de chien formolisées (matériel un peu spécial). Il propose d'enrouler autour un fragment de baudruche très fine, facilement stérilisable, et s'adaptant à tous les cas, même aux anastomoses latérales; c'est un vrai pansement isolant.

M. Giordano (de Venise) rapporte un cas tout à fait curieux de guérison d'incontinence d'urine, suite de spina bifida, par autoplastie musculo-nerveuse. Devant la paralysie des sphincters, par défaut de centre lombaire, il eut l'idée de chercher un sphincter avec un centre plus élevé. Comme il n'y avait pas de paralysie des muscles antérieurs de la cuisse, il prit deux lambeaux des deux couturiers droit et gauche avec leurs nerfs et les enroula autour de l'urètre; les urines purent être retenues; mais, fait anormal, à la suite de cette opération, le sphincter anal

qui était aussi paralysé, reprit sa tonicité, et la peau du périnée qui était primitivement insensible, retrouva sa sensibilité. Quoi qu'il en soit de l'explication, le résultat fut fort heureux ; par éducation la malade est arrivée à garder ses urines quatre heures et ses matières fécales vingt-quatre heures.

M. Broca donne son avis sur les deux questions distinctes qui sont englobées dans les rapports. Il ne fait pas d'anastomose nerveuse pour les paralysies faciales, parce que toutes les paralysies faciales d'origine otique qu'il a vues, ont guéri spontanément, au bout d'un temps variable.

Quant aux transplantations tendineuses ou musculaires dans les paralysies infantiles, il se refuse à en faire parce qu'il n'en a jamais vu que des résultats mauvais ; il est resté dans ces cas, fidèle à l'arthrodèse. Dans le pied plat valgus douloureux, il a recours à l'immobilisation, à la réduction sous chloroforme, au besoin à l'enchevillement astragalo-scaphoïdien, et il se trouve trop bien pour changer ces méthodes pour un traitement dont la valeur certaine lui semble à démontrer.

M. Willems (de Gand) croit qu'il faut savoir modérer ses ambitions. Pour lui il n'est guère indiqué d'intervenir dans les paralysies au niveau du pied, que pour des déviations latérales. Il a fait pour des pieds en varus ou valgus des transplantations avec des muscles convenables. Il n'a eu qu'un résultat moyen sur seize cas. Il est possible que cela soit dû à un traitement post-opératoire insuffisant, mais vraiment les exigences si difficilement réalisables en pratique de ce traitement post-opératoire, condamnent un peu la méthode elle-même, quoi qu'on en dise. Il préfère avoir recours à une méthode, dont on a trop peu parlé, lui semble-t-il, la fixation des tendons paralysés (sous tension) ; il fixe les péroniers au péroné dans le cas de varus, le jambier antérieur au tibia dans le cas de valgus ; il fait la fixation en enfonçant simplement à travers l'os et le tendon un clou de tapissier. Les résultats observés par lui sont très satisfaisants.

M. Depage (de Bruxelles) n'a jamais vu de rétablissement de fonction du muscle transplanté : dans le parallèle de la transplantation et de l'arthrodèse, ses préférences vont à la dernière. Il a cependant vu un résultat heureux au membre supérieur : dans un cas, à la suite d'un phlegmon (traité avec succès par la méthode de Bier), un malade avait perdu le fléchisseur du pouce, il greffa avec succès sur le pouce le fléchisseur de l'index.

M. Redard (de Paris), tout en admettant que la fonction du muscle ne revient pas toujours, croit que la méthode discutée est de très grande valeur ; elle ne rétablit sans doute qu'en partie l'équilibre musculaire, mais elle empêche le retour de la difformité. Il recommande la transplantation totale et la suture périostale du muscle sain, mais avec un tendon artificiel au besoin, pour éviter la distension possible du tendon paralysé.

Il est facile par la méthode de Codivilla (réimplantation des muscles sains en des points déterminés) de remédier aux déviations latérales. Bien entendu, toutes ces méthodes ne valent que dans les paralysies incomplètes et quand les muscles sont fonctionnellement suffisants.

M. Delagenière (du Mans) a traité avec succès des pieds bots varus équins par la greffe du tendon d'Achille sur le long péronier latéral.

M. Frœlich (de Nancy) croit que le différend entre les chirurgiens allemands et français est surtout dans les mots : les Allemands admettent la guérison quand il y a amélioration fonctionnelle générale considérable, sans que le muscle anastomosé ait repris ses fonctions, et les Français traitent ce même cas d'insuccès. La greffe tendineuse est une excellente opération pour les pieds bots paralytiques vrais, mais ses indications sont très restreintes : il faut qu'il y ait au moins trois muscles vivants. Les appareils orthopédiques et l'arthrodèse ont des indications plus fréquentes. Les résultats sont bons dans un tiers des cas, médiocres dans les deux tiers, et l'opération n'est alors qu'un adjuvant au port de chaussures orthopédiques. De l'avis de l'auteur, un muscle ne doit jamais être dédoublé ; les deux greffes, intertendineuse ou périostale, se valent ; les tendons artificiels de soie ont peu de valeur pratique.

M. Faure ne dit que que quelques mots pour constater les bons effets des anastomoses nerveuses dans les paralysies faciales : sans doute on n'obtient pas le plus souvent la *restitutio ad integrum* et chaque procédé a ses inconvénients, mais on améliore du moins considérablement une déformation hideuse.

M. Mencière (de Reims) affirme que la greffe ne peut pas tout, mais qu'elle peut beaucoup. D'après lui 10 p. 100 des cas sont incurables, 70 p. 100 sont guérissables dans des proportions voisines de la guérison totale, 20 p. 100 des cas sont améliorés dans des proportions sensibles.

Il cite le cas d'un enfant où il greffa le trapèze sur le deltoïde paralysé : les mouvements sont excellents. On n'obtient pas toujours des mouvements du muscle, on n'a souvent que des muscles de remplacement, mais le résultat fonctionnel est le même. Il faut bien prendre garde à greffer les muscles en tension ; la greffe en boutonnière semble le procédé à recommander. Le traitement post-opératoire et l'éducation du malade qui doit adapter ses mouvements de remplacement au but désiré sont d'importance capitale. Dans le traitement post-opératoire, tout est dans la progression.

M. Vidal (d'Arras) rapporte quelques cas d'anastomoses nerveuses. Dans les paralysies faciales, par anastomose hypoglosso-faciale, il a vu l'asymétrie faciale disparaître au repos ; à la suite d'arrachement du récurrent, il a pratiqué la réimplantation (?) au cinquième mois et a vu disparaître la bitonalité de la voix. Il a essayé, après lésion transversale de la moelle chez le chien, de rendre leurs fonctions aux racines de la portion sous-jacente à la section, par une anastomose avec les racines sus-jacentes. Il n'a obtenu qu'un résultat non encore définitif au cours d'assez nombreuses expériences.

M. Péraire apporte des résultats favorables à la méthode des transplantations tendineuses.

M. Tailhefer (de Béziers) affirme après beaucoup d'autres que, dans les transplantations tendineuses,

les résultats morphologiques sont souvent satisfaisants, mais que les résultats fonctionnels sont le plus souvent nuls.

M. Peugniez (d'Amiens) présente quatre malades atteints de paralysie faciale auxquels il a fait l'anastomose spino ou hypoglosso-faciale : les résultats sont très beaux, et les malades n'ont pas de mouvements associés. Dans un autre cas de paralysie du circonflexe, il a anastomosé latéralement ce nerf avec le radial, et le résultat fonctionnel est absolument remarquable : le mouvement d'abduction du bras est complet.

M. Sébileau est très frappé de ces résultats et se demande quelle conduite tenir après l'affirmation inverse de Broca qui prétend que les paralysies faciales guérissent seules. Lui en a vu persister : faut-il attendre pour voir une guérison spontanée possible mais incertaine, ou opérer tôt comme l'a fait M. Peugniez ?

M. Peugniez propose de montrer deux cas de paralysie faciale ancienne non opérés et qui n'ont point guéri spontanément : il restera fidèle à la précocité de l'intervention.

M. Faure est de son avis.

M. Kirmisson résumant la discussion constate que l'accord semble fait sur les choses sinon sur les mots dans la question des transplantations tendineuses : les muscles anastomosés ne reprennent presque jamais leur fonction physiologique, sauf dans les cas de paralysies traumatiques. Il est certain que les dernières sont au point de vue des opérations, d'un pronostic beaucoup moins sombre que les paralysies infantiles.

(*A suivre.*) CHEVRIER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

SUITE DU PROGRAMME SCIENTIFIQUE DU IXe CONGRÈS DE MÉDECINE. — *Mardi 15 octobre 1907. — Séance du matin* : *neuf heures* (grand amphithéâtre de la Faculté). — Rapport de MM. Linossier, Castaigne et Dujarier : *Traitement de l'ulcère smple de l'estomac.*

Discussion des rapports : MM. Doyen, Hartmann, Oliver, Monprofit et Tuffier : Traitement chirurgical de l'ulcère simple.

Communications : *Maladies du tube digestif.*

Deschamps : Traitement physiologique des affections bénignes de l'estomac, préventif de certaines formes de l'ulcère simple.

Gilbert et Lereboullet : Pseudo-ulcère stomacal d'origine biliaire.

Lematte : Contribution à l'étude de l'acidité du suc gastrique.

A. Cade et Ch. Bourret : Hémorragies occultes du tube digestif et réaction de Weber.

Michel Cotendy : Thérapeutique microbienne des affections intestinales chez l'adulte.

P. Gallois : Gastro-entérites infantiles. Traitement par le régime sec.

Delacour : Relation des végétations adénoïdes avec l'entérite mucomembraneuse et l'appendicite.

Séance de l'après-midi : *trois heures* (grand amphithéâtre). — Communication sur les questions proposées pour être discutées au Congrès.

I. *La tuberculose pulmonaire est-elle d'origine aérienne ou d'origine intestinale.* — M. Vallée-Kuss.

Letulle : Portes d'entrée de la tuberculose.

Jousset : La tuberculose pulmonaire est-elle d'origine aérienne ou intestinale ?

Pruvost : Origine intestinale de la tuberculose pulmonaire.

L. Revillet : La tuberculose infantile à la campagne, son origine intestinale.

P. Lenoir et Jean Camus : Recherches du bacille de Koch dans l'air des salles occupées par des tuberculeux.

S. Bernheim : La prétuberculose.

II. *Valeur thérapeutique de la tuberculine.* — Vallée, Guinard (de Bligny), Leredde, O. Benoist.

De Stella : Le traitement de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine.

Bauer : Valeur thérapeutique des tuberculines en général et en particulier de la tuberculine Beranek.

Gérard et Lemoine (de Lille) : La paratoxine. Traitement de la tuberculose.

André Bergeron : Tuberculine (méthode de Spengler).

Stephani et Gouraud : Tuberculinisation progressive par la tuberculine de Denys. Technique. Avantages et inconvénients.

Ch. Mantoux : Epreuve de l'ophtalmo-réaction chez 200 enfants non malades.

III. *Les bacilles acido-résistants.* — Rodet et Galavielle : Expériences concernant l'influence d'un bacille acido-résistant saprophyte (bacille de la phléole) sur la réceptivité du cobaye à l'égard de la tuberculose. Sur le pouvoir pathogène d'un bacille acido-résistant saprophyte (bacille de la phléole) et ses relations avec le bacille de Koch. Ce bacille modifie-t-il ses propriétés dans les lésions qu'il détermine ? Essais de passage en séries.

Fernand Bezançon et A. Philibert : Revision du groupe des bacilles dits acido-résistants.

IV. *Les sporotrichoses cutanées.* — De Beurmann, Ravaut et Civatte.

Rathery et Brissaud : Sur un cas de sporotrichose.

Gastou : A propos des sporotrichoses cutanées et viscérales. Les mycoses dans leurs rapports avec la tuberculose : prédisposition, association, action immunisante. (*A suivre.*)

IVe CONGRÈS ITALIEN D'ORTHOPÉDIE. — Le IVe Congrès italien d'orthopédie se tiendra à Bologne le 15 octobre prochain. Le traitement de la spondylite tuberculeuse est à l'ordre du jour avec des rapports de MM. Riccardo, Galeazzi (de Milan) et Raffaele Pastianelli (de Rome).

EXPOSITION FRANCO-BRITANNIQUE DE LONDRES 1908. — Le Comité d'installation de la classe 16 (médecine, chirurgie, stérilisation et orthopédie) organise à l'Exposition de Londres une exposition des principaux livres de médecine, chirurgie, hygiène et sciences y afférentes, publiés ces dernières années, ainsi que des revues de médecine. Nos confrères n'auront à payer pour tous frais que la somme de 10 francs pour le premier volume et de 5 francs pour les volumes suivants. Ils jouiront de tous les avantages des autres exposants. Adresser les demandes d'admission au docteur Lucien-Graux, 95, avenue Kléber, Paris, secrétaire de la classe 16.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

L'hiver à la Côte d'Azur. — Billets d'aller et retour collectifs de 2e et 3e classes, valables jusqu'au 15 mai 1908.

Du 1er octobre au 15 novembre 1907, les gares P.-L.-M. délivrent aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 2e et 3e classes pour Toulon et toutes les gares P.-L.-M. situées au delà vers Menton. Le parcours simple doit être d'au moins 400 kilomètres.

(Le coupon d'aller de ces billets n'est valable que jusqu'au 15 novembre 1907.)

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de quatre billets simples ordinaires (pour les deux premières personnes) le prix d'un billet simple pour la troisième personne, la moitié de ce prix pour la quatrième et chacune des suivantes.

Arrêts facultatifs. Faire la demande de billets quatre jours au moins à l'avance à la gare de départ.

Des trains rapides et de luxe composés de magnifiques et confortables voitures à boggies, desservent, pendant l'hiver, les stations du Littoral. Paris-Nice (1 087 kilomètres) en 13 h. 45 par le Côte d'Azur-Rapide.

N° 118. — MARDI 15 OCTOBRE 1907. 80e ANNÉE. MARDI 15 OCTOBRE 1907. — N° 118.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 11 octobre. — Question donnée : « Des accidents de la chloroformisation. Manière de les éviter et traitement à leur opposer. »

MM. Dragatzis, 5; Chazalnoël, 10; Escalier, 11; Faveret, 13; Desprez, 12; Chamlian, 6; Chabrol, 11; Dagnan, 13; Ducrotoy, 15; Collen, 7.

Anatomie. — Séance du 12 octobre. — Question donnée : « Crosse de l'aorte. »

MM. Le Maux, 17; Lefranc, 16; Marnier, 8; Lavabre, 3; Lartigan, 16; Laplanche, 7; Lamare, 16; Levêque, 4; Ledoux, 6; Leroy (Maurice) et Lagarrigue, 4; Lapeyre, 13; Le Roux, 1; Mme Leventes, 2; M. Lesca, 4.

La prochaine séance aura lieu le mardi 15 octobre, à quatre heures, deuxième moitié, première série, et s'il y a lieu, première moitié, première série.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Orléans. — Un concours pour deux places d'interne titulaire et trois places d'interne provisoire, s'ouvrira le mardi 17 décembre prochain, à deux heures et demie.

Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétaire des hospices d'Orléans.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Reims. — Un concours s'ouvrira le 23 mars 1908 devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine de Reims. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 10 octobre 1907 :

M. le médecin principal de deuxième classe Vignol passe à la section technique du service de santé.

MM. les médecins-majors de première classe Strœbel, nommé médecin chef de l'hôp. milit. de la Rochelle; Murie, passe à l'hosp. mixte de Poitiers; Ecot, à l'hôp. milit. de Toulouse; Goudal, au 132e d'inf.; Cuvier, à l'hosp. mixte de Clermont-Ferrand.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Fromont, passe au 127e d'inf.; Cuvillier, au 154e d'inf.; Moinet, au 114e d'inf.; Fournié, maintenu au 144e d'inf.; Bory, passe au gouv. milit. de Paris; Defoug, au 15e bat. de chass. à pied; Gerbaux, à l'Ecole milit. d'art. et du génie de Versailles; Fohanno, au 24e drag.; Perron, affecté aux salles milit. de Rouen (prov.); Desse, nommé médecin-chef de l'hôpit. de Belle-Ile-en-Mer; Bonhomme, passe aux hôpit. d'Oran; Pigeon, au 36e d'art.; Trille, au 11e d'inf.; Lannou, au 2e chass. à cheval; Monod, au 1er du génie et détaché à l'hôpit. milit. du Val-de-Grâce; Demard, aux hôpit. de Tunisie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Borderies, passe au 107e d'inf.; Piétrement, maintenu au 11e chass. à cheval; Coudeyras, passe au 133e d'inf.; Cohadon, au 6e d'inf.; Izaac, au 39e d'art.; Trèves, au 103e d'inf.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Bertein, passe au 43e d'inf.; Pigache, au 28e d'inf.; Jaubert, au 22e d'inf.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — La médaille d'honneur des épidémies ou la mention honorable est décernée aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

Médaille d'argent. — M. le docteur Aumont (de Caumont-l'Eventé).

Médailles de bronze. — M. le docteur Sarazin (d'Hallencourt).

MM. Berthaux, Brûlé, Descomps, Duvoir, Simon, Flurin, Rais, Rayot, Cruet et Pénard, internes des hôpitaux de Paris; Carles, interne à l'hôpital des Enfants de Bordeaux.

MM. Cabiran, Duchazeaubeneix, Le Cointe, Libert, Pironneau, Stern, Rouèche et Couton, externes des hôpitaux de Paris.

M. Héricourt, élève bénévole.

Mention honorable. — M. Poot, interne à l'hôtel-Dieu de Rouen.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 1415.*)

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE (*)

Le rôle du produit de sécrétion des glandes surrénales dans la circulation et la respiration

Par C. E. de M. SAJOUS,

Ancien professeur et doyen de la Faculté au Médico-chirurgical Collège de Philadelphie.

En 1892, Mathias Duval (1) critiquant les différentes hypothèses émises sur le mécanisme intime de l'hématose, se demandait si « ce n'est pas à tort que les physiologistes continuent à ne voir dans ces phénomènes que de simples faits d'osmose de liquide, de diffusion de gaz séparés par une membrane inerte ». Le doute exprimé par le professeur français était d'autant plus légitime que, dès 1878, Paul Bert (2) avait constaté que l'absorption d'oxygène continue à se faire même quand ce gaz est soumis à une pression à peu près nulle. D'autre part, Müller a observé que, chez un animal étranglé, l'air, enfermé dans l'appareil respiratoire, continue après la mort, à être progressivement et même complètement dépouillé de son oxygène. Aussi n'éprouve-t-on aucune surprise en lisant dans le *Traité de Physiologie* de Landois (3) que « l'absorption d'oxygène par le sang veineux dépend moins d'une diffusion de gaz que d'une combinaison atomique faisant partie d'une réaction chimique ». Cette interprétation a été tout dernièrement confirmée par Pembrey (4) qui a cherché à confirmer les relations que nous avions, de notre côté, établies entre les sécrétions internes et la fixation de l'oxygène dans l'organisme.

Les travaux bien connus de Bohr (5), les expériences confirmatives de Haldane et Lorrain Smith (6) ont mis en valeur ce fait que « chez les animaux en expérience, la tension normale de l'oxygène dans le sang artériel, est toujours plus élevée que dans l'air alvéolaire et que même parfois, elle est beaucoup plus élevée que dans l'air inspiré ». Haldane et Smith ont également remarqué que l'absorption d'oxygène continuait à se faire activement lorsque le volume d'air emmaganisé dans les alvéoles était artificiellement augmenté, la tension de l'oxygène dans le sang artériel augmentant d'une façon presque proportionnelle. Une expérience de Vaughan Harley (7) mérite aussi d'être rappelée. Ayant rempli l'espace pleural de manière à comprimer complètement un poumon et à y arrêter les échanges respiratoires, il constata que l'autre poumon absorbait tout autant d'oxygène et dégageait tout autant d'acide carbonique que les deux organes réunis fonctionnant à l'état normal et que, par conséquent, le quotient respiratoire demeurait le même. Ces différents observateurs furent amenés à conclure, avec Bohr, que les échanges pulmonaires ne pouvaient être attribués à une simple diffusion de gaz et qu'un autre facteur devait être invoqué pour expliquer le phénomène de l'osmose.

Mais quel est ce facteur?

Si, chez l'animal étranglé, la totalité de l'oxygène de l'air emprisonné dans les poumons s'épuise, c'est que le sang doit contenir une substance capable d'opérer cette réduction. Bohr émit l'hypothèse que les cellules épithéliales, tapissant la paroi alvéolaire, étaient susceptibles de décomposer les combinaisons formées dans le sang par l'acide carbonique et de faciliter leur élimination dans l'air expiré; il se demanda même si ces éléments n'étaient pas susceptibles d'aider le sang à se charger d'oxygène. A la suite d'expériences poursuivies avec le concours de Henriques (8), sa conviction s'affermit et il se crut autorisé à admettre « que les cellules pulmonaires fonctionnent activement pendant la respiration et que les poumons (vraisemblablement par une espèce de sécrétion interne) sont capables de modifier par eux-mêmes la teneur spéciale du sang en oxygène ».

Les seules critiques sérieuses qu'on ait opposées à l'interprétation de Bohr ont été puisées dans les résultats fournis par l'analyse aérotonométrique. Mais est-on certain que cette méthode n'est pas elle-même exempte de défauts? Les écarts considérables que présentent les résultats fournis par les différents observateurs qui, depuis Pflüger jusqu'à Bohr, l'ont utilisée, ne sont pas, en effet, sans inspirer quelque défiance. Dans les diverses analyses que l'on a opposées à celles de Bohr, les chiffres indiquant la pression d'oxygène dans le sang artériel sont bien inférieurs à ceux qu'il a donnés. De plus, fait qui mérite d'être signalé, plus l'appareil est perfectionné, plus les données qu'il accuse en oxygène sont élevées. Comme l'appareil est entièrement clos pendant l'opération et que le sang ne peut augmenter sa teneur en oxygène aux dépens de l'air ambiant, ne pourrait-il y avoir déperdition lorsque le sang est en transit (en raison peut-être de la présence dans ce dernier des substances réductrices de Pflüger capables de réduire même l'oxyhémoglobine) et cette déperdition ne pourrait-elle se faire dans le conduit qui rattache l'animal en expérience à l'instrument? Dans ces conditions l'appareil le plus perfectionné serait celui qui fournirait la pression la plus élevée et il est hors de doute que cette qualité appartient à l'hémataéromètre de Bohr.

Pour nous, Bohr a donné le coup de grâce à la doctrine classique, déjà très ébranlée d'ailleurs par nombre d'investigations antérieures aux siennes, Il a plus particulièrement démontré que l'absorption de l'oxygène par le sang n'est possible que grâce au concours d'une substance réductrice existant au niveau des alvéoles pulmonaires. Mais cette substance provient-elle, comme il le suppose, des cellules de l'épithélium pulmonaire?

Une étude générale de l'évolution de l'appareil respiratoire, allant des Ascidies à l'Homme, étude que nous publierons en temps opportun, nous a démontré que ces éléments sont adaptés à de tout autres

(*) Ayant eu la bonne fortune d'entrer en relations avec le professeur Sajous, et de traiter avec lui le passionnant problème des sécrétions internes, je lui ai promis de faire connaître en France quelques-unes de ses originales recherches. Je remercie la *Gazette des hôpitaux,* dont la gracieuse hospitalité me permet, sans trop tarder, de tenir ma promesse. — P.-E. Launois.

fonctions. Quoi qu'il en soit, la donnée capitale qui se dégage des recherches de Bohr est que l'absorption de l'oxygène au niveau du champ de l'hématose, nécessite la présence d'une substance réductrice, dont l'origine et la nature demeurent toutefois indéterminées.

Abordant, à notre tour, cet important problème de physiologie générale et nous basant sur des recherches poursuivies sur les sécrétions internes, nous avons, dès le commencement de l'année 1903 (9), proposé de lui donner une solution nouvelle. Nous avons recherché si, parmi les produits glandulaires, il n'en était pas un qui serait susceptible de jouer le rôle d'agent réducteur et nous avons été amené à attribuer cette propriété au produit de sécrétion des glandes surrénales. Notre conviction, d'abord hésitante, s'est trouvée peu à peu affermie par l'analyse des faits.

Le produit de sécrétion des glandes surrénales possède, en effet, une affinité véritablement particulière pour l'oxygène. Vulpian (10), le premier, observa que le suc surrénal, mis en présence de substances oxydantes, absorbait leur oxygène, qu'il prenait, en particulier, une coloration verte en présence du perchlorure de fer et une coloration rouge en présence de l'iode. Cybulski (11) constata qu'une solution, même faible, de permanganate de potasse annulait son action réductrice en lui livrant son oxygène. De même, Langlois (12) démontra que les extraits surrénaux perdaient leur activité réductrice, *in vitro*, lorsqu'ils étaient additionnés de substances oxydantes. Cette propriété était par contre conservée, au dire de Battelli (13), lorsque l'adrénaline est maintenue à l'abri de l'oxygène de l'air : Abel (14) et Takamine (15) et d'autres chimistes ont insisté sur les difficultés que l'on rencontre, en raison même de cette affinité pour l'oxygène, dans les opérations qui ont pour but d'isoler le principe actif des surrénales.

La sécrétion des surrénales est déversée directement dans le sang veineux et c'est par le sang veineux qu'elle est apportée dans le réseau sanguin de l'hématose. Si nous suivons le trajet parcouru, nous voyons qu'il est représenté par les veines surrénales, la veine cave inférieure, le cœur droit et les artères pulmonaires.

Le passage dans le cœur du produit surrénal nous paraît physiologiquement démontré. Brown-Séquard (16), à la suite d'une série d'expériences, avait été amené à conclure que le sang veineux, en arrivant au cœur, contribuait activement au dynamisme de cet organe. Il avait attribué cette action à l'acide carbonique que renferme en surabondance le sang noir. On ne tarda pas à démontrer qu'un cœur plongé dans ce gaz ne présentait aucune réaction. En 1894, Oliver et Schæfer (17) constatèrent, les premiers, l'action véritablement élective des extraits de capsules surrénales sur les muscles en général et en particulier sur le cœur. Des résultats toujours concordants furent obtenus par eux, quels que soient les animaux (veau, mouton, cobaye, chat, chien, homme) qui avaient fourni des surrénales. Les effets demeurèrent nuls quand ils utilisèrent des préparations obtenues avec des glandes provenant d'individus morts de cachexie addisonienne. L'action de l'adrénaline sur le cœur a été à nouveau étudiée par Czybulski, Scymonowicz (18), Gottlieb (19). Il est aujourd'hui démontré que c'est bien sur le cœur lui-même que porte l'action du produit surrénal : Vincent (20), Velich (21), Ott (23) ont obtenu des effets typiques, en opérant soit après destruction, soit après transsection vérifiée de la moelle ; leurs résultats étaient même des plus démonstratifs quand le nerf vague était sectionné. De plus, comme l'ont montré Brown-Séquard et les différents physiologistes qui ont répété ses expériences, l'extirpation des surrénales s'accompagne d'un affaiblissement notable des contractions cardiaques. On sait aussi aujourd'hui qu'elles sont renforcées rapidement par l'injection intra-veineuse d'extrait surrénal, même lorsque le cœur a été isolé des centres par la section de toutes ses connexions avec eux. L'usage thérapeutique de l'adrénaline, qui se répand de jour en jour, parle également dans le même sens. C'est donc avec raison que Brown-Séquard accordait au sang veineux une participation active dans le dynamisme du cœur ; les faits devaient ultérieurement fournir l'interprétation du phénomène. Connaissant la structure anatomique et histologique du myocarde, nous nous expliquons que son imbibition soit facile par le sang chargé du produit surrénalien.

C'est par la veine cave seule, avons-nous dit, que le produit de sécrétion des surrénales est apporté au cœur. La démonstration de ce transport nous est fournie par une série d'expériences relatées par Bohr et Henriquez ; elles nous paraissent d'autant plus convaincantes que ces deux observateurs, en les réalisant, n'avaient en vue ni les surrénales, ni leur produit de sécrétion. « Si, disent-ils, on oblitère par une ligature l'aorte thoracique, les échanges respiratoires continuent à se faire et conservent même les deux tiers ou les trois quarts de leur valeur primitive. On voit même souvent le taux des échanges augmenter, quand on lie la plupart des artères qui partent de l'aorte. C'est seulement quand, toutes les artères (sauf les coronaires) étant supprimées, la veine cave inférieure est, à son tour, soustraite à la circulation, que les échanges tombent à leur minimum. » Les auteurs font remarquer que le point, au niveau duquel ils pratiquaient l'obturation du vaisseau, correspondait à l'embouchure de la veine sus-hépatique. Nous retiendrons, pour notre part, ce fait qu'elle se trouvait située précisément audessus de l'abouchement des veines surrénales, conduits vecteurs du produit de sécrétion des glandes.

D'après nous, l'augmentation des échanges respiratoires, observée après obturation de l'aorte et de ses branches principales, résulte d'une accumulation de la sécrétion surrénale dans les poumons et leur réduction ne devient manifeste que quand l'apport à ces mêmes organes du sang veineux, chargé de cette même sécrétion, se trouve supprimé du fait de la ligature de la veine cave inférieure.

Il nous semble facile de démontrer que le produit de sécrétion des glandes surrénales emprunte bien pour en sortir la voie des veines. Pour nombre d'observateurs ce produit serait figuré et se présenterait sous forme de granules réfringents et hyalins. Gotts-

chau (23) en constate la présence dans la partie médullaire et dans la veine centrale de l'organe. Manasse (24), Auld (25) et Stilling (26) confirmèrent l'exactitude de l'observation faite par Gottschau, et Pfaundler (27) a non seulement observé les granules dans les parties centrales de l'organe, mais il les a suivis dans toute l'étendue des veines surrénales jusqu'à leur embouchure dans la veine cave inférieure.

Il parait également établi que ces granules représentent bien le produit de sécrétion des glandes surrénales : la preuve en est fournie par les expériences de Czybulski et Scymonowicz (28) qui ont démontré que les injections intraveineuses pratiquées avec du sang puisé dans les veines surrénales produit les mêmes effets que ceux déterminés par l'extrait surrénal. Langlois (29), Biedl (30) obtinrent, de leur côté, des résultats analogues. Ce dernier constata, en particulier, qu'à la suite de l'introduction intraveineuse de sang sortant des surrénales, il obtenait les mêmes modifications du pouls, les mêmes variations de pression que quand il opérait avec des extraits glandulaires. A l'exemple de Bild, Dreyer (31) détermina une augmentation de la sécrétion en excitant le grand splanchnique ; ayant obtenu avec les injections de sang provenant des veines surrénales les mêmes effets qu'avec les extraits, il nota que ces effets étaient beaucoup plus typiques et beaucoup plus intenses quand il avait stimulé le splanchnique. Ainsi se trouve nettement et amplement démontré aujourd'hui non seulement que la sécrétion des surrénales a la même action que les extraits, mais encore qu'une augmentation de la sécrétion a une action comparable à celle d'une plus forte dose d'extrait.

On pourrait objecter que la substance ayant les propriétés précitées provient d'autres glandes que des surrénales. A cette objection nous répondrons par des faits incontestablement établis. Nous rappellerons tout d'abord que la présence du produit figuré des surrénales a été objectivement constatée dans le sang des veines et cela depuis leur origine jusqu'à leur abouchement dans la veine cave inférieure. Nous dirons aussi que le sang utilisé par Bield était incontestablement celui qui renfermait le produit de sécrétion glandulaire, car cet observateur, pour éviter toute immixtion de sang provenant d'autres organes, avait pris soin de lier la veine cave en deçà et au delà de l'abouchement des veines surrénales. Entre les mains de Dreyer, les injections pratiquées avec du sang puisé dans l'artère fémorale, c'est-à-dire dans le domaine de la circulation générale, demeurèrent sans effet, tandis que les modifications du pouls et de la tension succédaient presque immédiatement aux injections faites avec du sang emprunté aux veines surrénales. Cette curieuse expérience fut répétée huit fois par lui et toujours avec les mêmes résultats. Salvioli et Pezzolini (32) ont récemment confirmé l'exactitude de ces observations.

Dans une série d'expériences de contrôle, Swale Vincent (33) a utilisé des extraits préparés avec différents organes, tels que la rate, le rein, le foie, le cerveau, le muscle; il n'obtint, avec eux, aucun effet. De même Mankowsky n'obtint aucune élévation de la pression sanguine en opérant avec des extraits de pancréas, de glandes lymphatiques, de parotide, de rein, de foie, de rate, de cerveau, de cœur, etc. Ces multiples recherches délimitent nettement, il nous semble, le rôle des surrénales, dont les extraits sont seuls actifs.

Les expériences que nous avons rapportées ont été faites avec des produits provenant de glandes empruntées à des animaux. Les résultats seront-ils les mêmes si on utilise des surrénales humaines. Nous avons vu qu'Oliver et Schäfer avaient trouvé inactifs des extraits surrénaux d'Addisoniens. Mais Guinard et Martin (34) ont obtenu les mêmes effets que tous les autres expérimentateurs précités en utilisant des extraits préparés avec les surrénales d'un criminel sain, recueillies peu de temps après sa décapitation.

Des recherches d'un autre ordre, que l'on trouvera consignées dans notre ouvrage sur les sécrétions internes, nous ont amené à admettre que la sécrétion des glandes surrénales confère à l'hémoglobine son affinité toute particulière pour l'oxygène, qu'elle fait partie du corps albumineux de la molécule, qu'elle constitue, en d'autres termes, la substance que Gamgee a appelée « le constituant inconnu » de l'hématie. Dans le plasma sanguin cette substance représente, selon nous, celle qui a été étudiée avec tant d'assiduité dans ces dernières années, en particulier par les physiologistes français, et qu'ils dénomment oxydase. Ainsi s'explique l'importance physiologique que nous attribuons à la sécrétion des surrénales, qui devient la base chimique des oxydations se faisant dans l'intimité des tissus.

Conclusions. — Le produit de sécrétion des glandes surrénales est déversé directement dans le système veineux.

Apporté au cœur, il agit directement sur cet organe et en favorise le dynamisme.

Transposté au poumon, il sert à la fixation de l'oxygène emprunté à l'air et fait partie intégrante de l'hématie (1).

BIBLIOGRAPHIE

1. Mathias Duval. *Cours de physiol.*, 1892, 2e éd., p. 441.
2. Paul Bert. *C. r. de l'Acad. des sc.*, 28 oct. 1878, p. 628.
3. Landois. *Text. Book of Physiology*, traduct. de Mubaker, 1905, p. 239.
4. Pembrey. *Recent Advences in Physiology and Bio-Chemistry*, 1906.
5. Bohr. *Skaudin. Arch. f. Physiology*, 1891, p. 236.
6. Haldane et Lorrain Smith. *Journ. of Physiology*, 1897-1898, vol. XXII, p. 231.
7. Vaughan Harley. *Journ. of Physiology*, 1899, vol. XXV, n° 1, p. 33.
8. Henriques. *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, 1897, t. IX, p. 819.

(1) L'existence des glandes surrénales n'a été, jusqu'à ce jour, démontrée que chez les vertébrés. Nos recherches nous ont amené à admettre qu'elles existent également chez les invertébrés, et que, chez certains d'entre eux tout au moins, des appareils excréteurs, tels que les néphridies, remplissent des fonctions analogues, notamment en ce qui concerne le dynamisme du cœur et les phénomènes intimes de la respiration.

9. C. E. de M. Sajous. *The internal secretions and the Principles of Medicine*, Philadelphia 1903, vol. I.
10. Vulpian. *C. r. de l'Acad. des sc.*, 29 sept. 1856, p. 663.
11. Czybulski. *Gazeta Lekarska*, 1895, 2e série, vol. XV, p. 299-308.
12. Langlois. *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, 1898, t. X, p. 124.
13. Battelli. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1902, t. LIV, p. 1435.
14. Abel. *Bull. John Hopkins' Hosp.*, sept -oct. 1898, p. 215.
15. Takamine. *Therapeutic Gazette*, 15 april 1901, p. 221.
16. Brown-Séquard. *Experiment. Researche applied to Physiology and Patholog.*, 1853, p. 114.
17. Oliver and Schäfer. *Journ. of Physiology*, 1895, vol. XVII, p. 9.
18. Scymonowicz. *Arch. f. d. gesammte Physiol.*, 1896, t. LXIV, nos 3-4.
19. Gottlieb. *Arch. f. experim. Pathol. und Pharm.*, 1896, t. XXXVIII, p. 99.
20. Vincent. *Journ. of Physiology*, 1897-1898, vol. XXII, p. 111.
21. Velich. *Wien. med. Wochens.*, 1898, n° 26, s. 1258.
22. Oft. *Med. Bull.*, janv. 1898, p. 11.
23. Gottschau. *Arch. f. Anat. u. physiol. Anat.* Abth., 1883, s. 412.
24. Manasse. *Arch. f. Path. u. Physiol.*. 1894, Bd. CXXXV, s. 263.
25. Auld. *Brit. med. Journ.*, 4 may 1894.
26. Stilling. *Arch. f. path. Anat.*, 1897, Bd. CIX, s. 324.
27. Pfaundler. *Zitzung. Ber. d. k. Akad. d. Wissench. Mathem.*, 1892, Bd. CL, s. 3.
28. Czybulski et Scymonowicz. *Gazeta Lekarska*, 1895, 2e série, vol. XV, p. 299-308, et *Archiv f. gesammte Physiol.*, 1896, Bd. LXIV, nos 3-4, s. 97.
29. Langlois. *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, 1897, t. IX, p. 152.
30. Biedl. *Archiv f. d. gesammte Physiol.*, 1897, Bd. LXVII. Heft 9-10.
31. Dreyer. *Amer. Journ. of Physiology*, 1899, vol. II, p. 203.
32. Salvioli et Tizzolini. *Gazzetta degli Osped.*, 23 mars 1902.
33. Swale Vincent. *Journ. of Physiology*, 1897-1898, vol. XXII, p. 270.
34. Guinard et Martin. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1899, t. I, p. 774.

XXe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 7-12 octobre 1907.)

COMPTE RENDU DES SEANCES (1)

Séance du 9 octobre (suite).

QUESTIONS DIVERSES

MEMBRES

M. Depage (de Bruxelles) insiste sur les *résultats fournis par l'ostéosynthèse* (*boulonnage et vissage*). Le boulonnage, dont il explique la technique et montre l'instrumentation, est supérieur à toutes les méthodes quand il peut être appliqué perpendiculairement au trait de fracture (fractures obliques des diaphyses ou des épiphyses abordables). Si le procédé n'est pas applicable (extrémité supérieure de l'humérus), on doit donner la préférence au vissage. Si le trait de fracture est horizontal, on ne peut faire que le boulonnage sur attelle, qui n'est plus supérieur aux autres moyens de synthèse osseuse. De nombreuses radiographies de fractures diverses viennent appuyer les conclusions de l'auteur.

M. Lucas-Championnière vient parler *des erreurs de la radiographie dans l'étude des fractures.* En dehors de certaines erreurs de radiographie, qui font apparaître des difformités qui n'existent pas, la méthode peut laisser échapper dans certaines conditions des fractures cliniquement indéniables, dans lesquelles existe de la crépitation. Il ne faut pas non plus conclure de ce qu'un cal est transparent, qu'il n'est pas solide. Il importe de bien connaître ces erreurs de la radiographie, car le public et les magistrats croient trop qu'elle donne une image vraie de la fracture.

M. Mencière (de Reims) fait une communication intéressante sur le *traitement des tuberculoses osseuses et articulaires par l'acide phénique pur et la phénopuncture*; il regrette l'importance accordée au traitement général : il n'y a pas de climats spécifiques pour les tuberculoses locales et un traitement local bien dirigé peut les guérir partout. Aux injections d'éther iodoformé, excellentes d'ailleurs, il substitue parfois la phénolisation. Après arthrotomie, il lave la synoviale à l'acide phénique pur : on voit les tissus blanchir d'une façon effrayante, devenir semblables à ceux d'une pièce anatomique; au bout d'un instant, on lave à l'alcool, et les tissus redeviennent rosés et semblent renaître. Quoi qu'il en soit du mécanisme d'action, il n'y a pas d'intoxication et la modification est souvent très profitable. Il y a une question de région que signale simplement l'auteur : la phénolisation convient à certaines articulations, les injections d'éther iodoformé à d'autres. Il guérit par ce moyen presque toutes ses tumeurs blanches, et quelques-unes, avec mouvements. Il a aussi employé la phénolisation pour des ganglions tuberculeux.

M. Girard (de Genève) vient défendre les *opérations conservatrices pour les tumeurs malignes du moignon de l'épaule.* On leur oppose ordinairement la désarticulation interscapulo-thoracique qui, quoique moins grave que l'inter-iléo-abdominale, est un gros sacrifice. Ce sacrifice est justifié quand on évite des récidives locales, mais non quand on craint la généralisation, qui, en fait, précède alors l'opération. On s'accorde pour préférer les opérations locales dans certains sarcomes myéloïdes : elles seules sont indiquées quand la tumeur scapulaire est secondaire à une tumeur viscérale méconnue. Dans son cas, il enleva une grande partie de l'humérus et la presque totalité de l'omoplate : le microscope montra qu'il s'agissait d'un noyau secondaire à une tumeur de la capsule surrénale. Sans doute le bras pend lamentablement, mais avec un appareil orthopédique, le sujet peut avoir tous les mouvements de l'avant-bras et de la main.

M. Rémy (de Paris) communique un *cas d'extirpation de l'omoplate pour ostéosarcome chez un ou-*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 117, p. 1395.

vrier atteint de trichinose. Les muscles du dos étaient farcis de petits nodules blanchâtres; ces nodules de trichinose sont stériles.

M. Toussaint (de Lille) rapporte un cas d'*ostéome mixte du coude consécutif à la réduction de sa luxation en arrière à l'état de veille.* Il existait un véritable ostéome cerclé périarticulaire; en avant, il y avait deux ostéomes superposés, l'un dans le brachial antérieur, l'autre sur la face antérieure de l'humérus. L'auteur conclut qu'en réduisant, à l'état de veille une luxation, par la contracture musculaire que suscite la douleur et qu'on doit vaincre, on traumatise le traumatisme primitif, augmentant les lésions et les arrachements périostiques. C'est parce que, moins forts que l'homme, les femmes et les enfants résistent moins, que l'ostéome chez eux est plus rare. La conclusion est que, si simple soit-elle, on ne doit jamais réduire une luxation du coude sans anesthésie.

M. André (de Péronne) lit une intéressante observation de *section de toute la main gauche moins les tendons fléchisseurs et la peau de la paume de la main; reconstitution par suture de tous les plans osseux, tendineux et cutanés, avec résultat fonctionnel excellent.*

M. le professeur Kirmisson fait une communication rapide sur les *luxations consécutives à l'ostéomyélite de la hanche dans la première enfance.* On les rencontre chez les très jeunes enfants, et on a tendance à les prendre pour des luxations congénitales. Cliniquement, la déformation qu'elles entraînent est peu marquée, le membre conserve à peu près sa direction normale, l'adduction est peu marquée. Anatomiquement, il y a une usure très accentuée de la tête et du col, ce qui crée des difficultés considérables pour la réduction qui est difficile, non durable. Dans les cas avec déformation assez considérable, on pourrait faire l'ostéotomie sous-trochantérienne.

M. Frœlich (de Nancy) classe en quelques mots les *différentes variétés des luxations congénitales de la hanche*; il distingue une variété en quelque sorte traumatique, dans laquelle la tête, le col et la cavité cotyloïde semblent comme normaux, une variété tératologique, dans laquelle la cavité cotyloïde n'est pas creusée, une variété pathologique, qui reconnaît elle-même pour cause l'ostéomyélite, l'arthrite sèche et les arthrites mal connues des nouveau-nés.

MM. Redard, Calot, Le Damany, Judet discutent le *traitement de la luxation congénitale de la hanche.*

Séance du 11 octobre

TROISIÈME QUESTION MISE A L'ORDRE DU JOUR

DES AFFECTIONS CHIRURGICALES CHRONIQUES (TUBERCULOSE ET CANCER), DANS LEURS RELATIONS AVEC LES ACCIDENTS DU TRAVAIL.

Les deux rapporteurs se sont divisé la question et présentent deux rapports séparés. En voici l'analyse :

Des tuberculoses chirurgicales dans leurs rapports avec les accidents du travail.

par M. Jeanbrau (de Montpellier).

La loi de 1898, qui consacre le *principe du risque professionnel*, et indemnise *automatiquement* les ouvriers des accidents survenus *par le fait ou à l'occasion du travail, dans leurs conséquences temporaires ou définitives*, laisse aux médecins experts l'*appréciation des suites médicales des blessures, et l'évaluation du chiffre des incapacités.*

Au point de vue de la tuberculose, le rôle de l'accident se pose souvent : dans le cas de tumeur blanche, parue après un traumatisme articulaire, faut-il considérer ce dernier comme *générateur* de la lésion, comme l'ayant *démasquée*, ou comme ayant *aggravé* une lésion qui n'empêchait pas le malade de gagner son plein salaire?

A. Interprétation pathogénique du rôle des traumatismes dans la production des tuberculoses externes. — I. *Tuberculoses locales développées au niveau d'une plaie.* — Sans discussion, le traumatisme crée l'inoculation tuberculeuse : l'*accident est générateur* de l'affection. Sa responsabilité est totale et exclusive (sauf le cas où un phtisique s'inocule lui-même).

II. *Tuberculoses locales apparues aprés des traumatismes sans plaie.* — L'importance du traumatisme au début des tuberculoses, souvent invoquée par les malades, a été admise par Baudens, Verneuil et ses élèves, et a reçu une apparence de preuve des expériences de Max Schüller. Lannelongue et Achard ont montré depuis, que ces expériences n'étaient vraies que si on employait des produits impurs (bacille de Koch et microbes banaux); les arthrites étaient primitivement pyohémiques. Si on emploie des cultures pures de bacille de Koch, le résultat est toujours négatif. Cependant plus récemment, Petrow, guidé par les notions nouvelles acquises sur le bacille de Koch, a pu démontrer l'influence d'une lésion traumatique sur la localisation de la tuberculose.

1° Les *faits cliniques* ne semblent pas en faveur de la génération par l'accident. Les traumatismes fermés de faible importance sont presque exclusivement accusés par les malades, ce qui conduit à penser qu'il n'y a que coïncidence : les entorses sont souvent, chez les enfants surtout, non la cause, mais la conséquence, d'une arthrite encore ignorée. De même chez les adultes porteurs d'abcès froids attribués à un traumatisme, on trouve souvent des tuberculoses viscérales.

2° Les *faits expérimentaux* de Petrow établissent que des bacilles de Koch peuvent exister dans les épiphyses de lapins tuberculisés par la voie veineuse, sans provoquer de lésions macroscopiques (le traumatisme ne peut donc être considéré comme *fixateur*).

Sous l'influence de traumatismes violents pratiqués quelques heures avant la tuberculisation, on a pu observer des lésions articulaires graves (le traumatisme est donc un *aggravateur* certain). M. Jeanbrau a essayé avec le professeur Rodet de se rapprocher davantage des faits humains en opérant sur des animaux jeunes, en les inoculant par la voie digestive et en choisissant des bacilles peu virulents; ses expériences ont toutes été négatives, mais ne prouvent rien contre les faits positifs de Petrow.

3° Les *constatations nécropsiques* prouvent que plus de la moitié des adultes ayant succombé à des affec-

tions autres que la phtisie, présentent, à l'autopsie, des foyers virulents ou éteints de tuberculose locale. Chez l'enfant en l'absence de tubercules macroscopiques, l'inoculation des ganglions est positive. Dans la population hospitalière, les proportions de tuberculeux latents sont encore plus élevées.

Comment interpréter le rôle des traumatismes fermés à l'aide des notions cliniques, expérimentales et anatomo-pathologiques précédentes? — Dans l'état actuel de nos connaissances, on admet qu'entrés par la voie intestinale, les bacilles traversent la circulation pulmonaire et s'y arrêtent souvent, puis passent dans la circulation générale, pour s'éliminer par les reins, s'ils ne se fixent pas. Se fixant, ils sont souvent détruits par phagocytose sans lésions macroscopiques ou avec lésions macroscopiques; s'il y a une diminution de la résistance générale (surmenage des recrues par exemple) ou locale (traumatisme), l'évolution peut continuer. On doit admettre plusieurs éventualités :

1° Souvent, le *traumatisme révèle* une tumeur blanche ou une tuberculose locale ignorée du malade ou volontairement dissimulée par lui; des opérations précoces prouvent dans certains cas l'ancienneté des lésions;

2° Très fréquemment, le *traumatisme aggrave* des lésions connues et en voie de guérison; c'est de cette constatation qu'est née depuis longtemps l'immobilisation des tumeurs blanches;

3° Un accident peut-il *localiser* la tuberculose dans une région antérieurement saine? Le fait devrait être beaucoup plus fréquent, étant donné le nombre des tuberculeux ignorés; mais l'on sait que la bacillémie se rencontre rarement chez les tuberculeux, et seulement dans les poussées fébriles (Jousset). Mais il est possible qu'une *bacillémie transitoire* due à la rupture sanguine d'un tubercule, soit suffisante à inoculer un foyer traumatique. Sans bacillémie vraie, des *leucocytes bacillifères* venant du poumon peuvent remplir ce rôle (Calmette). Il est possible que dans le voisinage, existe un foyer tuberculeux, en connexion lymphatique avec la région traumatisée [*voie lymphogène* (Petrow)]. Il est possible enfin qu'un sujet sain s'inocule par la voie intestinale immédiatement après ou au moment du traumatisme ; si la phagocytose ne remplit pas son rôle, son foyer traumatique s'infectera; dans ce dernier cas encore, le *traumatisme fermé n'est pas créateur, mais seulement localisateur de la tuberculose*, en créant une prédisposition locale.

La conclusion est qu'*un traumatisme sans plaie ne peut créer une tuberculose locale. Il se borne à révéler ou à aggraver une lésion bacillaire préexistant dans la région blessée, ou à localiser au point frappé une tuberculose évoluant ou sommeillant à distance; plus rarement, si le sujet se contamine après l'accident, l'infection peut se localiser sur le foyer traumatique qui a créé simplement une prédisposition locale.*

III. *Tuberculoses généralisées à la suite de traumatismes ouverts ou fermés. — La généralisation tuberculeuse se manifestant immédiatement après un traumatisme ouvert ou fermé n'est en général qu'une simple coïncidence que l'autopsie permet de vérifier, en constatant l'âge des lésions. Plus rarement, un accident peut déterminer l'éclosion d'une granulie méningée ou généralisée, rapidement mortelle chez un tuberculeux porteur de lésions en activité.*

B. Interprétation médico-légale du role des accidents dans la production des tuberculoses externes. — I. *Comment interpréter la responsabilité clinique de l'accident?* — 1° La tuberculose *inoculée* au moment de l'accident (infirmier, blanchisseuse) est *créée intégralement par le traumatisme :* indemnité dans *toutes les conséquences*, y compris la mort si elle survient;

2° L'accident que *révèle* une tuberculose préexistante (accident causé par la lésion) ne doit être indemnisé que comme *incapacité temporaire*;

3° Le trauma qui *aggrave* la lésion est partiellement responsable : c'est *à l'expert* de juger le rôle plus ou moins important de l'*aggravation traumatique par rapport à l'infection préexistante :* comme dans le cas précédent, il n'y aurait eu chez un sujet sain qu'*incapacité temporaire*;

4° L'accident qui a *localisé* un foyer tuberculeux doit être tenu pour *responsable de toutes les conséquences*, et l'indemnité doit être totale. Si la contamination est postérieure à l'accident, il faut distinguer 2 cas : *a.* s'il y a eu amélioration sensible et guérison apparente entre la lésion primitive et la lésion tuberculeuse secondaire, la relation de cause à effet peut être discutée : à l'expert d'interpréter les cas; *b.* s'il n'y a pas eu guérison intermédiaire, l'accident initial est intégralement responsable;

5° Les *généralisations tuberculeuses qui suivent* un traumatisme sont d'interprétation délicate : un bon état général antérieur, des lésions tuberculeuses récentes au foyer traumatique, établiront la responsabilité du traumatisme. Celui-ci doit-il être tenu pour *cause de la mort?* Si, à l'autopsie, on trouve le foyer initial minime, on peut admettre qu'il aurait guéri, et l'accident est cause de la mort comme s'il avait produit une fracture du crâne; si on découvre des lésions viscérales étendues et multiples, ayant dû bientôt entraîner la mort, on doit réduire la responsabilité de l'accident.

II. *Etat de la législation et de la jurisprudence françaises.* — L'interprétation que nous venons d'exposer peut se résumer ainsi :

1° La tuberculose *révélée* ne donne *pas droit à une rente ;*

2° La tuberculose *aggravée* justifie une *rente réduite ;*

3° La tuberculose *inoculée et localisée* chez un invidu en apparence bien portant donne droit à *la totalité* des indemnités prévues par la loi.

Elle base l'importance qu'elle attribue aux *états antérieurs* sur l'intention du législateur, les charges trop lourdes qui résulteraient de leur ignorance, les conséquences fâcheuses pour les ouvriers tarés, capables cependant de gagner un salaire normal, qu'on éliminerait des chantiers de peur de les voir se tuberculiser.

Mais la Cour de cassation, s'en tenant à *la lettre de la loi*, a tranché la question en sens inverse, et

jugé que *tout accident qui a joué un rôle nettement constaté dans l'éclosion, l'aggravatiou on la localisation d'une tuberculose est intégralement et exclusivement responsable.*

Des commentateurs exigent cependant pour l'application de cette doctrine des conditions qui la rendent moins arbitraire : il faut 1° que l'accident soit bien caractérisé et propre par sa nature à aggraver directement l'affection préexistante ; 2° que l'aggravation soit nettement caractérisée ; 3° que les premiers symptômes de l'aggravation aient suivi d'assez près l'accident ; 4° que la maladie préexistante ne soit pas arrivée à sa dernière période.

Ainsi amendée, on pourrait accepter cette doctrine, si elle n'avait pas une influence néfaste sur l'embauchage des ouvriers : par elle, *les ouvriers tarés, mutilés ou affaiblis par une maladie chronique se voient peu à peu réduits au chômage.*

III. *Etat des législations et des jurisprudences étrangères.* — En Angleterre, la jurisprudence n'est pas fixée ; en Belgique, elle est la même qu'en France, de même en Allemagne, mais là, *les conséquences ne sont pas les mêmes, parce que les ouvriers sont assurés à la fois contre les accidents, contre la maladie, et contre l'invalidité due à la vieillesse*, de sorte que si le blessé n'est pas secouru par la caisse des indemnités accidents, il l'est par celle des indemnités maladies. D'ailleurs l'office impérial allemand fait une différence entre les tuberculoses révélées et les tuberculoses aggravées ou localisées.

IV. *Y a-t-il lieu de demander l'introduction dans la loi de 1898 d'une restriction au sujet des « états antérieurs »?* — En attendant qu'existe en France cette assurance contre la maladie et contre la vieillesse, il paraît bon, dans l'intérêt même des ouvriers, de demander l'introduction dans la loi d'un article excluant les états antérieurs du bénéfice du forfait, et permettant d'évaluer d'une façon plus équitable les responsabilités.

Le cancer et les accidents du travail.

Par M. le professeur Segond.

De l'étude de la loi, telle qu'elle est, il résulte :

1° Qu'il faut un *accident*, « *une lésion corporelle provenant de l'action d'une cause extérieure et soudaine, survenue dans le cours ou à l'occasion du travail* ». Les *traumatismes légers et répétés, les irritations prolongées*, que comportent certains métiers, sont en dehors du cadre de la loi, qui *ne s'applique pas aux maladies professionnelles* ; il y a là une autre loi à faire.

2° *La loi ne reconnaît pas le principe des responsabilités atténuées* : elle admet l'indemnisation *forfaitaire* et transactionnelle suivant une échelle fixée à l'avance, variant avec la réduction de la capacité ouvrière du blessé, *indépendamment des maladies qu'il pouvait présenter avant l'accident.*

Au premier abord, étant donnée l'ignorance où nous sommes de la nature du cancer, il est impossible d'admettre la responsabilité totale d'un traumatisme, la relation de cause à effet : en y regardant de plus près, on arrive à voir des relations, et c'est sur ce terrain, à côté de la loi actuelle, qu'il faut s'engager.

I. Aperçu médico-légal. — En France, les décisions judiciaires sont peu nombreuses (1 cas de sarcome du tibia).

En Allemagne, elles sont fréquentes. Pour admettre qu'un traumatisme est responsable du développement d'une tumeur maligne, quatre conditions paraissent suffisantes aux juges allemands : 1° l'accident doit être de nature à provoquer une lésion propre à favoriser l'éclosion du cancer ; 2° la victime était en santé parfaite au moment de l'accident ; 3° la maladie a été progressive depuis l'accident (inflammation des muqueuses se transformant peu à peu en lésion cancéreuse) ; 4° l'autopsie doit révéler la présence d'un cancer dans la région atteinte par le choc traumatique. Ces conditions sont très élastiques et maints jugements semblent fort arbitraires.

II. Documents et données cliniques concernant le rôle du traumatisme dans la pathogénie du cancer. — De recherches bibliographiques, d'enquêtes en France et à l'étranger, l'auteur conclut que le *fait indiscutable démontrant qu'un traumatisme est la cause d'un cancer, n'existe pas.* Mais des faits assez nombreux prouvent (surtout en matière de sarcome) qu'il y a parfois un *lien chronologique* ; le traumatisme semble avoir le rôle d'une *cause occasionnelle.*

Le prouver est impossible puisque nous ne savons rien du cancer, et essayer d'accommoder cette notion aux spéculations hypothétiques sur la nature du cancer serait du temps perdu.

Les rapports entre traumatisme et tumeur semblent trop fréquents pour pouvoir être niés, mais il ne semble pas que ce soit une cause suffisante. Une *prédisposition du terrain* semble nécessaire, générale ou locale, diathèse ou lésions chroniques (cicatrice, fistule, ulcère...) ou tumeur bénigne (ulcère, fibromes).

Les faits prouvent que c'est beaucoup plus souvent dans le cas de sarcome que la liaison semble assez nette entre le trauma et la tumeur.

Les traumatismes ne semblent pas avoir une gravité particulière du fait qu'ils frappent un sujet cancéreux : un grand ébranlement est cependant une condition favorable à la production de métastases.

III. Conditions et garanties pour qu'il soit rationnel d'admettre la responsabilité du traumatisme chez les accidentés du travail, atteints de tumeurs malignes. — 1° *Blessé.* — α. *Age* : c'est un argument spécieux, on doit cependant le retenir : on sait que les épithéliomas se voient rarement chez les jeunes.

β. *Prédisposition.* — Hérédité cancéreuse, ou antécédents personnels cancéreux.

γ. *Etat de la région blessée avant la blessure* : la région doit être intacte et le fait bien constaté.

2° *Blessure.* — Deux caractères doivent lui être demandés α : l'*intensité* justifiant une réaction sérieuse ; β. la *correspondance exacte* entre la région blessée et le siège de la tumeur.

3° *Tumeur.* — Elle doit être examinée dans son

diagnostic et dans sa marche : *le temps qui a séparé son début* du traumatisme, les *phénomènes existant à cette époque dans la région traumatisée* ont une importance capitale.

Malgré tout, ces éléments *permettent moins de prouver, que de raisonner avec vraisemblance.*

Plusieurs cas particuliers peuvent en fin de compte être envisagés.

a) *Accidentés du travail traumatisés en bonne santé apparente, au niveau d'une région notoirement saine.* — Cinq garanties sont exigées : *authenticité* du traumatisme, *importance* suffisante, *intégrité* antérieure de la région blessée, *correspondance* entre le siège de tumeur et de traumatisme, *date d'apparition* rendant la filiation possible.

Ce délai est difficile à fixer : on peut admettre qu'il doit être au moins de trois semaines, au plus de trois ans (époque qui coïncide avec le délai de revision du législateur). Il y a, d'ailleurs, des exceptions possibles à ces délais moyens.

Deux autres garanties, non exigibles, pourraient compléter la conviction : succession ininterrompue des phénomènes cliniques dans la région intéressée entre l'accident et l'apparition de la tumeur (douleur, etc...) et examen histologique de la tumeur supposant l'extirpation ou l'autopsie.

b) *Accidentés du travail, déjà cancéreux au moment de l'accident et traumatisés en un point plus ou moins éloigné du néoplasme préexistant.* — Si les garanties précédentes existent, on doit conclure à la relation, mais au point de vue de la responsabilité, tenir compte de la différence énorme entre un sujet peut-être prédisposé au cancer et un sujet nettement cancéreux.

c) *Accidentés du travail, déjà cancéreux et traumatisés au niveau même du néoplasme préexistant.* — Ces cas ne sont traumatiques qu'en apparence : fracture sous faible choc (presque spontanée) dans un ostéosarcome... Ici le traumatisme est purement *révélateur* : il n'y a pas responsabilité. Mais dans ces conditions, le traumatisme peut *aggraver* le néoplasme (aggravation presque immédiate dans la tumeur ayant subi un traumatisme direct, avéré et violent) : Il y a responsabilité atténuée.

d) *Accidentés du travail, non cancéreux au moment de l'accident, mais traumatisés au niveau d'une région sur laquelle existe déjà une lésion prédisposée, par elle-même, à une dégénérescence cancéreuse ultérieure.* — Ce sont les porteurs de *cicatrices anciennes*, de *fistules*, d'*ulcères*, de *vieux cals*, de *fibromes*, de *nævi vasculaires et pigmentaires.* Le traumatisme doit être tenu pour *responsable*, s'il réunit les garanties indiquées plus haut; on doit cependant lui faire subir une *atténuation proportionnelle* à la prédisposition locale de la région contuse.

e) *Accidentés du travail, devenant cancéreux par la dégénérescence maligne spontanée de l'une des lésions étudiées dans le groupe précédent, mais chez lesquels ces lésions sont elles-mêmes produites par un accident du travail.* — Ici, il n'y a plus d'atténuation de responsabilité : celle-ci est *pleine et entière.* Il importe d'ailleurs de noter que les dégénérescences sont très tardives : il est impossible dans ces cas de fixer un délai; en tous cas, le délai de revision de trois ans est tout à fait insuffisant.

Parmi les lésions post-traumatiques susceptibles de mener au cancer, le rapporteur refuse de classer avec les Allemands les inflammations chroniques viscérales, ou les névroses traumatiques.

En résumé, pour lui il y a *atténuation de la responsabilité*, quand l'accident : 1° provoque une métastase chez un cancéreux; 2° aggrave un néoplasme préexistant; 3° développe un néoplasme en un lieu prédisposé.

Quant à l'*évaluation de l'indemnité*, elle doit être élevée, car la tumeur maligne est pour l'instant incurable et doit conduire le malade un jour ou l'autre à la mort.

Ces appréciations sont en partie contraires aux dispositions de la loi, que les rapporteurs voudraient voir modifier. Ils proposent *un vœu tendant à voir le principe absolu de l'indemnisation transactionnelle et forfaitaire des blessures, donner place à celui des responsabilités atténuées et d'une indemnité vraiment proportionnelle au dommage.*

Le vœu, mis aux voix après la discussion, est voté a l'unanimité par le congrès.

(*A suivre.*) CHEVRIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 7 octobre 1907)

Recherche du gonocoque. — Une seule communication intéressant la médecine, celle de M. Guépin sur la nécessité des cultures pour la recherche du gonocoque dans les écoulements urétraux aigus ou chroniques et d'autres espèces microbiennes qui peuvent expliquer, dans une certaine mesure, leur ténacité.

La bactérioscopie ne suffit pas toujours. Il faut aussi recourir aux cultures, aussi bien pour les urétrites que pour les métrites, les arthrites, etc.

Donc, avant d'affirmer qu'un écoulement ou une sécrétion quelconque ne contient plus de germes pathogènes, il faut absolument avoir fait pratiquer bactérioscopie et cultures.

On comprend, sans avoir à y insister davantage, toute l'importance de cette recherche.

La conclusion pratique à tirer de ces recherches, est la suivante :

L'absence du gonocoque (et de tout autre microbe pathogène) ne peut être aujourd'hui scientifiquement admise qn'après l'épreuve de la culture convenablement entreprise et poursuivie. Son résultat négatif n'est valable que si les épreuves cliniques sont également favorables au malade.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

SUITE DU PROGRAMME SCIENTIFIQUE DU IXe CONGRÈS DE MÉDECINE. — *Mercredi 16 octobre 1907.* — *Séance du matin : neuf heures* (grand amphithéâtre). — Rapports de MM. Gilbert Ballet, Delherm et de Sainton : *Pathogénie et traitement du goitre exophtalmique.*

Discussion : MM. Doyen, Abadie, Kocher et Gautier (de Genève).

Communications : Launois et Ch. Esmein : Sur l'interprétation de certains symptômes du goitre exophtalmiqne.

David (de Limoges) : Sur un cas de goitre exophtalmique, traité par les eaux-mères de Salies-de-Béarn.

Autres communications diverses sur les glandes à sécrétion interne et le système nerveux :

Hypophyse. — Sajous : Les sécrétions internes. L'appareil hypophyséo-surrénal : son rôle à l'état normal et à l'état pathologique (travail présenté par M. Launois).

L. Rénon : Insuffisance hypophysaire et myocardite.

P. Jeandelize et M. Perrin : Sur la posologie des produits opothérapiques.

Système nerveux. — Faure (de La Malou) : Paralysies spasmodiques primitives et secondaires, origine et traitement. — Physiologie pathologique et rééducation motrice des troubles viscéraux des tabétiques. — Pourquoi le traitement mercuriel des tabétiques améliore les uns, aggrave les autres et reste indifférent dans beaucoup de cas (Leredde).

Donadieu : Cardio-sclérose chez les vieux ataxiques. Mécanothérapie.

Sainton et Ferrand : Varicosités généralisées et symétriques chez une tabétique.

Sainton et Roger Voisin : Le signe de Kernig d'origine cérébrale.

Pierre Parisot : Quelques considérations sur l'hystéro-traumatisme chez le vieillard.

P. Lévy : Inutilité des controverses sur les formules suggestion et persuasion. L'éducation, traitement des névroses.

Achard : Traitement d'une contracture consécutive au tétanos par la stase veineuse artificielle.

Séance de l'après-midi : trois heures (grand amphithéâtre). — *Suite des communications sur les questions proposées pour être discutées au Congrès.* — V. *La médication par l'argent colloïdal.* — V. Henri : Action physiologique des colloïdes.

Iscovesco : Les colloïdes, leur importance en médecine et en thérapeutique.

Discussion : MM. Netter (de Lyon), Jousset, Triboulet et Paul Petit.

VI. *Introduction électrolytique des médicaments.* — Zimmern, Deschamps (de Rennes).

F. Chiais : Les conditions physiologiques de l'ionisation des électrolyies dans l'organisme et du transport des ions dans le milieu cellulaire.

Laquerrière : L'application méthodique de l'électrothérapie et de l'ion.

VII. *Action thérapeutique du radium.* — De Beurmann, Wickham et Degrais : Emploi du radium dans le prurit et les dermatoses chroniques. Discussion : Leredde.

Dominici : De l'application du radium à la thérapeutique interne.

De Beurmann, Dominici et Rubens Duval : Action du radium sur un cas de mycosis (à type lymphosarcomateux).

Dominici et Baréat : Réactions histologiques du tissu conjonctivo-vasculaire sous l'influence du radium.

Wickham et Degrais : Considérations générales sur l'emploi du radium en dermatologie. Dosage et valeur des tissus de réparation.

Autres communications diverses ayant trait à la thérapeutique : Kouindjy : La méthodicité dans l'application des agents physiques en médecine. L'application méthodique du massage et de la gymnastique.

J.-A. Rivière : Effluves et étincelles de haute fréquence dans le traitement des tumeurs malignes.

Traitement de la syphilis. — Hallopeau : Nouvelles notes sur l'emploi thérapeutique de l'atoxyl.

Milian-Vedel : Traitement de la syphilis par l'atoxyl.

Hallopeau : Indications de pratiquer l'ablation du chancre induré et de son ganglion satellite ou d'en atténuer la virulence.

Rodet et Lagriffoul : Sérothérapie antityphique.

Auché (de Bordeaux) : Sérothérapie antidysentérique.

Nœgeli Akerblom (de Genève) : Quelques médications et médicaments ressuscités.

Piogey : Action curative de l'amylensulfase sur la tuberculose, la coqueluche, le rhumatisme articulaire aigu, l'appendicite et sur d'autres maladies d'origine microbienne.

Jarre : La médication par l'acide chromique.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarantième semaine, 776 décès, au lieu de 931 pendant la semaine précédente et de 794, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

La fièvre typhoïde a causé 7 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 54 (moyenne 53), au lieu de 37 pendant la semaine précédente.

La variole n'a causé aucun décès (elle en avait causé 1 pendant la semaine précédente, chiffre identique à la moyenne). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 2, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 6).

La rougeole a causé 1 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 36 (au lieu de 66 précédemment et de 40, moyenne des quatre dernières années).

La scarlatine a causé 3 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 124 ; il s'élevait à 137 pendant la semaine précédente (moyenne 51).

La coqueluche a causé 3 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 3).

La diphtérie a causé 2 décès, comme pendant la semaine précédente (moyenne 4); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 41, au lieu de 39 pendant la semaine précédente (moyenne 57).

La diarrhée infantile a causé 65 décès de 0 à 1 an, au lieu de 81 pendant la semaine précédente (moyenne 34).

En outre, 29 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 94 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente (moyenne 101). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, aucun décès; bronchite chronique, 8; pneumonie, 21. Autres maladies de l'appareil respiratoire, 65, dont 23 sont dus à la broncho-pneumonie et 27 à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 147 décès; la méningite tuberculeuse, 13; la méningite simple, 12; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 14 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 43 décès; les maladies organiques du cœur, 48; le cancer, 55; la hernie et l'obstruction intestinale, 7; la cirrhose du foie, 9; la néphrite, 19; enfin, 26 vieillards sont morts de débilité sénile.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Lasnon (des Grandes-Ventes), Matringhem (de Calais) et Raynal (de Lille).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Voyages circulaires à itinéraires fixes. — La gare de Paris-Lyon, ainsi que les principales gares situées sur les itinéraires, délivrent, toute l'année, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes, extrêmement variés, permettant de visiter, à des prix très réduits, les contrées les plus intéressantes de la France, ainsi que l'Algérie, la Tunisie, l'Italie et l'Espagne.

Les renseignements les plus complets sur les voyages circulaires et d'excursion (prix, conditions, cartes et itinéraires), ainsi que sur les billets simples et d'aller et retour, cartes d'abonnement, relations internationales, horaires, etc., sont renfermés dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M.

Billets simples de France en Espagne. — Les principales gares du réseau P.-L.-M. (Paris, Dijon, Lyon, Marseille, etc.) délivrent des billets directs simples pour Barcelone. Consultez le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Hygiène rurale, par le docteur IMBEAUX, directeur du service municipal de Nancy, et E. ROLANTS, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Lille. Gr. in-8° de 249 p., avec 125 fig. — Prix : broché, 6 francs; cartonné, 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Maladies chirurgicales de la peau, par J.-L. FAURE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Grand in-8° de 144 p. avec fig. — Prix : broché, 4 francs ; cartonné, 5 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

N° 119. — JEUDI 17 OCTOBRE 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 17 OCTOBRE 1907. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 14 octobre. — Question donnée : « Technique des injections sous-cutanées intramusculaires et intra-veineuses. »

MM. Desvignes, 10; Fabrègues et Cholard, 11; Deron, 9; Chatelin, 10; Faige, 11; Dietz, 16; Deroncourt et Doulcet, 11; Chasseroy, 12; Charrier, 17; Devimeux, 11; Cheyrin-Lagrèze, 12; Fischer, 11; Crussaire, 10; Chardon, 9; Chaise (Martin), 7; Durand (Jacques), 14; Courjon, 9; Delotte, 12.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 18 octobre, à quatre heures et demie, première moitié, deuxième et troisième séries.

Anatomie. — Séance du 15 octobre. — Question donnée : « Articulation tibio-tarsienne. »

MM. Lelongt, 16; Légillon, 8; Leblanc (Albert), 13; Lavergne (Louis), 7; Libert, 14; Leroy (Maurice), 10; L'Hirondel, 13; Leroy (René), 15; Lauriot, 10; Latour, 9; Léchelle, 8; Lambour, 15; Le Carpentier, 6; Bonnet, 14; Audebert, 10; Béraud, 16.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 17 octobre, à quatre heures, première moitié, première série.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. le professeur A. Malherbe est nommé, pour trois ans, directeur de l'École.

MARINE. — Par décret du 9 octobre 1907, ont été promus :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Ripoteau.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Denier.

— Par décret du 12 octobre, ont été promus :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. le médecin en chef de deuxième classe Machenaud.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal Michel.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Gastinel.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Chemin.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin en chef de première classe Burot.

— M. le médecin principal Thamin, du port de Lorient, est désigné pour remplir les fonctions de médecin de la division navale de l'Indo-Chine, en remplacement de M. Barbolain.

M. le médecin en chef de première classe Jan est désigné, sur la demande de M. le vice-amiral Germinet, nommé au commandement en chef de l'escadre de la Méditerranée occidentale et du Levant, pour remplir les fonctions de médecin d'escadre.

M. le médecin de première classe Bastier, du port de Lorient, est désigné pour embarquer sur le croiseur cuirassé *Léon-Gambetta*, dans l'escadre du Nord.

M. le médecin de deuxième classe Moreau, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur la canonnière *Surprise*, dans la division navale de l'océan Indien.

L'HYGIÈNE DENTAIRE DANS L'ARMÉE. — M. Henri Chéron, sous-secrétaire d'Etat à la guerre, vient de lancer une circulaire relative à l'hygiène dentaire dans l'armée.

Jusqu'ici on s'est peu occupé de cette question dans l'armée, où cependant les journées d'indisponibilité pour lésions dentaires atteignent un chiffre élevé. En 1903 notamment, les affections des dents ont entraîné l'hospitalisation de 1 845 soldats avec 18 639 journées de traitement.

A l'avenir il sera donné à l'école d'application du service de santé, au Val-de-Grâce, un enseignement de la stomatologie.

D'autre part, au moment de l'incorporation des recrues, les médecins chargés de la visite procéderont à l'examen de la bouche et des dents de chaque soldat et mentionneront le résumé de leurs constatations sur une fiche spéciale.

Des examens ultérieurs, pratiqués tous les trois mois, permettront de tenir cette fiche au courant.

L'organisation nouvelle ne permettra pas seulement d'éviter à l'avenir bien des journées d'indisponibilité parmi les jeunes gens, mais elle aura en outre l'avantage de leur donner des habitudes d'hygiène qu'ils conserveront après le régiment et qu'ils pourront répandre autour d'eux pour le bien général.

HOMMAGE AU DOCTEUR HALLOPEAU. — Nous rappelons que la souscription ouverte par les amis et les élèves du docteur Hallopeau pour lui offrir une médaille exécutée par M. Chaplain, sera close le 10 novembre 1907.

Les souscriptions sont reçues par MM. J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille. Tout souscripteur de la somme de 25 francs recevra une médaille.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de notre collaborateur, M. N. Vaschide, directeur-adjoint au laboratoire de psychologie pathologique de l'École des hautes études. Nous adressons à sa famille l'expression de nos plus sincères condoléances.

HOTEL-DIEU. — M. le professeur Brissaud reprendra ses leçons de consultation des maladies nerveuses le mercredi 23 octobre à neuf heures dans le salon de la salle Sainte-Madeleine, et les continuera tous les mercredis à la même heure.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. H. Hallopeau reprendra ses leçons cliniques sur les maladies cutanées syphilitiques, le jeudi 17 octobre à trois heures, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 21 AU 26 OCTOBRE 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 21 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Legueu et Gosset ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Legueu et Marcel Labbé ; — M. Teissier, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* : MM. Reclus, Delens et Proust; — (2e partie) : MM. Déjerine, Balthazard et Macaigne; — M. Claude, suppléant.

Mardi 22 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Berger, Albarran et Marion ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Auvray et Morestin; — M. Dupré, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier*, (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau ; — M. Langlois, suppléant.

Mercredi 23 octobre, à une heure. — 2e, *Salle Richet* : MM. Ch. Richet, Desprez et Branca.

4e, *Salle Béclard* : MM. Pouchet, Déjerine et Macaigne; — M. Balthazard, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Proust; — (2e série) : MM. Reclus, Legueu et Mauclaire; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque*, (1re partie) : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Legry, suppléant.

Jeudi 24 octobre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Desgrez et Fernand Bezançon.

2e, *Salle Béclard* : MM. Pouchet, Launois et Langlois.

3e (1re partie, oral), *Salle Broussais* : MM. Pozzi, Thiéry et Brindeau.

4e, *Salle Corvisart* (1re série) : MM. Gilbert, G. Ballet et Méry ; — *Salle Thouret* (2e série) : MM. Thoinot, Vaquez et Dupré.

1er (sages-femmes), *Salle Vulpian* : MM. Bar, Demelin et Morestin; — M. Gouget, suppléant.

Vendredi 25 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Delens et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Reclus, Legueu et Proust; — M. Gosset, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque*, (1re partie) : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Desgrez, suppléant.

Samedi 26 octobre, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier*, (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau; — M. André Broca, suppléant.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 87, 21 juil. 1907.) Ezio CALCATERRA : Action des sels de magnésium dans l'épilepsie. — Amerigo BARLOCCO : Observations expérimentales sur l'aggressine diplococcique. — Aurelio GIOVINE : L'albumosurie dans les maladies infectieuses. — C. RUBINO : Observations sur la technique sphygmomanométrique. — Giuseppe ROCCHI : A propos de certaines infections typhoïdiformes. — Giulio FRATTI : La maladie de Dercum. — Sebastiano CANNATA : Tabagisme et fonctions génitales de l'homme. — Giuseppe GUALDRINI : Importance de certains moyens nouveaux d'exploration dans l'étude des maladies chirurgicales du rein. — (N° 90, 28 juil.) Egidio MORANDI : Contribution à l'étude de l'activité cardiaque par la méthode de Katzenstein. — Luca FIORAVANTI : Contribution clinique au traitement opératoire de la péritonite purulente généralisée par perforation du tractus digestif. — Nicola GIANNETTASIO : Kyste hématique de l'omentum. — Guglielmo TANI : Notes cliniques sur douze cas de méningite cérébro-spinale épidémique. — (N° 93, 4 août.) Alfonso CALABRESI et Luigi CLERC : La ponction lombaire en tant qu'auxiliaire diagnostique et thérapeutique dans un cas de méningite cérébro-spinale épidémique à résultat bactériologique négatif. — Alessandro BONGIOVANNI : Quelques applications pratiques de la radiumthérapie au traitement des paralysies périphériques du facial et aux névralgies du trijumeau. Appareil nouveau. — G. SALMONI : A propos de la pathogénie du rein mobile. — Prof. BOSSI : A propos de la prophylaxie du cancer de l'utérus. — BRUCHI : Contribution clinique à l'étude des éventrations. — Francesco FERRARI LELLI : Contribution à la tech nique de la recherche de l'indoxylsulfate de potassium dans les urines. — Guilio GHIRELLI : L'automobilisme et la thérapeutique physique. — Carlo AMISTANI : Neurasthénie et diathèse goutteuse. — (N° 96, 11 août.) Tumminia PIETRO : Contribution à l'étude pharmacologique de la phénophtaléine. — BAZZICALUPO : La fermentescibilité des fèces selon la méthode Schmidt. Simplification de technique et nouvelles recherches. — R.-E. CAMPAGNA : L'indicanurie dans la méningite cérébro-spinale. — Salvatore GUCCIARDELLO : Une substance commode pour le traitement exclusif des abcès chauds. — (N° 99, 18 août.) Stefano MIRCOLI : L'alcool d'après la clinique de Gênes. — Luigi SICILIANO : Effet des courants de haute fréquence sur la marche de la sécrétion urinaire dans le diabète. — V. CARLETTI : L'autosérothérapie immédiate et médiate. — Alberto BARCHIELLI : Cas de kystes dermoïdes dans une même famille. — S. LICCIARDI : Contribution à l'application thérapeutique des bains de lumière électrique.

DE L'ACTION PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE

L'EXTRAIT AQUEUX DE GUI

Son emploi dans les hémorragies congestives et comme médicament hypotenseur.

Par René GAULTIER (1),

Chef de laboratoire à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Dans un mémoire présenté à la Société de thérapeutique en juin 1906, nous avons déjà eu l'occasion de signaler les résultats thérapeutiques obtenus avec l'emploi du gui de chêne au cours des *hémoptysies congestives des tuberculeux*, médication qui nous avait été suggérée par les effets obtenus par l'emploi empirique de cette drogue par une commère dans des cas analogues.

A ce moment, nous avons rapporté également, avec un certain nombre d'observations cliniques, les résultats physiologiques que nous avions observés avec l'extrait aqueux en injection intra-veineuse chez le chien dans le laboratoire de physiologie générale de M. le professeur Gréhant, résultats qui n'étaient autres que l'*abaissement manifeste et durable de la pression artérielle*, démontrant ainsi le rôle hypotenseur de cette drogue.

Depuis ces premiers essais, en collaboration avec M. Delassus, interne en pharmacie du service de M. le professeur Dieulafoy, où en qualité de chef de clinique nous avons fait nos premières tentatives thérapeutiques avec ce médicament, nous n'avons cessé de l'étudier au point de vue de sa préparation officinale, et au mois de juin 1907, je présentais à la Société de thérapeutique un court mémoire sur le résumé de ces travaux. Pour ce congrès, j'ai réservé le soin, non seulement de rapporter d'autres faits cliniques confirmatifs des premiers en ce qui concerne le traitement des hémorragies congestives, mais encore d'exposer de nouveaux faits thérapeutiques utilisant *son rôle d'hypotenseur dans le traitement des états pathologiques avec hypertension*. C'est qu'en effet depuis nos premières recherches physiologiques, j'ai eu la bonne fortune de pouvoir reprendre mes travaux dans le laboratoire de M. le professeur Pouchet avec l'aide de mon collègue M. le docteur Chevalier, son préparateur, et de me confirmer à moi-même le mode d'action du gui que j'avais entrevu et décrit dans ma première communication et l'exposé détaillé de ces expériences multiples et variées fera l'objet d'un mémoire spécial que nous publierons prochainement.

I. Préparations officinales du gui (viscum album). — Les premières préparations officinales de gui qui furent faites par M. Delassus le furent avec du gui de chêne, recueilli par moi-même sur l'arbre et dont l'authenticité ne peut faire aucun doute. Mais la rareté de cette plante sur le chêne a fait utiliser ensuite par mon collaborateur d'autres variétés de gui, gui de pommier, gui de peuplier que l'on rencontre en grande quantité et qui donnent des résultats thérapeutiques aussi satisfaisants. La *macération de plantes dans du rhum*, formule de la commère à qui nous avions emprunté le remède, ayant donné de bons résultats chez plusieurs malades, nous nous sommes tout d'abord adressé à la *teinture et à l'extrait alcoolique*, puis ensuite à l'*extrait éthéré* ; mais nous avons renoncé à ces deux préparations qui donnent cependant de bons résultats, car nous avons remarqué qu'elles étaient capables de produire des *phénomènes d'irritation gastro-intestinale*.

A l'heure actuelle, après plusieurs tâtonnements pour arriver à préparer dans le but d'injection intraveineuse chez l'animal une solution physiologique contenant les principes solubles de la plante, nous nous sommes arrêté à l'emploi en thérapeutique de l'*extrait aqueux*, que nous administrons sous forme *de pilules* ou *de sirop*, et aussi, quoique encore moins expérimenté, à l'emploi de la *solution physiologique d'extrait aqueux en injection sous-cutanée*.

Ce sont les feuilles et les jeunes tiges de viscum album qu'on utilise. Le gui de peuplier donne environ 42 p. 100 de plantes sèches tandis que le gui de pommier plus aqueux ne donne seulement que 40 p. 100 en moyenne.

Extrait aqueux de viscum album.

Feuilles et jeunes tiges de viscum album	500
Eau distillée bouillante	6.000

Les feuilles et les jeunes tiges sèches du viscum album sont incisées puis contusées dans un mortier jusqu'à obtenir une poudre grossière. La faire infuser pendant douze heures dans six fois son poids d'eau distillée bouillante. Exprimer et faire de la même manière deux autres infusions successives avec trois fois son poids de liquide.

Réunir les trois liqueurs, filtrer et évaporer au bain-marie jusqu'à consistance sirupeuse, puis concentrer à consistance d'extrait mou, sous la cloche à vide sulfurique, on obtient en moyenne 23 p. 100 d'extrait aqueux.

Cet extrait est jaune brun, de saveur douceâtre et un peu amère, d'odeur aromatique agréable, rappelant celle de la prune cuite. Il s'emploie à la dose de 0g20 à 0g30 et même plus en pilules ou en potions.

Pilules d'extrait aqueux de viscum album.

Extrait aqueux de viscum album	0g50
Excipient	Q. s.

pour 25 pilules. Chaque pilule contient 0g02 d'extrait.

De 10 à 15 pilules par vingt-quatre heures (2 pilules à la fois).

Sirop de viscum album.

Extrait aqueux de viscum album.	1 gramme
Eau distillée bouillante	10 —
Sirop simple	990 —

Ce sirop est brun clair, d'odeur et de goût agréable. Vingt grammes contiennent 0g02 d'extrait aqueux. La dose est de dix à quinze cuillerées à potage par vingt-quatre heures (deux cuillerées à la fois).

(1) Communication au Congrès de médecine, 1907.

Solution physiologique d'extrait aqueux de viscum album.

Cette solution primitivement destinée aux injections hypodermiques et intraveineuses employées dans l'expérimentation peut être utilisée en clinique en injection sous-cutannée.

Feuilles sèches de viscum album.	10 grammes
Eau distillée bouillante........	200 —
Chlorure de sodium pur.......	0g35

Les feuilles sont contusées dans un mortier et pulvérisées grossièrement. Faire infuser douze heures dans le tiers de l'eau, puis répéter trois fois cette opération. Exprimer chaque fois le liquide obtenu. Réunir les trois liqueurs, filtrer et évaporer au bain-marie jusqu'à obtenir 50 centimètres cubes, faire dissoudre le chlorure de sodium, filtrer de nouveau et stériliser à 120 degrés pendant vingt minutes à l'autoclave.

Cette solution représente le cinquième de son volume de plantes primitives et contient les principes actifs de 0g20 de viscum album.

Injecter 1 centimètre cube dans les vingt-quatre heures en deux piqûres. (Cette dose m'a suffi, mais peut être dépassée.)

II. Son emploi dans la thérapeutique des hémorragies congestives. — Ces divers préparations officinales expérimentées par nous dans les cas d'hémoptysies congestives des tuberculeux nous ont donné toujours les mêmes résultats que ceux que nous avons déjà publiés à la Société de thérapeutique, c'est-à-dire l'arrêt très rapide du crachement de sang, comme en font foi ces deux tracés et l'observation suivante, extraits de notre première communication, et où l'on voit les hémoptysies, résistant à tout autre traitement, cesser devant l'emploi du gui.

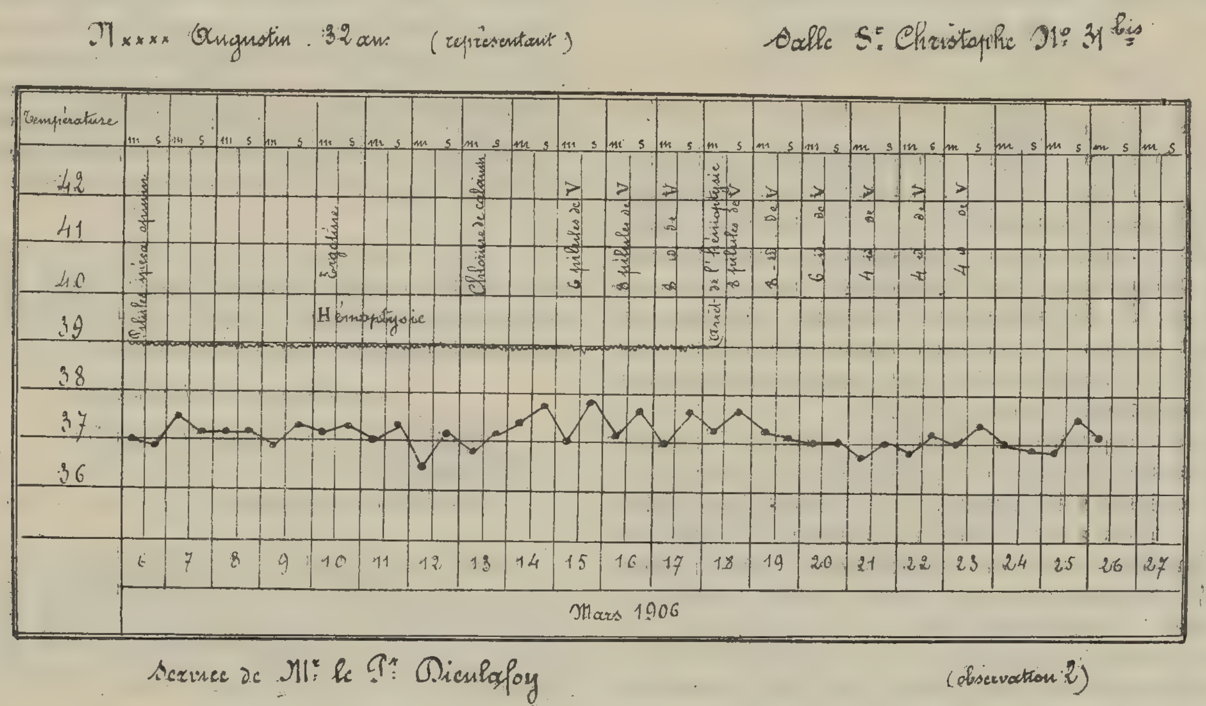


Fig. 1.

Observation II. — N... (Augustin), trente-deux ans, représentant de commerce. Salle Saint-Christophe, 31 *bis*. Entré le 6 mars 1906.

Diagnostic. — Hémoptysie au début de la tuberculose.

Cause de la prédisposition. — Surmenage physique et intellectuel. Léger degré d'alcoolisme.

Date et mode de début de la maladie. — Tousse depuis six mois; point pleurétique à droite.

Marche de la maladie. — Amaigrissement. Perte des forces; rien à signaler.

Poids. — A l'entrée, 58 kilos.

Température. — (Voir fig. 1.)

Examen du malade à son entrée. — *Larynx.* Rien. *Poumon droit : en avant*, matité, souffle et râles sous-crépitants; *en arrière*, matité dans la fosse sus-épineuse et râles de congestion jusque dans la partie moyenne du poumon. *Poumon gauche : en avant*, respiration à peu près normale; *en arrière*, respiration à peu près normale.

Digestion. — Perte de l'appétit : type d'atonie gastro-intestinale.

Autres appareils, rien à signaler.

Etat général, relativement bon.

Traitement antérieur, multiple et compliqué; créosote; divers vins toniques, pointes de feu, vésicatoires, etc.

Toux, expectoration. — Ce malade est entré pour une hémoptysie qu'il a eue chez lui le 4 mars 1906, hémoptysie abondante, d'après ses dires, et qui a persisté jusqu'à son entrée le 6 mars 1906.

A ce moment on lui donne les pilules de Trousseau, ipéca et opium de chacune 0g5 et l'hémoptysie se poursuit.

Le 7 mars, demi-crachoir de sang. Nombreux bacilles de Koch.

Le 8 mars, demi-crachoir de sang : la pression artérielle est de 21 et le pouls bat à 76 par minute.

Le 9 mars, l'hémoptysie se poursuit toujours sans fièvre; pression artérielle au sphygmomanomètre de Potain, autour de 21; pouls, 80.

Le 10 mars, l'hémoptysie redouble; on cesse la médication par l'ipéca, et l'on donne une potion calmante avec 0g50 d'ergotine à prendre dans les vingt-quatre heures; pression, 22; pouls, 84.

Le 11 mars, l'hémoptysie se poursuit, moins abondante toutefois que la veille; pression, 22; pouls, 78.

Le 12 mars, nombreux crachat shémoptoïques.

Le 13 mars, demi-crachoir de sang; on donne du chlorure de calcium, à la dose de 2 grammes; pression artérielle, 21; pouls, 76.

Le 14 mars, même médication, même phénomène.

Le 15 mars, dans la matinée abondantes hémoptysies; on donne 6 pilules de gui dans la soirée et 2 cuillerées à sirop de morphine.

Le 16 mars, quelques crachats hémoptoïques dans la matinée: nouvelle hémoptysie dans l'après-midi; on donne 8 pilules de gui; pression, 19; pouls, 82.

Le 17 mars, quelques crachats hémoptoïques dans la matinée qui se font de plus en plus rares dans la soirée; on redonne 8 pilules de gui, la pression artérielle est de 17 et le pouls bat à 104.

Le 18 mars, aucune trace de crachats sanglants, l'hémoptysie semble momentanément arrêtée; 8 pilules de gui; la pression est de 17; le pouls, 108.

Le 19 mars, l'hémoptysie ne s'est pas reproduite; elle est définitivement arrêtée; pression et pouls comme la veille; encore 8 pilules de gui.

Le 20 mars, pas d'hémoptysie; 6 pilules de gui; pression, 16; pouls, 105.

Le 24 mars, pas d'hémoptysie; 6 pilules de gui; pression, 16 à 17; pouls, 104.

Le 22 et le 23 mars, pas d'hémoptysie; 4 pilules de gui.

Le 26 mars, le malade nous quitte très amélioré; la pression artérielle est de 18 et le pouls oscille entre 96 et 100.

Malgré une alimentation forcément insuffisante, par le repos et le régime lacté, le malade a repris $1^{kg}100$; il pèse à sa sortie $59^{kg}100$.

Nous avons revu le malade souvent depuis sa sortie de

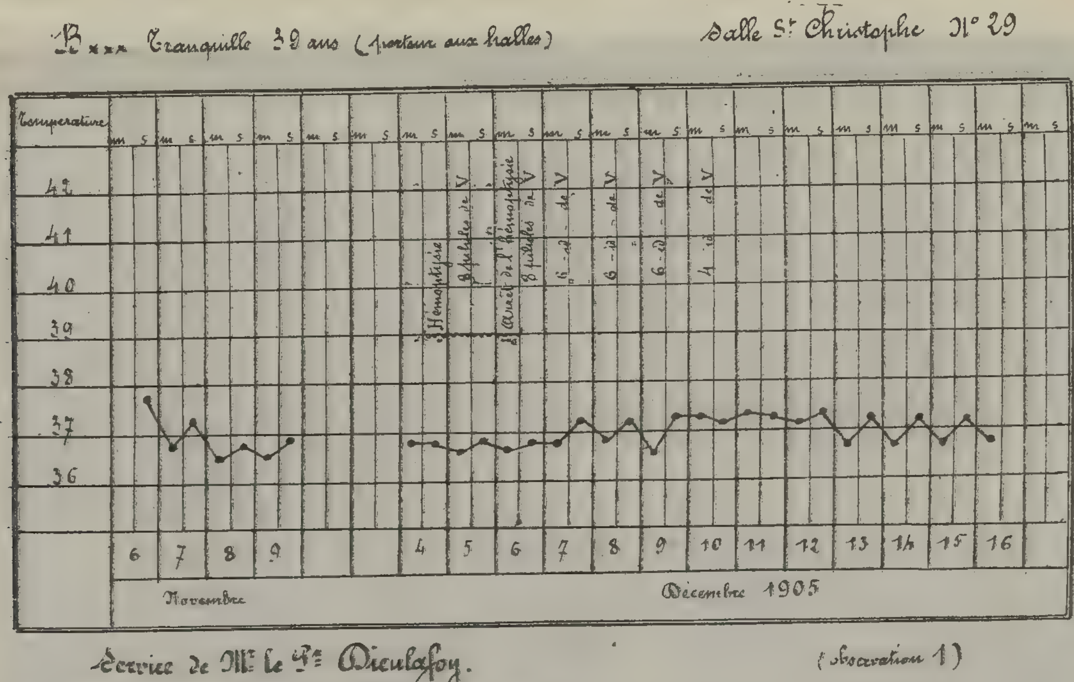


Fig. 2.

l'hôpital. Il redoute de voir se produire une nouvelle hémoptysie et vient de temps en temps nous demander avec des conseils quelques-unes de nos pilules. Les hémoptysies ne se sont pas reproduites, et il a repris son métier de représentant de commerce, métier assez dur pour lui, car il est obligé de voyager beaucoup à l'étranger.

Telle est cette observation où nous voyons *une hémoptysie du début de la tuberculose, résistant à tous les traitements classiques, s'améliorer rapidement et céder devant l'administration d'extrait de gui* dans les observations ci-dessus rapportées.

Notons dans cette observation la baisse de la pression artérielle et l'accélération du pouls que l'on retrouve dans d'autres observations.

Depuis la publication de ce mémoire, où nous relations cette observation et sept autres analogues, nous avons eu à enregistrer de nouveaux cas absolument semblables, dans lesquels nous avons utilisé l'extrait aqueux de gui sous forme de pilules.

Tout récemment, nous nous sommes servi en thérapeutique de la *solution physiologique d'extrait aqueux* aux doses indiquées plus haut *en injections sous-cutanées* pour des hémoptysies très abondantes et nous avons eu l'heureux résultat de les arrêter dans la journée même, sans les voir reparaître les jours suivants; la pression artérielle chez un de ces malades, prise au sphygmomanomètre de Potain, de 21 est tombée à 15 pour se maintenir autour de ce chiffre, tant qu'a duré l'emploi de cette médication continuée sous forme de pilules, et plusieurs jours après la cessation de cette drogue.

Nous-même, ainsi que l'avait observé notre collègue, le docteur Crouzan, dans des cas d'hémorragies congestives de l'utérus, avons constaté des effets absolument analogues à ceux obtenus dans les hémoptysies, c'est-à-dire l'arrêt de l'écoulement sanguin.

Aussi en présence de ces faits aujoud'hui multipliés nous affirmons à nouveau les *conclusions de notre premier mémoire sur l'efficacité du gui dans le traitement des hémorragies congestives* (hémoptysies, métrorragie, etc.); *il a eu, en effet, pour action constante d'arrêter ces hémorragies en abaissant la pression artérielle d'une façon manifeste et durable.*

III. Études physiologiques sur l'action de l'extrait aqueux du gui sur la pression artérielle. —

La constatation clinique de la baisse de pression artérielle chez nos précédents malades nous a fourni une indication sur son mode d'action que nous avons cherché à vérifier par des travaux expérimentaux dont nous ne donnons ici que le résumé, ayant déjà publié par ailleurs nos premiers résultats et devant publier avec M. Chevalier nos résultats nouveaux qui confirment les premiers et les expliquent.

Avec l'emploi de la solution physiologique d'extrait aqueux de gui en injection intra-veineuse chez le chien, nons avons pu constater :

1° Un *abaissement* plus ou moins notable, mais constant et persistant, de la *pression artérielle*, dès qu'il a été fait usage d'un minimum de 1 centimètre cube de cette solution, c'est-à-dire les principes actifs de 0g 20 de viscum album, abaissement qui s'est montré d'autant plus intense et plus durable que la dose injectée a été plus considérable.

2° Dans tous les cas également nous avons pu noter une *accélération des battements du cœur*, coïncidant avec cette chute de pression, accélération dont on peut retrouver la preuve dans l'analyse de l'amplitude des oscillations de la pression variable sur le tracé, amplitude qui, suivant la loi de Marey, est d'autant plus faible que les systoles cardiaques sont plus fréquentes et plus rapprochées.

3° La *dose toxique* pour le chien entraînant la mort par arrêt du cœur avec les désordres anatomiques suivants (hémorragie de la muqueuse gastro-intestinale et suffusion sanguine jusque sur l'endocarde) peut être fixée dans ce cas à 5 à 6 centimètres cubes de la solution, injectée à dose massive de 2 à 3 centimètres cubes chaque fois.

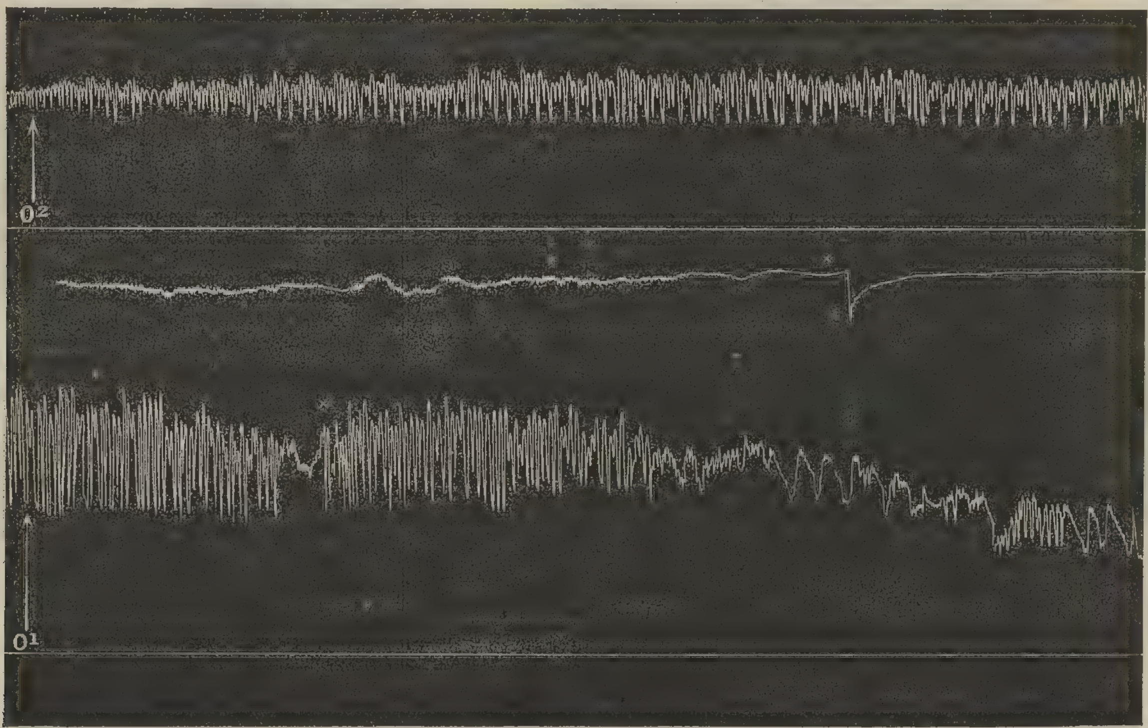


Fig. 3. — Expérience I. *(Les signes* × *indiquent le moment de l'injection).*

En conséquence, nous pouvons à l'heure actuelle nous prononcer en toute connaissance de cause sur la valeur physiologique absolue de cette solution aqueuse de gui, et cela d'autant mieux que depuis nos premiers travaux nous avons repris et analysé nos expériences avec l'aide du docteur Chevalier et suivant les conseils du professeur Pouchet ; aussi pouvons-nous affirmer son mode d'action sur le cœur et la pression artérielle dont les effets se traduisent par une *baisse durable de la pression* et une *accélération des battements cardiaques.*

IV. Le gui médicament hypotenseur. Son emploi dans le traitement de l'hypertension artérielle. — Etant donnée cette action physiologique manifeste du gui sur la pression artérielle, il était naturel d'essayer l'emploi de ce médicament dans des états pathologiques où l'excès de cette tension peut avoir des conséquences plus ou moins immédiates sur lesquelles un grand nombre d'auteurs ont justement insisté, et particulièrement M. le docteur Huchard et tout récemment M. Vaquez au dernier Congrès de médecine à Paris, en 1905. Parmi ces différents états pathologiques, l'un d'eux, l'artério-sclérose, présente ce syndrome au maximum et c'est à lui, qu'à tort ou à raison, on rattache la plupart des accidents de cette affection. Combattre ce syndrome est, pour beaucoup, une des indications principales du traitement de l'artério-sclérose ; car pour ceux-là l'hypertension est non seulement l'effet, mais elle peut être aussi la cause. Sans prendre parti dans ce débat de pathogénie, ce qui pourrait nous faire considérer la médication hypotensive comme une thérapeutique fonctionnelle, si nous admettions que l'hypertension est cause de l'artério-sclérose, il nous apparaît cependant évident qu'une forte pression artérielle chez certains malades mérite dans certains cas d'être combattue par une thérapeutique sympto-

matique, au même titre que tout à l'heure nous cherchions à arrêter l'hémoptysie des tuberculeux, sans pour cela préjuger d'une autre thérapeutique, celle-là véritablement étiologique, s'il y a lieu.

C'est donc dans le but de remédier à certains accidents relevant de l'hypertension chez quelques artérioscléreux que nous avons donné l'extrait aqueux du gui, et ce sont les effets que nous en avons obtenus, que nous voulons ici relater en terminant.

Nous n'en rapportons que deux observations, les autres leur étant absolument semblables.

Observation I. — D... (Emile), quarante-sept ans, camionneur, lit n° 8, salle Saint-Christophe, Hôtel-Dieu, service du professeur Dieulafoy, juin 1907.

Diagnostic. — Aortite chronique avec double lésion, insuffisance et rétrécissement au niveau de l'orifice aortique, légère hypertrophie du ventricule gauche; pas de pouls capillaire, pas de double souffle crural de Durosiez. Le pouls radial, vigoureux et bondissant, présente une forte hypertension au sphygmomanomètre de Potain; à l'entrée du malade à l'hôpital on a noté 29, 30 et même 31 les 5, 6 et 7 juin. En outre il se plaint de souffrir de son cœur, et présente depuis quelques mois des crises d'étouffement, crises survenant plutôt la nuit, et se produisant sans cause apparente. En effet, cet homme qui est camionneur est souvent obligé de remuer de lourdes charges, de faire des efforts violents, et il peut se fatiguer sans ressentir aucun malaise. Cependant dans la nuit qui a précédé son entrée à l'hôpital, il a été pris d'un engourdissement dans le petit doigt de la main gauche; il s'était cogné le coude dans la journée, et attribua tout d'abord ce symptôme au choc qu'il avait reçu, mais la douleur devint de plus en plus violente; elle remonta dans tout le bras et le malade ressentit alors dans la région précordiale une douleur terrible;

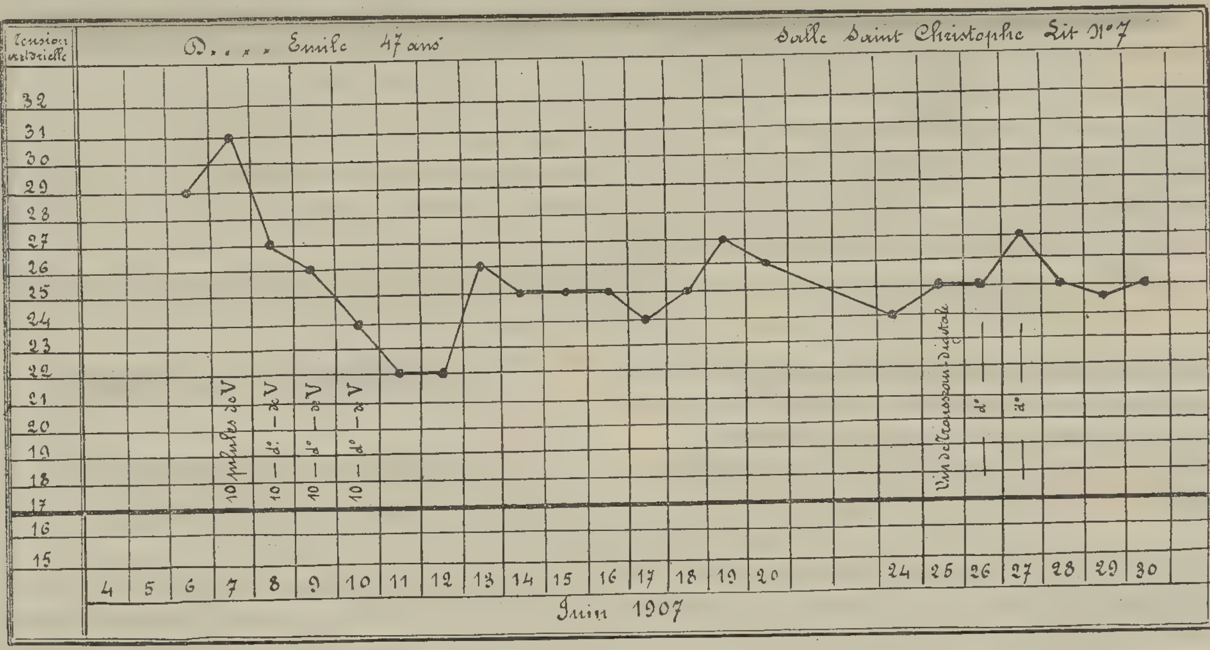


Fig. 4.

il lui semblait qu'un oiseau de proie lui dévorait le cœur, et il se demandait, anxieux, combien de temps il lui restait à vivre; puis la douleur disparut. Pendant toute la durée de cette crise qui dura une demi-minute environ, le malade eut envie de vomir, et ces nausées lui étaient aussi très douloureuses.

Il avait eu déjà auparavant de semblables crises; une dix-huit mois et une autre deux ans auparavant. Ces crises sont toutes survenues sans cause apparente; le malade peut faire de violents efforts, il peut courir pendant longtemps auprès de ses chevaux, jamais la fatigue n'a déterminé chez lui aucune crise d'angine de poitrine. Ce malade n'est pas fumeur; il n'a jamais fait d'excès de tabac, ce n'est pas non plus un hystérique; on n'en retrouve chez lui aucun stigmate; il faut donc rattacher ces crises d'angor à la lésion aortique qu'il présente.

Dans les antécédents de cet homme, légèrement entachés d'éthylisme, on relève il y a trois ans une pneumonie avec congestion hépatique, suivie de pleurésie.

Pour ces différents troubles cardiaques, et particulièrement par sa forte pression artérielle avec dureté de la radiale et de la temporale constatée depuis longtemps par un médecin, il est traité depuis plusieurs années par les iodures, l'iodopeptone, le nitrite d'amyle, le nitrite de soude, la trinitrine.

Il nous sembla donc indiqué d'instituer, à notre tour, chez ce malade le traitement par le gui; ce qui fut fait le 7 juin, alors que la pression artérielle atteignait le chiffre énorme de 31, au lendemain de sa crise d'angine; et nous avons vu avec l'amélioration des phénomènes d'oppression et de douleur cardiaque la pression artérielle s'abaisser de 31 à 22, remonter au bout de quelques jours après la cessation du traitement vers 26, puis définitivement rester oscillante entre 25 et 24 longtemps après l'emploi du gui, le 30 juin quand le malade amélioré nous demanda à sortir de l'hôpital.

Le graphique ci-dessus indique nettement les diverses phases du traitement.

L'observation suivante est absolument analogue à la première.

Obs. II. — R... (Victor), soixante-neuf ans, cocher, salle Saint-Christophe, n° 9, Hôtel-Dieu, service du professeur Dieulafoy, juillet 1907.

Entré à l'hôpital pour vertiges et céphalée légère, mais presque continuelle, sensation d'oppression, de gêne cardiaque et respiratoire. Rien dans ses antécédents à signaler, si ce n'est douleurs sciatiques dans la jambe gauche il y a neuf mois, et faiblesse de la vue depuis quelques années.

A l'examen on ne constate chez ce malade rien au cœur ni au poumon; le deuxième temps aortique présente toutefois un claquement plus net que normalement; les urines sont abondantes sans albuminurie (environ 2 litres et demi); les artères sont dures et la temporale se dessine sinueuse sous la peau. La tension artérielle chez ce malade est assez élevée; elle est de 25 à son entrée, au sphygmomanomètre de Potain.

Le *diagnostic* est artério-sclérose accompagnée de vertiges, de céphalée et d'oppression cardiaque, avec hypertension permanente.

Le *traitement* par le gui à la dose de 0g20 par jour pris sous forme de pilules de 0,02, deux par deux toutes les deux heures, amène avec l'abaissement notable de la pression artérielle une cessation immédiate des troubles qui avaient nécessité son entrée à l'hôpital et pour lesquels il prenait depuis plusieurs mois de l'iodure sous diverses formes. De 25 la

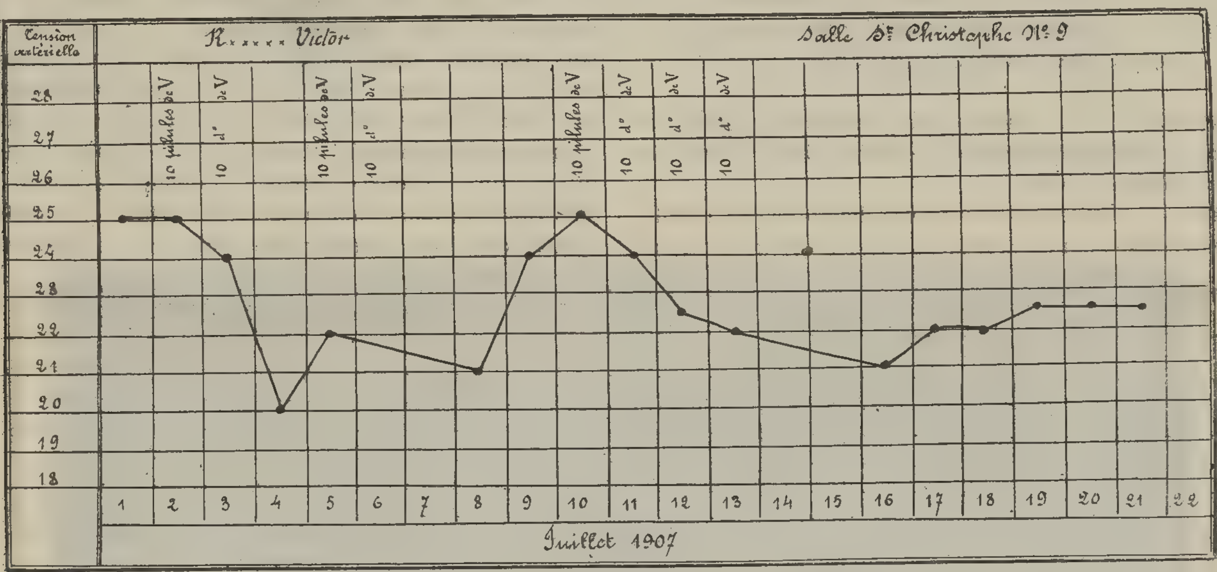


Fig. 5.

pression s'est en effet abaissée à 20 et elle est restée autour de 22 longtemps après l'emploi du gui, quand le malade nous quitta pour rentrer chez lui, totalement amélioré.

Le graphique ci-dessous retrace les différentes phases de ce traitement.

V. Conclusion. — Telles sont rapidement relatés les effets thérapeutiques et les résultats physiologiques obtenus avec l'extrait aqueux ou avec la solution physiologique d'extrait aqueux de gui.

Ces études poursuivies par nous depuis plus de deux ans nous ayant permis de constater les mêmes effets, nous nous croyons en droit de venir insister à nouveau à ce congrès sur le *rôle hypotenseur remarquable, tant par sa régularité d'action que par sa durée*, de cette drogue, sortie de l'empirisme pour entrer dans le domaine d'une thérapeutique physiologique. Ses applications jusqu'ici ont été restreintes au *traitement des hémorragies congestives, et plus particulièrement des hémoptysies des premières périodes de la tuberculose*, et aussi au *traitement des troubles variés engendrés au cours de l'artério-sclérose par une hypertension permanente;* il est possible, il est vraisemblable même qu'en utilisant son rôle antihémorragique et hypotenseur, on pourra dans l'avenir lui trouver d'autres indications, et dans ce but, nous nous appliquerons encore à multiplier nos recherches.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 8 octobre 1907)

Mort du docteur Doyon. — Au début de la séance, M. Bucquoy, vice-président, a prononcé l'éloge du docteur Doyon, médecin-inspecteur à Uriage, membre correspondant de l'Académie, rédacteur en chef des *Annales de dermatologie.* Il a retracé, en de très bons termes, la vie toute de travail de notre regretté collègue qui est mort à quatre-vingts ans passés, sans avoir, pour ainsi dire, connu la maladie ni l'infirmité, qui, jusqu'à son dernier jour, a conservé toute son activité intellectuelle, Doyon a été le vulgarisateur en France de la dermatologie étrangère. Grâce à sa profonde connaissance de la langue allemande, il a tenu le public médical français, dans les *Annales de dermatologie*, au courant de tous les travaux d'Outre-Rhin. Médecin-inspecteur des eaux d'Uriage depuis 1859, il s'était fait, dans cette station, une situation exceptionnelle, grâce à sa grande autorité en matière de dermatologie, grâce aussi à des qualités toutes personnelles, à son esprit aimable et gai, à la droiture de son caractère, à la dignité de sa vie. Il fut assez heureux pour conserver intactes, jusqu'à son dernier jour, toutes ses qualités, son intelligence avisée, sa parfaite mémoire, sa grande faculté de travail et la mort l'a surpris en pleine activité physique et intellectuelle. N'est-ce pas là, dit en terminant M. Bucquoy, une vie enviable?

Etiologie et prophylaxie de certains cas de tétanos. — M. Vincent nous a fait, sur ce sujet, une communication très intéressante et d'une grande portée pratique pour les chirurgiens. Il a surtout en vue ces cas de tétanos qu'on observe

parfois chez des blessés ou des opérés ayant été soignés avec toutes les précautions antiseptiques, et dont les plaies se sont réunies par première intention. Les chirurgiens ont cité des faits de ce genre, dans lesquels le tétanos apparaît quinze ou vingt jours après une opération faite très aseptiquement et suivie d'une réunion par première intention. M. Reynier, par exemple, a rapporté le cas d'un jeune homme de seize ans qu'il a opéré d'une hernie crurale, chez lequel les suites de l'opération ont été des plus simples et qui, au vingt et unième jour, a été pris d'un tétanos rapidement mortel. M. Delbet a publié un cas analogue. On a accusé le catgut de pouvoir être la cause favorisante de ces cas de tétanos. Dans le fait qu'il a publié et qui a été suivi d'autopsie, M. Delbet a examiné les catguts et les a reconnus parfaitement stériles. Quelles peuvent donc être les causes de ces cas de tétanos?

Il y a là une inconnue que cherche à dégager M. Vincent. En étudiant de près les quelques cas cliniques qui lui ont été fournis par les chirurgiens, M. Vincent y a constaté ce fait important :

Autour d'un fil infecté, il y avait un hématome voisin qui, en empêchant l'arrivée des leucocytes, favorisait du même coup l'éclosion des spores du tétanos qui végètent dans tous nos tissus. M. Vincent insiste particulièrement sur le rôle important de ces épanchements sanguins se produisant dans les plaies opératoires, comme cause pouvant favoriser la production du tétanos.

Il a pratiqué plusieurs expériences; il produit chez un lapin un petit épanchement sanguin, il la pique, en ce point, avec une aiguille chargée de spores tétanigènes. Il pratique la même piqûre sur un lapin témoin qui n'a pas d'épanchement sanguin. Le premier lapin meurt de tétanos, le second n'a rien.

Une particularité à noter chez ces lapins ainsi inoculés, c'est que le tétanos chez eux présente une très longue période d'incubation, n'apparaissant qu'après dix, douze ou quatorze jours. Mais, en revanche, l'évolution du tétanos est extrêmement rapide, et la mort survient après quarante, trente-cinq ou même seulement vingt heures.

Les recherches de M. Vincent comportent un résultat pratique; elles fixent, pour ainsi dire, l'emploi rationnel du sérum antitétanique. Comme il est démontré que celui-ci ne produit préventivement l'immunité contre le tétanos que pour un certain temps, il est indiqué de renouveler l'injection deux ou trois fois chez les blessés ou les opérés pour lesquels on a quelque raison de craindre l'apparition du tétanos. De la communication très intéressante de M. Vincent il ressort : 1° qu'il est indiqué de bien laver les plaies, de les débarrasser des moindres caillots, de bien assurer l'hémostase avant de les fermer; 2° qu'il faut répéter les injections préventives de sérum antitétanique plusieurs fois.

M. Lucas-Championnière fait observer que les chirurgiens qui emploient le sérum antitétanique à titre préventif, ont soin de prendre la précaution indiquée par M. Vincent, c'est-à-dire de renouveler deux ou trois fois l'injection antitétanique.

Quant à l'accusation portée contre le catgut de pouvoir être, dans certains cas, la cause du tétanos, M. Lucas-Championnière rappelle que la même accusation a été portée contre lui au point de vue de la pustule maligne. Or il ne connaît pas de faits qui confirment cette manière de voir.

M. Vaillard rappelle avoir montré l'influence du sang collecté sur la production expérimentale du tétanos chez les animaux. Par exemple, des spores sans toxines injectées dans un foyer de fracture chez un lapin y déterminent très souvent le tétanos.

L'explication fournie par M. Vincent pour les cas de tétanos survenant chez des opérés soignés aseptiquement et dont les plaies se sont réunies par première intention est des plus ingénieuses et des plus élégantes. Elle montre que l'hématome constitue un danger, inconnu jusqu'ici, chez les opérés.

Tératome des bourses. — M. Cornil présente de la part de M. Brossard (du Caire) une pièce très curieuse. Il s'agit d'un tératome des bourses, extrait chez un jeune Grec de vingt et un ans, qui contenait un utérus et deux testicules.

Prétendues glandes venimeuses des muranidés. — M. Coutière lit une note dans laquelle il s'applique à démontrer que ces prétendues glandes venimeuses ne sont qu'un lacis de veines se trouvant en avant des dents palatines et que le pseudo-poison qu'on en a retiré n'est que du suc gastrique régurgité par l'animal.

Le touraillon d'orge et son alcaloïde. — M. Léger a extrait des germes de l'orge, ce qu'en terme de brasserie on appelle le touraillon, un alcaloïde qu'il appelle l'*hordéine*. Ces germes ont été employés autrefois empiriquement et avec succès contre le choléra. M. Camus a expérimenté le sulfate d'hordeine et a constaté qu'il exerçait une action excitante sur l'appareil gastro-intestinal. Il poursuivra ces expériences au point de vue du traitement du choléra, de la diarrhée infantile, etc.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Le bromure de potassium qui donne des résultats si merveilleux dans toutes les affections nerveuses de l'enfance trouve également dans la coqueluche et ses complications une de ses indications les plus précieuses.

Contre les quintes de toux il sera administré à des doses variant de 1 à 4 grammes par jour. Les complications du côté du système nerveux, l'agitation, l'*insomnie*, les convulsions seront efficacement combattues par son emploi.

M. J. Comby cite dans le *Traité des maladies de l'enfance* un cas dans lequel il a obtenu la sédation de convulsions chez un petit coquelucheux en donnant 4 grammes de bromure de potassium par jour.

Dans des cas semblables, on se trouvera bien de prescrire le sirop de Henry Mure au bromure de potassium qui est si facile à doser d'une façon précise et dans lequel le sirop d'écorces d'oranges masque la saveur salée du bromure. Ce sirop est parfaitement accepté par les enfants. Chaque cuillerée à bouche est titrée à 2 grammes de sel et la cuillerée à café à 50 centigrammes.

NOTES POUR L'INTERNAT

HÉMATÉMÈSE [1]

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE. — I. Dans un certain nombre de cas, le diagnostic ne présente pas grande difficulté; il en est ainsi lorsque, au cours d'une maladie générale infectieuse, dyscrasique ou d'une intoxication, l'hématémèse apparaît comme un épiphénomène. On peut citer parmi les maladies *infectieuses* qui se compliquent d'hématémèses : la *variole hémorragique*, l'*endocardite infectieuse*, le *typhus*, la fièvre typhoïde, les fièvres pernicieuses, et surtout la fièvre jaune.

Dans la *fièvre typhoïde*, les ulcérations gastriques peuvent être la cause d'hématémèses mortelles (Millard); ces faits sont d'ailleurs exceptionnels.

Dans la *fièvre jaune*, le vomissement noir (*vomito negro*) constitue avec l'ictère et l'état typhoïde les grands symptômes de la maladie; il y a divers éléments dans les matières du vomissement noir, de la bile en particulier, mais aussi toujours du sang; parfois même le sang vomi est pur ou presque pur.

Même association du sang et de la bile dans les vomissements des *fièvres bilieuses* des pays chauds; le fait de la biliosité leur a valu leur nom, mais l'hématémèse est positive.

Dieulafoy a montré que dans la *pneumonie* et la pneumococcie généralisée, le pneumocoque pouvait déterminer dans l'estomac des érosions hémorragiques multiples entraînant des hématémèses très abondantes, voire même mortelles; c'est la gastrite ulcéreuse pneumococcique.

C'est encore Dieulafoy qui a attiré l'attention sur les ulcérations hémorragiques de l'estomac apparaissant comme complication de l'*appendicite*, par suite de la toxi-infection appendiculaire; les hématémèses plus ou moins répétées, plus ou moins abondantes, sont parfois foudroyantes; le pronostic de ce vomito negro appendiculaire (Dieulafoy) est toujours très mauvais, la guérison est exceptionelle.

Dans l'*ictère grave*, qui est caractérisé par un état typhoïde avec ictère et hémorragies diverses, l'hématémèse se rencontre assez souvent.

On peut encore observer des hématémèses à la période terminale du *scorbut*, dans certaines formes graves de *purpura*.

L'empoisonnement aigu par le *phosphore*, qui a beaucoup d'analogie avec l'ictère grave, s'accompagne aussi d'hématémèse; dans l'*arsenicisme* aigu, l'hémorragie gastrique est plus rare.

II. En dehors de ces circonstances, l'hématémèse est un symptôme commun à un grand nombre d'affections gastriques ou périgastriques; quelquefois le diagnostic de ces affections sera facilité par l'apparition d'une hématémèse; mais, en règle générale, le diagnostic se fait moins par l'hématémèse et ses caractères que par la recherche des autres symptômes de ces affections. En l'absence de ces symptômes, on aura à discuter la nature hystérique de l'hématémèse ou son caractère de flux sanguin supplémentaire de quelque autre hémorragie habituelle.

Lésions gastriqeus. — Parfois il s'agit de lésions *traumatiques*; plaie pénétrante de la région supérieure de l'abdomen ou simple contusion; Trousseau a relaté un cas d'hématémèse après un coup de timon de voiture reçu dans l'épigastre; après ces contusions, l'hémorragie est immédiate ou tardive; l'hémorragie tardive est en général plus grave, il faut l'attribuer non plus au traumatisme lui-même, mais à la formation d'un ulcère créé à la faveur de la solution de continuité dans la muqueuse gastrique (Potain, Soupault).

Dans des cas exceptionnels, c'est un *traumatisme interne* qui déchire la paroi gastrique; on cite le cas d'une jeune fille qui mourut d'hémorragie gastrique après avoir avalé un fragment de vertèbre de porc (Monnestier); on cite également deux observations de malades ayant vomi du sang après avoir avalé des sangsues en buvant, mais le sang venait plutôt peut-être de l'œsophage. On peut rapprocher des traumatismes les brûlures et les ulcérations gastriques par poisons corrosifs.

Gallard a vu des hématémèses considérables causées par des *anévrismes miliaires* des artérioles de la muqueuse gastrique; de même les thromboses et embolies des artérioles, leur dégénérescence amyloïde, peuvent être suivies d'hématémèses; ces faits sont rares et sans grand intérêt clinique.

Les grandes causes gastriques d'hématémèse sont les ulcérations de l'estomac, avec au premier plan l'ulcère de Cruveilhier, et le cancer gastrique.

Parmi les ulcérations, quelques-unes résultent de processus aigus toxi-infectieux; elles ont été signalées à propos des hématémèses dans les maladies infectieuses. L'*exulceratio simplex* de Dieulafoy constitue une transition entre ces cas et l'ulcère rond; l'exulceratio simplex est un processus ulcéreux aigu qui atteint souvent une artériole volumineuse; son évolution est habituellement silencieuse; l'histoire clinique ne commence qu'avec l'hématémèse qui est d'emblée très abondante, quelquefois foudroyante (Dieulafoy).

L'hématémèse est un symptôme très fréquent de l'*ulcère rond*; d'après Lebert, on l'observe dans 80 p. 100 des cas; Soupault indique une proportion de 50 p. 100. C'est parfois un symptôme du début de la maladie; beaucoup plus habituellement, l'hémorragie ne survient qu'après plusieurs mois ou même plusieurs années pendant lesquelles le malade a présenté les signes classiques de l'ulcère, en particulier la douleur, les vomissements, l'hyperacidité. L'hématémèse se produit brusquement sans cause, ou à la suite d'un écart de régime, d'un effort.

Elle peut être foudroyante, amenant la mort en quelques minutes par rupture de la coronaire, de la gastro-épiploïque et surtout de la splénique; plus habituellement, c'est une hématémèse d'abondance moyenne, à sang rouge; elle se fait en une ou plusieurs fois dans la journée; le lendemain et les jours suivants, elle peut se répéter; dans la majorité des cas, avec un traitement bien compris, elle ne se renouvelle pas. Ces gastrorragies de l'ulcère sont assez bénignes; le malade reprend bientôt force et couleurs, caractère assez spécial aux hématémèses de l'ulcère gastrique (Soupault). L'hémorragie peut être unique dans l'évolution d'un ulcère; assez souvent, elle se répète à intervalles variables, ce qui indique que l'ulcère est en activité. L'hématémèse de l'ulcère de l'estomac est habituellement constituée par du sang rouge; cependant, ce caractère n'est pas absolu, on peut exceptionnellement observer des vomissements de sang noir.

Au cours des *gastrites chroniques*, quelquefois une hématémèse peu abondante se produit; c'est le cas, en particulier, de la gastrite des *alcooliques*, et il existe alors des ulcérations gastriques (ulcère des buveurs de Lancereaux).

Dans les *ulcères tuberculeux* de l'estomac, l'hématémèse est rare; elle n'a été constaté que neuf fois sur 147 cas (Soupault); elle peut être assez abondante pour amener la mort (Letorey). Les symptômes de ces ulcérations tuberculeuses n'ont aucun caractère défini; le diagnostic se fait parce que les troubles gastriques sont survenus chez des malades présentant des symptômes généraux et quelque autre localisation de tuberculose.

Certains types de *syphilis* tertiaire de l'estomac se traduisent par des ulcérations et des symptômes identiques à ceux de l'ulcère rond : douleur xiphoïdienne et rachidienne, intolérance stomacale, vomissements alimentaires; grandes ou petites hématémèses. Le diagnostic se fait par les antécédents du malade et la concomitance de manifestations syphilitiques extra-stomacales. Ce diagnostic est des plus importants, car il conduit à instituer un traitement spécifique : injections mercurielles et lavements d'iodure de potassium (Hayem).

L'hématémèse du *cancer de l'estomac* est habituellement un vomissement noir; c'est le type marc de café ou suie délayée; le sang est altéré par un séjour plus ou moins prolongé dans l'estomac. Survenant chez un individu d'un certain âge atteint de troubles dyspeptiques, maigrissant et perdant ses forces, elle est très caractéristique et assure souvent le diagnostic. Il est peu de cancers de l'estomac qui ne déterminent un suintement sanguin à un moment quelconque de leur évolution; et c'est dans ces cas qu'on peut déceler par l'examen chimique des vomissements ou des selles, les hémorragies occultes. Mais il faut se rappeler qu'on peut observer aussi dans le cancer de l'estomac, surtout chez les malades jeunes, une hémorragie brusque et abondante de sang rouge; on cite même quelques cas de mort immédiate à la suite de l'hémorragie. Trousseau et Dieulafoy ont insisté sur les hématémèses

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 116, p. 1389.

abondantes prémonitoires du cancer; elles se produisent quelquefois plusieurs mois ou plusieurs années avant les phénomènes propres au cancer; Dieulafoy les a comparées aux hémoptysies prémonitoires de la tuberculose pulmonaire; mais on doit remarquer que le cancer gastrique peut se greffer sur une cicatrice d'ulcère rond et que souvent ce syndrome hémorragique prémonitoire appartient à l'ulcère (Mathieu, Soupault). Dans la *linite plastique* de Brinton, considérée actuellement comme une variété de cancer, l'hématémèse est plus rare; elle n'est jamais très abondante.

Signalons enfin que Charcot a observé des hématémèses au cours des crises gastriques du *tabes*; Mathieu en a aussi relaté quelques cas. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : D[r] François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Anatomie.* — Séance du 17 octobre. — Question donnée : « Description des cavités du cœur. »

MM. Arnal, 12; Boulanger (Gaston), 3; Briault, 14; Bourgeois, 3; Carpanetti et Bergès, 6; Bardon, 16; Bureau, 13; Baudouin, 10; Capdevilla, 4; Barat, 13; Buffet, 5; Bideaux, 5; Bruneau, 8; Benoiste (Pilloire), 15.

La prochaine séance aura lieu le samedi 19 octobre, à quatre heures, première moitié, première série.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret du 15 octobre 1907, ont été nommés dans la réserve du corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin principal de deuxième classe retraité Hébrard.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe démissionnaires Honorat et Charézieux.

MARINE. — M. le médecin de première classe Cairon, du port de Lorient, en service à Rochefort, est désigné pour embarquer sur le croiseur *Amiral-Aube*, dans l'escadre du Nord.

M. le médecin de première classe Viguier, du port de Toulon, est désigné, d'office, pour servir à l'arsenal de Toulon.

M. le médecin de deuxième classe Donval, du port de Lorient, est désigné pour embarquer sur le *Borda*, école navale à Brest.

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE DE SAINT-ÉTIENNE. — La ville de Saint-Etienne (Loire) met au concours la place de chef du laboratoire d'hygiène qui va être créé près du bureau municipal d'hygiène.

Le concours s'ouvrira le 4 novembre 1907 à l'Institut Pasteur de Paris et comportera trois épreuves pratiques de microbiologie, une épreuve écrite sur un sujet d'hygiène et une épreuve orale sur la législation sanitaire.

Les candidats devront être pourvus du diplôme de docteur en médecine et se faire inscrire le 31 octobre au plus tard, au secrétariat général de la mairie de Saint-Etienne, où ils pourront demander tous renseignements complémentaires.

L'entrée en fonctions aura lieu le 1er janvier 1908, le traitement de début est fixé à 6000 francs par an, il pourra être augmenté; l'exercice de la clientèle sera interdit au titulaire.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
DU 28 OCTOBRE AU 2 NOVEMBRE 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 28 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Mauclaire; — (2e série) : MM. Delens, Gosset et Pierre Duval; — M. Balthazard, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* : MM. Reclus, Aug. Broca et Proust; — (2e partie) : MM. Roger, Marcel Labbé et Macaigne; — M. Claude, suppléant.

2e (sages-femmes), *Clinique Baudelocque*, à neuf heures du matin : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. André Broca, suppléant.

Mardi 29 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. de Lapersonne, Marion et Auvray; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Renon; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Dupré et Carnot; — M. Vaquez, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau; — M. Langlois, suppléant.

Mercredi 30 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Kirmisson, Legueu et Mauclaire; — (2e partie, 1re série) : MM. Brissaud, Legry et Claude; — (2e série) : MM. Déjerine, Balthazard et Marcel Labbé; — M. Macaigne, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque*, à neuf heures du matin (1re partie) : MM. Pnard, Lepage et Wallich; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 31 octobre, à une heure. — Dissection, Ecole pratique, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Morestin.

2e : MM. Gley, Launois et Desgrez.

4e : MM. Pouchet, G. Ballet et Langlois; — M. Thiroloix, suppléant.

THÈSES

Jeudi 31 octobre 1907, à une heure. — M. Soubies. Physiologie de l'aéronaute. (MM. Dieulafoy, président: Joffroy, Dupré et Renon.) — M. Lettry. Les rechutes de la scarlatine. (MM. Dieulafoy, président; Joffroy, Dupré et Renon.) — M. Lévy. L'hématothérapie de la maladie de Basedow. (MM. Joffroy, président; Dieulafoy, Dupré et Renon.) — M. Vieillard. Etude des crises douloureuses abdominales en rapport avec le purpura. (MM. Hutinel, président; Gilbert, Albert Robin et Méry.) — M. Rivet. Recherches cliniques, bactériologiques et urologiques sur l'évolution des gastro-entérites infantiles [influence de divers régimes]. (MM. Hutinel, président; Gilbert, Albert Robin et Méry.) — M. Rembert. L'athérome aortique expérimental. (MM. Gilbert, président; Hutinel, Albert Robin et Méry.) — M. Brsisy. Recherches expérimentales sur les injections intra-musculaires d'huile grise. (MM. Albert Robin, président; Hutinel, Gilbert et Méry.)

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(IXe SESSION)

(*Paris, 14, 15, 16 octobre 1907.*)

Dans le grand amphithéâtre de la Faculté, s'est ouvert lundi dernier le IXe Congrès français de médecine, sous la présidence de M. le professeur Debove. L'assistance était nombreuse et formée de professeurs français et étrangers, d'agrégés, de médecins des hôpitaux de Paris et de province et de savants venus de Suisse et de Belgique.

Le président, M. Debove, remercie les membres du précédent Congrès de Liége, de l'avoir choisi pour diriger celui-ci, et par une intéressante allocution inaugure la session. Le sujet qu'il traite est non l'éloge de la science médicale et des résultats auxquels elle a pu parvenir, mais l'évolution et le perfectionnement des méthodes qu'elle a dû employer. Il montre surtout les méthodes d'observation et d'expérimentation se libérant peu à peu des doctrines religieuses ou philosophiques et faisant réaliser à la médecine, à l'époque actuelle, les plus rapides progrès. L'orateur signale l'obstacle qu'apportent les hypothèses quand elles deviennent trop facilement des articles de foi, et sans méconnaître leur utilité, réclame leur soumission à la critique la plus sévère.

Il appelle enfin l'attention sur le danger que courrait l'enseignement médical, s'il voulait ne devenir que professionnel et négliger l'étude des branches multiples de la biologie.

Le secrétaire général, M. Fernand Bezançon, en termes heureux et vivement applaudis, retrace l'histoire et la genèse du Congrès français de médecine. Il montre ses étapes successives et son développement constant; il décrit rapidement son organisation et ses modes de travail et, au nom du bureau, remercie les rapporteurs, les communicateurs et les membres du Comité de patronage du concours qu'ils ont apporté pour la réussite du Congrès.

Lundi 14 octobre (matin).

PREMIÈRE QUESTION

L'HÉMOPHILIE

M. Carrière (de Lille), rapporteur. — L'hémophilie est une entité morbide, ordinairement congénitale, souvent héréditaire, quelquefois acquise, caractérisée par une tendance, persistante en général, aux hémorragies spontanées ou traumatiques, internes ou externes, en relation soit avec une fragilité particulière des tuniques vasculaires, soit avec une difficulté de la coagulation du sang tenant à une diminution ou à un défaut de fibrinferment. C'est une affection assez rare dont l'étiologie est encore à faire. On ne peut affirmer que l'influence certaine des climats septentrionaux, de l'hérédité familiale surtout sur le sexe masculin, des vices alimentaires chez le nourrisson, l'influence probable de la race, de la tuberculose, de l'arthritisme, de l'hérédo-syphilis, de la cholémie familiale; mais à ces constatations se bornent nos connaissances. Toutes ces influences doivent agir soit en produisant l'athrombasie ou la dysthrombasie, c'est-à-dire la mauvaise qualité des ferments du sang, due au mauvais fonctionnement de certains organes (foie, surrénales, thymus, thyroïde, ovaire), soit en déterminant des lésions des parois vasculaires rendues ainsi plus fragiles par des causes parmi lesquelles l'hérédo-syphilis doit être souvent incriminée.

L'hypothèse d'une toxémie endogène ou exogène, ayant comme effet d'entraîner des perturbations dans la nature des albuminoïdes du plasma, est en tous cas très vraisemblable.

Cliniquement, l'hémophilie se caractérise essentiellement par des hémorragies qui peuvent apparaître, soit sans cause apparente, soit après des traumatismes très légers.

Les hémorragies peuvent se faire jour par les cavités naturelles : épistaxis dans la moitié des cas, hémorragies buccales ou gingivales, intestinales, hématuries, hémoptysies, métrorragies, otorragies; elles peuvent se produire sous la peau et les muqueuses (ecchymoses, pétéchies) ou dans les tissus profonds (hématomes).

Elles peuvent s'accompagner fréquemment d'arthropathies (hémarthrose simple, arthropathie subaiguë, arthropathie chronique), ainsi que de télangiectasies.

L'examen du sang révèle le retard de la coagulation, la physionomie spéciale du caillot, rouge sombre dans ses parties supérieures, couenneux à la base, l'élasticité et la fonte du coagulum.

Il y a des hémophilies latentes qui peuvent ne se révéler que par une hémorragie parfois mortelle à l'occasion d'une opération ou d'un accident de l'accouchement. Il y a des formes légères qui se traduisent par poussées aux époques de la dentition, de la puberté, de l'accouchement et de la ménopause.

La forme la plus commune s'accompagne de saignements des muqueuses et d'ecchymoses sous-cutanées; elle guérit souvent à la puberté. La forme la plus grave serait aussi la plus précoce, elle a de grandes hémorragies spontanées ou traumatiques, des hématomes, des arthropathies. Elle peut entraîner l'anémie pernicieuse et la mort.

La pathogénie permet de différencier des hémophilies d'origine vasculaire et des hémophilies d'origine sanguine, des hémophilies primitives ou essentielles et des hémophilies secondaires ou infectieuses, toxiques et autotoxiques.

La distinction entre l'hémophilie et les états hémorragipares, serait tout artificielle; l'hémophilie ne se distinguerait de ceux-ci que parce qu'elle tient à elle seule la scène clinique, parce qu'elle apparaît sur un organisme sain en apparence, ne présentant aucune affection définie en voie d'évolution.

Le traitement de l'hémophilie repose actuellement sur l'emploi des sels de calcium, de la gélatine et de la sérothérapie. L'organothérapie peut devenir un adjuvant important; elle n'a pas donné jusqu'ici de résultats décisifs.

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DE L'HÉMOPHILIE

M. Marcel Labbé, rapporteur. — Sous le nom d'hémophilie, on comprend un état diathésique héréditaire ou isolé, caractérisé par une prédisposition aux hémorragies provoquées, telle que la moindre plaie saigne indéfiniment, et par une tendance aux hémorragies spontanées en tout point du corps.

Cet état se traduit cliniquement par des hémorragies provoquées survenant à l'occasion des plus minimes traumatismes : ecchymose à la suite d'un choc, suintement sanguin interminable après une écorchure ou une légère coupure, hémorragies incoercibles mettant la vie en danger, après l'avulsion d'une dent, l'ablation de végétations adénoïdes, la vaccination ou une opération quelconque. Il se révèle par des hémorragies spontanées au niveau de la peau (ecchymoses), des muqueuses (épistaxis, stomatorragie, hémorragie intestinale), des viscères (hématurie) ou des muscles (hématome), et parfois par des attaques répétées de gonflement articulaire.

Trois des théories jusqu'ici invoquées, les théories vasculaires, circulatoires et nerveuses, semblent manifestement insuffisantes à expliquer la pathogénie de l'hémophilie. Il est probable qu'un élément vasculaire intervient dans les hémorragies de ces malades, mais il ne peut élucider le mécanisme de la diathèse. Ce qui fait la caractéristique de l'hémophilie, c'est en effet moins la production des hémorragies que leur persistance et la difficulté de les arrêter.

La connaissance du processus chimique de la coagulation du sang a orienté les esprits dans un sens nouveau et l'on pense plutôt à une insuffisance de la crase sanguine. Le sang des grands hémophiles offre une diminution de la coagulabilité, qui lorsqu'elle s'opère, est retardée, précédée par la sédimentation et la rétractilité du caillot. L'insuffisance ou l'imperfection de la plasmase paraît en être la condition la plus importante. Weil a vu que ces lésions du sang ne sont pas identiques dans l'hémophilie sporadique et dans l'hémophilie familiale ; il a mis en évidence dans cette dernière l'action de substances anticoagulantes. On peut attribuer au foie la formation de ces substances, mais il serait certainement exagéré de regarder l'hémophilie familiale comme une forme de cholémie. D'ailleurs, l'étude clinique et hématologique de l'hémophilie conduit à cette conclusion qu'il n'y a pas une hémophilie avec une lésion sanguine constante, mais des états hémophiliques, les uns sporadiques par insuffisance de plasmase, les autres familiaux par insuffisance de plasmase et présence de substances anticoagulantes, d'autres peut-être encore par insuffisance de sels de chaux et par troubles vasculaires. L'état hémophilique peut se montrer à l'état de pureré ou associé à d'autres états pathologiques du sang comme le purpura, les anémies pernicieuses, la cholémie ou certaines maladies toxiques ou infectieuses.

Les différentes thérapeutiques antihémorragiques : coagulants, chlorure de calcium, gélatine, adrénaline, extraits d'organes (corps thyroïde, ovaire, foie), ont été successivement essayées. Exception faite pour la sérothérapie, qui seule peut donner au sang les ferments qui lui manquent ; ces moyens sont le plus souvent inefficaces ; et cependant tous ont des succès à leur actif. C'est que beaucoup de résultats publiés ne sont dus qu'à d'heureuses coïncidences ; c'est aussi qu'il n'y a pas une hémophilie, maladie toujours semblable à elle-même, mais des hémophilies dues à des causes différentes et guérissant par des procédés différents. Il importe donc ici, comme en toute question de thérapeutique, de discerner d'abord la variété d'hémophilie à laquelle on a affaire, afin d'instituer une médication pathogénique efficace.

Traitement des diverses formes de l'hémophilie par les injections de sérum sanguin frais. — M. P.-E. Weil a obtenu des succès constants dans 11 cas d'hémophilie traités par les injections de sérum sanguin frais. Cette méthode a été employée soit de façon préventive, pour prévenir des hémorragies opératoires, soit de façon curative pour arrêter des accidents hémophiles, aussi bien dans les cas d'hémophilie spontanée (7 cas) que dans ceux de grande hémophilie familiale (4 cas). L'action du sérum se manifeste de douze à vingt-quatre heures après injection sous-cutanée ou intra-veineuse et persiste trois mois. Il faut injecter 20 centimètres cubes de sérum frais de cheval. On peut aussi utiliser des sérums antitoxiques frais. Le sérum aurait aussi une action hémostatique locale dans les hémorragies externes. Cette méthode n'est pas que palliative, elle modifie encore le vice humoral hémophilique et atténue les lésions sanguines.

M. Sabrazès. Le traitement le plus important chez les hémophiles est un traitement préventif, surtout pendant l'enfance, car à l'âge adulte l'hémophilie s'atténue d'ordinaire.

A côté de l'hémophilie familiale il y a des états hémophiliques acquis. Je crois qu'on doit attribuer un grand rôle aux plaquettes sanguines, elles sont toujours diminuées dans ces cas.

M. Teissier (de Lyon) se demande si l'état leucocytaire n'est pas très important à considérer et si la mononucléose ne joue pas un rôle, suivant l'hypothèse de Patella.

Histoire d'un grand hémophile traité pendant un an. — MM. E. Weil et Octave Claude. Les auteurs suivent depuis un an les modifications parallèles du tableau clinique et des lésions sanguines sous l'influence de divers traitements chez ce malade.

Le rôle des injections de sérum ne leur paraît pas douteux dans la transformation d'un type de grande hémophilie familiale à accidents spontanés récidivants en petite hémophilie.

Les auteurs insistent sur l'utilité de leur méthode d'examen pour apprécier la valeur d'un traitement dans les états hémorragipares.

Leucémie aiguë hémorragique. — MM. Achard et Feuillié ont observé, chez un homme de soixante-six ans, une leucémie aiguë manifestée par l'apparition brusque d'hémorragies gengivo-buccales et nasales, de pétéchies, d'hématomes sous-cutanés et d'héma-

turie, avec fièvre, prostration, diarrhée et mort au neuvième jour.

L'examen du sang, qui a permis d'établir le diagnostic, a montré une coagulation lente, sans irrétractilité du caillot, une anémie intense, une leucocytose abondante et une formule leucocytaire caractéristique : polynuclaires très réduits, prédominance de mononucléaires à noyau peu coloré, à protoplasma peu abondant et basophile; présence de mononucléaires neutrophiles que l'on peut considérer comme des myélocytes, et de quelques hématies nucléées.

Ce cas se range parmi les formes les plus aiguës de la leucémie, que l'on tend à rattacher non plus à une origine lymphoïde, mais à une origine myéloïde.

Les auteurs ont fait, dans ce cas, des injections intra-veineuses de sérum antidiphtérique : elles ont été suivies de la cessation des hémorragies, et, à ce titre, cette observation mérite d'être portée à l'actif de la méthode imaginée par Emile Weil.

M. Lenoble a observé chez une femme de vingt-trois ans des poussées de purpura avec leucocytose, absence de rétraction du caillot et réaction myéloïde constante.

L'anémie des cirrhotiques. — M. Perrin (de Nancy). Le caractère hématologique dominant de la cirrhose de Laënnec est une hypoglobulie prononcée. A la période d'état cette hypoglobulie se relève très rapidement sous l'influence de l'opothérapie hépatiques parallèlement à l'amélioration des autres symptôme, de la cirrhose. Si l'opothérapie reste sans effet, l'anémie ne s'améliore pas; si la maladie s'aggrave, l'anémie s'aggrave également. L'anémie des cirrhotiques, dont le mécanisme intime reste obscur, est bien sous la dépendance de la lésion hépatique, elle fait partie du syndrome de l'insuffisance hépatique. Si l'hypohépatie s'accompagne d'hypoglobulie, l'hyperhépatie s'accompagne d'hyperglobulie.

Splénomégalies et endocardites chroniques. — MM. P.-E. Launois et L.-Emile Weil rapportent les observations de trois malades, qui présentaient en même temps une tumeur splénique volumineuse et une endocardite valvulaire.

Pour eux, la splénomégalie et les lésions séreuses coexistantes (cardiaques et pleurales) ressortiraient généralement à la tuberculose, et seraient explicables par le mécanisme d'une bacillémie antérieure. La découverte d'une lésion endo et péricardique au cours d'une splénomégalie serait importante étiologiquement, une fois écartée l'hypothèse d'une splénomégalie secondaire à des infarctus emboliques, au cours d'une valvulite antérieure. Si l'opinion des auteurs est exacte, les grosses rates, dont la séméiologie est si pauvre, s'enrichiraient de signes, permettant parfois de les interpréter.

(*A suivre.*) P. CAMUS.

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

XXe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 7-12 octobre 1907.)

COMPTE RENDU DES SEANCES (1)

Séance du 11 octobre.

DISCUSSION DES RAPPORTS SUR LA TROISIÈME QUESTION

M. Thiems (de Cottbus) admet que le traumatisme peut avoir sur la *tuberculose* plusieurs actions :

a. Il peut *créer l'infection* chez un homme non tuberculeux. L'interprétation n'est pas difficile quand il y a une plaie : dans ce cas peuvent rentrer certaines tuberculoses de cause opératoire (infection par curetage);

b. Dans ce cas rentre la contusion-tuberculose ou tuberculose post-traumatique, qui n'est que la *localisation* d'une tuberculose cliniquement inexistante. L'infection par l'air est invraisemblable. Il s'agit d'infection endogène par des tubercules latents, comme il en existe chez 25 p. 100 des gens normaux;

c. Chez un tuberculeux net, le traumatisme peut provoquer une *localisation métastatique* et au besoin même une vraie généralisation, en créant d'une part la rupture d'un tubercule et en rendant la dissémination possible, en créant d'autre part une diminution de résistance locale.

La tuberculose post-traumatique a une marche ordinairement lente; elle est parfois précédée d'un stade inflammatoire qui fait son lit à la tuberculose;

d. Le traumatisme peut *aggraver une tuberculose préexistante.* Les signes de cette aggravation paraissent entre trois et douze jours après le traumatisme.

La loi allemande laisse deux mois au blessé pour faire valoir ses réclamations.

Dans le *cancer*, M. Thiems parle uniquement de l'épithélioma. Les irritations prolongées ont dans son étiologie un rôle certain. Cependant il convient de noter que, parmi les gens exposés à ces traumatismes, bien peu sont atteints de cancer : les traumatismes ne sont donc que des causes secondes, *occasionnelles.*

Inutile de suivre l'auteur dans l'exposé des théories sur le cancer et de chercher le rôle que chacune peut concéder au traumatisme, puisque sa conclusion est que cette incursion pathogénique mène à un résultat nul, puisqu'on ne sait rien.

En tout cas les accidentés ne doivent pas souffrir de notre ignorance et on peut accepter le rapport de causalité et la responsabilité, quand le traumatisme présente certaines garanties : de rapport mathématique, il n'en faut point chercher. Il convient : 1° que le traumatisme ait porté à l'endroit de la lésion ; 2° qu'il ait été important et on apprécie ce caractère aux signes révélés (cicatrice, douleur, arrêt du travail);

---

(1) Suite.— Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 117, p. 1395, et n° 118 p. 1410.

3° l'âge anormal du sujet peut être une raison d'admettre la causalité (il faut cependant retenir que le cancer se voit assez souvent chez des femmes jeunes); 4° le temps d'apparition de la tumeur ne doit pas dépasser des limites convenables, en moyenne intervalle de deux ans, et souvent plus; en tout cas un temps de trois semaines est tout à fait insuffisant : le traumatisme ne peut être alors que révélateur ou aggravateur d'une tumeur préexistante.

On peut se demander si une *secousse à distance* ne peut pas déterminer un cancer (chute sur le dos pour un cancer d'estomac).

Il est peu probable que la perte de sang et le séjour au lit résultant d'un traumatisme soient des causes favorables à l'évolution d'un cancer.

Dans le dommage évalué, il convient de tenir compte que la fin ordinaire des tumeurs est la mort.

M. Schwartz insiste sur la fréquence relative des traumatismes qu'on trouve au début des sarcomes et particulièrement des ostéosarcomes, et il en cite quelques cas probants.

Pour l'épithélioma, il reste plus sceptique; en tout cas, il croit qu'il faut exiger que l'organe atteint de tumeur ait été touché directement par le traumatisme. Il a été appelé comme expert dans un cas où on plaidait le développement d'un cancer de l'œsophage à la suite d'une contusion épigastrique : il n'y avait eu ni dysphagie, ni vomissements, ni melæna, le rétrécissement siégeait sur l'œsophage médiastinal, et les symptômes avaient paru six mois après le choc. Il a conclu à une simple coïncidence.

M. Giordano (de Venise) n'ajoute rien à ce qui a été dit sur la tuberculose. Il croit cependant que lorsque le traumatisme *localise* une tuberculose latente, la fait évoluer, alors qu'elle aurait peut-être guéri, le dommage est considérable, car non seulement il atteint l'individu qu'il rend cliniquement tuberculeux alors qu'il ne l'était pas, mais toute sa descendance, toute sa famille, qui devient tarée de tuberculose.

Il lui semble que les conclusions qui s'appliquent à la tuberculose, doivent être étendues à l'actinomycose.

La question des rapports du traumatisme et du cancer est autrement difficile à résoudre. Il cite des cas, que je ne puis rapporter en détail, où, malgré les apparences, une interprétation traumatique eût été fautive.

M. Tédenat (de Montpellier) insiste sur la nécessité de modifier la loi. Pour la tuberculose, il insiste sur la latence remarquable de certains foyers souvent très graves. Pour le cancer, les traumatismes uniques ou multiples peuvent être invoqués. Le traumatisme unique a une influence certaine dans le développement de certains sarcomes, avec une histoire clinique indéniable entre la contusion et la tumeur; mais très fréquemment le traumatisme ne fait que révéler un sarcome ou une autre lésion (fractures spontanées ou presque dans les ostéosarcomes et la syphilis osseuse tertiaire). Pour les tumeurs du sein, l'auteur croit à l'influence de la contusion qui peut engendrer un adénome susceptible de dégénérer. Sur les cicatrices, les traumatismes multiples et les irritations chroniques engendrent souvent l'épithélioma.

M. Malherbe (de Nantes) ne doute pas qu'il faille modifier la loi, mais en attendant il faut chercher à s'en servir telle qu'elle est. Pour la tuberculose, le traumatisme peut déterminer l'inoculation directe, il peut localiser un foyer chez un tuberculeux latent. Mais s'il est simplement révélateur, la responsabilité ne doit pas être admise. S'il peut parfois aggraver une tuberculose déclarée, il peut aussi la guérir par la pension qu'il apporte et l'auteur en cite un cas probant.

Pour le cancer, le sarcome est assez souvent d'origine traumatique, mais cette étiologie ne peut être admise que s'il se développe au point contus dans les trois ans. Pour le développement des épithéliomas, il ne veut reconnaître que l'influence des petits traumatismes répétés.

Le professeur Reclus fait remarquer que le traumatisme révélateur est souvent en même temps aggravateur, ce qui doit entraîner un certain degré de responsabilité.

Le professeur Berger insiste sur ce fait qu'on ne doit pas s'occuper de l'action des petits traumatismes, qui sont exclus du bénéfice de la loi.

M. Estor (de Montpellier) croit que le traumatisme révélateur d'une tuberculose latente crée un sérieux dommage moral au malade, en plus d'une aggravation de son mal physique. L'observation prouve que le traumatisme n'a pas la même importance physiologique pour toutes les tumeurs blanches, on le trouve par ordre de décroissance dans les lésions du pied, du genou, de la hanche, de l'épaule, du coude.

M. Doyen rapporte deux cas de tuberculose traumatique, l'un par inoculation (morsure de cheval au niveau du coude), l'autre par contusion (hanche), un cas de tumeur bénigne d'origine traumatique : à la suite de choc d'une balle de tennis sur le sein, hématome puis adénome dix-huit mois après : dans l'adénome, il a retrouvé en culture le micrococcus neoformans. Pour lui le mécanisme pathogénique de tous ces cas est identique et comparable à ce qu'on admet pour l'ostéomyélite : il y a microbisme latent et localisation traumatique en un point dont la résistance vient d'être diminuée. Dans ses conclusions le médecin expert doit être réservé, bien s'assurer s'il n'y avait rien avant dans la région, attacher l'importance qu'il mérite au délai qui sépare le traumatisme de la tumeur; dans les cas où il y a doute, on pourra en faire bénéficier l'ouvrier.

M. Rémy demande qu'on se défie de tous les traumatismes invoqués par les malades, mais qui n'ont pas laissé de traces. S'il est vrai que les tuberculoses inoculées entraînent au premier chef la responsabilité patronale, il importe de savoir que l'inoculation chez les tuberculeux n'est pas fatale. L'aggravation traumatique, fréquemment signalée, lui a semblé particulièrement facile chez les « déracinés », les ouvriers nouvellement arrivés à Paris : il y a là comme une inhibition néfaste sur l'état général, dont il faut peut-être tenir compte. Il lui semble enfin que les accidents ne sont pas toujours soignés comme ils devraient l'être; le demi-salaire est insuffisant et

les hôpitaux trop petits; il faudrait pouvoir leur donner plus que le nécessaire, qu'ils n'ont pas le plus souvent, et ils guériraient mieux.

M. Thiéry trouve que la relation entre le cancer et le traumatisme est loin d'être démontrée, et tout ce qu'on pourrait dire actuellement c'est que la contusion n'est pas un préservatif contre le cancer. Pour l'ostéosarcome, la relation est assez nette, de même pour les épithéliomas de cicatrice.

Il ne voudrait pas qu'on étendît par trop le délai maximum entre le trauma et la tumeur, pour éviter des réclamations injustifiées et incessantes.

Enfin on a dit que le doute devait profiter à l'ouvrier; sur un terrain aussi litigieux, peut-être ne faut-il pas trop exagérer une indulgence louable; un adage dit que le doute doit profiter à l'accusé, or l'accusé, en la matière, est le patron, et sa situation ne manque pas toujours d'intérêt.

M. Coudray tient à ajouter à tout ce qui a été dit que le traumatisme purement révélateur est très rare; il est presque toujours en même temps aggravateur.

M. Vanverts (de Lille) avoue que presque tous les documents sont discutables. Il rapporte un cas de sarcome développé sur un cal du fémur chez une fillette de six ans. Il croit que la fracture a été entièrement traumatique. Mais il ne saurait affirmer qu'il n'y avait pas un petit noyau sarcomateux intraosseux.

M. Moulonguet ne voudrait pas qu'on mette sur le même pied comme dans le rapport, au point de vue des responsabilités, les tuberculoses localisées et les tuberculoses inoculées.

Il voudrait que les médecins, qui sont les vrais exécuteurs de la loi, puisque leurs rapports font souvent foi auprès des magistrats, ne soient pas improvisés experts, ou que du moins, si on ne peut pas limiter étroitement leur nombre, on exige, pour les aider à se dégager de contingences qu'ils subissent parfois inconsciemment, qu'ils ne soient pas experts dans l'arrondissement où ils exercent.

M. Vidal (d'Arras), sans prétendre réfuter tout ce qui a été dit et qu'il croit conforme à la généralité des faits, vient apporter des faits paradoxaux qui ne manquent pas d'intérêt. Il entend parler de l'amélioration momentanée des cancers sous l'influence des traumatismes. Il l'a observée dans cinq cas de traumatismes directs sur la tumeur (quatre cancers du sein, un épithélioma du nez), et dans quatre cas où le traumatisme avait porté loin du néoplasme.

Comment expliquer ces faits? Dans les cas de choc direct, il y a destruction partielle des cellules cancéreuses fragiles, mais les cellules jeunes prolifèrent, et la marche progressive reprend. Dans les cas de traumatisme à distance, il a remarqué qu'il y avait toujours eu une légère fièvre; n'est-ce pas ce qui se passe quand on fait de la sérothérapie, tout sérum renfermant des produits toxiques (et il y a dans ces cas de contusion lointaine, du sang et du sérum exsudé)? La fièvre peut d'ailleurs être directement cause de destruction cellulaire, et on a vu des tumeurs régresser en partie au cours de fièvre typhoïde.

Il a essayé de vérifier ces hypothèses par l'expérimentation sur des souris porteuses de tumeurs; par des injections de sérum, piqûre du centre thermique, séjour prolongé dans une étuve, il a vu diminuer momentanément leurs tumeurs.

Il est possible qu'il y ait à la fois destruction cellulaire et exaltation phagocytaire.

M. Lapeyre (de Tours) ne revient pas sur la nécessité de modifier la loi qui crée des injustices. A l'appui du cancer-accident, il apporte un cas d'ulcère du tube digestif d'origine traumatique; à la suite d'un choc abdominal, le malade eut du melæna à plusieurs reprises et pendant plusieurs mois. Pourquoi un cancer ne se grefferait-il pas sur ces cicatrices muqueuses, comme il le fait sur une cicatrice cutanée?

Le professeur Segond termine la discussion en ce qui concerne le cancer. A M. Vidal, il répond que ses exceptions sont intéressantes, mais il ne voudrait pas qu'on partit de là pour prétendre qu'à cause du traumatisme bienfaisant, une opération chirurgicale incomplète peut être suffisante dans un cancer.

A tous ceux qui ont fait intervenir les petits traumatismes répétés, il rappelle que la loi les exclut formellement et qu'il faudra une loi spéciale, très désirable, sur les maladies professionnelles.

Pour le reste, la discussion a été confirmative de ses conclusions.

M. Jeanbrau conclut en ce qui a trait à la tuberculose.

Son opinion est formelle sur l'assimilation au point de vue des responsabilités de la tuberculose inoculée, et de la tuberculose localisée. Sans doute, pathogéniquement, la différence est énorme entre les deux, mais cliniquement, il est sain l'homme, atteint de tuberculose latente, insoupçonnée, peut être spontanément guérissable, chez lequel le traumatisme extériorise et localise la tuberculose; sans le traumatisme, il n'aurait peut-être jamais été un tuberculeux clinique; c'est comme si la tuberculose lui avait été inoculée, puisque, sans le traumatisme, elle eût guéri, elle n'eût pas existé.

QUESTIONS DIVERSES

MEMBRES (*suite*)

M. Thiéry propose *divers procédés d'arthrotomie transrotulienne du genou*. Il estime que les procédés de synovectomie du genou ne sont pas parfaits; pour bien voir et bien faire, il croit à l'utilité de récliner la rotule; or, la section du tendon rotulien qu'on fait dans ce but n'est peut-être pas dépourvue de quelques ennuis ultérieurs; le tendon peut s'effilocher, les sutures mal tenir. Aussi propose-t-il pour aborder aisément les culs-de-sacs supérieurs et inférieurs de sectionner transversalement la rotule au milieu suivant la méthode de Volkmann. Par ce procédé, on est cependant gêné parfois pour évider les culs-de-sac latéraux, et il lui est arrivé de sectionner la rotule verticalement en prolongeant la fente verticale sur le ligament rotulien et le tendon du quadriceps. A son avis le procédé le meilleur et qui convient à tous les cas est la combinaison des deux

précédents, section horizontale, puis section verticale du fragment supérieur. On réunit les fragments rotuliens comme on veut par suture ou cerclage. Ces procédés ont l'avantage de respecter les tissus fibreux latéro-rotuliens et de ne nuire en aucune façon à la solidité de l'articulation.

M. Lucas-Championnière tout en rendant hommage l'ingéniosité de ces procédés les croit inutiles; il s'est toujours contenté pour ses synovectomies de deux incisions latéro-rotuliennes. Ce n'est pas en avant qu'il faudrait chercher du jour pour faire des synovectomies complètes, c'est en arrière pour enlever ce qui est derrière les condyles et derrière les ligaments croisés; c'est de là que viennent les échecs des synovectomies; quand il y a quelque chose du côté poplité, l'opération ne peut être radicale.

M. Morestin trouve qu'on a très suffisamment de jour sur les côtés de la rotule pour faire une bonne synovectomie et enlever toutes les fongosités antérieures.

M. Thiéry insiste sur ce fait qu'il tient à respecter les tissus fibreux latéro-rotuliens pour ne pas nuire à la solidité de l'article.

M. Championnière répond que la solidité de l'article est peu de chose, ce qu'il faut éviter avant tout ce sont les récidives, et les procédés transrotuliens ne semblent donc pas rendre plus complètes les synovectomies qui sont assez rarement indiquées.

M. Barbarin (de Paris) traite de l'*allongement atrophique des os du membre inférieur dans la tumeur blanche du genou.*

L'allongement porte le plus souvent sur le fémur, et M. Ménard a même signalé sa coexistence avec l'atrophie du tibia. Sa longueur est variable, il peut atteindre 4 centimètres; dans un cas il portait à la fois sur l'épiphyse et la diaphyse, et il y avait incurvation du col fémoral. Il s'agit bien d'une irritation du cartilage dia-épiphysaire, car la radiographie montre un os à grandes aréoles.

Cliniquement, l'hypertrophie porte sur les deux condyles ou sur un seul, et le plus souvent l'interne; si les ligaments sont bons, la jambe se met en flexion et en rotation en dehors, si les ligaments sont relâchés, il se produit un genu valgum. Si on laisse l'enfant marcher, on voit se faire des déviations de compensation, inflexion tibiale diaphyso-épiphysaire, déviation du bassin, genu-valgum.

Le traitement consiste à imposer le repos et à veiller, à l'aide de la radiographie, à empêcher par des appareils orthopédiques les déviations latérales.

M. Ménard (de Berck) fait une communication sur la *tuberculose uni-osseuse du tarse antérieur*. On l'observe rarement chez l'adule, assez fréquemment chez l'enfant, avec abcès ou fistule dorsale (se défier toujours dans ces cas de l'exploration au stylet). Il croit qu'en opérant tôt on ne trouve qu'un os envahi et il est facile d'obtenir la guérison sans dommage; si on attend, la tuberculose diffuse.

Il ajoute un mot sur les tuberculoses métatarsiennes; pour les quatre derniers métatarsiens, par suite de l'absence d'épiphyse postérieure, la tuberculose se propage facilement au tarse; il faut donc opérer tôt les spina ventosa de ces os. Pour les lésions du premier métatarsien, on peut attendre et intervenir économiquement en respectant toujours avec soin l'épiphyse postérieure qui sert de barrière.

Les lésions du postéro-tarse n'atteignent que secondairement aussi le tarse antérieur. La tuberculose du pied est donc chez l'enfant toujours uni-osseuse au début; et l'intervention précoce toujours bénigne et limitée, est curative.

M. Paul Delbet (de Paris) communique une observation de *réduction sanglante d'une luxation dorsale externe de l'astragale*; il a pu trancher dans son cas certains points discutés de pathogénie, et trouver la cause de l'irréductibilité qui était dans les parties molles (ligament frondiforme et tendons).

Il a réduit l'astragale au lieu de l'extirper, bien qu'il ne fût plus rattaché que par une petite portion du ligament astragalo-calcanéen; il n'y eut point de nécrose osseuse, et le malade marche très bien avec un pied aussi long que l'autre; l'astragalectomie ne doit donc pas être érigée en règle.

(*A suivre.*) Chevrier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 11 octobre 1907)

Hémoculture dans le rhumatisme articulaire aigu. Anaérobiose et aérobisation rapide du bacille obtenu. Son polymorphisme et son transformisme. — MM. J. Thiroloix et Georges Rosenthal exposent à l'occasion de deux nouveaux cas de rhumatisme articulaire aigu, les faits nouveaux que leurs recherches, poursuivies pendant ces derniers mois, ont permis de mettre en évidence.

Dans les deux cas, l'un concernant une forme sévère, mais terminée par la guérison, l'autre, une forme foudroyante terminée par la mort, ces auteurs ont trouvé un même parasite dont l'étude leur a permis de préciser des caractères biologiques qui permettront d'expliquer les divergences qui, actuellement, séparent d'une façon si tranchée les bactériologistes qui ont étudié l'étiologie parasitaire du rhumatisme articulaire aigu.

Pour mettre en lumière ces caractères qui ont une portée générale, ces auteurs passent successivement en revue l'anaérobiose, l'aérobisation rapide, le polymorphisme, et enfin le transformisme du bacille isolé.

Anaérobiose. — L'hémoculture des rhumatismes aigus fournit d'une façon univoque et constante, en milieu anaérobie seulement, un bacille. Ce bacille est long, épais, a les extrémités sensiblement rectilignes, est très légèrement mobile. Il garde le gram.

Sorti bacille de l'organisme, ce parasite gardera sa forme bacillaire dans ses passages successifs et répétés dans les milieux de culture anaérobie alcalins et dans les inoculations successives aux animaux. Les auteurs ont, dans une précédente communication, insisté sur ses réactions chimiques (caractère inodore des cultures, interversion de la saccharose en glycose, réduction des nitrates, fermentation des hydrates de carbone qui donnent des acides acétique et butyrique, liquéfaction

extrêmement lente de la gélatine), réactions qui démontrent que sur ce terrain d'étude le bacille provenant du rhumatisant vivant ne se distingue du bacille d'Achalme prélevé sur le rhumatisant mort, que par un chimisme d'intensité considérablement amoindrie.

Les désordres que ce bacille anaérobie engendre chez les animaux sont banaux chez le cobaye, spécifiques sur le lapin, et les auteurs rappellent que l'un d'eux a pu, avec une technique spéciale, obtenir chez cet animal les altérations viscérales du rhumatisme (endocardite, arthrite).

Cette première partie de l'exposé de ces recherches n'est qu'une confirmation, avec des nouveaux documents, de faits déjà avancés.

Il n'en est plus de même des résultats suivants. Le parasite du rhumatisme au sortir de l'organisme exige une anaérobiose stricte et pendant cette vie à l'abri de l'air, le bacille garde sa morphologie.

Or, en modifiant son mode de culture, il est possible de faire perdre à l'agent microbien les deux caractères qui paraissent indélébiles, sa vie anaérobie et sa forme bacillaire.

Aérobisation rapide (indépendante de l'aérobisation méthodique des anaérobies). — Le bacille acquiert la faculté de vivre au contact de l'air, soit d'une façon subite après un seul passage sur lait (phénomène rare), soit après entraînement par quelques passages (trois à six) sur lait (phénomène presque constant).

Le bacille végète sur bouillon aérobie avec dégagement de bulles de gaz.

A partir de ce moment, le bacille aérobisé va avoir une destinée variable.

Polymorphisme. — Tantôt il garde, dans les repiquages successifs en milieux aérobies, sa morphologie bacillaire, et alors, non seulement il conserve ce caractère d'origine, mais encore sa puissance pathogène. Vient-on à l'inoculer au cobaye, ce bacille aérobisé provoque la formation d'un phlegmon gazeux, et la sérosité donnera sur tous les milieux aérobies (agar, bouillon, etc.), des cultures positives. Mais après quelques passages, ce bacille meurt. L'appellation « aérobisation à type bacillaire pathogène fragile » résume l'ensemble de ces caractères.

D'autres fois, le bacille subit des modifications morphologiques et biologiques de première importance. Le bacille perd sa forme initiale, se transforme et se fragmente. La transformation est totale, coccique ou partielle, mixte, coccobacillaire. Le polymorphisme s'observe surtout sur milieux mixtes, dans les tubes de bouillon profonds.

Le coccus issu du bacille du rhumatisme offre dès lors tous les caractères de l'entérocoque ; son polymorphe, son absence de liquéfaction de la gélatine, ses chaînettes à grains irréguliers, sa grande résistance vitale, son absence de pouvoir pathogène. C'est là une deuxième variété du microbe aérobisé, c'est l'aérobisation à type coccique, non pathogène, résistante parfois.

Transformisme. — Si à la phase initiale de transformation, alors que le bacille donne naissance à des diplocoques géants, il est possible en reportant ce diplocoque géant en milieu anaérobie de remonter à la forme bacillaire, il n'en est plus de même dès que les gros diplocoques se sont mués en cocci ordinaires. Il est impossible de remonter au stade bacille en partant de ces cocci. Or, comme ce coccus n'a plus, biologiquement, chimiquement et morphologiquement, aucun des caractères du bacille dont il est issu et que, d'autre part, il reproduit un type microbien connu, l'entérocoque, il est possible d'affirmer qu'il y a transformisme.

De ces recherches, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

Le bacille fourni par l'hémoculture des rhumatisants aigus présente à sa phase initiale de culture les grands caractères du bacille d'Achalme (forme, vie anaérobie, réaction sur le cobaye), mais sa biologie (digestion lente des albumines, absence totale de fétidité, liquéfaction lente de gélatine, culture difficile à la température de la chambre, fermentation de la saccharose, aérobisation rapide, polymorphisme, transformisme) est telle qu'il est impossible à un bactériologue de confondre le bacille sortant du sang d'un rhumatisant avec un bacille perfringent de laboratoire.

Le transformisme du bacille du rhumatisme permet de comprendre et d'interpréter les recherches des auteurs qui ont attribué cette maladie à une septicémie diplococcique.

L'interprétation rationnelle serait la suivante : à la sortie de l'organisme, le parasite du rhumatisme affecte uniquement la forme bacillaire, mais au cours des développements en milieux de culture, certains éléments virent au type entérococcique.

En réunissant cet ensemble de caractères (présence du bacille dans le sang des rhumatisants par examen direct, mise en évidence par hémoculture d'un bacille toujours identique dans toutes les formes cliniques de rhumatisme articulaire aigu, possibilité de reproduire expérimentalement les localisations fondamentales de la polyarthrite fébrile, polymorphisme et transformisme du bacille d'où dérivent les types microbiens décrits), ces auteurs concluent que le parasite isolé par la mise en culture du sang des rhumatisants est l'agent causal de la maladie de Bouillaud.

Note sur les sporotrichoses généralisées expérimentales. — MM. de Beurmann, Gougerot et Vaucher présentent des pièces provenant d'animaux chez lesquels l'injection de cultures de sporotrichum Beurmanni a déterminé des lésions locales, puis l'infection générale de l'organisme : généralisations pulmonaires par injections intra-péritonéales, généralisation cutanée par injection intra-vasculaire.

Ces faits sont très rares ; ce sont les premiers dans lesquels la généralisation ait été obtenue. Jusqu'à présent, on n'avait pu produire que des lésions sporotrichosiques locales ou propagées par voisinage, bien plus comparables à celles de la pseudo-tuberculose par injection de corps étranger qu'à celles de la tuberculose expérimentale.

Les auteurs persistent à penser que la virulence du sporotrichum Beurmannii est faible, bien que dans un récent mémoire, MM. Lesné et Monier-Vinard, qui n'ont pas observé de généralisation viscérale, la considèrent comme considérable.

Ces recherches, justifiés par le nombre et l'intérêt croissant des cas de sporotrichose humaine, seront l'objet d'un travail d'ensemble.

Réaction méningée aseptique au cours d'une otite moyenne suppurée. Intégrité des polynucléaires. Guérison. — MM. de Massary et Pierre Weil rapportent l'observation d'un homme de quarante ans qui, douze jours après le début d'une otite moyenne, eut des symptômes de méningite. Cliniquement, l'affection se comporta comme une méningite et même comme une méningite très grave. Des ponctions lombaires répétées permirent cependant de constater, d'une part, l'asepsie de la réaction méningée ; d'autre part, la présence

d'un liquide céphalo-rachidien d'aspect purulent, mais à polynucléaires intacts.

Il serait difficile d'expliquer le fait paradoxe d'une otite suppurée déterminant une réaction méningée aseptique, si les observations de M. Riot ne démontraient que, dans ces cas, les microbes restent confinés dans une zone localisée, tout en déterminant à distance une inflammation diffuse.

En second lieu, il est intéressant de noter que, dans le cas en question, la réaction méningée aseptique produisit un liquide céphalo-rachidien d'aspect purulent, dans lequel pullulaient des polynucléaires se différenciant nettement pas leur intégrité des globules de pus. Ceci confirme les conclusions de MM. Widal, Lemierre et Boidin ; il semble donc que dans les processus irritatifs aseptiques des séreuses les polynucléaires répandus dans l'exsudat restent intacts.

Si cette loi se confirme, elle peut avoir pour les méninges en particulier une importance capitale, puisqu'une simple ponction lombaire, démontrant l'asepsie de la réaction méningée, indiquera le pronostic, le diagnostic et le traitement.

Le pronostic sera évidemment moins sombre, dans les réactions méningées aseptiques, quelque intenses qu'elles soient, que dans les méningites ; le malade observé a d'ailleurs guéri malgré la gravité des symptômes.

Le diagnostic ne peut être fait que par cette ponction lombaire, puisque les symptômes sont plutôt trompeurs ; chez le malade en question, porteur d'une otite suppurée, tout faisait croire à une méningite vraie.

Quant au traitement, il est variable suivant le cas : dans la réaction méningée aseptique, des bains chauds, des ponctions lombaires calmeront la congestion méningée et feront disparaître les symptômes, particulièrement la céphalée; les injections intrarachidiennes de liquides antiseptiques seront, non seulement inutiles, mais dangereuses. Cette remarque est à faire, puisque des injections de solutions colloïdales métalliques semblent avoir donné de bons résultats dans les méningites cérébro-spinales, affections septiques au premier chef.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1907)

Hypertrophie cardiaque causée par l'adrénaline et la toxine typhique. — M. O. Josué a signalé dès ses premières recherches sur l'athérome causé par l'adrénaline, l'hypertrophie cardiaque qui accompagne les lésions artérielles (nov. 1903). Cette hypertrophie porte sur le ventricule gauche et sur le ventricule droit; parfois même, les quatre cavités du cœur semblent augmentées de volume. L'examen histologique montre qu'il n'existe pas de lésions des vaisseaux, ni du tissu conjonctif, ni des cellules musculaires. Cependant ces dernières sont plus volumineuses qu'à l'état normal.

L'hypertrophie cardiaque causée par l'adrénaline peut se produire sans qu'il y ait en même temps aucune lésion aortique athéromateuse. Il arrive en effet exceptionnellement que les lésions habituelles de l'aorte fassent défaut, même depuis que les animaux ont subi un grand nombre d'injections d'adrénaline. On trouve alors, en général, le cœur hypertrophié. L'hypertrophie cardiaque n'est donc pas, du moins dans certains cas, consécutive à l'athérome artériel, mais ces deux lésions relèvent de la même cause.

Les faits expérimentaux sont en tout comparables à ce que l'on observe en pathologie humaine. Ici aussi, l'hypertrophie cardiaque se montre parfois isolée, sans qu'on puisse l'expliquer par les altérations du système artériel. Cependant, chez l'homme, les altérations sont, en général, plus complexes. Il est tout à fait exceptionnel d'observer l'hypertrophie cardiaque à l'état de pureté, sans aucune altération surajoutée. On trouve, le plus souvent, des lésions scléreuses ou des altérations des artérioles du muscle cardiaque.

Expérimentalement, M. Josué a déterminé des altérations complexes en injectant à des lapins des cultures stérilisées de bacilles typhiques sous la peau, en même temps qu'il faisait des injections intra-veineuses d'adrénaline, suivant la technique habituelle.

Sur la nocivité des composés acétoniques. — On ne trouve dans les divers ouvrages que très peu de renseignements ou même des renseignements contradictoires sur la nocivité des composés dits acétoniques : l'acétone, l'acétylacétate d'éthyle et l'acide β oxybutyrique. MM. Desgrez et Saggio ont cherché à combler en partie cette lacune, ils ont d'abord observé, par la méthode classique du professeur Bouchard, que la toxicité de ces substances est faible pour l'acétone, mais beaucoup plus élevée pour les deux autres corps; celle de l'éther diacétique est deux fois plus forte, celle de l'acide β oxybutyrique trois fois plus forte que celle de l'acétone. Si on administre tous ces composés à faibles doses pendant longtemps, à des animaux, on constate une diminution du volume des urines et un amaigrissement très marqué; on observe, en outre, un fléchissement notable du rapport azoturique et une augmentation du coefficient de déminéralisation. Ces constatations indiquent une élaboration insuffisante de la matière azotée et un ralentissement des phénomènes osmotiques et diastasiques. Comme on observe, chez l'homme, dans l'acétonémie, la diminution de la diurèse et un amaigrissement souvent considérable, on voit que ces désordres peuvent être reproduits chez l'animal avec une intensité proportionnelle à la toxicité du composé acétonique injecté.

Recherches du bacille de Koch dans l'air des salles occupées par des tuberculeux. — MM. Le Noir et Jean Camus ont par différents procédés filtré l'air de salles de tuberculeux à l'hôpital Saint-Antoine. Les prises d'air étaient pratiquées à 40 ou 50 centimètres de la bouche de malades toussant, crachant, et ayant des bacilles dans les crachats.

L'air a été filtré sur coton, sur poudre de sucre (dissoute et injectée ensuite); les poussières ont été également recueillies par barbottage dans l'eau en centrifugation ultérieure. Les quantités d'air filtré ont varié, suivant les expériences, de 270 à 53000 litres. Les poussières de ce volume d'air, injectées sous la peau de cobayes, n'ont provoqué dans aucun cas de tuberculose. Par contre presque toujours, il y a eu réaction locale pendant quelques jours et parfois mort en vingt-quatre heures par infection suraiguë.

Sans nier la contagion de la tuberculose par l'air et sans prendre parti pour sa propagation par ingestion, les auteurs pensent que l'infection par inhalation ne doit pas se faire avec une très grande facilité quand les conditions hygiéniques élémentaires sont remplies.

Propriétés immunisantes du sérum d'un malade convalescent d'œdème charbonneux de la face. — MM. G. Guillain, L. Boidin et N. Fiessinger ont décelé d'une façon très nette dans le sérum de ce malade la présence d'ambocepteur spécifique par la réaction de fixation de MM. Bordet et Gengou.

La phagocytose locale s'était montrée très manifeste chez

le malade dès le troisième jour de l'infection; le pouvoir opsonique du sérum n'a été recherché que beaucoup plus tardivement et s'est montré assez faible. D'ailleurs les résultats ont été troublés du fait de la fragmentation des bactéridies *in vitro*.

Quant au pouvoir préventif pour le lapin, il s'est montré très intense puisque l'animal préparé a résisté à une dose de bactéridies qui tuait le témoin en trente-deux heures. Les auteurs se sont assuré que cette immunité était due à une substance spécifique; un lapin préparé d'une façon identique avec un sérum humain normal, et inoculé ensuite est mort, en même temps que le témoin.

Notes sur quelques points particuliers de la cuti-réaction à la tuberculose. — M. J. Lemaire a pratiqué des injections de tuberculine sous-cutanée consécutivement à des cuti ou à des oculo-réactions positives; il a vu se produire des reviviscences ou des augmentations des premières cuti-réactions.

Il a constaté, que fréquemment, quand il y a eu entre deux cuti-réactions positives, une injection sous-cutanée de tuberculine, la deuxième réaction est plus forte que la première.

Contrairement à l'observation de Vallée, qui expérimentait chez les animaux, l'auteur a vu chez ses malades se produire très nettement des cuti-réactions faites au même moment que l'injection de tuberculine.

Il n'a obserré que par exception, une réaction générale à la suite de la cuti-réaction.

Il pense que la « Tuberculin test » de Calmette est moins active que la tuberculine de l'Institut Pasteur et termine par deux cas intéressants sur la valeur de la cuti-réaction.

Alors que les deux autres méthodes avaient été négatives, la cuti-réaction seule avait donné un résultat positif, et l'observation longtemps prolongée des malades a démontré la présence de la tuberculose.

Diminution de la capacité chlorurée des tuberculeux au début. — M. Laignel-Lavastine communique le résultat de ses recherches sur l'hypochloruration brusque chez cinq tuberculeuses apyrétiques au début. Les tracés comparatifs de l'ingestion et de l'excrétion urinaire chlorurées chez ces malades montrent conformément à l'opinion d'Enriquez et Ambard, et contrairement à celle de Plessi et Tosatti, que la rapidité de la décharge chlorurée consécutive au passage d'un régime de chloruration normale à un régime hypochloruré (2 grammes de NaCl par vingt-quatre heures) n'excède pas quarante-huit heures.

On peut donc conclure que le tuberculeux au début, relativement apyrétique, c'est-à-dire dont la température centrale ne dépasse pas 38 degrés, a une *diminution de sa capacité chlorurée*.

Instabilité de la virulence des spirilles et sa fixation par l'hôte invertébré. — M. Marchoux. La virulence du spirille des poules est des plus instables.

Elle diminue rapidement et progressivement quand on se contente de faire passer ces organismes pathogènes d'animal à animal. Si on pouvait, comme l'a fait Pasteur dans ses expériences d'atténuation du charbon, fixer chaque fois la virulence, on obtiendrait ainsi de nombreuses races à activité pathogène décroissante, constituant toute une échelle de virulence.

L'argas permet d'atteindre ce but. Les acariens nourris sur des animaux infectés gardent intacte la virulence du spirille qu'ils ont absorbé.

Si on les conserve à une température de 28-29 degrés, ils se montrent indéfiniment capables de transmettre une maladie constamment identique à celle de l'animal qui leur a fourni le virus.

Ces phénomènes de variation dans la virulence des spirilles et de fixation de cette virulence, plaident en faveur de l'unité d'origine des divers spirilles sanguicoles.

Le mécanisme régulateur des leucocytoses intra et extra-vasculaire. — M. Froin a constaté que le globule rouge possède une action spécifique sur le globule blanc. Une cause pathogène provoque une réaction leucocytaire par l'intermédiaire des globules rouges plus ou moins altérés.

Tout comme dans l'hématolyse pure, si la cause globulicide agit rapidement sur l'hématie, elle entraîne une réaction à polynucléaires neutrophiles. Agit-elle lentement, ce sont des éosinophiles et des mononucléaires qui apparaissent. Enfin si l'altération du globule rouge est très lente il en résulte une lymphocytose.

Lorsque la substance toxique diffuse rapidement dans le sang et s'y solubilise au même taux que dans son foyer originel, elle entraîne au niveau de ce dernier une réaction séreuse : le liquide exsudé contient par millimètre cube un nombre de globules blancs qui correspond à peu près à la différence entre le chiffre de l'hyperleucocytose sanguine et celui de la leucocytose physiologique. La diapédèse porte presque exclusivement sur l'excès leucocytaire du système circulatoire. C'est seulement le trop-plein leucocytaire qui déborde jusqu'à égalité de niveau de chaque côté de la paroi du capillaire.

Mais lorsque des globules rouges s'extravasent, dans la détermination de la leucocytose locale, il faut tenir compte de leur action, surajoutée à celle des hématies de la circulation dont la souffrance provoque l'hyperleucocytose sanguine. La cause de la diapédèse leucocytaire est double : intra et extra-vasculaire. Cette diapédèse devient alors véritablement active et prédomine nettement sur les autres réactions sanguines.

Influence de la pression, de la température et de l'état hygrométrique de l'air sur l'hyperglobulie périphérique pendant les ascensions en ballon. — MM. O. Crouzon et Jacques Soubies, au cours d'une ascension en ballon, ont effectué des prises de sang sur quatre cobayes qu'ils avaient soumis à des conditions hygrométriques et thermiques différentes. Ils ont constaté ainsi que l'hyperglobulie des altitudes était liée à des phénomènes périphériques déterminés, pour une grande part, par le froid et l'humidité de l'atmosphère.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 121. — MARDI 22 OCTOBRE 1907. 80e ANNÉE. MARDI 22 OCTOBRE 1907. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 18 octobre. — Question donnée : « Signes et diagnostic de l'étranglement des hernies. »

MM. Delagrange et Dunoyer, 7; Dejardin, 8; Dioudonnat, 14; Chassin, 9; Feret, 8; Castang, 9; Deville, 12; Gouin, 13; Gandol, 6; Fontanel et Huc, 13; Ignard, 14; Gommès, 12; Guillaume, 10; Goulfier, 8; Floquet, 12; Guerche, 13; Gatellier, 16; Gouverneur, 17.

Anatomie. — Séance du 19 octobre. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapport des reins. »

MM. Boulanger (Marcel), 5; Quenot, 6; Abramovski, 7; Brenot, 17; Mlle Campergue, 13; MM. Brésard, 10; Antonelli, 6; Bessière, 9; Brun, 18; Blanches, 15; Bronet, 17.

La prochaine séance aura lieu le mardi 5 novembre, à quatre heures, première moitié, première série.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été nommés dans le cadre des officiers de réserre et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — MM. les médecins principaux de l'armée active retraités Donion, Brisset et Quivogne.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée active retraité Massonnaud.

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Cardot, Morin, Carton, Martin, Arragon, Speckhahn, Douillet, Puig, Delahousse et Peyret.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Marix et Berthoud.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active démissionnaire Julia.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée active retraité Garnier et Caujole.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de reserve. — MM. les docteurs en médecine Horand, Combes, Darbois, Servent, Lebar, Français, Roques, Bourguet, Fumoux, Olivier, Grandjean, Boucheseiche, Brimpt, Daniel, Klein, Poncetton, Deshayes, Herbinet, Chirié, Faure-Beaulieu, Collet, Reynaud, Blanc, Geffroy, Mont-Refet, Parel, Boulouneix, Abbadie, Levadoux, Hardyau, Roubaud, Chapotin, de la Foulhouse, Gaignerot, Fournier, Dournel, Jeannel, Nandrot, Pétrement, Journée, Gaudelut, Giron, Joffre, Bonnet, Gilbert, Bourgoin, Thibonneau, Torchaussé, Berny, Desnier, Savy, Legendre, Liénard, Herbier, Sribert, Maublanc, Renaud, Ninot, Horel, Artigues, Bécus, Plantier, Caire, Lucien, Prieur, Moreau, Delmas, Reynier, Bardin, Morel, Lamy, Trapenard, Pailliès, Béra, Coufton, Soumireu-Mourat, Brevet, Moisson, Mage, Ales, de Verbizier, Donnezan, Izou, Solirène, Chevillotte, Aimé, Papon, Daynès, Dardel, Rose, Guyot, Autié, Julien, Verdenal, Maurice, Delarras, Bouilloc, Dupire, Huguet, Gaillard, Ravaud, Béringer, Deumié, Laroche, Lamotte, Casalis, Berthoumeau, Ferrand, Boichut, Lacrotte, Gosselin, Gay, Sicard, Parisot, Laurent, Lefèvre, Pratbernon, Villatte, Dupuy, Pélardy, Leydier, Bocquillon, Robert, Pellegrin, Flèche et Astier.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Vollet, Guyot, Régnat, Meyer, Girard, Niéwengloski, Mardellis, Fillassier.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Cuénod (de Tunis) a été nommé chevalier du Mérite agricole.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort d'un de nos plus estimables confrères, M. le docteur Sevestre, médecin de l'hôpital Bretonneau, membre de l'Académie de médecine. M. Sevestre s'était acquis, dans la pratique de la pédiâtrie, une légitime renommée. Il jouissait d'une grande autorité comme médecin d'enfants et par la droiture de son caractère, la dignité de sa vie, commandait le respect et l'estime de tous ses confrères.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU. — Un cours pratique d'ophtalmologie aura lieu du 22 octobre au 16 novembre 1907, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren et polyclinique de Paris), dans le service de M. le professeur de Lapersonne.

I. Mardi 22 octobre, trois heures : M. de Lapersonne : Introduction. — *Cornée.* — Kératites en général. Kératite phlycténulaire, kératite panneuse, kératite purulente.

II. Mercredi 23 octobre, deux heures : M. Monthus : Kératite interstitielle. Conséquences des kératites : taies et staphylomes. Sclérites et episclérites.

III. Jeudi 24 octobre, deux heures : M. Cantonnet : *Conjonctive.* — Les conjonctivites aiguës : examen bactériologique des principales espèces microbiennes.

IV. Vendredi 25 octobre, deux heures : M. Pley : Examen de l'œil. Eclairage focal. Ophtalmoscope : notions élémentaires.

V. Samedi 26 octobre, trois heures : M. De Lapersonne : Conjonctivites chroniques. Conjonctivites folliculaires. Trachome. Syphilis et tuberculose. Tumeurs du limbe.

VI. Lundi 28 octobre, deux heures : M. Pley : Examen à l'image droite et à l'image renversée.

VII. Mardi 29 octobre, deux heures : M. Cantonnet : *Voies lacrymales.* — Dacryocystites et péricystites. Daycroadénites. Tumeurs de la glande lacrymale.

VIII. Mercredi 30 octobre, deux heures : M. Monthus : *Paupières.* — Des blépharites. Dermatoses et tumeurs des paupières. Déviation du bord palpébral et troubles musculaires.

IX. Jeudi 31 octobre, deux heures : M. Monthus : *Tractus uvéal.* — Iritis et iridochoroïdites, leurs conséquences.

X. Lundi 4 novembre, deux heures : M. Pley : Skiascopie. Mesure de la myopie et de l'hypermétropie. Astigmatisme. Ophtalmométrie.

XI. Mardi 5 novembre, deux heures : M. Cantonnet : Séméiologie de la pupille, les réflexes pupillaires. Tumeurs intraoculaires.

XII. Mercredi 6 novembre, deux heures : M. Monthus : Des glaucomes.

XIII. Jeudi 7 novembre, deux heures : M. Cantonnet : *Cristallin.* — Classification des cataractes. Luxations du cristallin.

XIV. Vendredi 8 novembre, deux heures : M. Pley : Acuité visuelle. Echelles optométriques. Verres de lunettes. Diploscope.

XV. Samedi 9 novembre, trois heures : M. de Lapersonne : *Rétine.* — Hémorragies. Embolie et thrombose de l'artère et de la veine centrale. Décollement de la rétine.

XVI. Lundi 11 novembre, deux heures : M. Pley : Champ visuel. Périmétrie. Perception des couleurs.

XVII. Mardi 12 novembre, deux heures : M. Cantonnet : Rétinites et choriorétinites.

XVIII. Mercredi 13 novembre, deux heures : M. Monthus : *Voies optiques.* — Névrites optiques : stase. Atrophie papillaire. Les amblyopies et l'hémianopsie.

XIX. Jeudi 14 novembre, deux heures : M. Cantonnet : Traumatisme de l'œil, accidents infectieux. Ophtalmie sympathique.

XX. Vendredi 15 novembre, deux heures : M. Monthus : *Orbite.* — Phlegmon et thrombophlébite. Conséquences des sinusites. Tumeurs de l'orbite.

XXI. Samedi 16 novembre, trois heures : M. de Lapersonne : *Appareil moteur de l'œil.* — La diplopie : moyen de la reconnaître. Paralysies oculaires. Strabisme.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de la Toussaint.* — A l'occasion de la fête de la Toussaint, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 24 octobre, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 4 novembre, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue la conserveront.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1451.*)

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(IXe SESSION)

[*Paris, 14, 15, 16 octobre 1907* (1).]

Lundi 14 octobre (soir).

COMMUNICATIONS DIVERSES

Poisons alimentaires et athérome. — M. LŒPER. Les substances nocives que l'alimentation introduit dans l'organisme et qui sont susceptibles de léser les parois vasculaires, sont très nombreuses, les principales sont : les aliments toxiques (certains poissons, viandes, fruits, condiments) ; les poisons d'emprunt mélangés accidentellement à l'eau de boisson, aux conserves, ou nés de viandes ou farines avariées, falsifiées, les poisons résultant de la putréfaction intestinale, enfin les substances nées des mutations organiques mêmes (acide urique).

De tous ces produits les uns sont des métaux ou des sels de métaux (plomb) ; d'autres des acides organiques ou minéraux (acides chlorhydrique, oxalique, lactique), d'autres des poisons ou alcaloïdes végétaux (théobromine du cacao, caféine du café, muscarine des champignons) ; d'autres enfin des toxines microbiennes (fermentations putrides ou parasitaires (ergot de seigle).

Les expériences que nous avons faites nous ont permis d'obtenir de l'athérome chez le lapin en lui faisant ingérer de l'acide lactique, du piment rouge, du poivre de Cayenne, de la viande de faisan putréfiée.

Nous avons eu des résultats positifs par injection d'ergotine et de théocine, substance voisine de la théobromine, d'acide oxalique. Nous avons échoué avec l'alcool et le café.

A côté de ces substances qui exercent une action directe, il est des produits qui jouent un rôle adjuvant très important, ce sont les sels de chaux que nous avons étudiés avec Boveri et qui nous ont paru accroître de façon considérable les lésions très discrètes que pourrait produire à petites doses un toxique donné.

Les altérations vasculaires sont de trois ordres : déformations artérielles, dilatations anévrismales et calcifications localisées dans la tunique moyenne de l'artère.

Nous ne pensons pas que ces poisons exercent leur action ni par l'intermédiaire du système nerveux, ni par le mécanisme de l'hypertension, ni par excitation des capsules surrénales, nous admettons une action toxique directe sur les parois vasculaires.

M. HENRIJEAN (de Bruxelles) pense que non seulement des substances reconnues toxiques, mais aussi des médicaments tels que l'iodure de potassium ne seraient pas indifférents dans la production de l'athérome.

La thyroïdine ne serait pas un antidote, mais plutôt un adjuvant de l'adrénaline pour produire l'athérome ; pour toutes ces substances, il y a d'ailleurs une action différente suivant la dose employée.

M. DESPINE (de Genève) ne croit pas que la théobromine tirée du cacao donne de l'athérome ; il pense qu'au contraire l'alcool est susceptible d'en déterminer.

M. SICARD. Chez le lapin l'injection d'adrénaline, combinée avec l'acide urique ou les urates donne un athérome intense. En clinique, nous voyons de même que l'athérome est fréquent chez les brightiques goutteux.

L'iode de l'iodipine ne semble pas empêcher l'action nocive de l'adrénaline sur les parois vasculaires.

M. JOSUÉ. Tous ces poisons semblent agir par l'intermédiaire des capsules surrénales, en déterminant de l'hyperplasie de leur substance et une hypersécrétion d'adrénaline. D'autres substances, analogues à l'adrénaline, sont sécrétées également par les capsules surrénales, probablement par leur couche corticale ; elles donneraient de l'hypertension artérielle. Il y a d'ordinaire hyperplasie parallèle des couches corticale et médullaire.

Mais il doit y avoir d'autres causes d'athérome que les surrénales ; il doit y avoir des athéromes consécutifs à des artérites localisées.

M. TEISSIER (de Lyon) pense qu'il n'y a pas une lésion univoque des vaisseaux ; il croit que l'athérome et l'artério-sclérose sont deux processus différents.

M. JOSUÉ pense au contraire qu'il n'y a pas dualité, mais identité ; la seule différence porte sur le volume des vaisseaux atteints. Les lésions et leur pathogénie sont les mêmes ; c'est une lésion de défense par hyperplasie et dégénérescence. Quand un vaisseau est malade, quelle qu'en soit la cause, il y a de l'hyperplasie élastique et musculaire de ses parois.

Mais l'artère est dans de mauvaises conditions de cicatrisation ; elle n'est pas immobile ; le tissu néoformé dégénère. Si c'est un petit vaisseau, il peut se rompre ou se thromboser, si c'est un gros, ses parois se calcifient.

M. LŒPER n'a jamais observé d'artérite chez le lapin, mais uniquement de la calcification ; il ne croit pas à l'identité des deux processus.

Action physiologique et thérapeutique de l'extrait aqueux de gui. Son emploi dans les hémorragies congestives et comme médicament hypotenseur. — M. René GAULTIER a étudié depuis plus de deux ans le rôle hypotenseur régulier et durable de l'extrait aqueux de gui (voir *Gaz. des hôpit.*, n° 119, p. 1319).

Obésité simple et obésité compliquée. — M. Marcel LABBÉ. De tout temps on a distingué deux types d'obèses : l'obèse floride, vigoureux, bien portant, et l'obèse cachectique, faible, pâle. Ces deux types cliniques existent bien : le premier représente l'obésité simple, le second, l'obésité compliquée.

Dans l'obésité simple, l'augmentation de poids est produite par l'accumulation de graisse ; dans l'obésité compliquée, il y a, outre la graisse, des œdèmes dus aux altérations du cœur et des reins, et analo-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 120, p. 1431.

gues à ceux des cardiaques et des brightiques. L'obésité compliquée est l'aboutissant fatal de l'obésité simple ; généralement tardive, elle peut être précoce si une infection a lésé le cœur ou les reins.

La rétention chlorurée n'est pas le fait de tous les obèses, mais seulement de ceux de la seconde catégorie.

Pour mettre en lumière la constitution de ces deux types d'obésité, il suffit de suivre les effets de la cure d'amaigrissement : dans le premier cas la perte de poids se produit seulement aux dépens des graisses du corps, ainsi que le prouve l'étude du bilan de la nutrition ; dans le second cas, elle se fait à la fois aux dépens des graisses et des liquides d'œdème ; elle est plus considérable que ne le fait prévoir la combustion des graisses nécessitée par l'insuffisance du régime.

Le traitement n'est pas identique dans les deux cas ; dans l'obésité simple, la cure a pour base la réduction de l'alimentation au-dessous des besoins de l'organisme et l'exercice physique ; l'amaigrissement est difficile à obtenir. Dans l'obésité compliquée, la base du traitement est le régime lacté ou le régime déchloruré, et la réduction modérée de l'alimentation ; le repos est nécessaire ; l'amaigrissement est rapide et considérable.

M. WIDAL. L'équilibre de l'eau et des chlorures est variable chez les individus normaux et pathologiques et dans un certain rapport avec leur degré d'obésité. Il y a une quantité flottante de chlorures plus grande chez l'obèse que chez l'homme normal, ce qui explique l'amaigrissement ou plutôt la perte rapide de poids de ces sujets.

M. DESCHAMPS (de Rennes) estime que dans l'amaigrissement variable des obèses il faut faire jouer un rôle important aux déperditions de chaleur. Tous les obèses n'ont pas la même température et ne rayonnent pas d'une manière identique. Quelques dixièmes de degré ont souvent beaucoup d'importance.

Le volume du cœur dans la tuberculose pulmonaire. — M. E. BARIÉ. La tuberculose retentit sur le cœur en provoquant de simples troubles fonctionnels ou en donnant naissance à des lésions tantôt banales, tantôt de nature nettement tuberculeuse.

Mais, sans déterminer des lésions aussi profondes, elle peut retentir encore sur le cœur en modifiant son volume suivant certaines conditions. Cette question a été l'objet de nombreuses controverses, et les auteurs sont restés longtemps divisés sur ce point. Les uns considèrent le cœur des tuberculeux comme toujours petit, les autres comme souvent dilaté.

Sur 77 cas de tuberculose pulmonaire, l'auteur a relevé 43 cas où le volume était normal, 3 cas où il était supérieur à la moyenne, et 5 cas où il était réduit ; il s'agissait de tuberculose chronique commune à forme ulcéreuse ou cavitaire.

Les cas de dilatation cardiaque observés répondaient au type de la phtisie fibreuse avec emphysème, parfois dilatation bronchique et pleurésie chronique. Il y avait alors un état subasystolique grave, qui pouvait faire dire avec raison que ces tuberculeux meurent plutôt par le cœur que par le poumon. Il en serait de même dans les cas où la tuberculose complique une ancienne cardiopathie.

Les lésions du faisceau de His dans la maladie d'Adams Stokes. — M. SNYERS. Si expérimentalement on pince le faisceau de His, les oreillettes continuent à battre normalement, mais les ventricules se ralentissent : l'onde de contraction née de la paroi auriculaire ne peut plus se communiquer à la paroi ventriculaire. C'est le cœur bloqué des Allemands.

Dans la maladie de Stokes, il y a des cas indiscutables de lésions du faisceau de His, mais il serait encore prématuré de dire aujourd'hui que tous les cas de cette affection reconnaissent cette même lésion pour cause.

Les variations de la quantité d'urine et l'irrigation sanguine du rein. — MM. BECO et Léon PLUMIER relatent les expériences qu'ils ont instituées à ce sujet. Ils ont étudié l'action des éléments moteurs et sécréteurs du rein, ainsi que la pression sanguine locale et générale, et ont constaté toujours un rapport étroit et direct entre la pression et la diurèse.

Diagnostic de la tuberculose du rein. — M. DESNOS attire l'attention sur les formes frustes et larvées des lésions rénales et, indépendamment des autres symptômes, sur les renseignements si faciles et si sûrs que donne la cystoscopie.

L'élimination rénale de l'acide urique étudiée par la méthode histo-chimique. — MM. ACHARD et PAISSEAU ont étudié, en modifiant quelque peu la technique de J. Courmont et Audé, l'élimination de l'acide urique au moyen de la coloration noire qu'il prend avec le nitrate d'argent.

Chez le lapin normal, l'élimination d'une forte quantité d'acide urique accentue la striation basale de l'épithélium rénal, et le corps apparaît sous forme de fins granules disposés parallèlement aux bâtonnets de Heidenhain. Il s'élimine par les tubes contournés et les anses ascendantes de Henle.

Si l'on cautérise le rein par ignipuncture, on voit que les cellules nécrosées ne présentent qu'une imprégnation légère et diffuse par l'acide urique et que les cellules malades, mais encore vivantes, ne se laissent pas pénétrer par lui. Quant aux anses ascendantes de Henle sous-jacentes aux tubes lésés, elles se chargent d'acide urique comme des éléments sains.

Lorsque, sans détruire les éléments sécréteurs, on arrête la sécrétion en faisant une hydronéphrose par ligature d'un uretère, les cellules rénales ne montrent qu'une striation à peine ébauchée et ne contiennent que fort peu de grains noirs.

En somme, la pénétration de l'acide urique dans les cellules glandulaires du rein, décelée par la méthode histo-chimique, est en rapport avec l'activité sécrétoire de l'organe et peut servir à l'étude expérimentale des troubles de ses fonctions.

M. Marcel LABBÉ. Chez l'individu normal l'excrétion de l'acide urique varie beaucoup, même avec un régime fixe ; elle présente des irrégularités, des décharges et des rétentions inexpliquées. Il y aurait

aussi à tenir compte de l'acide urique endogène par destruction des albumines et rétention de l'acide urique exogène provenant surtout des légumineuses.

On ne peut actuellement tirer de cette élimination de conclusions bien positives.

De la néphrite syphilitique secondaire aiguë. — M. Jean Ferrand. Tous les auteurs classiques sont d'accord sur le traitement de la néphrite syphilitique secondaire aiguë : le mercure sous toutes ses formes. Quelques insuccès thérapeutiques récents ont modifié les idées à ce sujet. L'auteur cite quatre ou cinq observations de syphilitiques à la période secondaire qui ont été atteints d'accidents urémiques avec oligurie, grosse quantité d'albumine (40 grammes par vingt-quatre heures), etc.

Ces malades étaient soignés au traitement intensif. L'urémie apparut en pleine saturation mercurielle. Dès la suppression du médicament : polyurie et diminution d'albumine; à sa reprise, les accidents recommencent.

Cette urémie est spéciale dans ses manifestations et s'annonce surtout par un œdème de la face précédant les autres infiltrations.

L'examen clinique prouve donc la nocivité du mercure dans certains cas. Des recherches chimiques ont montré à l'auteur que l'albumine éliminée par ces malades est surtout composée de nucléo-albumines, et qu'elle contient des albuminates de mercure provenant de combinaisons organiques de ce métal avec des cellules de nos tissus, sans doute les leucocytes.

Il conclut que sans doute des néphrites syphilitiques aiguës se trouvent bien du traitement mercuriel, mais que d'autres sont mal influencées par ce médicament.

M. Widal a vu de grosses albuminuries syphilitiques secondaires guérir rapidement en quelques jours sans autre traitement que le régime déchloruré. Il faut dans ces cas d'abord observer et attendre et à moins d'aggravation ne donner qu'après quelques jours le traitement mercuriel qui est alors bien supporté.

M. Teissier (de Lyon) croit que les grosses albuminuries syphilitiques sont plutôt d'origine sanguine que d'origine rénale.

Des variations albumineuses du sérum sanguin et de leur valeur dans les états cardio-rénaux. — M. Chiray. Il est extrêmement facile de doser l'albumine du sérum sanguin. Or, cette mesure de l'albumine peut donner des renseignements importants. On sait que chez certains albuminuriques le taux de cette albumine du sérum est fortement diminué. L'auteur montre que chez tous les néphrétiques, quelle que soit leur lésion anatomique et quelle que soit la cause de leur maladie, on constate cette diminution. Cette hypo-albuminose, qui de 70 peut tomber à 60 ou 50, augmente en cas d'œdèmes intenses ou d'accidents urémiques; elle diminue quand la maladie s'améliore; jamais elle ne disparaît.

Chez les cardiaques asystoliques on constate un état inverse, l'albuminose atteint 80, 90 et plus, elle s'accroît avec les œdèmes et diminue avec eux sans jamais disparaître.

L'auteur a vu chez des cardiaques l'apparition d'accidents rénaux indubitables concorder avec une brusque diminution des albumines, et chez des brightiques une crise d'asystolie, s'accompagner d'hyperalbuminose subite. Le dosage de l'albumine sérique serait ainsi un guide précieux dans l'analyse clinique de cas complexes.

Il permettrait d'instituer une thérapeutique rationnelle.

C'est en effet un procédé simple et pratique.

Des albuminuries digestives et de leur traitement. — MM. Castaigne et Chiray. Les auteurs ont démontré expérimentalement : 1° que toute albumine étrangère, introduite dans le torrent circulatoire est immédiatement éliminée avec une certaine quantité de sérine; 2° que les injections successives d'albumines étrangères dans le sang provoquent à la longue des lésions rénales et toujours une atteinte grave de l'état général; 3° qu'une albumine étrangère peut, avant toute élaboration digestive, traverser la muqueuse intestinale et passer dans le sang.

S'appuyant sur ces faits, les auteurs pensent que l'albuminurie digestive humaine est produite par des albumines n'ayant pas subi l'élaboration digestive; elles traverseraient néanmoins la muqueuse intestinale et du sang, seraient rejetées par les reins en nature; elles léseraient ces organes qui laisseraient échapper en même temps une certaine quantité de sérine.

Une partie de l'albumine chez les brightiques serait ainsi d'origine digestive, surtout après les repas. Il importe donc d'étudier chez ces malades l'état digestif et de savoir supprimer des albumines, comme les blancs d'œufs crus ou mal cuits, qui peuvent être toxiques pour eux.

Calculs des voies biliaires et pancréatites. Le syndrome pancréatico-biliaire. Son diagnostic par l'examen des fèces. — M. René Gaultier. Des pancréatites peuvent compliquer la lithiase biliaire et former un véritable syndrome pancréatico-biliaire, dans lequel la clinique ne peut souvent dissocier ce qui appartient au trouble du pancréas. L'examen des fèces est un moyen précis d'explorer le fonctionnement des glandes pancréatiques et biliaires.

Le déficit biliaire se traduit par la mauvaise utilisation quantitative des graisses de l'alimentation (stéarrhée), le déficit pancréatique par la transformation défectueuse au point de vue qualitatif de ces mêmes graisses (hyperstéatolyse) que l'on retrouve dans les fèces sous le seul état de graisses neutres, sans cristaux d'acides gras, ni savons, au milieu de fibres musculaires mal digérées, à noyau encore très apparent (signe de Schmidt).

Cette coprologie clinique renseigne ainsi sur le diagnostic et le pronostic d'une lithiase biliaire. Elle utilise un repas d'épreuve dont la teneur en graisses est titrée et dont les fèces correspondantes, délimitées par l'emploi du carmin, sont dosées au point de vue des graisses.

M. Lépine croit cette méthode un peu théorique, car la stéarrhée n'est pas toujours un symptôme de trouble biliaire, et des bacilles de l'intestin peuvent agir comme le fait le suc pancréatique.

M. Gaultier. L'exposé de ce syndrome et les résultats des analyses sont basés sur de nombreuses observations contrôlées par plusieurs médecins et chirurgiens.

Etiologie du cancer chez l'homme et chez les animaux. — M. Doyen. Les expériences entreprises pour résoudre le problème de l'étiologie des tumeurs ont été dirigées dans deux voies bien distinctes.

1° La greffe cancéreuse.

Ehrlich a démontré que l'épithélioma de la souris pouvait être remplacé par un sarcome, à la suite d'une longue série de passages successifs.

Il a démontré ensuite que les souris chez lesquelles la greffe épithéliale ne se développait pas étaient vaccinées à la fois contre l'épithéliome, contre le sarcome et contre l'enchondrome.

Plus récemment, il observa la transformation, chez des souris déjà immunisées, du cancer épithélial en adénome, c'est-à-dire qu'en inoculant à ces souris une tumeur maligne, il obtenait une tumeur bénigne.

2° Les recherches de l'auteur sur le microbe pathogène du cancer l'ont conduit de son côté à acquérir, dès 1886, la certitude que les tumeurs les plus variées : épithéliome, carcinome, sarcome, enchondrome, etc., renfermaient un seul et même microbe.

Les expériences ont démontré que l'inoculation de cultures pures de provenance épithéliale ou sarcomateuse, produisait indifféramment et le plus souvent simultanément, chez le rat blanc, des néoformations épithéliales et cartilagineuses du poumon, identiques à l'enchondrome malin du poumon du chien.

Les cultures atténuées du micrococcus neoformans préservent, par rapport aux animaux témoins, dans la proportion de 30 à 50 p. 100, la souris blanche contre la greffe cancéreuse.

Les expériences d'Ehrlich sont donc venues confirmer pleinement les publications antérieures de l'auteur : 1° sur l'unité étiologique des néoplasmes; 2° sur la possibilité de réaliser avec un seul vaccin l'immunité contre les tumeurs les plus variées et de structure histologique différente.

Les fruits crus dans le régime des diabétiques. — MM. Jardel et Nivière montrent les bons effets des fruits crus dans le diabète. Le glucose de ces fruits est bien absorbé et bien supporté, alors que les féculents le sont mal. Plus le sucre est dissous et dilué, plus il est facilement utilisé. L'importance de la concentration est grande, mais elle n'est pas seule à considérer, il importe de tenir compte de la nature du sucre.

Autres communications déposées.

M. Binet (de Vichy). Hypertension artérielle et hypertrophie du foie chez les obèses. Action des alcalins.

MM. Fernand Bezançon et Philibert. Les bacilles acido-résistants de l'urine.

M. Lamarre. Des angiocholites chroniques des pays chauds.

MM. Auché et Peyre. Kystes congénitaux.

M. Gellé (de Lille). Formes de transition dans le pancréas des diabétiques.

M. Chiaïs. Le déterminisme expérimental de la sécrétion urinaire.

Mardi 15 octobre (matin).

DEUXIÈME QUESTION

LE TRAITEMENT DE L'ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC

M. Linossier, rapporteur. — L'ulcère simple de l'estomac a une tendance naturelle à la guérison. Il s'agit donc moins de chercher à guérir un ulcère que de s'efforcer d'écarter les causes qui contrarient sa guérison; ces causes sont les mouvements de l'estomac, l'irritation produite par les aliments, l'action digestive du suc gastrique. Les moyens thérapeutiques seront de trois ordres : diététiques, médicamenteux, chirurgicaux.

Le traitement diététique se propose de réaliser la suppression de toute activité stomacale, le repos de l'organe, pour favoriser la cicatrisation de l'ulcère. Dans la pratique les dangers de l'inanition sont un obstacle à sa réalisation. La cure de repos stomacal a comme correctif l'alimentation extra-gastrique : sous-cutanée et rectale. En dehors de l'eau et des sels, l'alimentation sous-cutanée ne peut fournir d'une manière pratique à l'organisme que des corps gras, c'est-à-dire un aliment hautement thermogène, mais lentement utilisable. Les injections sous-cutanées d'albumine et de sucre sont dangereuses. L'alimentation rectale, bien que plus importante, est insuffisante. La quantité d'albumine absorbée ne peut suffire à réaliser l'équilibre azoté chez un sujet nourri exclusivement par le rectum. La graisse émulsionnée est absorbée, mais toujours en quantités inférieures à celles qu'introduit dans l'organisme une alimentation normale. Malgré tout, et quelque médiocre que soit le secours apporté à l'organisme inanitié par l'alimentation rectale, il n'y a aucune raison valable de ne pas y recourir. Les inconvénients qu'elle peut présenter, en troublant le repos gastrique au point de vue sécrétoire et au point de vue moteur, sont en effet assez légers.

La cure de repos stomacal absolu est essentiellement une cure momentanée, à laquelle doit succéder une cure de régime rationnelle. L'alimentation d'un malade atteint d'ulcère de l'estomac doit réaliser les conditions suivantes : ne produire par elle-même aucune irritation des parois gastriques, c'est-à-dire être liquide ou pâteuse, ni trop chaude ni trop froide; séjourner le moins longtemps possible dans l'estomac, ce qui fournit une seconde fois l'indication des aliments liquides ou pâteux; exciter au minimum la sécrétion gastrique et soustraire, si possible, les parois de l'ulcère à l'action digestive du suc gastrique.

Le problème se pose de savoir s'il est plus utile de réduire la sécrétion gastrique au minimum, ou

de ne rien faire pour la réduire, mais de la neutraliser par des albuminoïdes qui la satureront après sa production.

Il est difficile de proclamer la supériorité de l'alimentation azotée sur l'alimentation à prédominance ternaire ; en principe celle-ci serait supérieure, c'est vers elle qu'il faudrait tendre, mais à la condition qu'elle soit très bien tolérée, sinon il faut se résigner momentanément à revenir à une alimentation plus azotée, moins sédative de la sécrétion, mais plus sédative des douleurs. Un régime éclectique avait été réalisé par Cruveilhier avec le lait, et le régime lacté reste encore le régime qui répond le mieux à toutes les indications, bien supérieur en cela au régime albuminoïde de Lenhartz et au régime gras de Sénator.

Le traitement médicamenteux ne doit jouer au cours de l'ulcère qu'un rôle épisodique. Les alcalins, le bicarbonate de soude ont une action analgésiante utile à la période aiguë. Le sous-nitrate de bismuth à hautes doses calme les douleurs, mais ne modifie en rien l'hyperchlorhydrie. L'emploi du nitrate d'argent et du perchlorure de fer semble illusoire. L'huile d'olive serait généralement mal supportée; l'eau de Karlsbad ne ferait que hâter un peu l'évacuation de l'estomac.

Le traitement chirurgical n'a d'indications et ne peut être discuté qu'après échec du traitement médical. L'excision de l'ulcère ne peut être considérée que comme une opération d'exception. La seule opération utile, d'après presque tous les chirurgiens, est la gastro-entérostomie ; le bénéfice qu'elle apporte est surtout grand en cas de sténose pylorique.

L'ulcère simple, non compliqué, relève donc pour ainsi dire uniquement du médecin, mais le traitement médical pour réussir doit être suffisamment sévère et prolongé.

LES COMPLICATIONS DE L'ULCÈRE GASTRIQUE ET LEUR TRAITEMENT

MM. Castaigne et Dujarier, rapporteurs. — Laissant de côté l'ulcère simple de l'estomac, qui a fait le sujet du précédent rapport, les auteurs ne s'occupent que des complications qu'il peut déterminer et du traitement qu'on doit lui opposer.

Ils analysent ces complications et les classent d'après leur gravité immédiate en complications suraiguës, aiguës et lentes.

Complications suraiguës. — C'est la péritonite généralisée par perforation, dont le diagnostic doit être fait dès le début par la brusquerie, l'intensité et le siège de la douleur, sans attendre les vomissements, le ballonnement, les modifications du pouls et de la température qui peuvent survenir trop tardivement. Le traitement chirurgical est précoce. Ce sont ensuite les grandes hémorragies, dues à l'ulcération d'une artère par l'ulcus ou à l'exulceratio simplex de Dieulafoy, et qui mettent si gravement la vie du malade en danger. D'une façon générale les résultats des interventions sont, de l'avis de tous, très nettement inférieurs à ceux du traitement médical.

Complications aiguës. — Ce sont les péritonites localisées et les abcès périgastriques et sous-phréniques. Contre ces accidents, le traitement ne demande pas à être institué avec une rapidité aussi grande que pour les cas précédents, mais en revanche le diagnostic est loin d'être toujours facile, ce qui empêche alors d'instituer une thérapeutique rationnelle. Le traitement est chirurgical, il consiste à ouvrir, trouver la collection et donner issue au pus.

Complications lentes. — Elles comprennent des accidents, les uns mécaniques, provoqués par le développement de tissu fibreux autour de l'ulcère : périgastrite et diverses formes de sténose cardiaque, médio-gastrique et surtout pylorique; les autres atteignant l'état général : anémie et troubles nerveux ; d'autres enfin correspondant à la transformation de l'ulcère en cancer et à la cachexie qui l'accompagne.

Dans ce dernier cas dès que le diagnostic est solidement établi, l'intervention chirurgicale s'impose.

Après cette étude analytique du traitement des complications, les rapporteurs groupent les résultats et montrent ce qu'on peut attendre de chacun de ces modes de traitement.

Le traitement médical donne les meilleurs résultats dans les hémorragies abondantes, les spasmes du pylore, les troubles de l'état général. Il est surtout préventif des complications et doit être continué après l'intervention chirurgicale pour assurer à celle-ci les bénéfices qu'on peut en attendre.

Le traitement opératoire ne doit jamais être préconisé à titre prophylactique. Lorsqu'il est nécessaire, quel doit-il être ? La gastro-entérostomie est l'opération la plus courante et peut-être la plus utile ; elle a surtout pour effet de mettre l'estomac atteint d'ulcère pylorique dans des conditions mécaniques et chimiques favorisant la cicatrisation de l'ulcère.

La pylorectomie supprime l'ulcère et semblerait à priori devoir être une opération curative, indiquée dans tous les cas ; mais outre qu'il existe assez souvent des ulcères multiples, et qu'il y a des ulcères inextirpables, parce qu'ils sont trop adhérents, il peut se faire aussi que dans certains cas un nouvel ulcère se produise après l'intervention. Il n'y a donc pas d'opération réellement curative de l'ulcère, chacune d'elles peut être indiquée suivant les circonstances. Il faut connaître aussi les complications que peut entraîner l'opération : circulus vitiosus, ulcère peptique et syndrome dyspeptique secondaire; pour les éviter il est nécessaire d'instituer un traitement médical prolongé.

En résumé il serait inexact et dangereux d'accepter les conclusions de quelques chirurgiens pour qui l'ulcère de l'estomac serait incurable médicalement et ne relèverait que de la chirurgie. Il est plus juste d'adopter la formule suivante qui répond mieux à la réalité des faits :

Le traitement de l'ulcère rond est d'ordre exclusivement médical, tant qu'il n'existe aucune complication; si celles-ci se produisent, le médecin doit immédiatement discuter avec le chirurgien l'utilité d'une intervention qui s'impose souvent, mais non

dans tous les cas. Enfin, après l'opération, il est absolument indispensable que les malades suivent un traitement médical, faute de quoi, ils sont exposés à de nombreux accidents. Médecins et chirurgiens ont donc, selon les cas, dans le traitement de l'ulcère de l'estomac, un rôle très important, mais à la condition que chacun sache bien que sa thérapeutique personnelle n'est pas applicable à tous les cas. Le médecin, à lui seul, ne peut avoir la prétention de guérir toutes les complications; mais le chirurgien doit savoir aussi d'une part qu'il ne faut pas opérer tous les cas d'ulcère, même pas tous ceux qui sont compliqués, et d'autre part que l'opération qu'il fait n'est jamais curative et serait bien insuffisante, si on ne la faisait suivre d'un traitement médical.

(*A suivre.*) P. CAMUS.

XXe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(PARIS, 7-12 OCTOBRE 1907.)

COMPTE RENDU DES SEANCES (1)

Séance du 11 octobre (suite).

UTÉRUS ET ANNEXES

M. DUJON (de Moulins) rapporte *deux cas de malformation utérine* : hématométrie dans un utérus double, qu'il traita par hystérectomie; absence de vagin avec atrophie utérine pour laquelle il essaya de créer un vagin artificiel.

M. LE BEC (de Paris) vient défendre la cause de l'*hystérectomie vaginale*. Les avantages qu'il lui reconnaît sont la rapidité, le peu de manœuvres intra-péritonéales, le moindre shock, l'absence de cicatrice (raison esthétique et utilitaire chez les femmes qui font de lourds travaux). Le tout est d'en bien poser les indications; on doit la préférer à toute autre dans les petits fibromes durs et réguliers qui ne dépassent pas le milieu de la ligne ombilico-pubienne ; l'abandonner dans les fibromes gros, les fibromes irréguliers qui réservent des surprises, les fibromes mous qui déchirent. L'étroitesse du vagin est un mythe, la crainte de la vessie chimérique, les uretères sont faciles à écarter et M. Le Bec a soin pour les éviter de mettre de petites valves, de champ par le dédoublement anté-utérin. Les ovaires même dégénérés viennent très bien. Si les trompes sont adhérentes, mieux vaut après la colpotomie qui le reconnaît, abandonner la voie basse pour la voie haute; la colpotomie première servira au drainage vaginal.

Dans les soins post-opératoires, il insiste sur l'utilité d'attacher les pinces avec un anneau, de ne pas trop bourrer le vagin, d'enlever les pinces très lentement au bout de quarante-huit heures.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, nº 117, p. 1395, nº 118, p. 1410 et nº 120, p. 1433.

M. BOURSIER (de Bordeaux) rapporte quelques cas de *kystes de l'ovaire rétro-péritonéaux*, ayant dédoublé le ligament large et les mésos intestinaux de voisinage.

Il est opposé à la marsupialisation qu'il a faite une fois au début. Il croit qu'il vaut mieux chercher à enlever la tumeur par décortication que de réséquer toute la portion d'intestin qui est sur elle. Il pense que l'hystérectomie doit toujours être pratiquée en même temps, car elle fait du jour et facilite l'opération.

M. JAYLE (de Paris) fait *quelques remarques à propos d'une série de laparotomies pour affections utéro-annexielles*.

Sa statistique vraiment merveilleuse ne saurait être apportée ici. Ses conclusions sont que les affections annexielles non suppurées donnent plus de mort que les suppurées parce que le péritoine se défend moins, l'hystérectomie abdominale totale est moins grave que la subtotale, la laparotomie exploratrice chez des cancéreux est très grave.

Il conseille de se défier de la position déclive qui donne des ennuis chez les adipeux et les cardiaques. Il préconise les petites incisions et présente quelques instruments qu'il utilise dans sa technique.

M. BRODIER (de Paris) insiste sur les *difficultés du diagnostic des affections ovariennes chez la jeune fille*. Il présente une jeune fille bien portante sur laquelle on fit il y a sept ans le diagnostic de péritonite tuberculeuse. On sentait à la palpation des masses dures dans le ventre. A la laparotomie, on ne trouva rien que de petits ovaires scléro-kystiques : les masses dures étaient les muscles droits contracturés.

REIN. URETÈRE. ORGANES GÉNITAUX

M. CROISIER (de Paris) apporte l'observation d'un *lipome du bassinet du rein droit avec hématuries abondantes*, traité par l'énucléation et qui a guéri : le pédicule plongeait dans la substance rénale et s'implantait sur la paroi antérieure du bassinet. C'est un cas fort rare.

M. BAUDET parle sur les *résultats et les indications de la vaso-vésiculectomie dans la tuberculose des voies génitales de l'homme*. Il en a trouvé 58 observations avec 56 guérisons opératoires. De ces 55 malades, 12 sont morts plus tard de complications pulmonaires ou méningées; les 44 autres restent guéris, sauf 1 qui a récidivé de l'autre côté, et il y a des guérisons qui datent de sept, huit et neuf ans.

Naturellement cette opération n'est pas indiquée dans tous les cas, et on n'y recourra pas dans les cas ordinaires. L'auteur lui reconnaît des indications de nécessité et des indications de choix. Les premières sont : l'obstruction rectale par les vésicules tuberculeuses, les fistules tuberculeuses ou urinaires du périnée, les troubles urinaires sérieux créés par le voisinage des vésicules malades, l'accroissement progressif et continu des vésicules. Les indications de choix sont les lésions des voies spermatiques avec noyaux en chapelet tout le long du déférent, et les vésicules volumineuses au premier examen : dans ce dernier cas il conseille d'abord d'intervenir sur

l'épididyme et si la vésicule ne diminue pas, de porter son action sur elle.

Les deux voies suivies, inguinale et périnéale, ont chacune leurs avantages et leurs inconvénients : dans la première le temps d'abord est facile, et l'extirpation vésiculaire difficile : elle convient aux lésions surtout déférentielles; dans la seconde le temps périnéal est laborieux, mais l'extirpation vésiculaire est facilitée : elle convient surtout aux lésions à prédominance profonde.

Séance du 12 octobre.

QUESTIONS DIVERSES

CHIRURGIE GÉNÉRALE

M. Eckstein (de Berlin) apporte des documents de première valeur en faveur des *injections et implantations de paraffine dure.* La paraffine rectifiée à 75 degrés ne s'exprime jamais en partie, comme le font les autres paraffines. On peut l'employer en injection à chaud, en injection à froid sous pression, ou après modelage et stérilisation l'implanter par une incision sous les téguments. M. Eckstein énumère avec photographie à l'appui les cas dans lesquels ces méthodes peuvent être appliquées, rhinoplastie, hémiatrophie de la face, paralysie faciale irréparable, rides disgracieuses, ectropion, entropion, prothèse oculaire après énucléation, ozène, adhérences pharyngo-palatines; après extirpation de tumeur du sein, il a implanté des blocs de paraffine. Dans les hernies, il a employé des plaques de paraffine pour obturer les orifices herniaires avec un plein succès (hernies inguinales ou ombilicales). L'incontinence d'urine, le prolapsus génital rentrent encore dans les affections que peut guérir la méthode.

M. Boddaert (de Gand) vient appuyer ces conclusions. Il a réussi à modeler des nez complets. Il croit que les accidents ou incidents qu'on signale de divers côtés sont imputables, non à la méthode, mais à des défauts de technique.

M. Berger demande à faire quelques réserves bien que les résultats apportés soient impressionnants et fort beaux. De cette méthode, il faut avoir une certaine expérience et ses échecs même sont la preuve qu'il y faut une certaine dextérité. Pour lui, sans la condamner, il préfère s'en tenir aux autoplasties, aux implantations de cartilages costaux, qu'il connaît mieux, et qui donnent de bons résultats.

M. Eckstein affirme qu'on peut guider aisément la paraffine et éviter la diffusion. Une faute communément commise est d'en injecter beaucoup plus qu'il n'en faut : dans un nez en selle, il suffit d'un demi-centimètre ou d'un centimètre cube.

M. Boddaert croit que les accidents sont plus fréquents dans les injections de paraffine liquide. L'injection à froid ou l'implantation quand elles sont faites aseptiquement sont faciles et bénignes.

M. Morestin a fait des injections de paraffine à froid, sous pression, et n'a éprouvé aucune difficulté spéciale.

M. Malherbe (de Nantes) vient préciser les *limites du genre sarcome.* Sans le suivre dans son exposé des théories des tumeurs, disons qu'il est partisan de l'équivalence des divers éléments conjonctifs qui peuvent se remplacer dans les tumeurs. Le genre sarcome représente pour lui les formes malignes de toutes les tumeurs connectives : le sarcome globo-cellulaire est pour lui un lymphome, une tumeur à cellules lymphatiques, et il soutient qu'il n'y a jamais de transformation vraie d'un sarcome fuso-cellulaire en un sarcome globo-cellulaire.

M. Reverdin (de Genève) apporte *deux cas de tumeurs mélaniques traitées par le topique arsenical de Cerny.* Sous son influence on observe une dépigmentation manifeste, et la tumeur, sans disparaître toujours, semble perdre ses caractères de malignité.

M. Doyen passe en revue les *modes d'action des divers traitements du cancer.* Il affirme une fois de plus l'efficacité de son sérum, dont les premiers essais remontent à six ans : il rapporte un cas d'amélioration inattendue dans un cas de cancer en cuirasse des deux seins, avec présence d'ascite, qui fut à la laparotomie reconnue d'origine cancéreuse. Wright, en Angleterre, obtient des succès avec des procédés émanés du sien (le sérum a été obtenu par des cultures de micrococcus neoformans), mais différents en ce sens que Wright n'injecte pas de toxines, ce qu'il croit préférable de faire.

Au point de vue histologique, il montre que les rayons X guérissent en produisant une cytolyse à laquelle fait suite une phase de phagocytose. Les effets histologiques du radium sont les mêmes. Son sérum produit exactement les mêmes phénomènes de cytolyse suivis de phagocytose. Mais celle-ci, dans le cas de maladies chroniques, est plus difficile à provoquer, car si les microbes libres sont phagocytés par les polynucléaires, faciles à mobiliser, les cellules sont détruites par les macrophages qu'il est très difficile de mobiliser : l'immunité est donc difficilement acquise par les macrophages. En tout cas nous sommes en possession d'un traitement général du cancer, et en unissant contre lui toutes les forces dont nous disposons, les rayons X, le radium, les étincelles électriques qui détruisent les cellules, la sérothérapie qui excite la résistance individuelle et tente la mobilisation des macrophages, on arrivera peut-être à le vaincre.

M. Sabadini (d'Alger) apporte une *statistique de rachicocaïnisation et de rachistovaïnisation.* La dose de stovaïne doit être de 10 centigrammes en moyenne. L'ennui de la rachistovaïnisation est dans la rétention d'urine qu'elle produit presque toujours (44 sur 56), beaucoup plus souvent en tout cas que la rachicocaïnisation.

M. Cazin (de Paris) fait une communication sur l'*emploi de la scopolamine pour l'anesthésie générale.* Il se contente de l'injection d'un demi-milligramme de scopolamine et d'un demi-centigramme de morphine. La méthode lui semble avoir de réels avantages par la suppression de l'appréhension préopératoire, la diminution des vomissements et des douleurs après l'opération. Cependant il croit prudent de ne pas augmenter la dose, et même de ne pas généraliser la méthode, de la réserver aux gens nerveux et impressionnables, car la scopolamine

semble être un toxique à action élective sur le cœur. Il a observé des modifications passagères et même assez prolongées du côté du pouls (ralentissement prolongé).

M. Jardry (de Paris) parle *de la possibilité des interventions chirurgicales sous le sommeil électrique*. Chez l'animal, cette anesthésie semble complète et permet de faire toute intervention. Il y a disparition de tous les réflexes, le relâchement musculaire n'est pas tout à fait complet, il y a quelques trémulations musculaires, qui n'empêchent d'ailleurs pas d'agir. La conscience semble abolie, autant qu'on en peut juger par l'absence de crainte de l'animal pour la pièce où il a été opéré, et pour son opérateur. Elle peut être prolongée pendant très longtemps (une heure et demie) sans aucun inconvénient. Rien d'anormal ne se passe au réveil : il semble que ce sommeil électrique soit un phénomène instantané, ne laissant aucune modification derrière lui, agissant physiquement sur le système nerveux, et non plus chimiquement par combinaison durable avec les éléments de l'organisme, comme tous les autres anesthésiques : il n'y a pas d'accumulation possible à craindre, et la dose anesthésiante est très éloignée de la dose dangereuse, puisqu'elle est 5 fois moindre.

Le petit inconvénient signalé par Zimmern (œdème du mollet) est dû à une interversion des pôles : on ne l'observe pas quand les pôles sont bien appliqués.

Les seuls inconvénients sont de nécessiter un aide spécial, ayant une somme de connaissances physiques suffisante, une installation un peu coûteuse.

Enfin il reste à franchir le pas énorme entre l'expérimentation et l'application humaine : chez celui-ci, il y a des facteurs différents qui ne permettent pas la comparaison absolue et qui seront longtemps une barrière.

Le passage pourra peut-être être fait grâce à un pas intermédiaire : il semble que le sommeil électrique puisse réaliser des anesthésies locales, les essais sont encore trop timides pour conclure, mais si les espérances se réalisent, on pourra peut-être passer un jour du terrain de l'anesthésie locale à celui de l'anesthésie générale. CHEVRIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1907)

Recherche et dosage du formène ou méthane. — M. Nestor Gréhant a fait un grand nombre d'expériences qui lui ont permis de reconnaître qu'un seul passage d'un courant électrique, à travers un fil de platine porté au rouge blanc dans des mélanges de formène et d'air compris entre 5 p. 100 et 1 p. 100, ne produit qu'une combustion incomplète de carbure d'hydrogène ; il est nécessaire de faire passer deux cents fois, quatre cents fois et plus, le courant dans la spirale de platine.

M. Gréhant donne une description détaillée de l'expérience et il conclut ainsi :

Le dosage du formène dans les mélanges rares, à l'aide du gaz de la pile, donne des résultats suffisamment exacts dans la pratique et, cette opération ne durant que dix minutes environ, le nombre des analyses faites chaque jour de l'air puisé dans les houillères peut être multiplié considérablement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1907)

Chirurgie des voies biliaires. — M. Souligoux communique plusieurs observations relatives à des affections des voies biliaires.

Il relate, entre autres, l'histoire d'une femme de trente-neuf ans qui entra le 7 novembre 1906 à l'hôpital pour des accès de rétention biliaire aiguë ; elle eut des alternatives de diarrhée et de constipation, des douleurs abdominales, de l'ictère ; ses matières étaient décolorées ; elle eut ainsi des alternances d'aggravation et d'amélioration, lorsqu'elle se décida à rentrer à l'hôpital le 7 janvier 1907 avec un ictère généralisé, des douleurs vives du côté gauche, au niveau du rebord des fausses côtes ; le foie était augmenté de volume ; la vésicule biliaire n'était pas perceptible. La malade avait considérablement maigri.

D'après les symptômes observés, on pouvait hésiter entre un cancer du pancréas, une lithiase biliaire ou une pancréatite chronique. C'est à ce dernier diagnostic que se fixa M. Souligoux. Il fit une incision parallèle au muscle droit ; il constata que la vésicule n'était pas augmentée de volume ; la tête du pancréas présentait une dureté ligneuse ; le diagnostic de pancréatite se trouvait donc confirmé. M. Souligoux sectionna le canal cholédoque au ras du duodénum, le ferma avec une pince et l'inséra sur une autre partie du duodénum. La vésicule biliaire fut laissée en place. La guérison fut rapide.

M. Souligoux insiste sur la grande facilité de cette implantation du cholédoque dans le duodénum. La guérison s'est confirmée ; la malade a augmenté de 9 kilos. Elle va maintenant très bien.

Dans une seconde observation, il s'agit de l'ablation d'un calcul dans l'ampoule de Water. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-six ans qui avait eu plusieurs crises hépatiques, de l'ictère chronique et qui avait maigri de 22 kilos. Ses selles étaient décolorées, ses urines noires ; la langue était sèche.

Il présentait tous les symptômes d'une obstruction permanente du cholédoque, par un calcul biliaire. A l'opération on constata un calcul gros comme une noisette engagé dans le duodénum. M. Souligoux attira l'ampoule de Water, l'incisa et retira facilement le calcul.

Sur 16 opérations pratiquées sur les voies biliaires, M. Souligoux a obtenu 12 guérisons.

Il discute les indications, suivant les cas, de la cholécystotomie, de la cholécystectomie, de la colédocotomie, de la colédoco-duodénostomie, etc. Il étudie aussi le meilleur traitement à opposer à la pancréatite chronique.

Ostéomyélite et abcès sous-périostiques. — M. Broca revient sur la question soulevée, avant les vacances, par une communication de M. Delbet.

Après avoir longtemps abusé de la périostite, on a abusé ensuite de l'ostéomyélite. Il existe indubitablement des abcès sous-périostés. Dans le cas cité par M. Delbet, il s'agissait bien évidemment d'un abcès sous-périosté ; un enfant de douze ans, à la suite d'une scarlatine, a eu successivement une otite, une ostéomyélite de la hanche, un abcès de la partie

supérieure de l'humérus qui fut ouvert; deux ans après survint une nouvelle poussée d'ostéite qui fut incisée; depuis, pas de récidive, mais il faut se méfier et attendre.

A quel microbe a-t-on affaire, dans ces cas? Il n'est pas toujours possible de le savoir au moment où on intervient. Quel est exactement l'état de l'os? Autant de questions à résoudre. Dans le doute, faut-il trépaner? Il faut prendre garde à la possibilité d'infecter la moelle et de pratiquer une opération, non seulement inutile, mais même dangereuse.

Quand l'os présente une grande dénudation épiphysaire, il faut trépaner, bien que cela ne soit pas absolument indispensable.

L'ostéomyélite est une maladie dont la gravité varie d'une façon extrême; on peut, d'ailleurs, avoir affaire à des microbes très différents. Il y a des cas qui évoluent fatalement quel que soit le traitement appliqué.

Il semble à M. Broca que dans le cas de M. Toussaint qui l'a conduit à la désarticulation, l'os étant plein de pus, la trépanation aurait pu suffire. Quant à la critique portée par M. Kirmisson contre les petites incisions multiples préconisées autrefois par M. Lannelongue, elle ne porte plus puisque M. Lannelongue a changé sa pratique et fait maintenant de larges incisions. Quand il y a de grands décollements des parties molles, faut-il compléter l'opération par la trépanation osseuse? M. Broca serait assez de cet avis, et même en agissant ainsi on n'évitera pas toujours l'ostéomyélite prolongée.

M. Routier fait observer qu'il existe indubitablement des vieilles périostites diffuses suppurées sans ostéomyélite. Il en a observé des exemples; dans un cas, entre autres, il a trépané le tibia, et il n'y a rien trouvé. Mais ce malade a eu ultérieurement une suppuration du péroné.

M. Lucas-Championnière est d'avis qu'il faut trépaner le plus souvent possible. Suivant lui, les cas d'abcès sous-périostés simples sont très rares.

Il a fait beaucoup de trépanations osseuses et n'a jamais vu que l'os s'infectât secondairement. Après la trépanation, il se sert de chlorure de zinc et il croit, par ce moyen, éviter la propagation dont on a parlé et se mettre à l'abri des accidents secondaires.

Cela permet aussi de se garantir contre les retours offensifs. M. Lucas-Championnière reste donc un partisan convaincu de la trépanation dans ces cas.

M. Tuffier ne croit pas qu'il soit toujours nécessaire de trépaner comme le fait M. Lucas-Championnière. Il rapporte le cas d'un jeune homme chez lequel, en Angleterre, on a fait une résection totale du tibia, alors que cet os ne contenait pas de pus.

M. Lucas-Championnière est d'avis de faire à l'os un trou assez grand pour pouvoir bien le nettoyer s'il y a lieu. Mais il n'a jamais été partisan de ces grandes résections osseuses.

M. Felizet pense que les abcès sous-périostiques sont d'une extrême rareté. Le plus souvent c'est l'ostéomyélite qui a commencé, et les abcès sous-périostiques sont secondaires. L'ouverture de ces abcès et la trépanation osseuse ne suffisent pas. Il faut trépaner en deux points, et comme c'est la moelle osseuse qui est primitivement malade, c'est sur elle que, selon M. Felizet, il faut agir; il se sert de teinture d'iode, d'iode naissant et surtout du flambage. Il flambe le canal médullaire dans toute sa longueur et le porte à une température de 12 à 1300 degrés. En résumé, l'abcès sous-périostique est très rarement initial, il y a presque toujours du pus dans la moelle osseuse.

Blépharoplastie. — M. Morestin présente un très bel exemple de chirurgie esthétique, on pourrait presque dire artistique.

Il s'agit d'un homme qui avait sur la joue et la lèvre supérieure des accidents de syphilis tertiaire très graves, ayant nécessité une large intervention et de grands sacrifices cutanés. Afin de cacher la cicatrice de la lèvre supérieure, M. Morestin l'a refaite avec des lambeaux des joues empruntés au niveau des favoris, si bien que cet homme est orné aujourd'hui d'une très belle paire de moustaches.

Ainsi que l'a fait remarquer M. Delorme, c'est là un résultat très remarquable.

Radiographie. — M. Tuffier présente des radiographies très perfectionnées. Nous n'avons pu entendre par quel procédé ont été obtenus ces perfectionnements.

Lipome du cœur. — M. Legueu a opéré d'appendicite, à froid, un enfant qu'on savait atteint d'une affection cardiaque. Le lendemain de l'opération, le pouls et la température s'élevèrent, et l'enfant succomba avec toutes les apparences d'une septicémie.

A l'autopsie, on trouva une tumeur considérable incluse dans le cœur; il s'agissait d'un lipome. Il y avait une thrombose de l'artère pulmonaire. Si l'autopsie n'avait pas été faite, cette mort eût été attribuée à une inoculation opératoire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante et unième semaine, 860 décès, au lieu de 776 pendant la semaine précédente et de 794, moyenne ordinaire de la saison. On remarque la fréquence de la diarrhée infantile.

La fièvre typhoïde a causé 2 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 43 (moyenne 53), au lieu de 54 pendant la semaine précédente.

La variole a causé 1 décès (elle n'en avait causé aucun pendant la semaine précédente), chiffre identique à la moyenne. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 1, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 6).

La rougeole a causé 2 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 51 (au lieu de 36 précédemment et de 40, moyenne des quatre dernières années).

La scarlatine a causé 1 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 129; il s'élevait à 124 pendant la semaine précédente (moyenne 51).

La coqueluche a causé 1 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 3).

La diphtérie a causé 2 décès, comme pendant la semaine précédente (moyenne 4); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 43, au lieu de 41 pendant la semaine précédente (moyenne 57).

La diarrhée infantile continue à être fréquente, malgré la fraîcheur de la saison; elle a causé 59 décès de 0 à 1 an, au lieu de 65 pendant la semaine précédente (moyenne 34). Sur ces 59 décès, 49 sont survenus dans les dix arrondissements excentriques.

En outre, 14 enfants sont morts de débilité congénitale.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 122. — JEUDI 24 OCTOBRE 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 24 OCTOBRE 1907. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 21 octobre. — Question donnée : « Signes, diagnostic et traitement des fractures récentes et non compliquées de la diaphyse du fémur. »

MM. Françon, 14 ; Guillaumot, 13 ; Grisoni, 7 ; Fourques, 13 ; Quénot, 12 ; Frogé, 10 ; Fortineau et Mlle Protopopoff, 7 ; MM. Géraud (Jean), 9 ; Fourny, 10 ; Hanriot, 12 ; Girardot (Edouard), 9 ; Guillermain, 13 ; Hémery, 12 ; Habault, 7 ; Hervieu et Mlle Guichardon, 8 ; M. Gauraz, 7.

La prochaine séance aura lieu le mercredi 23 novembre, à quatre heures et demie, première moitié, troisième série.

CONCOURS DE CLINICAT. — Sont nommés :

Gynécologie. — M. Lœwy, chef de clinique titulaire ; M. Bender, chef de clinique adjoint.

Obstétrique. — Clinique Tarnier : M. Cathala, chef de clinique titulaire ; M. Lequest, chef de clinique adjoint ; — Clinique de l'hôpital Beaujon : M. Theuveny, chef de clinique adjoint.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décision du 18 octobre 1907, les médecins aides-majors de deuxième classe élèves sortis de l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales, dans l'ordre ci-dessous, qui détermine leur rang d'ancienneté dans le grade de médecin aide-major de deuxième classe (art. 3 du décret du 21 juin 1906), ont reçu les affectations suivantes comportant la mention (service) :

MM. Stévenet, hôpit. milit. de Marseille ; Gravellat, 3e d'inf. colon. ; Benoît-Gonin, 3e d'art. colon. ; Luisi, 1er d'inf. colon. ; Guérin, 3e d'art. colon. ; Ringenbach, 22e d'inf. colon. ; Chatenay, 3e d'art. colon. ; Salomon, 2e d'inf. colon. ; Ceillier, 7e d'inf. colon. ; Pouliquen, 2e d'inf. colon. ; Gouillon, 8e d'inf. colon. ; Guidice, 4e d'inf. colon. ; Giauffer, 4e d'inf. colon. ; Mazet, hosp. mixte d'Hyères ; Fonquernie, 24e d'inf. colon. ; Le Fers, 7e d'inf. colon. ; Robert, 8e d'inf. colon. ; Kerneis, 1er d'art. colon. ; Combes, 24e d'inf. colon. ; Sébilleau, 1er d'art. colon. ; Bodet, 2e d'inf. colon. ; Herrmann, hôpit. milit. de Marseille ; Mariotte, 6e d'inf. colon. ; Saujeon, 3e d'inf. colon. ; Dubarry, 24e d'inf. colon. ; Le Dentu, 5e d'inf. colon. ; Daniel, 2e d'inf. colon. ; Muraz, 4e d'inf. colon. ; Lautier, 8e d'inf. colon. ; Georgelin, 2e d'art. colon. ; Cantin, 22e d'inf. colon. ; Colombani, 2e d'art. colon. ; Salacroup, 3e d'art. colon. ; Guillen et Gouriou, 6e d'inf. colon. ; Rebufat, 1er d'inf. colon. ; Handelsmann, 5e d'inf. colon. ; Soing et Le Camus, 2e d'art. colon. ; Hudellet, 5e d'inf. colon. ; Joubert, 1er d'inf. colon.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de chevalier. — MM. Bergonié et Chambrelent, professeurs à la Faculté de médecine de Bordeaux.

BUREAUX MUNICIPAUX D'HYGIÈNE. — La vacance du directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour les villes ci-après, dans les conditions respectivement déterminées par les arrêtés municipaux :

FOUGÈRES (Ille-et-Vilaine), arrêté municipal du 15 juillet 1907. Traitement : 4 000 francs.

RENNES (Ille-et-Vilaine), arrêté municipal du 21 septembre 1907. Traitement : 4 000 francs.

ROANNE (Loire), arrêté municipal du 16 septembre 1907. Traitement : 4 500 francs.

Les candidats ont un délai de vingt jours, expirant le 31 octobre 1907, pour adresser au ministre de l'Intérieur leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

La demande doit préciser notamment la date de naissance du candidat et la date des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats

peuvent, en outre, demander à être entendus par la Commission du Conseil supérieur d'hygiène.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Durand (d'Arcueil).

ENSEIGNEMENT DE LA CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE. (Hôpital Beaujon, M. le professeur Albert ROBIN.) — Organisation de l'enseignement, pour l'année scolaire 1907-1908 :

Tous les jeudis, à dix heures du matin, leçon de clinique thérapeutique avec présentation de malades par M. le professeur Albert Robin (grand amphithéâtre des cours).

Tous les matins, à neuf heures, au lit du malade, salles Axenfeld et Louis, enseignement pratique suivi d'interrogations.

Trois fois par semaine, les lundi, mercredi, vendredi, de dix heures et demie à onze heures et demie, un enseignement complémentaire de thérapeutique sera fait avec le concours des collaborateurs suivants :

M. G. Bardet : L'art de formuler. — M. Léon Bellin : Maladies du nez, de la gorge et de l'oreille. — M. Bournigault : Chimie biologique appliquée à la thérapeutique. — M. F. Cathelin : Maladies des voies urinaires. — M. Claret : Maladies du poumon. — M. A. Coyon, chef de clinique : Maladies de la nutrition. — M. H. Dominici : Maladies du sang. — M. Delherm : Electricité médicale. — M. René Gaultier : Maladies de l'intestin, du foie, du pancréas. — M. Gautiez : Massage. — M. Leredde : Maladies cutanées et syphilitiques. — M. Michel : Maladies du cœur. — M. Ch. Sauvineau : Maladies des yeux. — M. Paul Sainton : Maladies du système nerveux. — M. Vitman, chef de clinique adjoint : Maladies des reins.

Un programme détaillé sera remis à chacun des élèves.

En outre, chaque semaine, les élèves seront exercés individuellement aux recherches de laboratoire (chimisme gastrique, analyse d'urines, etc.).

ECOLE PRATIQUE D'ODONTOLOGIE ET DE STOMATOLOGIE ENSEIGNEMENT SPÉCIAL DE LA CHIRURGIE DENTAIRE RÉSERVÉ AUX DOCTEURS EN MÉDECINE. — L'enseignement est divisé en trois parties :

1° Travaux pratiques sur fantôme ;
2° Travaux pratiques de prothèse au laboratoire ;
3° Clinique de dentisterie opératoire et de prothèse.

Le cours a une durée minimum de six mois avec facilité de prolongation, à la volonté de l'élève.

Les malades admis à la clinique de l'Ecole reçoivent gratuitement les soins et appareils, ce qui assure une application pratique très suffisante pour accomplir toutes les opérations courantes de la chirurgie dentaire.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Siffre, 97, boulevard Saint-Michel, d'une à deux heures.

Maladies des fosses nasales et des sinus, par le docteur J. GUISEZ, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef des travaux d'oto-rhino-laryngologie à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. In-16 de 207 p. avec 71 fig. Prix : 3 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(IXe SESSION)

[*Paris, 14, 15, 16 octobre 1907* (1).]

Séance du mardi 15 octobre (*matin* [suite]).

DISCUSSION SUR LA DEUXIÈME QUESTION

LE TRAITEMENT DE L'ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC

M. Doyen. Le traitement chirurgical des complications de l'ulcère ne fait aucun doute; il s'agit d'opérations d'urgence dont l'opportunité n'est pas discutable, aussi bien dans l'hématémèse grave que dans les perforations, que dans les cas de sténose ou d'estomac biloculaire.

En dehors de ces complications, je crois que le traitement de l'ulcère simple est plus souvent utile et indiqué qu'on ne le croit généralement. L'ulcère détermine d'une façon presque constante de la contracture du pylore; l'estomac se vide mal, il présente des alternatives de distension et de resserrement qui empêchent grandement la cicatrisation. L'affection devient ainsi rebelle au traitement médical, entraîne un dépérissement grave et justifie l'intervention.

Deux procédés opératoires sont en présence : la résection de l'ulcère et la gastro-anastomose. Le premier est un procédé exceptionnel et qui ne peut se pratiquer que dans les cas d'ulcère du pylore ou de la grande courbure. La gastro-anastomose au contraire est applicable à tous les cas, elle ne rétablit cependant pas aussi bien qu'une pyloroplastie le fonctionnement normal de l'estomac. Aussi est-il avantageux de la modifier en faisant une gastro-duodénostomie avec section du pylore dont les résultats paraissent être excellents.

Il reste bien entendu que l'opération n'exclut nullement le traitement médical qui est très utile pour le bon fonctionnement de la digestion et la cicatrisation de l'ulcère.

M. Hartmann. Les résultats du traitement médical me semblent médiocres, ceux du traitement chirurgical sont meilleurs, car ils s'appliquent à des cas plus graves. La mortalité opératoire va sans cesse en diminuant. Quant aux avantages tardifs ils sont grands, car la majorité des malades ne souffrent plus et après l'intervention voient tous leurs malaises disparaître facilement. L'opération est indiquée dans un plus grand nombre de cas qu'on ne croit; elle est indispensable dans les sténoses pyloriques, la périgastrite adhésive, l'estomac biloculaire, les petites hématémèses répétées, quand le traitement médical est resté sans effet et en cas d'accidents récidivants. L'intervention de choix est la gastro-entérostomie par le procédé le plus simple. Mais après l'opération, le malade doit être remis entre les mains du médecin, qui réglera son régime et la médication à appliquer suivant les indications.

M. Monprofit. Il y a nombre de malades qui ne peuvent être soumis un temps suffisant au repos et au traitement médical, le plus souvent pour des raisons d'ordre social; il en est d'autres chez qui des accidents même légers reviennent à la moindre occasion : l'opération dans ces cas non compliqués est indiquée et donne de bons résultats. On a décrit, particulièrement MM. Parmentier et Dénéchau, des troubles dyspeptiques secondaires aux gastro-entérostomies. Il importe de les connaître, car les uns sont dus à un vice opératoire, une oblitération complète ou partielle de la bouche anastomotique gastro-intestinale; on peut les éviter ou les enlever par une nouvelle intervention; les autres sont des phénomènes de dyspepsie nerveuse qui existaient avant l'opération et qui persistent après elle.

M. Tuffier a cherché à reproduire expérimentalement l'ulcère de l'estomac sans jamais y parvenir, pas plus que pour la sténose pylorique. Il a vu d'autre part que, après gastro-entérostomie, le contenu stomacal se vide encore par le pylore si celui-ci est sain. Le vrai bénéfice de l'intervention est que l'évacuation est plus rapide et se fait avec moins de contractions après l'opération, quand le pylore est oblitéré. Les vraies indications opératoires sont donc les sténoses du pylore, quel qu'en soit le degré. Ce sont encore les adhérences gastriques irréductibles et les petites hémorragies qui ne cèdent pas aux moyens habituels. L'ablation de l'ulcère n'est indiquée que quand on peut croire à sa cancérisation; dans les autres cas elle doit être rejetée.

La gastro-entérostomie améliore toujours et guérit souvent les malades: mais dans l'évaluation de ses résultats il faut essentiellement tenir compte de l'âge des lésions qui l'ont commandée : lésions anciennes, éteintes ou lésions aiguës, en activité.

M. Bourget a toujours obtenu d'excellents résultats dans le traitement des hémorragies gastriques par les lavages de l'estomac à l'aide de la sonde et du perchlorure de fer à 1 p. 100. L'hémorragie s'arrête en quelques minutes. On peut toujours introduire sans aucun danger une sonde dans un estomac même ulcéré, contrairement à l'opinion générale des médecins; l'auteur n'a jamais observé le moindre incident lors de son emploi.

Pour l'usage des alcalins, il doit être réservé à corriger et non à neutraliser l'acidité gastrique. Les bouillies au lait sont préférables au lait simple, car elles augmentent moins l'acidité.

M. Mathieu pense que dans le traitement de l'ulcère de l'estomac on ne peut avoir une formule unique et qu'il faut graduer le traitement suivant les différentes formes aiguës ou chroniques et suivant le siège qu'il occupe. Il préconise les alcalins, non pour saturer le suc gastrique, mais pour atténuer la douleur, et recommande l'usage de la poudre de viande qui calme et remonte les malades.

M. Frémont. Le chien à estomac isolé présente très fréquemment des ulcères gastriques qui guérissent uniquement par le traitement médical. Il ne faut donc remettre au chirurgien que les cas qui présentent une indication opératoire certaine.

M. Maillard. On peut parfaitement laver un estomac sans danger; la sonde rend les plus grands services surtout le soir, afin de laisser l'estomac au repos la nuit entière.

M. Bard insiste sur la guérison spontanée fréquente de l'ulcère et relate de nombreux cas où il a constaté à l'autopsie la trace d'ulcères parfaitement cicatrisés.

Le pseudo-ulcère stomacal d'origine biliaire. — MM. Gilbert et Lereboullet attirent l'attention sur un syndrome observé au cours des maladies des voies biliaires et caractérisé par l'association d'hématémèses, avec ou sans melæna, à des douleurs gastriques plus ou moins vives, il ne s'agit pas d'ul-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 120, p. 1431, et n° 121, p. 1443.

cère vrai, mais de simple varice gastrique ulcérée comme le montrent les constatations anatomiques. Le diagnostic doit être fait avec la dyspepsie hyperchlorhydrique et avec le cancer de l'estomac; il repose sur la constatation des signes de la maladie biliaire. Il a la plus grande importance, car il permet d'éviter nombre d'erreurs qu'entraînerait une intervention chirurgicale inutile ou nuisible.

Hémorragies occultes du tube digestif et réaction de Weber. — MM. Cade et Bourret. La recherche dans les fèces des hémorragies occultes par le procédé de Weber est une exploration facile, très pratique et très importante dans la séméiologie du tube digestif. Le diagnostic des affections du segment supérieur du tube digestif, particulièrement des lésions de l'estomac, bénéficie beaucoup de cette recherche. Parmi les lésions ulcéreuses, c'est incontestablement le cancer de l'estomac qui provoque avec le plus de fréquence et la plus grande persistance la réaction de Weber.

Contribution à l'étude de l'acidité du suc gastrique. — M. Lematte montre que, dans les dosages d'acidité du suc gastrique, il importe, pour obtenir des résultats corrects, d'abandonner les méthodes d'analyse basées sur la phénolphtaléine, et qu'il ne faut se servir comme indicateur que de la teinture de tournesol et du bois de campêche.

Relation des végétations adénoïdes avec l'entérite muco-membraneuse et l'appendicite. — M. Delacour pense que les végétations adénoïdes, l'entéro-colite muco-membraneuse et l'appendicite sont dues à une dystrophie commune, à un syndrome adénoïdien de tout le tractus digestif, dû peut-être à une insuffisance de la glande thyroïde.

Le traitement des gastro-entérites infantiles par le régime sec. — M. P. Gallois. Dans les gastro-entérites infantiles la dyspepsie joue un rôle plus important que l'infection. Cette dyspepsie est due presque toujours à la suralimentation. La diète hydrique réduit la valeur substantielle des aliments mais leur conserve leur volume. Or l'estomac des malades est distendu et clapote, l'eau du lait paraît donc encore plus dangereuse que les matières nutritives qu'elle contient. Le régime sec pare à ces inconvénients; il réussit rapidement chez l'enfant. Il se compose de bouillie, de fromages frais et de gâteaux secs. Chez le nourrisson il consiste en crème de fromage frais sucré. Un repas de 25 grammes équivaut ainsi à 100 grammes de lait. Progressivement, en quatre à cinq jours l'enfant peut être remis à l'alimentation lactée, car les résultats sont rapides, les vomissements et la diarrhée cessent et la reprise du lait se fait sans difficulté. Ce régime est d'ordinaire bien accepté; il alimente le malade au lieu de le débiliter comme la diète hydrique.

Mardi 15 octobre (après-midi).

Les portes d'entrée de la tuberculose. — M. G. Kuss. Dans l'étude des modes de pénétration de la contagion tuberculeuse, il faut considérer: 1° la transmission expérimentale de l'infection bacillaire par les voies naturelles aux différentes espèces animales; 2° la contagion spontanée chez l'homme et chez les animaux.

Le premier problème est, en partie, résolu; le second est encore entouré de telles incertitudes qu'on ne peut hasarder de conclusion ferme.

Pour la transmission expérimentale de la tuberculose, les points suivants paraissent établis.

Il est très facile de tuberculiser les animaux par la voie respiratoire, en leur faisant inhaler pendant un temps très court de petites doses de bacilles virulents en suspension dans l'air.

Cette tuberculose d'inhalation se produit, non par infection bronchique, mais par infection alvéolaire.

Les doses faibles nocives par inhalation, sont absolument inoffensives par voie d'ingestion.

L'infection tuberculeuse d'origine intestinale se produit par ingestion avec des doses assez fortes ou avec des doses relativement faibles, réitérées; mais avec ces doses, les effets sont inconstants et peu intensifs.

L'étude de la propagation de la tuberculose chez le porc nous a montré, à la suite d'inoculations intrapéritonéales de petites doses bacillaires, que les lésions tuberculeuses observées ne concordent nullement avec l'hypothèse de Weichselbaum; le mode de pénétration des bacilles a une influence sur la marche de l'infection, influence qui tient à la protection exercée par l'appareil lymphatique régional.

Cette protection par les ganglions lymphatiques existe aussi lorsque l'infection tuberculeuse pénètre par la voie intestinale, mais d'une manière moins efficace.

La contagion spontanée de la tuberculose ne se produit sans doute point par le même mécanisme habituel chez l'homme et chez les animaux; a priori il est vraisemblable que les occasions de contage sont différentes dans l'entourage du phtisique, dans une étable de bovidés tuberculeux et dans une étable de porcs nourris de produits bacillifères.

M. Vallée considère comme indéniable le rôle de l'inhalation dans la genèse de la tuberculose des voies respiratoires, mais il regarde l'infection par les voies digestives comme très aisée et fréquente. Dans l'étiologie des tuberculoses animales l'infection par les voies digestives joue un rôle prédominant; la tuberculose du porc, celle des oiseaux de basse-cour, celle du chien, relèvent presque entièrement de ce mode d'infection et la tuberculose bovine si fréquente, en procède dans une très large mesure.

Considérant que la loi de Connheim n'est jamais en défaut, la plupart des anatomo-pathologistes attribuent aux adénopathies trachéo-bronchiques pures, non accompagnées de lésions viscérales ou de lésions mésentériques, une origine certainement aérogène.

Cette conception ne peut être acceptée. Il y a de longues années, M. Chauveau a montré que l'ingestion d'une petite quantité de virus tuberculeux peut provoquer d'emblée une tuberculose, primitive en apparence, du poumon et des ganglions broncho-médiastinaux. M. Vallée a, de son côté, confirmé cette notion par une série de constatations faites sur des veaux alimentés avec du lait naturellement bacillifère et soustraits à la contagion possible par inhalation.

Ces diverses constatations sont du plus haut intérêt. Elles prouvent que les lésions pulmonaires pures si souvent observées chez les enfants, peuvent chez les animaux procéder aussi bien de l'ingestion des bacilles que de leur inhalation.

Il est impossible de déterminer quel est chez l'homme, lors de l'infection naturelle, le mode de pénétration le plus souvent en cause. Pratiquement la question n'a aucun intérêt. Les règles prophylactiques partout en vigueur conservent toute leur va-

leur. Nous devons souhaiter seulement que l'on se hâte de prendre, contre le véritable danger qu'est le lait des animaux tuberculeux, les mesures nécessaires.

M. Letulle passe successivement en revue toutes les portes d'entrée possibles de la tuberculose humaine et n'en retient que deux, les voies pulmonaire et digestive. Pour cette dernière il apporte de nouvelles preuves anatomo-pathologiques de la plus haute importance. Il relate particulièrement avec détails un cas des plus démonstratifs, recueilli au milieu de plusieurs centaines d'autopsies de tuberculeux. Il s'agissait d'une tuberculose ulcérée du cæcum et de la partie inférieure de l'iléon. Les lymphatiques tributaires étant envahis, la citerne de Pecquet était infiltrée et on pouvait suivre la marche des lésions tout le long du canal thoracique. Il était manifeste qu'ainsi les bacilles tuberculeux avaient pu être déversés dans le sang et portés par lui dans le poumon où ils avaient déterminé des lésions secondaires. L'auteur pense que par des preuves de cet ordre, qui ne manqueront pas quand on les cherchera avec plus d'attention, on pourra chez l'homme établir facilement la porte d'entrée de la tuberculose par la voie digestive.

M. Letulle donne lecture d'une note envoyée par M. Calmette, dans laquelle celui-ci établit sur de nouveaux arguments l'origine digestive de la tuberculose. Il arrive à conclure qu'il ne faut pas plus de bacilles pour infecter l'organisme par la voie digestive que par la voie aérienne et que l'infection est d'autant plus facile, dans le jeune âge, que les bacilles sont plus divisés et que la cause d'infection est plus répétée.

M. Kuss. Une quantité plus grande de bacilles ne détermine pas fatalement une lésion plus considérable.

Les tuberculoses d'inhalation ne sont pas comme on pourrait croire, des pneumonies massives, mais des lésions discrètes distribuées en petites granulations.

M. Arloing. Aujourd'hui la réalité de la contagion par la voie digestive n'est plus douteuse. Seule la possibilité de la contagion par voie aérienne reste à démontrer. La pénétration des bacilles par l'intestin ne détermine pas nécessairement de lésions de ses parois ni de lésions des ganglions mésentériques. Le bacille, arrivé dans la circulation, est lancé dans tous les organes, il se localise chez l'animal dans des points de prédilection : le poumon, la rate et les ganglions.

Sans doute la voie respiratoire est possible, mais elle doit être plus rare, car dans l'air les bacilles sont pulvérisés, desséchés et par conséquent moins virulents. Je crois donc à la possibilité des deux voies, mais je crois aussi à une forte prédominance de la voie digestive.

M. Bard. Dans l'étiologie de la tuberculose, le problème pathogénique ne me paraît pas solidaire du problème hygiénique. Pour celui-ci une seule question importe en pratique : est-ce l'alimentation, est-ce la cohabitation avec le tuberculeux qui est dangereuse ? La clinique semble dissocier les deux éléments et attribuer une prédominance de l'infection par la voie digestive chez l'enfant, par la voie aérienne chez l'adulte.

M. Jousset insiste sur l'influence prépondérante de l'hérédité dans la tuberculose et ne considère la contagion que comme très secondaire.

M. Revillet a observé une fréquence incomparablement plus grande de la tuberculose chez l'enfant que chez l'adulte dans une région agricole de la Bourgogne, et croit pouvoir lui attribuer une origine surtout intestinale.

M. Debove fait remarquer les dangers possibles d'infection gastro-intestinale tuberculeuse par l'emploi organothérapique de viscères crus. Certains de ces organes, d'aspect extérieur sain, triturés et injectés aux animaux ont déterminé des lésions tuberculeuses.

Recherches de bacille de Koch dans l'air des salles occupées par des tuberculeux. — MM. P. Le Noir et Jean Camus ont recherché le bacille de Koch dans l'air de plusieurs salles de l'hôpital Saint-Antoine occupées par des tuberculeux. Les prises d'air ont été faites dans la plupart des cas à 40 ou 50 centimètres de la bouche de tuberculeux qui toussaient et qui avaient une expectoration bacillifère.

Les filtrations d'air furent effectuées par plusieurs procédés sur coton, sur poudre de sucre (dissoute ensuite et injectée à des cobayes) et aussi par barbottage dans l'eau à l'aide du tube de Villiers. Ce dernier procédé a permis de recueillir les poussières de 20000 et même de 53000 litres d'air, ces poussières étaient ensuite centrifugées, et le culot de centrifugation servait à des inoculations.

Dans toutes ces conditions, aucun des cobayes inoculés ne présenta de lésions tuberculeuses après six semaines, deux, trois et cinq mois.

Les poussières par ailleurs contenaient des germes virulents, car la plupart des cobayes eurent des réactions locales, et quelques-uns succombèrent en vingt-quatre ou trente-six heures à une infection aiguë.

Ces expériences prouvent au moins la difficulté de l'infection tuberculeuse par inhalation dans les milieux hospitaliers où les conditions d'hygiène élémentaires sont observées.

La prétuberculose. — MM. S. Bernheim et Dieupart s'attachent à établir une distinction entre la prétuberculose et les signes précoces de la tuberculose déclarée.

Valeur thérapeutique de la tuberculine. — M. Guinard. La tuberculine est actuellement un des adjuvants les meilleurs du traitement des tuberculeux. A doses modérées et bien employées, elle est toujours inoffensive. Elle agit non seulement au cours du traitement immédiat, mais elle a des effets heureux éloignés. A côté de la cure d'air ce moyen donne des résultats nets, constants et des plus encourageants. Quant aux sérums antituberculeux, ils semblent agir surtout par la tuberculine qu'ils renferment.

M. Leredde a observé des lupus tuberculeux très améliorés par la tuberculine. C'est un agent thérapeutique, non curatif, mais très utile qui atténue singulièrement la gravité du lupus.

M. De Stella considère la tuberculine comme la méthode de choix dans le traitement des tuberculeux. Au début c'est un agent curateur; plus tard elle donne de grandes améliorations. A la troisième période elle ne donne que des résultats nuls et même peut être dangereuse, si son usage est mal toléré.

M. Paul Courmont montre l'intérêt du séro-diagnostic de la tuberculose dans les arthrites des tuculeux. Ces malades peuvent présenter des arthrites non tuberculeuses, aussi faut-il faire cette recherche,

non avec le sang du malade, mais avec le liquide de l'hydarthrose elle-même.

M. Bauer communique les résultats qu'il a obtenus depuis cinq ans avec les tuberculines en général et en particulier avec la tuberculine Beranek. Ses observations portent sur 150 cas et l'amènent à conclure que la tuberculinothérapie est un procédé d'immunisation active, qu'elle rend les plus grands services chez les tuberculeux au début et même dans certains cas fébriles, à condition de la doser méthodiquement et de n'injecter que des solutions faibles, très lentement progressives et longtemps continuées.

M. Mantoux a pratiqué l'ophtalmo-réaction chez deux cents enfants non malades, suivant la technique de M. Calmette, il a trouvé 8 p. 100 de résultats nettement positifs et une proportion d'autant plus grande qu'il s'agissait d'enfants plus âgés.

Traitement de la tuberculose par la paratoxine. — MM. Gérard et Lemoine (de Lille) font connaître les résultats du traitement de la tuberculose par la cholestérine, puis par un extrait complexe de bile dissous par l'éther de pétrole et qu'ils ont appelé paratoxine. Sur plus de 250 malades traités depuis environ trois ans, ils ont constaté une amélioration très complète aux premier et deuxième degrés et cela en deux à trois mois; en revanche dans la tuberculose cavitaire les résultats sont médiocres.

Les premiers effets se manifestent par l'amélioration de l'état général, puis par des signes de cicatrisation des lésions pulmonaires. La paratoxine a une action non seulement générale mais locale. Sa toxicité est nulle. Elle s'emploie par la voie buccale, mais surtout par la voie sous-cutanée.

Tuberculinisation progressive par la tuberculine de Denys. Technique, avantages et inconvénients. — MM. Stéphani et Gouraud. Bien conduite, la cure de Denys constitue un remède efficace chez nombre de tuberculeux. Encore faut-il ne pas se laisser hypnotiser par le désir d'arriver au bouillon pur, et savoir s'arrêter à la dose optima. Comme l'a fort bien montré Sahli, cette dose optima, qui est juste inférieure à la dose réactionnante, peut se montrer des plus utiles au malade.

Contre-indiquée chez les fébricitants, les grands cavitaires, chez les tuberculeux dont la maladie est en progression active, la cure de Denys est indiquée : dans toute tuberculose de début, éteinte, chez un sujet que son manque de résistance ou son hérédité exposent à la récidive; dans toute tuberculose soit apyrétique, soit très légèrement fébrile, où nulle amélioration n'est constatée.

Les sporotrichoses cutanées. — MM. de Beurmann et Gougerot apportent les résultats de leurs nouvelles recherches sur le sporotrichum. Ils le montrent à l'état de saprophyte dans la nature et sur les végétaux. Ils indiquent ses modes de pénétration chez l'homme par voie cutanée ou muqueuse. Ils décrivent ses conditions de développement et ses associations morbides.

Dans un second travail, MM. de Beurmann et Gougerot insistent sur la facilité du diagnostic, qu'on peut faire par simple ensemencement à la température ordinaire sur gélose et par le seul examen de la culture qui est caractéristique à l'œil nu. Ils montrent l'importance de ce diagnostic, qui commande un traitement iodo-ioduré local et général couronné d'un succès certain.

MM. de Bburmann, Gougerot et Vaucher ont pu reproduire expérimentalement les formes cliniques de la sporotrichose humaine : les gommes sous-cutanées, les nodules dermiques, les ulcérations des muqueuses et les pseudo-tuberculoses viscérales, surtout hépatiques et pulmonaires.

Ulcères et gommes sporotrichosiques. — MM. Ravaut et Civatte rapportent une observation de sporotrichose à forme ulcéro-gommeuse, accompagnée de phlébite et guérie par le traitement ioduré. Les auteurs insistent sur la grande résistance aux antiseptiques usuels du sporotrichum et sur le suintement séreux, très abondant et riche en parasites que présentait la fistule d'une gomme ulcérée.

Sporotrichose intra-musculaire. — MM. Brissaud et Rathery communiquent un cas de sporotrichose, à forme de tumeurs profondes, intra-musculaires, accompagnée de phénomènes généraux. Ils décrivent les caractères histologiques de ces tumeurs et insistent sur l'extrême vitalité du parasite dans les cultures.

Sporotrichose et tuberculose pulmonaires. Les mycoses dans leurs rapports avec la tuberculose : prédisposition, association, immunisation. — M. Gastou. L'existence de lésions pleuro-broncho-pulmonaires est fréquente dans les sporotrichoses cutanées.

Ces lésions guérissant rapidement sous l'influence de l'iodure de potassium, il y a tout lieu de supposer qu'elles sont de nature sporotrichosique.

Il y a même lieu de se demander, alors qu'elles sont antérieures aux accidents cutanés, si elles n'ont pas constitué la porte d'entrée du sporotrichum.

Cette supposition se base sur ce que l'on voit pour d'autres mycoses pulmonaires qui précèdent la tuberculose, en provoquent le développement ou en facilitent l'évolution scléreuse.

La sporotrichose semble jusqu'à présent, lorsqu'elle s'associe à la tuberculose, agir comme le fait l'aspergillose : la lésion pulmonaire sporotrichosique s'atténue, guérit sous l'influence de l'iodure, alors que souvent et en même temps la tuberculose subit une modification d'allures régressives.

Il est nécessaire de faire le diagnostic des mycoses pulmonaires en cultivant dans tous les cas les crachats, par les méthodes employées pour l'étude des parasites mycéliens et dès que ce diagnostic est fait d'administrer l'iodure de potassium.

Que la mycose pulmonaire existe seule ou associée à la tuberculose, l'action de l'iodure de potassium est des plus utiles.

Revision du groupe des bacilles acido-résistants. — MM. Fernand Bezançon et André Philibert. Le terme de bacille acido-résistant prête à confusion. Bien que le bacille de Koch résiste à la décoloration par les acides, on ne lui a pas attribué primitivement cette épithète. C'est Koch qui, en 1896, l'a employée pour la première fois pour désigner des bacilles très voisins du bacille de Koch, qu'il trouvait dans le lait et dans le beurre.

En introduisant dans la technique bactériologique des méthodes de décoloration moins énergiques que la méthode de Ziehl-Nielsenn, de nombreux auteurs ont rencontré dans les sécrétions humaines normales et pathologiques des bacilles qui restaient colorés par ces méthodes approchées, et sans plus ample informé, les ont décrits sous le nom d'acido-résistants.

Comme cette propriété est pour le bacille de Koch

l'un des caractères d'espèce, on a rapproché de lui tous ces bacilles, sans chercher s'ils avaient avec lui d'autres points communs pour en faire une véritable famille.

Il faut diviser ces bacilles en deux groupes. D'une part, les bacilles du lait, du beurre, du fumier, de la phléole, qui sont, comme le bacille de Koch, énergiquement acido-résistants et alcoolo-résistants. Ils méritent de par tous leurs caractères le nom de bacilles tuberculoïdes.

Le second groupe n'a pas d'individualité. Les bacilles qu'on peut y ranger sont légèrement acido-résistants quand ils se trouvent dans certains milieux (graisse, fibrine), mais ils ne sont pas alcoolo-résistants.

Cette réaction décolorante suffit toujours à les distinguer des précédents, dans les examens de bactériologie clinique.

Tous les microbes ne sont cependant pas susceptibles d'acquérir cette propriété acido-résistante. La plupart même, réputés acido-résistants, ne le sont nullement. Mais quelques-uns de ces bacilles acquièrent cette propriété plus facilement, quoique temporairement. Parmi ceux-ci, citons un bacille pseudo-diphtérique qui vit en saprophyte sur l'homme. Or, quand on cultive expérimentalement divers bacilles (coli, charbon, bacille de Lœffler) dans des milieux gras ou fibrineux, c'est justement le bacille diphtérique qui acquiert le mieux, quoique à un léger degré, cette propriété acido-résistante transitoire.

Mais, même pour ces bacilles accidentellement acido-résistants, cette propriété est légère, et l'action de l'alcool permet toujours de les différencier du bacille de Koch et des bacilles tuberculoïdes.

Mercredi 16 octobre (matin).

TROISIÈME QUESTION

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DU GOITRE EXOPHTALMIQUE

MM. Gilbert Ballet et Delherm, rapporteurs. — Les diverses conceptions pathogéniques du goitre exophtalmique ont toujours été trop exclusives et les auteurs ont eu en vue plutôt la maladie de Basedow que les syndromes basedowiens. C'est pourquoi toutes les thérapeutiques usitées jusqu'ici, si elles comptent quelques succès, ont toujours eu de nombreux insuccès, et quelques-unes se sont montrées plus dangereuses que la maladie elle-même.

On sait depuis longtemps que certaines formes se développent à la suite d'un goitre simple ou d'une tumeur du corps thyroïde; dans ces cas il ne semble pas douteux que l'opothérapie thyroïdienne ou thymique, les injections iodées, la thyroïdectomie partielle, constituent les traitements de choix.

Le syndrome basedowien peut être provoqué et entretenu par des affections pharyngées ou de voisinage, qui, par voie réflexe, agiraient sur le corps thyroïde. Une intervention appropriée suffit parfois pour faire disparaître tous les troubles.

Plus difficile est d'agir sur des lésions des origines de la neuvième paire et du sympathique qui mettent en cause le corps thyroïde.

Les troubles de la sécrétion ovarienne, la ménopause provoquée ou physiologique ne doivent pas être négligés et indiquent l'usage de l'ovarine.

Ainsi donc, toutes les fois qu'on sera assez heureux pour déceler et pour supprimer une des causes qui, par voie réflexe ou autre, détermine un hyperfonctionnement du corps thyroïde, on aura recours à une médication surtout étiologique, les médications symptomatiques n'étant que l'accessoire.

Dans un grand nombre de cas malheureusement le primum movens nous échappe ; nous savons seulement qu'il y a une prédisposition nerveuse héréditaire ou acquise : il s'agit du goitre exophtalmique vrai dit idiopathique. En l'absence de notions indiscutables sur la genèse de ce goitre, la thérapeutique doit être éclectique. Il existe incontestablement une irritabilité du système nerveux et un trouble de la sécrétion thyroïdienne, sans qu'on puisse préciser avec certitude lequel des deux précède l'autre. C'est pourquoi, dans tous les cas, la première indication qui se pose est de calmer le système nerveux général par le repos, l'hydrothérapie, une hygiène bien comprise, des médications appropriées.

Pour remédier aux inconvénients du vice de sécrétion du corps thyroïde, l'hématothérapie par le sérum, le sang, le lait d'animaux éthyroïdés paraît devoir être mise en première place.

L'électricité, sous forme de courants galvaniques ou galvano-faradiques, concourt aussi à diminuer la sécrétion thyroïdienne et, par son action sédative, calmante et vaso-constrictive, elle agit sur le sympathique. C'est un bon procédé de traitement qui a fait ses preuves.

La radiothérapie n'a pas encore été expérimentée sur une assez vaste échelle pour qu'on puisse en poser les indications précises. Parmi les préparations pharmaceutiques, celle qui paraît avoir le plus de succès à son actif, est le salicylate de soude.

Dans les formes légères ou moyennes, à évolution lente, le traitement médical donne, en général, des résultats satisfaisants sans exposer les malades à aucun aléa. On lui doit de très grandes améliorations et aussi des guérisons indiscutables, et nous estimons que les interventions chirurgicales doivent être résolument proscrites.

Mais il est des formes à marche aiguë, à tendances fébriles, à symptomatologie particulièrement grave et qui aboutissent à une cachexie rapide.

C'est ici que l'indication d'opérer, après échec des médications habituelles, peut se poser.

M. P. Sainton, co-rapporteur. — La maladie de Basedow n'est pas une entité morbide, mais un syndrome qui reconnaît des causes diverses; c'est pour l'avoir voulu lier à une lésion anatomique toujours identique, que des opinions si différentes ont été émises sur sa nature. Ce syndrome est dû à un trouble des fonctions du corps thyroïde en général, mais il peut reconnaître comme cause la perturbation des autres glandes à sécrétion interne.

Il semble exister une maladie de Basedow essentielle, consistant en un trouble primitif dans la sécrétion thyroïdienne, elle serait justiciable de la chymothérapie antithyroïdienne. Il ne paraît pas cependant qu'un traitement vraiment spécifique soit trouvé.

A côté de cette forme clinique, il y a d'autres syndromes basedowiens qui apparaissent à la suite d'une tumeur thyroïdienne, de lésions ou de troubles fonctionnels de l'ovaire, du testicule, de la glande surrénale, du corps pituitaire, peut-être de la glande hépatique.

D'autres paraissent dus à un trouble dans le fonctionnement du système nerveux, réagissant sur la fonction thyroïdienne, qu'il s'agisse de syndromes

basedowiens d'origine hystérique ou émotive, ou de troubles liés à une lésion bulbaire ou sympathique.

La maladie de Basedow est comparable au diabète, trouble dans la fonction glycogénique quelle qu'en soit l'origine; chaque variété étiologique a sans doute une physionomie propre; mais il est difficile, à l'heure actuelle, d'établir d'une façon précise des catégories distinctes.

L'organothérapie a donné des résultats très satisfaisants, c'est la chymothérapie qui est actuellement la plus employée. Les autres méthodes opothérapiques doivent être réservées à des formes particulières.

Il ne semble donc point possible d'avoir une méthode de traitement unique contre le syndrome basedowien. C'est pour cela qu'il convient d'expérimenter en cas d'insuccès les procédés différents, qui peuvent avoir la valeur d'une véritable pierre de touche pour le diagnostic.

Sur certaines formes, les traitements généraux comme l'isolement, le repos, l'électricité, les médications toniques ou sédatives ont une action incontestable et une véritable valeur pathogénique, en combattant le trouble nerveux initial.

Discussion.

M. Doyen est d'avis que dans le goitre exophtalmique, l'intervention chirurgicale, quand elle est indiquée, doit porter uniquement sur le corps thyroïde. Dans douze cas opérés il a obtenu des résultats excellents et durables. On peut, au cours de l'opération, reconnaître dans la glande les lobules sains et les lobules malades; dans deux cas il a ainsi trouvé des noyaux d'aspect cancéreux.

Ces opérations lui paraissent beaucoup plus utiles et moins dangereuses que celles qui ont été dirigées sur le grand sympathique cervical.

M. Lancereaux a soigné médicalement plusieurs cas de goitre exophtalmique. Il a obtenu des résultats merveilleux par l'emploi du sulfate de quinine, à la dose d'un gramme par jour et continué pendant des mois. Les malades supportent fort bien cette médication et voient successivement disparaître les différents symptômes de leur affection.

M. Abadie estime que des deux théories, thyroïdienne et sympathique, du goitre exophtalmique, cette dernière se rapproche le plus de la vérité et explique le mieux la pathogénie de l'affection.

Dans les symptômes de la maladie, il y a deux groupes de faits bien distincts. L'un est le syndrome de Basedow proprement dit et constitué par la triade: exophtalmie, tachycardie et hypertrophie thyroïdienne. L'autre n'est qu'un accident tardif qui vient compliquer le tableau morbide, c'est la cachexie, la diarrhée, l'asystolie, il relève de l'intoxication thyroïdienne secondaire.

Au point de vue pathogénique, il ne faut considérer que le syndrome primaire; il est essentiellement d'origne sympathique et peut être reproduit expérimentalement. Morat a montré que l'électrisation du sympathique cervical le reproduit intégralement. Au contraire, le suc thyroïdien injecté à l'animal ne le détermine jamais, mais amène la cachexie thyroïdienne.

Comme déduction thérapeutique, il s'ensuit que l'indication opératoire est la section du sympathique et non la thyroïdectomie. Cette section pratiquée par Jaboulay et par Gérard-Marchant a donné de bons résultats.

Mais, avant d'en venir à ce traitement, on peut médicalement améliorer et même guérir certains cas par la quinine et l'électrothérapie.

M. Hallion précise le rôle du sympathique cervical sur les trois organes qu'il tient sous sa dépendance : l'œil, le corps thyroïde et le cœur, et montre les données utiles fournies par l'expérimentation dans l'explication pathogénique de la maladie de Basedow.

M. Ballet pense que l'intermédiaire obligé de toute maladie de Basedow est l'hyperthyroïdation, mais qu'elle est commandée à l'origine par la déséquilibration du système nerveux. Pour guérir les malades il ne suffit donc pas de sectionner le grand sympathique. L'injection de suc thyroïdien ne donne pas que la cachexie, mais aussi l'exophtalmie, la tachycardie et le goitre.

Ces trois symptômes sont transitoires, si on ne continue pas à injecter de nouvelles doses.

M. Léopold-Lévi. Le thyroïdisme alimentaire réalise un véritable nervosisme expérimental et a été jusqu'à reproduire chez l'homme les principaux symptômes de la maladie. Nervosisme thyroïdien et maladie de Basedow ne seraient que deux degrés différents d'une même hyperthyroïdation.

M. Kocher apporte les résultats opératoires de son père et montre combien la méthode des opérations successives diminue la gravité de l'intervention.

La mortalité opératoire est tombée à 3 p. 100 seulement.

La thyroïdectomie est efficace contre tous les symptômes, si elle est faite à temps. Mais il est juste d'ajouter que les malades qui étaient des névropathes avant l'opération, le restent après elle.

M. Gautier (de Genève). La maladie de Basedow est en Suisse plus fréquente chez les goitreux que chez les non-goitreux. Le goitre serait un réservoir de substance toxique qui, sous une influence donnée, deviendrait le point de départ du syndrome basedowien.

Ces faits plaident en faveur de la théorie toxique.

M. Rénon a vu l'opothérapie hypophysaire améliorer quelques symptômes de la maladie de Basedow; ce n'est pas un traitement pathogénique, mais symptomatique.

M. David (de Limoges) cite un cas de guérison, maintenue depuis six ans, de goitre exophtalmique par les eaux-mères de Salies-de-Béarn, chez un homme de quarante-deux ans.

M. Parisot a traité trois basedowiens par l'extrait hypophysaire. Il a obtenu une sédation rapide des symptômes. Il pense pouvoir faire intervenir dans cette action, d'une part, la vaso-constriction intense qu'exerce sur les vaisseaux thyroïdiens l'extrait hypophysaire, d'autre part la puissance antitoxique de cet extrait vis-à-vis du suc thyroïdien.

MM. Jeandelize et Perrin préconisent, à propos de la posologie des produits opothérapiques, une méthode simple et précise pour évaluer l'activité d'un extrait par rapport à l'organe frais correspondant.

(*A suivre.*) P. CAMUS.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1907)

Prurit tabétique. — M. G. MILIAN rapporte qu'il a observé chez les tabétiques, 25 cas de prurit indépendant de toute lésion cutanée visible. Le prurit anal se rencontre avec prédilection, soit dans les trois-quarts des cas. Ce prurit est tenace et souvent paroxystique. On comprend sa fréquence chez les tabétiques puisque c'est la région médullaire correspondant à cette région cutanée, la moelle dorsolombaire qui est la plus souvent atteinte dans cette maladie. Les écarts de régime, les mets épicés, le vin pur, le café, réveillent inévitablement ce prurit.

M. Lamy rapporte des observations semblables.

La mortalité par alcoolisme et par syphilis dans les hôpitaux et hospices. — M. FERNET. Ces deux intoxications sont une des causes les plus fréquentes de la mortalité hospitalière. Tantôt c'est l'intoxication même qui entraîne la mort et, dans ce cas, il s'agit surtout de syphilis cérébrale ou de delirium tremens ; tantôt c'est une affection intercurrente qui se greffant sur un terrain entaché de syphilis ou d'alcoolisme, prend un caractère de gravité exceptionnel : telle la pneumonie, la fièvre typhoïde. Dans les hôpitaux généraux l'alcoolisme est la cause de décès dans un tiers des cas; dans les asiles d'aliénés la proportion s'élève à la moitié des cas. Pour la syphilis, la mortalité dans les hôpitaux généraux est de 2 p. 100 décès; dans les asiles d'aliénés, la proportion est plus élevée, 30 p. 100. Dans les services d'accouchement et les crèches la proportion des avortements est de 5 p. 100, et 20 p. 100 des décès de nouveau-nés sont dus à la syphilis.

Septicémies à microbes anaérobies au cours de divers états infectieux. — MM. GARNIER et L.-G. SIMON ont recherché la présence des microbes anaérobies dans le sang d'un certain nombre de malades atteints d'affections diverses. Ils ont ainsi étudié trois fièvres typhoïdes, une paratyphoïde, deux cas d'ictère catarrhal, deux rhumatismes articulaires aigus, deux purpuras rhumatoïdes. Ils ont eu des résultats positifs chez quatre malades : chez uu typhique, ils ont trouvé le B. perfringens; chez un autre, une espèce nouvelle qu'ils proposent d'appeler B. angulosus; dans un des ictères, ils ont isolé du sang une espèce anaérobie stricte encore insuffisamment déterminée ; enfin dans un cas de purpura rhumatoïde chez un enfant, ils ont obtenu une culture d'un microbe qui se rapproche du B. nebulosus. Par contre, le sang des deux rhumatisants est resté stérile.

Il est difficile d'apprécier exactement la part qui revenait à ces diverses septicémies dans la genèse des phénomènes observés. Cependant on doit remarquer que, dans le cours des deux fièvres typhoïdes mentionnés ici, le sang, semé à plusieurs reprises, n'a contenu de germes anaérobies que lorsque les phénomènes généraux étaient graves et la diarrhée abondante. D'ailleurs, un de ces microbes, inoculé aux animaux, détermina constamment la mort, après une phase de diarrhée.

Quelle que soit la valeur pathogène à concéder à ces micro-organismes, on peut néanmoins dégager de ces recherces deux notions importantes : c'est tout d'abord la fréquence inattendue des septicémies anaérobiques chez des malades ne présentant aucun foyer gangreneux, ni aucune suppuration fétide. Tenant compte de ce fait, il faudrait donc, dans les recherches bactériologiques portant sur le sang, employer systématiquement les milieux de culture à l'abri de l'air. En second lieu, on peut se demander si les germes trouvés dans ces cas ne provenaient pas de la flore intestinale si riche en anaérobies : on pourrait alors en conclure que ces espèces ne sont pas seulement capables de remonter à l'intérieur du canal cholédoque et du canal de Wirsung pour créer des infections biliaires ou pancréatiques, mais qu'elles peuvent encore fréquemment traverser la muqueuse intestinale, ulcérée ou non, pour pénétrer dans le torrent circulatoire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1907)

Hémolyse par fragilité globulaire et hémolyse par action plasmatique. — MM. WIDAL, ABRAMI et BRULÉ ont étudié les différences des processus hémolytiques au sein de l'organisme. Il existe divers types d'ictères, qui reconnaissent pour cause une destruction anormale des hématies en circulation. M. Chauffard, employant le procédé de MM. Vaquez et Ribierre, modifié quant au titre de la solution chlorurée, a le premier isolé un groupe d'ictères congénitaux, dans lesquels le processus hémolytique se trahit par la diminution considérable de la résistance globulaire.

En remplaçant le sang total par les hématies déplasmatisées, pour la mesure de la résistance globulaire, les auteurs ont pu dépister d'autres types d'ictères hémolytiques, qui, sans cette modification, auraient passé inaperçus. Dans ces cas, en effet, qui s'accompagnaient d'une anémie intense, la résistance du sang total était absolument normale, alors que celle des hématies déplasmatisées était très notablement diminuée. — La fragilité globulaire qui se révèle dans tous ces cas au contact des solutions hypotoniques, se montre encore à certaines périodes au contact des sérums humains. Les auteurs n'ont, par contre, jamais constaté de propriétés hémolytiques dans le plasma des malades, chez certains ictériques congénitaux. L'hémolyse qui est à l'origine de ce groupe d'ictères résulte donc bien d'un acte globulaire.

Au contraire, au cours de l'hémoglobinurie *a frigore*, c'est d'un acte plasmatique que résulte l'hémolyse. On sait, comme l'ont montré Donath et Landsteiner, que si l'on soumet à o degré un mélange de plasma d'hémoglobinuriques et d'hématies humaines quelconques, et qu'on le transporte ensuite à 37 degrés, on voit se produire une hémolyse intense. Si, après frappage du mélange, on décante le plasma, les hématies, lavées ensuite à l'eau physiologique, hémolysent toujours avec une grande intensité, si on les met en contact avec un sérum frais. Cependant si on mesure alors leur résistance globulaire, on la trouve absolument normale. Mêmes constatations ont été faites sur les hématies humaines, sensibilisées par des sérums hémolytiques anti-humains.

On voit donc qu'au sein de l'organisme l'hémolyse peut relever de processus différents : soit de la fragilité globulaire, comme au cours de certains ictères hémolytiques, soit d'une action plasmatique, comme au cours de l'hémoglobinurie *a frigore*.

Propriétés des tumeurs du lapin immunisé avec le sérum d'un malade guéri du charbon. — MM. G. GUIL-

LAIN, L. BOIDIN et N. FIESSINGER ont constaté, chez un lapin immunisé avec le sérum d'un malade guéri du charbon, une phagocytose rapide avec destruction des bactéries inoculées; celles-ci déterminaient l'apparition dans le sérum d'un ambocepteur spécifique. Le sang de cet animal ainsi préparé était préventif pour d'autres lapins même injecté deux heures et demie avant la bactérie. Ces résultats sont en concordance absolue avec ces deux faits déjà observés que : 1° le sérum d'un animal immunisé contre le charbon peut prévenir l'infection lorsqu'il est injecté peu avant les bactéries ou même lorsqu'il est injecté en même temps ou peu de temps après elle (MM. Marchoux, Silaro); 2° l'injection du sérum anti-charbonneux ainsi obtenu et du virus détermine chez les animaux extrêmement sensibles comme le lapin, une immunité rapide, intense et durable.

Intoxications alimentaires à entérocoques. — M. SACQUÉPÉE a observé une épidémie étendue (140 atteintes), mais bénigne d'intoxications alimentaires à forme gastro-intestinale, survenue à la suite de l'ingestion de lard salé, l'analyse bactériologique lui permet de déceler l'entérocoque à la fois dans le lard suspect et dans les selles des malades.

L'ingestion du lard ou du macéré de lard de même que les premières cultures pures d'entérocoque, tuaient rapidement la souris blanche, mais très vite au bout d'un mois, les cultures perdirent toute virulence. Les mêmes cultures, pendant leur phase virulente, chauffées à l'ébullition pendant cinq minutes, se montraient encore toxiques pour la souris par injection ou par ingestion.

Toutes ces circonstances ne laissent guère de doute sur l'intervention de l'entérocoque dans la genèse des accidents. Il est curieux de constater que la plupart des propriétées signalées : pouvoir pathogène par ingestion, chute rapide de la virulence, sécrétion de poisons thermostabiles, appartiennent également aux salmonelloses qui interviennent le plus souvent dans les intoxications gastro-intestinales.

Pathogénie de l'artério-sclérose. — D'après les recherches de M. JOSUÉ, les lésions athéromateuses et artério-scléreuses des artères relèvent d'un double processus à la fois hyperplasique et dégénératif. Les modifications hyperplasiques sont caractérisées au niveau de l'aorte par la formation de nouvelles lames élastiques par clivage des lames qui limitent la tunique moyenne du côté de la lumière et par le développement de cellules musculaires lisses. Dans les moyennes et les petites artères, la lame élastique interne se dédouble en même temps que des cellules musculaires lisses apparaissent entre les lamelles élastiques de nouvelle formation.

Les altérations dégénératives se montrent dans les grosses et moyennes artères sous l'aspect de foyers ramollis et de plaques calcaires siégeant au milieu des éléments hyperplasiés. On désigne ces lésions sous le nom d'athérome. Dans les artérioles, on ne constate ni ramollissement, ni calcification, mais on trouve des altérations de dégénérescence graisseuse et hyaline décelables par les méthodes spéciales, mais passant inaperçues si on se contente des colorants ordinaires. On applique à ces lésions le nom d'artério-sclérose.

Il n'y a donc pas de différences essentielles entre les lésions athéromateuses et artério-scléreuses. On désigne sous le nom d'artério-sclérose, l'ensemble de l'affection du système artériel. On réserve le nom d'athérome aux localisations sur les grosses et les moyennes artères avec foyers de ramollissement et plaques calcaires.

Pour comprendre le développement et l'évolution des lésions artério-scléreuses, il est nécessaire de rechercher comment les artères se défendent contre les causes nocives qui menacent l'intégrité de leur paroi.

Les influences nocives sont de divers ordres : hypertension continue et surtout oscillation de pression; artérite ancienne syphilitique ou autre, nécroses plus ou moins étendues des éléments musculaires et élastiques, comme en déterminent les produits de sécrétion interne des capsules surrénales quand ils sont élaborés en trop grande quantité, faiblesse congénitale de la paroi de certaines artères.

Quelle que soit la cause d'affaiblissement de l'artère, c'est toujours par le procédé de l'hyperplasie des tissus élastique et musculaire que l'intégrité anatomique et fonctionnelle de l'artère est assurée.

Mais l'édification du tissu hyperplasique se poursuit dans des conditions défavorables (action des causes nocives, mise en jeu continuelle de l'élasticité par l'ondée systotique). Aussi, ce tissu ne tarde-t-il pas à dégénérer.

Dans les grosses et les moyennes artères, le tissu dégénéré se ramollit. La distension et la rupture pourraient se produire si ce tissu ne s'infiltrait pas de sels calcaires. La partie de l'artère dont la solidité laissait à désirer est renforcée par une plaque rigide et inextensible. La rupture et l'anévrisme sont évités, mais l'artère a perdu en partie ses aptitudes fonctionnelles.

Dans les petites artères, les tissus hyperplasiés subissent la dégénérescence graisseuse et hyaline, La rupture des très fines ramifications est évitée grâce à l'oblitération.

On doit donc envisager les lésions athéromateuses et artério-scléreuses comme un aboutissant commun à diverses modifications pathologiques des artères. L'artério-sclérose est le résultat de la mise en œuvre des moyens défensifs destinés à sauvegarder l'intégrité anatomique et fonctionnelle des conduits artériels. Mais ces moyens sont imparfaifs puisqu'ils deviennent eux-mêmes le point de départ d'altérations. L'artério-sclérose constitue en quelque sorte une *lésion de défense* des artères.

Autres communications :

Du mécanisme de l'anaphylaxie vis-à-vis du sérum de cheval. — M. BESREDKA.

Étude expérimentale de l'opthalmo-réaction à la tuberculine. — MM. CALMETTE, BRETON et PETIT.

Échinococcose primitive expérimentale. — M. DÉVÉ.

Suppuration gazeuse spontanée d'un kyste hydatique du foie, présence exclusive de germes anaérobies. — MM. DÉVÉ et GUERBET.

Sur un cas d'infection rénale d'origine sanguine due à certains microbes, dont un anaérobie strict (nouvelle espèce). — M. JUNGANO.

Le métabolisme de l'indican. — MM. H. LABBÉ et VITRY.

NOTES POUR L'INTERNAT

HÉMATÉMÈSE [1]

Lésions périgastriques. — Dans l'ulcère simple de l'œsophage, l'hématémèse fait partie de la symptomatologie avec les douleurs, la dysphagie et les vomissements. De même dans l'*ulcère du duodénum*; sans doute, dans ce dernier cas, l'hémorragie intestinale est plus habituelle; cependant le sang peut refluer dans l'estomac et être vomi; l'ulcère du duodénum est d'un diagnostic difficile; le siège de la douleur est assez spécial dans l'hypocondre droit, entre le rebord des fausses côtes et l'ombilic.

Diverses maladies du foie s'accompagnent d'hématémèses, le cancer et les cirrhoses, en particulier la *cirrhose alcoolique* atrophique de Laënnec; l'hématémèse peut être un symptôme précoce de la période pré-ascitique ou survenir seulement à la période d'état; dans quelques cas, l'hématémèse s'est produite peu après une ponction évacuatrice de l'ascite. L'hémorragie est d'intensité variable, souvent inquiétante et quelquefois elle entraîne la mort. On a beaucoup discuté la cause de ces hématémèses; elles paraissent dues souvent à la rupture de varices siégeant à l'extrémité inférieure de l'œsophage; mais Debove et Courtois-Suffit ont montré que des hématémèses mortelles pouvaient se produire sans varices œsophagiennes; on admet alors une vaso-dilatation subite dans tout le système porte, entraînant des ruptures vasculaires ou faisant céder les capillaires sur une surface plus ou moins étendue, d'où une hémorragie en nappe (Courtois-Suffit).

Dans la lithiase biliaire et la cholécystite calculeuse, on a vu un anévrisme de l'artère hépatique ouvert dans les gros canaux biliaires, donner lieu à une hématémèse (Dieulafoy).

Quelquefois, dans la *stase veineuse* d'origine cardiaque et dans l'asystolie, de petites érosions gastriques se produisent avec hémorragies peu abondantes.

Un *anévrisme* de l'aorte ou du tronc cœliaque, ayant contracté des adhérences avec la paroi stomacale et l'ayant ulcérée, peut s'ouvrir dans l'estomac, déterminant ainsi une hématémèse habituellement foudroyante.

Hématémèses hystériques, supplémentaires. — Si on ne trouve chez le malade atteint d'hématémèse aucun des symptômes fonctionnels et signes physiques des affections précédentes, on se rappellera qu'il existe des hématémèses sous la dépendance du système nerveux et ne relevant pas d'une lésion gastrique ou périgastrique. Chez les *hémophiliques*, l'hématémèse est peu abondante, sans gravité; elle coïncide avec des hémorragies se faisant par d'autres voies. Dans l'*hystérie*, l'hématémèse est quelquefois en rapport avec la suppression des règles; dans d'autres cas, il n'y a aucune relation entre l'hémorragie et les époques menstruelles; l'hématémèse hystérique se caractérise, en dehors de la constatation d'autres signes d'hystérie parce qu'elle est rebelle au traitement et que l'état général en souffre peu; on attribue aux hématémèses hystériques uue origine purement vaso-motrice; mais d'après Soupault, un ulcère rond est souvent la source de ces hémorragies, qui prennent un caractère un peu spécial du fait de la coïncidence de l'hystérie.

Les hématémèses dites *supplémentaires* d'un flux hémorroïdaire ou menstruel sont rares; il ne faut s'arrêter à ce diagnostic qu'avec réserves. Là encore, la possibilité d'un ulcère est à considérer. En pratique, il vaut mieux croire à un ulcère rond qui n'existe pas que de méconnaître un ulcère rond réel (Mathieu).

Signalons enfin les hématémèses se produisant avec d'autres hémorragies, par l'effet de la *dépression atmosphérique* dans les ascensions en ballon à des hauteurs considérables. On cite la catastrophe du *Zénith*; les deux aéronautes, qui y trouvèrent la mort, avaient la bouche pleine de sang; on peut d'ailleurs admettre qu'une part de ce sang venait des voies aériennes (Arnould).

PRONOSTIC. — Le pronostic de l'hématémèse elle-même est très variable selon l'abondance de l'hémorragie et sa répétition.

Soupault admet, qu'en règle générale, il ne faut pas porter un pronostic trop sombre du fait de l'hématémèse; sans doute il y a des gastrorragies mortelles, mais on voit des malades ayant perdu une grande quantité de sang et qui se relèvent, surtout dans les cas d'ulcère chronique de l'estomac.

Le pronostic doit être aussi et surtout celui de l'affection causale.

PATHOGÉNIE. — La pathogénie des hématémèses varie avec l'étiologie. Dans les maladies infectieuses, il faut tenir compte des altérations du sang, des lésions des vaisseaux capillaires, et de la présence de germes infectieux déterminant des érosions de la muqueuse gastrique, comme le fait a pu être établi par Dieulafoy pour la gastrite ulcéreuse pneumococcique.

Dans les lésions gastriques, l'hématémèse est consécutive à une ulcération atteignant des vaisseaux; l'ulcération se fait de dehors en dedans dans les plaies pénétrantes, les anévrismes, beaucoup plus souvent de dedans en dehors, de la muqueuse vers la séreuse dans l'ulcère, le cancer. Plus rares sont les anévrismes miliaires des artérioles, leur embolie.

L'hématémèse des affections hépatiques dépend surtout de modifications dans la circulation de la veine porte, quelquefois de la rupture de varices œsophagiennes.

Le sang versé dans l'estomac est expulsé par le mécanisme du vomissement. Le vomissement est parfois immédiat, le sang irritant l'estomac par sa masse, son irruption brusque, par une sorte d'action mécanique. Dans d'autres cas, le sang séjourne plus ou moins longtemps dans l'estomac et ce n'est pas lui qui provoque le vomissement, par exemple dans le cancer gastrique. On sait d'ailleurs qu'une gastrorragie ne détermine pas toujours le vomissement et que le sang peut être évacué par l'intestin sous forme de melæna.

TRAITEMENT. — Dans les hématémèses des maladies infectieuses ou des intoxications, on ne peut faire qu'un traitement symptomatique : ergotine, chlorure de calcium.

Pour arrêter les hémorragies du cancer gastrique, Linossier a préconisé le lavage de l'estomac, ces hémorragies coïncidant souvent avec la stase et étant entretenues par les liquides irritants contenus dans l'estomac.

En cas d'ulcère de l'estomac, on ordonnera le repos absolu dans le décubitus dorsal avec une vessie de glace sur la région gastrique; l'alimentation par voie buccale sera supprimée; on ne permettra qu'un tiers de litre d'eau dans les vingt-quatre heures par cuillerées à soupe espacées. On donnera des lavements alimentaires ou plus simplement des lavements d'eau salée, ou des lavements d'eau chaude à 48 degrés. Quand l'hémorragie très abondante menace d'entraîner la mort, faut-il recourir à une *intervention chirurgicale*? L'excision de l'ulcère, la ligature de l'artère qui saigne ont été faites; mais la mortalité est considérable. L'intervention est plutôt indiquée dans les cas d'hémorragies peu abondantes mais continuelles; si l'ulcère siège dans le canal pylorique, on fera une gastro-entérostomie, sinon on pratiquera l'excision de l'ulcère.

BIBLIOGRAPHIE. — *Traité de médecine*; — *Traité de médecine et de thérapeutique*. — SOUPAULT. *Traité des maladies de l'estomac*. — MATHIEU et ROUX. *Maladies de l'appareil digestif*. — DIEULAFOY. *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 1897-98-99.

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 116, p. 1389, et n° 119, p. 1426.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17.

N° 123. — SAMEDI 26 OCTOBRE 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 26 OCTOBRE 1907. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie*. — Séance du 23 octobre. — Question donnée : « Diagnostic et traitement de la rétention d'urine chez l'homme et chez la femme. »

MM. Girardeau (Maurice) et Grosjean, 5; Haristoy, 10; Grisoulphe, 4; Mme Henri, 9; MM. Gaudrot, 10; Herdhébaut, 14; Grodville, 8; Frèze, 13; Guillemin, 10; Girod (Fernand), 12; Guelfuci, 13; Gerber, 14; Mme Huard, 11; MM. Gauthier (Raoul) et Guinet, 3.

La prochaine séance aura lieu le lundi 28 octobre, à quatre heures et demie, première moitié, troisième série, et deuxième moitié, deuxième série.

MARINE. — Par décision ministérielle du 23 octobre 1907, M. le médecin de deuxième classe Colomb, du port de Lorient, a été nommé, après concours, à l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'Ecole annexe de médecine navale de Rochefort.

M. le médecin de deuxième classe Fatôme, du port de Cherbourg, est désigné, sur sa demande, pour servir au 1er dépôt des équipages de la flotte.

M. le médecin principal Barrat, du port de Rochefort, actuellement en service à Cherbourg, est désigné d'office pour servir à la prévôté de Guérigny.

M. le médecin de deuxième classe Fockenberge, du port de Rochefort, est désigné d'office pour servir à la prévôté du 5e dépôt des équipages de la flotte.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. Rondel, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, a été nommé, pour la session de décembre 1907, membre de la commission de l'examen d'aptitude aux emplois d'inspecteur et de sous-inspecteur de l'Assistance publique.

CONSEIL SUPÉRIEUR DES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS. — M. le docteur Gairal a été élu représentant des syndicats médicaux au Conseil supérieur des sociétés de secours mutuels à la suite des élections du 13 octobre 1907.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-deuxième semaine, 786 décès, au lieu de 860 pendant la semaine précédente et de 794, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 45 (moyenne 53), au lieu de 43 pendant la semaine précédente.

La variole n'a causé aucun décès (elle en avait 1 causé pendant la semaine précédente, chiffre identique à la moyenne). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 1, comme pendant la semaine précédente (moyenne 6).

La rougeole a causé 3 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 51, comme la semaine précédente (la moyenne des quatre dernières années est de 40).

La scarlatine a causé 3 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 139; il s'élevait à 129 pendant la semaine précédente (moyenne 51).

La coqueluche a causé 2 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 3).

La diphtérie n'a causé aucun décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 4); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 31, au lieu de 43 pendant la semaine précédente (moyenne 57).

La diarrhée infantile a causé 41 décès de 0 à 1 an, au lieu de 59 pendant la semaine précédente (moyenne 34).

En outre, 26 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 91 décès, au lieu de 106 pendant la semaine précédente (moyenne 101). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 3 décès; bronchite chronique, 13; pneumonie, 21. Autres maladies de l'appareil respiratoire, 54, dont 22 sont dus à la broncho-pneumonie et 22 à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 166 décès; la méningite tuberculeuse, 14; la méningite simple, 18; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 9 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 39 décès; les maladies organiques du cœur, 55; le cancer, 39; la hernie et l'obstruction intestinale, 6; la cirrhose du foie, 16; la néphrite, 42; enfin, 18 vieillards sont morts de débilité sénile.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — Pendant le semestre d'hiver, à partir du 5 novembre, M. Mathieu, aidé de ses assistants, fera une série de conférences; ces leçons auront lieu aux jours et heures indiqués ci-dessous, dans le service de la consultation (20, rue de Citeaux).

Le mardi, à dix heures : Examen des malades de la consultation externe, par M. Mathieu. Le mercredi, à dix heures et demie : Conférence de M. J.-Ch. Roux. Le jeudi, à dix heures et demie : Conférence de M. Laboulais, sur les méthodes d'exploration gastro-intestinale, ou de M. Moutier, sur l'anatomie pathologique de l'appareil digestif. Le lundi, à dix heures : Visite dans la salle Chomel; conférence et présentation de malades.

— Sous la direction de M. le docteur Mosny, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, M. Marcel Pinard, interne du service, commencera, le lundi 11 novembre 1907, un cours élémentaire pratique d'auscultation, appliqué au diagnostic des affections de l'appareil respiratoire. Le cours aura lieu tous les matins à huit heures et demie. Il sera complet en douze leçons. Les élèves seront exercés individuellement à la pratique de l'auscultation. Droit d'inscription : 40 francs. Le nombre des élèves étant limité, s'inscrire d'avance le matin auprès de M. Pinard, interne.

COURS PRATIQUE SUR LES AFFECTIONS CHIRURGICALES DU NEZ, OREILLES, LARYNX ET BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE. — MM. les docteurs Luc et Guisez commenceront à leur clinique le mardi 12 novembre prochain, à dix heures, un cours théorique et pratique sur les affections chirurgicales du larynx, nez, sinus, oreilles, et la technique de la broncho-œsophagoscopie, avec examen de malades, maniement des instruments spéciaux, technique opératoire.

Le cours comprendra vingt leçons et durera cinq semaines.

S'inscrire par envoi de carte et droits d'inscriptions (100 francs) à la clinique, 15, rue de Chanaleilles.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie organise, avec le concours de l'agence « Les grands voyages » une excursion en *Egypte*, *Palestine et Syrie*.

Départ de Paris le 6 novembre 1907, retour le 12 décembre 1907.

Durée de l'excursion : 37 jours.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 1 900 francs.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence « Les grands voyages », 38, boulevard des Italiens, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'ionothérapie électrique, par Louis DELHERM, ancien interne des hôpitaux de Paris, et A. LAQUERRIÈRE, lauréat de l'Académie de médecine. In-16 de 96 pages, avec 11 figures (*Actualités médicales*). — Prix : cart., 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

VIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE

(New-York, 9-14 septembre 1907.)

Ce Congrès s'est tenu à l'Académie de médecine de New-York. Les délégués français étaient les docteurs Gaucher, Hallopeau, Renault, Gastou et Lévy-Bing.

La séance d'ouverture a débuté par la fastidieuse, mais inévitable, énumération des bureaux des différents pays et des délégués. Après quoi, M. Rixey, médecin-inspecteur général de la marine des Etats-Unis, a souhaité la bienvenue au nom du président Roosevelt. Il a signalé l'importance croissante de la dermatologie tropicale, et exprimé le vœu que le Congrès insiste pour que l'enseignement de la dermatologie soit donné de façon plus sérieuse. Les maladies de la peau représentent 13 p. 100 des maladies que le service médical de la marine (qui, aux Etats-Unis, a des attributions beaucoup plus étendues que la marine elle-même) a à soigner.

Après le discours de M. Ira Remsen, au nom des Universités américaines, celui du docteur Joseph D. Bryant au nom de l'*American medical Association*, qui décoche en passant un trait à l'adresse des noms dermatologiques un peu longs, vint le discours d'inauguration du docteur James C. White (de Boston), président du Congrès. Le docteur White est un des doyens de la dermatologie, puisqu'il étudiait déjà sous la direction de Hebra en 1856. Ses cinquante et un ans de pratique ont vu bien des changements s'effectuer; peut-être même y en a-t-il eu de trop. On a trop de tendance à exagérer l'importance clinique de légères variations et à leur décerner une indépendance imméritée avec un titre particulier. Il ne faut pas changer les jalons de la dermatologie sans bonnes raisons.

Parmi les sujets vers lesquels le Congrès devrait diriger son attention sont ceux-ci : quelle est l'influence de la race, des conditions géographiques, du climat, des coutumes nationales sur l'évolution et le type des maladies de la peau? Quels changements l'émigration apporte-t-elle dans les dermatoses? Quelles sont les affections cutanées que les gouvernements devraient considérer comme infectieuses et chercher à limiter par la restriction de l'immigration et l'isolement obligatoire? Quelle peut être l'étendue du pouvoir gouvernemental pour la restriction des dermatoses héréditaires par la promulgation de lois sur le mariage?

(Il ne faut pas oublier que nous sommes ici en Amérique, dans un pays où existe un mélange de races extraordinaires, où les immigrants arrivent chaque année plus nombreux, par millions actuellement; c'est là ce qui explique l'importance de la question de l'immigration, question qui n'existe pas pour l'Europe, et que beaucoup seront peut-être étonnés de voir soulevée et inscrite au programme d'un Congrès de dermatologie. D'ailleurs le Congrès n'a guère répondu à cette invite du président.)

Le travail dans les sections a commencé le 9 septembre dans l'après-midi. La *lèpre* a été le premier sujet discuté; la discussion devait, soi-disant, aboutir à des propositions tendant à diminuer la diffusion de la maladie. Il ne semble pas que rien de bien neuf ait été apporté sur le sujet.

Le professeur Campana (de Rome) dit qu'il serait désirable que les nations arrivassent à une entente mutuelle. La lèpre au début est très contagieuse; dans ses stades initiaux, maculeux et tuberculeux, elle réclame un traitement énergique. La lèpre tuberculeuse surtout est une maladie locale grave et il faut détruire la lésion. Il faut tâcher de préserver l'intégrité de la peau, et d'éviter les infections secondaires, cause des symptômes fébriles graves et phtisiques.

Le docteur Montgomery (de San-Francisco) remarque que le malade est rarement vu durant les premières périodes de la maladie et le docteur Menage (de la Nouvelle-Orléans) rappelle des cas où la contagion fut exercée par des lésions tardives de lèpre tuberculeuse. Donc, bien que M. Campana affirme une fois de plus que la virulence de la lèpre s'atténue progressivement pour totalement disparaître, on conçoit que M. Morrow (de New-York) dise qu'il serait téméraire de laisser les lépreux tardifs non isolés, car il n'y a aucun moyen, ni cultures, ni inoculations, qui puisse nous apprendre si les bacilles qui s'échappent de lésions tuberculeuses vieilles, sont vivants ou morts.

M. Brinckerhoff (de Honolulu) fait remarquer la difficulté qu'il y a à décider les natifs à entrer dans les colonies de lépreux. Pourtant l'isolement est la seule méthode. En Louisiane, ainsi que le dit M. Dyer (de la Nouvelle-Orléans), il a réduit le nombre des lépreux au quart de ce qu'il était lorsqu'il fut commencé. De plus, M. Dyer et ses assistants en sont venus à traiter les lépreux exactement comme des tuberculeux : aération, soleil, trois bains très chauds par jour, huile de chaulmoogra; quand celle-ci n'est pas tolérée, l'huile de foie de morue ou toute autre huile agit tout aussi bien.

D'après M. Crocker (de Londres) la lèpre n'est pas une maladie aussi « désespérée » qu'on le croit. Certaines formes ont un pronostic relativement pas mauvais. En tous cas, souvent les symptômes sont très légers et les rémissions longues.

L'observation d'assez nombreux cas de lèpre chez des Scandinaves a appris à M. Foster (de Saint-Paul) que la contagion de la lèpre n'est pas chose si facile et qu'elle ne se fait que sur un terrain prédisposé.

Le professeur Campana, en clôturant la discussion, ne veut pas qu'on le croie opposé à l'isolement des lépreux avancés, quoiqu'il veuille insister sur l'exactitude scientifique de l'atténuation de virulence de la lèpre avec le temps. Seulement nous n'avons pas de moyens de contrôle.

M. Vineta-Bellasena (de Barcelone) nous entretient des bons résultats donnés par la cautérisation ignée des lépromes suppurés donnant des phénomènes généraux graves. Une communication inscrite au programme, mais non lue, du docteur de Aragao (de Bahia), sur le traitement de la lèpre par

des produits de la flore brésilienne, clôt la série des communications consacrées à cette maladie.

Avec une communication également annoncée, mais non lue, de M. Lassueur (de Lausanne), nous entrons dans la *tuberculose cutanée*. La tuberculine de Béraneck a une influence heureuse sur le lupus vulgaire, nous dit l'auteur. Mais ce qui semble en avoir bien plus, si l'on en croit M. J.-Gonzalez Urena (de Mexico), c'est le climat de Mexico, ville de 2222 mètres d'altitude, à ciel presque toujours bleu, et à soleil très brillant. Le lupus érythémateux y est beaucoup plus fréquent que le lupus vulgaire, et la variété plane de celui-ci est la seule observée, les formes térébrantes et destructives étant inconnues. D'ailleurs la tuberculose cutanée est rare là-bas de façon générale. Elle ne frappe que 8,73 p. 1000 des malades ayant une affection de la peau.

MM. Campana et Lanzi, dans une contribution à l'*étude de la nature et du traitement du lupus érythémateux*, reconnaissent qu'avec le traitement employé en général aujourd'hui, le lupus érythémateux devient souvent une maladie incurable. Il y a des cas de lupus érythémateux sur lesquels la tuberculine agit comme sur le lupus vulgaire. Il est aussi des cas qui ne guérissent pas sous l'influence du traitement chirurgical le plus actif, mais qui guérissent ensuite avec une rapidité surprenante à la suite d'applications de pommade mercurielle dont l'efficacité était déjà vantée par Hébra. Il faut donc être éclectique dans le traitement. Si l'on commence par une injection de tuberculine et qu'on n'obtienne aucune réaction, cela élimine la prédisposition tuberculoïde que beaucoup acceptent, mais que beaucoup rejettent aussi, dans la genèse du lupus érythémateux. Si, inversement, on commence par un traitement mercuriel local ou général, et qu'il n'y ait point d'amélioration, il ne faut pas insister. Si le mercure échoue et que la tuberculine donne une réaction positive, recourir au traitement chirurgical. Dans les cas inverses, le traitement local est nuisible et peut être désastreux. Une troisième méthode thérapeutique a été récemment mentionnée par beaucoup de spécialistes anglais et américains, à savoir l'administration continue de petites doses de sulfate de quinine.

M. Hartzell (de Philadelphie) est surpris du nombre de cas de lupus érythémateux dans lesquels M. Campana a obtenu une réaction à la tuberculine. Cela ne cadre pas avec l'expérience des autres dermatologistes. Il est parfois bien difficile de distinguer le lupus plan vulgaire du lupus érythémateux. M. Taylor (de Liverpool) a obtenu de bons résultats avec l'acide pyrogallique au dixième ; M. Sherwell (de Brooklyn) a presque toujours vu les cas où les muqueuses n'étaient pas atteintes céder au curetage suivi d'attouchements au nitrate acide de mercure. M. Lawrence (de Melbourne) emploie les scarifications qu'il frotte avec de l'iodoforme ; ensuite une compression modérée est exercée par un coussin de caoutchouc ciré.

Après étaient inscrites au programme un certain nombre de communications dont les auteurs étaient absents. Telles les *recherches nouvelles sur l'eczéma papulo-vésiculeux*, par MM. Brocq et Ayrignac (de Paris) ; une *étude historique, clinique et thérapeutique sur l'acné rosacée*, par Unna (de Hambourg) ; des recherches sur les *anticorps dans la syphilis et les maladies de peau*, par MM. Miller et Oppenheim (de Vienne) ; enfin une communication sur le *grattage méthodique comme méthode de diagnostic dans certaines dermatoses*, par M. le docteur Brocq (de Paris).

Le *régime végétarien absolu dans le traitement du psoriasis* est un des topiques favoris du docteur Duncan Bulkley (de New-York). La cause du psoriasis est encore inconnue, mais bien des points semblent démontrer que ce n'est pas purement une maladie locale de la peau, quoique le caractère des éléments éruptifs suggère fortement une origine parasitaire ; peut-être un microbe banal devient-il pathogène sur un terrain favorable. Les psoriasiques semblent souvent être en parfaite santé, mais une analyse d'urine complète révèle toujours des troubles de la nutrition, consistant surtout en une élimination azotée défectueuse et réduction des bases puriques. L'observation suivie des cas montre une augmentation de l'éruption avec une diète carnée excessive. Un régime végétarien améliore beaucoup les éruptions, et les prévient souvent, s'il est rigoureusement appliqué.

M. Radcliffe Crocker (de Londres) n'est point du même avis. Certes, la limitation de la viande dans l'alimentation des gens ayant dépassé cinquante ans et ayant une tendance goutteuse, est bonne ; mais le psoriasis apparaît surtout avant trente ans, à une époque par conséquent où la nutrition est bonne, et il se voit aussi bien chez les végétariens que chez les mangeurs de viande. M. Veiel (de Cannstadt) n'a pas retiré du régime végétarien les avantages prônés par le docteur Bulkley.

Depuis 1897, il y a dans les États de la Nouvelle-Angleterre une nouvelle espèce de chenille, la *chenille à queue brune*, qui détermine par son contact avec la peau une vive *dermatite*. M. Tyzzer (de Boston) a vu que la substance irritante était contenue dans les poils et que l'ébullition à 110 degrés pendant plusieurs heures ne la détruit pas, mais que la chaleur sèche à 115 degrés le fait.

M. Neuberger (de Nuremberg) insiste sur l'influence, déjà bien connue, ainsi que le fait remarquer M. Zetsler (de Chicago), *du traumatisme dans la genèse des maladies de peau*, et M. Hartzell (de Philadelphie) nous entretient sur une maladie rare, le *sarcome multiple hémorragique idiopathique* de Kaposi. En 1872, ce dernier appela l'attention sur une affection de la peau caractérisée par des plaques infiltrées et fortement pigmentées, et de petites tumeurs, se développant sur les extrémités, et suivies après quelques années de métastases et de mort. Il considérait cette maladie comme un sarcome à petites cellules rondes typique, avec adjonction de temps en temps de quelques éléments fusiformes. Le plus grand nombre de la centaine de cas publiés viennent d'Europe ; la maladie est rare en Amérique et elle se voit surtout chez des immigrants, quoique M. Ste-

VENS (de Détroit) en ait vu un cas chez un natif du Michigan). Elle est rare aussi en Angleterre, ajoute M. Radcliffe CROCKER (de Londres).

Une autre maladie assez rare, l'*épithélioma kystique bénin simple*, a fait l'objet d'une démonstration avec projections à l'appui, par le docteur HEIDINGSFELD (de Cincinnati). Cette affection, le lymphangiome tubéreux multiple et l'adénome sébacé présentent des variations cliniques et anatomiques assez considérables pour rendre la classification d'un cas donné parfois embarrassante. Elles se développent certainement aux dépens de restes embryonnaires hétérotopiques; leur allure clinique, jusqu'à un certain point, et surtout leur anatomie pathologique, ressemblent beaucoup à celles des lésions précocement malignes de la peau. Il est probable que ces dernières trouvent aussi leur origine dans un débris embryonnaire.

Ensuite vint la communication de M. Howard FOX (de New-York) sur les *maladies de la peau chez le nègre*. La clinique Vanderbilt, reliée à Columbia University, est située aux confins du quartier nègre de New-York, et les cas sont nombreux. Quoique le nègre soit, d'une façon générale, plus sujet aux maladies que le blanc, et que sa mortalité soit deux fois aussi grande, il est moins souvent et moins gravement frappé par les dermatoses. Sa peau est bien moins susceptible que celle du blanc, aux agents irritants externes. Ainsi, il est presque réfractaire à l'empoisonnement par le lierre vénéneux. L'acné est chez lui moins fréquente et moins grave, l'acné rosacée étant particulièrement rare et bénigne. Pour l'eczéma, la fréquence semble être la même que chez le blanc, mais la gravité est moindre. Le psoriasis est très rare. La tuberculose cutanée n'est pas plus fréquente que chez le blanc, quoique la tuberculose pulmonaire le soit notablement. Par contre, la syphilis est plus commune chez le nègre. La syphilis acquise n'est pas plus grave, ni le tertiarisme plus fréquent. La tendance des syphilides à devenir annulaires est une particularité raciale très remarquable; de même la prédisposition aux chéloïdes, à l'éléphantiasis et au fibrome. Les tumeurs d'origine conjonctive sont plus fréquentes chez le nègre, les épithéliales le sont moins, l'épithélioma cutané étant particulièrement rare. Les muqueuses sont aussi moins susceptibles, la leucoplasie étant une grande rareté. Les mulâtres sont plus susceptibles que les nègres purs, surtout au chloasma.

M. DYER (de la Nouvelle-Orléans) insiste sur la négligence extrême des nègres du Sud par rapport aux maladies de peau. Les seules formes graves de syphilis se voient chez le nègre, jamais chez le blanc. C'est aussi l'avis de M. GRINDON (de Saint-Louis) qui fait remarquer que le nègre se traite lui-même ou ne se traite pas du tout.

La *gangrène hystérique* vient ensuite sur le tapis. M. TOWLE (de Boston) en relate quatre cas, au grand plaisir de M. le professeur GAUCHER (de Paris) qui, il n'y a pas longtemps, était seul avec le professeur Raymond à défendre l'existence de la gangrène hystérique. Sans doute, il faut pour cette gangrène une érosion initiale et elle résulte d'une infection secondaire, mais la préparation du terrain est faite par l'hystérie et cette préparation est aussi indispensable que les autres facteurs. Donc la gangrène hystérique a droit à une place à part dans la nosologie.

La séance de l'après-midi a débuté par un important travail de MM. COUNCILMANN (de Boston) et CALKIUS (de New-York) sur les *relations étiologiques des microorganismes trouvés dans la peau dans la variole*. On croit que la cause de la variole est un organisme habitant les cellules épithéliales des lésions spécifiques de la peau, découvert par Guarneri et nommé par lui *cytoryctes variolæ*.

En 1904, Councilmann et ses collaborateurs l'étudièrent plus en détail, et Calkius établit son cycle vital. Ces organismes subissent un développement déterminé dans la peau, et certains stades de ce développement correspondent à la période d'éruption. Le même organisme, jusqu'à un certain degré de développement, se retrouve dans la vaccine, tandis que certains stades appartiennent exclusivement à la variole et ne se trouvent que dans cette maladie. Councilman croit qu'il y a probablement deux cycles de développement du parasite : 1° un cycle imparfait probablement analogue au cycle asexué des coccidies, lequel cycle est commun à la variole et à la vaccine; 2° un cycle complet, que l'on ne trouve que dans la variole. Le virus de la variole diffère de celui de la vaccine en ce qu'il peut être transmis sans contact direct. Le singe est susceptible d'être inoculé, et chez lui, on peut observer un cycle complet. L'inoculation du veau ou du lapin avec des produits varioleux ne produit que le cycle incomplet, celui de la vaccine. La variole expérimentale du singe se transmet d'animal à animal (mais seulement par inoculation) sous forme de variole : celle du veau se transmet d'animal à animal sous forme de vaccine.

Les seuls endroits où il y ait des lésions spécifiques sont la peau, la moelle osseuse et les testicules. Les autres lésions ne sont pas spécifiques, et résultent soit de l'effet des toxines, soit de l'effet d'autres bactéries, streptocoques surtout. La vaccine et la variole produisent toutes deux une hyperplasie active du tissu lymphoïde avec production de grandes cellules lymphoïdes mononucléaires qui s'échappent des nodules lymphatiques et passent dans le sang.

M. CALKIUS considère le microbe de la variole comme un rhizopode dont nous ne connaîtrions que le cycle asexué, dans lequel il y a formation de chromidium et de petites spores ou gemmules. Les formes intranucléaires pourraient bien appartenir au cycle sexué. Leur rôle reste encore à élucider.

M. BRINKERHOFF (de Honolulu) regrette que le seul animal inoculable soit le singe. Avant de pouvoir faire une série complète d'expériences, il faudrait mettre la main sur une espèce simienne beaucoup plus près de l'homme et chez qui on pourrait déterminer une vraie variole. La variole expérimentale du singe n'est jamais mortelle.

M. GILCHRIST (de Baltimore) met un peu en doute l'autonomie de l'organisme en question; il ressemble en effet beaucoup à certaines dégénérescences cellu-

laires qu'il a trouvées particulièrement marquées dans les tumeurs malignes de la peau.

Oui, riposte M. Councilman, des figures analogues se retrouvent dans beaucoup de maladies de la peau, mais jamais elles n'ont la structure parfaitement définie de l'organisme de la variole et, ajoute M. Calkius, ce dernier peut être suivi au cours d'un cycle régulier.

On a beaucoup parlé des *opsonines* depuis une année ; aussi n'est-il pas surprenant de trouver leurs applications dermatologiques au programme d'un Congrès international de dermatologie.

M. Whitfield (de Londres) rappelle les principes de la méthode. En dermatologie, elle trouve une place dans les infections staphylococciques primitives ou secondaires et dans la tuberculose. La méthode opsonique réussit toujours dans les furoncles, c'est même le seul traitement un peu fidèle de la furonculose généralisée. Dans le sycosis, la méthode est bonne, mais doit être continuée longtemps, et les meilleurs résultats sont obtenus quand on la combine à l'épilation par les rayons X. Dans le traitement de l'acné, on obtient parfois d'étonnants résultats, mais parfois aussi rien du tout. Dans les pyodermites et les ulcères, les opsonines sont de précieux auxiliaires; elles sont souvent utiles dans la maladie de Bazin. Dans les ulcérations tuberculeuses, la méthode a une grande valeur, mais elle est trop lente dans le lupus vulgaire pour être recommandable. Elle peut cependant être appliquée après échec de la photothérapie ou associée aux rayons X.

M. von Eberth (de Montréal) résume le même sujet, mais en se cantonnant moins sur le terrain clinique. Dans le traitement des tuberculoses cutanées, la question de vaccines autogènes est actuellement impraticable, mais la nouvelle tuberculine de Koch donne des résultats encourageants; la dose est de 1/2000 à 1/1800 de milligramme de TR. Les doses autrefois employées dans les infections staphylococciques étaient trop élevées. Si la phase négative qui suit l'inoculation est prolongée, il faut diminuer la dose. Si, au contraire, la phase négative n'existe pas et que la phase positive soit peu marquée, la dose doit être augmentée. Les phénomènes cliniques sont, pour des yeux expérimentés, des guides sûrs. Une exacerbation des phénomènes locaux correspond à une immunité diminuée. Au contraire, la phase positive s'accompagne d'une anémie relative, ce qui nous explique la diminution et la disparition de la douleur que l'on observe invariablement dans les infections furonculeuses graves. Dans les vieux cas de lupus, la cicatrice blanchit de façon très remarquable. Bien maniée, la méthode ne donne pas naissance à des phénomènes généraux.

MM. Schomberg, Gildersleeve et Shœmaker (de Philadelphie) relatent 21 cas de dermatoses traitées par les opsonines : 9 de sycosis, 3 de furonculose 4 d'acné, 2 d'acné avec abcès sébacés, 1 d'eczéma, 1 de psoriasis, 1 de lupus érythémateux. Bons résultats dans tous les cas, sauf les deux derniers; le psoriasis ne fut amélioré que temporairement, le résultat dans le cas de lupus érythémateux est encore incertain. MM. Ravogli (de Cincinnati) et Taylor (de Liverpool) disent aussi tout le bien qu'ils pensent de la méthode à laquelle M. Larned (de Détroit) reproche d'être trop de laboratoire et pas assez clinique.

M. Corlett (de Cleveland) narre l'histoire d'un *érythème circiné, bulleux et hémorragique*, terminé fatalement. M. Shiedds (de Cincinnati) a un cas pareil; la session se termine après que M. Breakey (de Ann Arbot) est venu plaider en faveur de l'enseignement plus suivi de la dermatologie et de la syphiligraphie dans les écoles médicales.

La *blastomycose de la peau* est observée plus fréquemment en Amérique qu'en Europe. Le premier cas européen fut observé par Oppenheim en 1904. Depuis il en a vu 3 autres cas, sur lesquels il base une description de la maladie. Mais ce n'est pas 4 cas que MM. Montgomery et Ormsby (de Chicago) apportent, mais bien 19 de blastomycose généralisée. Chicago semble d'ailleurs être le grand foyer. Sur ces 19 cas, 12 sont morts, 4 mourants, 2 guéris, et 1 disparu. Les abcès cutanés indolents sont une des caractéristiques de la maladie. Les lésions mycéliques se voient dans tous les organes, mais la dégénérescence amyloïde est rare (2 cas seulement). M. Gilchrist souligne la ressemblance entre l'organisme de la blastomycose et celui du granulome à coccidies, mais MM. Morrow et Montgomery (de San-Francisco), qui viennent du pays de cette dernière maladie, protestent contre cette assertion. M. Ravogli (de Cincinnati) montre un soi-disant cas de *dermatite à coccidies*, proche parente de la blastomycose, mais M. Montgomery ne peut trouver sur les préparations de Ravogli les coccidies que ce dernier y a vues.

M. Ravitch (de Louisville) est convaincu que l'*urticaire chronique* est curable et que l'extrait thyroïdien en est le spécifique. Son principal argument semble être l'existence plus fréquente de l'urticaire chronique chez la femme, chez qui les troubles thyroïdiens sont aussi plus fréquents que chez l'homme.

MM. Haase (de Memphis) et Hirschler (de Philadelphie) ont étudié en détail un cas de *hydroa puerorum* d'Unna et s'efforcent de démontrer que la maladie est une entité dermatologique spéciale.

La séance du jeudi matin fut consacrée à la *physiothérapie dans les maladies de la peau.* D'abord, une communication de M. Kromayer (de Berlin) vanta la simplicité et l'excellence de la lampe de quartz pour administrer les bains de lumière bleue, blanche ou rouge, puis le docteur Abbe (de New-York) entreprit un de ses thèmes favoris, le *radium.* Le docteur Abbe a une expérience considérable de l'emploi du radium dans le traitement des affections cutanées, et ses résultats sont véritablement très remarquables, ainsi qu'en font foi ses photographies et ses moulages plâtrés. Selon lui, le radium ne doit pas être rangé avec les caustiques, le cautère ou les antiseptiques, mais parmi les spécifiques. Cela ne veut pas dire un spécifique du cancer au sens ordinaire du mot; la spécificité du radium est une spécificité contre les croissances erratiques de cellules qui constituent certains types de tumeurs dans leurs premiers stades ou à un degré moyen de dévelop-

pement. Le dosage, encore empirique, est chose essentielle, une trop forte exposition étant nuisible, Les meilleurs résultats sont obtenus avec une exposition d'une heure à 10 milligrammes de bromure de radium pur. Pour les plus grandes tumeurs, trois ou quatre heures, espacées de mois en mois. L'ischémie de la partie traitée favorise beaucoup l'action du radium.

Les moles pigmentaires, les mélanoses et le sarcome giganto-cellulaire, les épithéliomas des paupières, de la face et du corps sont particulièrement sensibles à l'action spécifique du radium. Mais sa valeur dans les angiomes et les nævi est due à son action irritante qui amène une endartérite oblitérante et des changements fibreux. L'action n'est pas identique à celle des rayons X; le radium réussit parfois là où ceux-ci ont échoué.

M. Schamberg (de Philadelphie) confirme les bons résultats de M. Abbe, mais il ne se prononce pas sur la question de savoir si l'action du radium est différente de celle des rayons X; s'il n'y a pas de différence, les rayons X doivent être préférés; l'avantage du radium semble être surtout sa facilité d'application qui fait qu'on peut l'employer dans des cavités inaccessibles aux rayons X.

Le docteur Laurence (de Melbourne) est aussi un partisan du radium, tandis que le professeur Gaucher reste fidèle à la cautérisation dans le traitement des petits épithéliomas, et à l'ablation chirurgicale large dans le traitement des grands.

Les docteurs Wickham et Degrais (de Paris) avaient envoyé une communication sur les bons effets du radium en dermatologie.

Le radium devait naturellement amener aux *rayons X.* M. Campana (de Rome) a relaté l'excellent résultat qu'ils ont donné dans deux cas de maladie de Paget; la peau est redevenue normale, ce qui est d'autant plus intéressant que l'on connaît la malignité habituelle de cette affection.

M. Laurence (de Melbourne) parle du bain général de rayons X donné simultanément sur tout le corps, et du dermométropathisme, méthode qu'il a inventée pour mesurer l'intensité des maladies de peau et qui est basée sur le résultat obtenu par pression sur la peau d'un instrument mousse.

M. Pusey (de Chicago) présente une série de 111 cas non choisis d'épithéliomas traités par les rayons X, il y a plus de trois ans avec 80 succès, soit 72,5 p. 100, et M. Stern (de New-York) nous apporte une série de 800 cas dermatologiques traités au Mount Sinaï Hospital par les rayons X et la haute fréquence. La statistique confirme le fait déjà bien connu que ce sont les lésions superficielles qui sont le plus favorablement influencées. Les meilleurs résultats sont obtenus par l'association des rayons X et de la haute fréquence. Dans la discussion qui suivit, plusieurs défendirent vigoureusement l'opération sanglante comme traitement de choix de l'épithélioma de la lèvre inférieure. Un avis à la prudence dans l'emploi des rayons X fut aussi donné.

Les *maladies tropicales de la peau* retinrent ensuite l'attention du Congrès : M. Rixey montre la nécessité de leur étude pour les médecins de la marine des Etats-Unis, à cause des nouvelles possessions coloniales; M. Radcliffe Crocker (de Londres) démontre l'origine parasitaire de la presque totalité des dermatoses tropicales et donne une liste des cas qu'il a observés. M. Stiles (de la marine des Etats-Unis) donne un chapitre de zoologie médicale sur les *parasites américains de la peau*; M. Stitt (même corps) s'efforce de grouper les *ulcères* des Philippines et MM. Mink et Mc Lean apportent une nouvelle contribution à leur travail de 1906, sur la *Gangosa*, rhinite mutilante, très fréquente à Guam, îlot du Pacifique entre les îles Hawaï et les Philippines, où sur une population de 11 000 habitants, il y a 250 cas.

La maladie n'est pas due à l'alimentation, comme le croient les Espagnols et les natifs; ce n'est pas une manifestation de syphilis; elle est probablement due à un agent infectieux encore inconnu. Elle est probablement mutilante, mais jamais mortelle.

D'autres communications sur la dermatologie tropicale figuraient au programme, mais les titres seuls furent lus, et le travail du jeudi se termina par une démonstration donnée par M. Dade (de New-York) de l'emploi de l'air liquide en dermatologie.

Le vendredi matin vint la grande question, la nouveauté depuis le Congrès de Berlin en 1904, le *spirochète de la syphilis* présenté par une autorité non moindre que le professeur Erich Hoffmann (de Berlin) lui-même.

Le spirochæte pallida a été trouvé avec une grande régularité dans la syphilis acquise où on l'observe dans presque tous les produits pathologiques de la période précoce et fréquemment dans beaucoup de la période tardive (papules, gommes, aortite). On le trouve parfois dans les organes internes (rate, capsule surrénale, foie, poumons, artères cérébrales), de malades morts pendant la période secondaire. Chez l'enfant ou le fœtus hérédo-syphilitique, les organes internes et la peau sont souvent farcis de spirochètes. La meilleure coloration pour les frottis est celle de Giemsa; l'imprégnation argentique est la méthode de choix pour les coupes, mais le Giemsa peut aussi servir pour les coupes et la nitratation pour les frottis. Le spirochète a une prédilection pour le tissu conjonctif, les lymphatiques, les vaisseaux sanguins, les espaces interépithéliaux, mais on le trouve parfois à l'intérieur de certaines cellules: leucocytes, cellules du foie et des capsules surrénales. Sa distribution dans les produits pathologiques est irrégulière; le sang circulant n'est pas un milieu favorable, probablement parce que le spirochète est anaérobie.

Le fait que l'on trouve des spirochètes dans des tissus non altérés, est facilement explicable par la lenteur de la réaction de l'organisme envers le parasite. Le spirochète pâle est caractérisé par la finesse et le faible pouvoir de réfraction du filament, sa grande longueur par rapport à sa largeur, la netteté et la régularité des circonvolutions; et la présence fréquente de longs filaments terminaux. Il se multiplie par division longitudinale, comme les trypanosomes. Quelquefois on voit une division transversale comme chez les bactéries. Le cycle régulier d'évo-

lution n'a pas encore été tracé. Les cultures n'ont pas réussi; tout ce qu'on a pu voir, c'est l'augmentation de leur nombre dans des fragments de tissu.

C'est certainement l'agent de la syphilis; il a pour le diagnostic de la maladie la même importance que le bacille de Koch pour la tuberculose.

M. Hoffmann a apporté une collection de préparations remarquables et des dessins superbes et nombreux.

Voici maintenant les conclusions du rapport de M. Buschke (de Berlin) sur la même question : Le spirochète pâle est un organisme bien caractérisé morphologiquement. Le Giemsa est la meilleure technique pour les frottis, le Levaditi pour les coupes, quoique les filets nerveux puissent aussi apparaître en noir. Le spirochète est trouvé à peu près régulièrement dans les lésions primaires secondaires de la syphilis. Dans le sang et dans les lésions tertiaires, la recherche n'est ni aussi sûre, ni aussi constante. Dans la syphilis héréditaire, les spirochètes se trouvent dans presque tous les organes, sauf le système nerveux central où il n'a pas encore été décelé avec certitude. Dans la syphilis acquise, il se trouve en amas; dans la syphilis héréditaire, il est plus diffus. C'est un parasite inter, non intra-cellulaire. Les autres conclusions sont identiques à celles d'Hoffmann.

Le docteur O. T. Schultz (de Cleveland) écrit qu'actuellement deux organismes seulement ont à être pris en considération dans l'étiologie de la syphilis : le cytoryctes lues et le spirochæte pallida. Et encore, il semble bien établi que le premier n'est pas un protozoaire, et qu'il n'a quoi que ce soit à faire avec la syphilis. Le spirochète est au contraire un organisme bien caractérisé, il se trouve dans les diverses lésions de la syphilis et pas dans d'autres maladies, il présente des relations étroites avec les altérations histo-pathologiques que l'on considère comme pathognomoniques de la syphilis. Après traitement mercuriel, la guérison des lésions et la disparition des spirochètes sont parallèles. Dans la syphilis expérimentale des animaux, l'on retrouve le spirochète avec les mêmes caractéristiques que chez l'homme.

Rien de saillant dans la discussion qui suivit, sauf une attaque violente de M. Lapowski (de New-York) sur la spécificité du spirochète qu'il ne considère que comme un saprophyte. M. Hoffmann ne répond pas.

Les docteurs Hallopeau et Gastou (de Paris) présentent ensuite une classification des systématisations de la syphilis, ainsi qu'il suit : 1° systématisations organiques; 2° systématisations symétriques; 3° systématisations localisées dans des sphères de distribution nerveuse; 4° systématisations par auto-inoculations; *a.* par intra-inoculations; *b.* par extra-inoculations; 5° systématisations subordonnées aux localisations antérieures d'une autre maladie infectieuse; 6° systématisations dans la syphilis héréditaire; 7° systématisation par milieu de culture d'origine microbienne, banale ou spécifique; 8° systématisation par irritations toxiques récidivantes; 9° systématisation par défaut d'élimination ou de thérapie.

En outre, M. Hallopeau dit tout le bien qu'il pense de l'atoxyl. M. Alex. Renault (de Paris) ne partage pas complètement son enthousiasme.

Un écho qui paraît bien lointain, c'est celui éveillé par le titre de la communication de M. Van Niessen (de Wiesbaden) : Syphilis obtenue par culture pure du bacille de la syphilis. M. Van Niessen, plus heureux que Schaudinn, Hoffmann et *tutti quanti*, a pu obtenir des cultures de son bacille et le recultiver après inoculation à l'animal. Le spirochète n'est qu'un stade d'évolution de son bacille. Quel dommage que M. Van Niessen n'assiste pas au Congrès !

Le docteur Robert W. Taylor raconte l'histoire intéressante d'une famille suivie pendant trente-sept ans. Le père contamina la mère et les treize enfants furent tous hérédo-syphilitiques. Intéressante aussi son observation d'un malade contaminé par un masseur syphilitique et qui présenta dix-sept chancres cutanés groupés sur le mollet et sur l'épaule.

Le professeur Gaucher expose ensuite ses idées, bien connues en France, sur les relations de la *syphilis quaternaire avec le tissu réticulé*, et le rôle des lésions ainsi produites dans la genèse de l'appendicite et des végétations adénoïdes. Tout à l'heure avec le docteur Lévy-Bing, il nous dira la fréquence, nous dirons presque la constance, des stigmates hérédo-syphilitiques chez les porteurs de lésions osseuses et ostéo-articulaires, soi-disant tuberculeuses. Les travaux ayant été publiés en France *in extenso*, nous n'insistons pas; disons seulement que le terme syphilis quaternaire, que M. le professeur Gaucher se donna pourtant la peine de définir dès l'abord, ne semble pas avoir été très bien compris ici; certains en ont tiré l'impression assez étrange qu'il s'agit de syphilis à la quatrième génération, d'autres qu'il s'agit de syphilis atténuée.

M. Ehrmann (de Vienne) avait envoyé un article sur l'endartérite des vaisseaux périphériques dans la syphilis et M. Martin W. Ware (de New-York) nous a montré une dizaine de radiogrammes de syphilis des os longs. Toutes les lésions ont un air de famille. La participation du périoste est très remarquable dans la syphilis; les dactylites dues à la syphilis et celles dues à la tuberculose sont très facilement différenciables. L'ostéomyélite donne des radiogrammes très semblables à ceux de la syphilis. La condensation de l'os et la prolifération sont très marquées en cas de syphilis; l'atrophie de la tuberculose ne s'y voit jamais.

La syphilis a encore inspiré plusieurs travaux : des *remarques sur la réinfection de la syphilis et la syphilis des innocents*, par George K. Swinburne (de New-York) qui relate aussi trois cas de chancre des amygdales; sur le *traitement de la syphilis par des produits de la flore brésilienne*, par le docteur de Aragao (de Bahia); sur l'*artérite syphilitique* enfin, où les rapports de la maladie de Raynaud et la syphilis sont discutés.

Le *pied de Madura* a fait l'objet d'une étude par M. J. H. Wright (de Boston).

Le samedi matin, séance de clôture; il y a encore quelques communications au programme; entre autres une de M. Zeisler (de Chicago) sur le *zoster*

arsenical, et quelques autres d'importance secondaire; c'est d'ailleurs une séance *post-prandium*, après le banquet du Waldorf-Astoria, le vendredi soir, et le banquet n'est-il pas la clôture véritable de tout Congrès? Aussi l'intérêt est-il languissant. La séance est courte, les remerciements d'usage sont votés, et le président, le docteur James C. White, après avoir constaté que le VIe Congrès a suivi honorablement les traces de ses devanciers, le déclare dissous.

Le VIIe Congrès international de dermatologie aura lieu en 1911, à Rome, sous la présidence du docteur De Amicis. F. GARDNER.

MÉDECINE PRATIQUE

PROPRIÉTÉS, POSOLOGIE ET INDICATIONS DU BORNYVAL

Le bornyval est l'éther isovalérianique du bornéol.

C'est un corps liquide, incolore, bouillant de 250 à 260 degrés, neutre au tournesol, déviant de + 27°40 la lumière polarisée.

Son poids spécifique est 0,951. Il a une odeur camphrée peu agréable et une saveur légèrement brûlante, ne rappelant pas du tout celle de l'acide valérianique. Il est saponifié par les alcalis comme tous les éthers : aussi, l'intestin le décompose et le bornéol s'élimine à l'état d'acide bornéol glycuronique (Gautier).

Le bornyval est insoluble dans l'eau; au contraire l'alcool, l'éther, le chloroforme, les huiles le dissolvent facilement et en toutes proportions.

Les propriétés physiologiques du bornyval que vient d'étudier dans une excellente thèse le docteur Henri Sancey (1), sont extrêmement intéressantes.

Le bornyval a une action générale, se traduisant par une excitation exagérée, des réflexes exagérés, des convulsions ou des tressaillements, puis des phénomènes paralytiques. La dose toxique est de 0g90 à 0g95 par kilogramme d'animal.

Chez les animaux à sang chaud on observe, avec une dose croissante, les phénomènes suivants :

D'abord excitation nerveuse, quelquefois convulsions; puis convulsions cloniques et toniques (dues à l'excitation de l'écorce cérébrale);

Ensuite, paralysie de la sensibilité (phénomène également cérébral, comparable à l'action de l'alcool).

Puis paralysie motrice par paralysie des terminaisons périphériques des nerfs moteurs.

Enfin perte de la réflectivité par paralysie du système nerveux tout entier.

A doses moyennes, on observe une diminution du nombre des contractions cardiaques, accompagnée d'une augmentation d'énergie. Au contraire, à doses toxiques, la systole diminue d'intensité, puis le cœur s'arrête en diastole.

Quant aux vaisseaux, ils subiraient, d'après les expériences de Stockmann, une vasodilatation (par paralysie cérébrale des vasoconstricteurs), vasodilatation qui expliquerait la constance de la pression sanguine, malgré l'augmentation d'énergie des contractions.

Ajoutons toutefois que cette pression sanguine est toujours légèrement supérieure à la normale.

On a encore noté que la respiration est plus ample et ralentie, puis que, sous l'influence de doses toxiques, elle s'accélère et devient spasmodique aux approches de la mort.

(1) H. SANCEY. *Etude clinique du bornyval*, Th. de Lyon, 1907.

C'est sous la forme de perles gélatineuses, comme le préconisait Siedler en 1903, que le bornyval agit le mieux. Ces perles d'une absorption facile, renferment chacune 0g25 de bornyval.

Elles se dissolvent en quelques minutes dans l'estomac et Beddier (de Berlin) a montré par des expériences que l'absorption du médicament n'était complète qu'au bout de deux heures au minimum.

Pour obtenir un effet rapide, il faut donner en une seule prise 0g50 à 0g75. Quand le médicament doit être continué longtemps, il faut espacer les prises dans la journée : 0g25 à 0g50 en deux ou trois fois.

Chez l'enfant, 0g25 *pro die* bien qu'une dose de 0g50 n'ait jamais eu d'inconvénient.

On prend de préférence les capsules un peu avant les repas dans un demi-verre d'eau pure.

Quand il s'agit de combattre les douleurs apparaissant la nuit, ou l'insomnie, on se trouvera bien de faire prendre le remède après le repas du soir.

Le bornyval est indiqué dans un grand nombre d'affections nerveuses. Il a donné à M. Sancey des résultats excellents dans l'hystérie, en particulier dans les formes larvées, dans l'hystéro-traumatisme, la neurasthénie, l'insomnie, l'hystéro-neurasthénie.

C'est également un sédatif du cœur de premier ordre, enfin dans les troubles de la ménopause il est tout indiqué.

Notons que le bornyval ne semble avoir aucune action efficace dans l'épilepsie, dans la migraine et dans les maladies mentales.

D'une façon générale il est bien toléré et il ne semble pas qu'il donne lieu à de l'accoutumance. L. GAYARD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1907)

La loi Roussel. — M. VIDAL (d'Hyères) est revenu sur la question de l'application de la loi Roussel. Il examine à nouveau la loi, article par article, et propose des modifications de nature à en simplifier l'application, à renforcer l'action des comités départementaux, à la rendre plus indépendante de celle des inspecteurs administratifs de l'Assistance publique et à assurer ainsi plus d'indépendance aux médecins-inspecteurs.

Au cours de la discussion des articles, M. Vidal proteste contre le règlement qui permettrait à une mère de prendre un nourrisson six semaines après ses couches. Il faut laisser aux enfants le lait de leur mère.

M. PINARD appuie cette proposition.

De la radio-activité des eaux minérales. — M. MOUREN a entrepris de nouvelles recherches sur les dégagements gazeux des sources thermales ou leur radio-activité.

M. Mouren a mesuré les débits gazeux au griffon de certaines sources de l'Est et du Midi. Il a constaté que ces débits étaient souvent considérables. On sait que ces deux ordres de dégagement en gaz rares et en émanations radio-actives sont en relations constantes, ce que permettait de prévoir la transformation de l'émanation active en hélium. C'est là un moyen d'obtenir ce gaz infiniment moins coûteux que celui qui consiste à le retirer de minerais très rares et très chers. On conçoit tout l'intérêt de ces recherches.

Prix Louis. — M. CHAUFFARD a donné lecture du rapport sur le prix Louis.

Etiologie du placenta bas. — M. Pinard a déposé sur le bureau une brochure de M. Bousquet (de Brest) sur l'étiologie et la pathogénie du placenta bas.

La naphtaline est un poison du globule sanguin. — Tel est le titre d'une étude expérimentale que MM. Gaube (du Gers) et Tribot communiquent à l'Académie, et dont voici les conclusions :

Trois molécules de naphtaline donnent une molécule de naphtol α et une molécule de naphtol β, plus une molécule de benzène, quatre molécules d'oxyde de carbone et de l'eau lorsque la naphtaline est introduite dans l'organisme soit par les voies digestives, soit par les voies respiratoires.

Les vapeurs de naphtaline sont un poison du globule sanguin par l'oxyde de carbone auquel elles donnent naissance comme le démontrent les expériences de MM. J. Gaube (du Gers) et J. Tribot.

Les vapeurs de naphtaline réalisent le type de l'asphyxie lente chez les animaux, asphyxie d'autant plus dangereuse qu'elle est lente à se produire et que ses effets sont longs à se dissiper.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 23 octobre 1907)

Chirurgie biliaire. — M. Mauclaire apporte deux observations au débat actuellement pendant sur le drainage des voies biliaires. Il s'agit de deux cas de lithiase vésiculaire et de lithiase du cholédoque traités par l'incision de Bier et le drainage.

Dans la première observation, il s'agit d'une femme de quarante-trois ans ayant eu de nombreuses crises hépatiques, présentant de l'ictère, un foie gros, une vésicule mobile et sensible, de l'hypothermie et un amaigrissement considérable. M. Mauclaire l'opéra le 8 avril; il fit l'incision de Bier; le malade eut des tendances syncopales pendant l'opération; il trouva un foie cirrhotique. Au premier abord, M. Mauclaire croit avoir affaire à un néoplasme de la vésicule ; celle-ci était distendue, adhérente; elle fut ouverte et l'on reconnut que le diagnostic de néoplasme était erroné. La vésicule présentait des diverticules qui se prolongeaient jusque dans la partie inférieure du foie. On appliqua un drain dans l'hépatique. Le septième jour, il se fit par le drain des hémorragies capillaires répétées auxquelles le malade finit par succomber, malgré les injections de sérum antidiphtérique, les injections de chlorure de calcium, l'ergotine, etc. On avait trouvé quatorze calculs dans la vésicule et un dans le cholédoque.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme également atteinte de lithiase de la vésicule et du cholédoque, mais qui présentait, en outre, une hépatoptose très accentuée. Elle avait des crises depuis un an et ces crises, dans les derniers temps, étaient devenues subintrantes; la vésicule était distendue, dure, abaissée; la malade était très amaigrie; les urines étaient colorées. M. Mauclaire fit l'incision classique, trouva une grosse vésicule, l'incisa, la trouva remplie de calculs; il fit le drainage du cholédoque et termina par l'hépatopexie. La bile sortait mal par le drain; il fallut recourir à l'aspiration. M. Mauclaire a pu suivre cette malade qu'il a opérée il y a dix-huit mois; l'hépatoptose s'est reproduite; il lui reste une petite fistule qui s'ouvre de temps en temps. Mais l'état général est redevenu bon; il n'y a pas eu de récidive de l'ictère; les urines ne sont plus colorées, et la malade va aussi bien que possible, malgré la récidive de l'hépatoptose.

C'est en raison même de cette hépatoptose que ce cas présente un intérêt particulier. Les auteurs, dans ces cas-là, conseillent de pratiquer l'hépatopexie en même temps que le drainage de l'hépatique.

M. Mauclaire aborde l'étude des complications biliaires de la fièvre typhoïde, en particulier de la cholécystite suppurée, et il se peut qu'on pourrait, dans ce cas, recourir au drainage des voies biliaires. Il cite plusieurs exemples : dans un cas où avait été diagnostiquée une cholécystite suppurée au cours d'une fièvre typhoïde, il fit la laparotomie; il ne trouva pas de pus, mais l'intervention chirurgicale, dans ce cas, paraît avoir donné un bon résultat.

Dans un autre cas, au déclin d'une fièvre typhoïde, survinrent des douleurs hépatiques très intenses avec une température de 40 degrés qui dura pendant près de deux mois, puis finit par tomber. Alors M. Mauclaire intervint et vit qu'il s'agissait d'une angiocholite post-typhoïdique. Il a pratiqué la cholécystotomie avec drainage des voies biliaires. Il y eut une amélioration considérable; la fièvre tomba, l'ictère disparut. Il est certain que chez ces malades le drainage des voies biliaires peut donner de très bons résultats.

M. Lejars, dont la communication sur le drainage des voies biliaires a été le point de départ de cette discussion, fait observer qu'elle a été singulièrement élargie. Il s'en tiendra, dans sa réponse, à la question du drainage de l'hépatique. Ce drainage est assez souvent difficile, parfois même impossible.

M. Lejars passe en revue les diverses observations qui ont été présentées.

Avec M. Hartmann il estime que le drainage de l'hépatique ne saurait, à lui seul, remplacer toutes les opérations sur les voies biliaires; mais pour bien des cas la cholédocotomie et le drainage de l'hépatique deviennent la règle. Il faut attendre pour juger des résultats définitifs.

Blessures de l'oreille par armes à feu. — M. Picqué fait un rapport sur un travail de M. Robert Picqué, relatif aux blessures de l'oreille par coup de feu. Cette question a été peu étudiée à la Société de chirurgie, deux observations ont été présentées en 1884 par M. Terrier, et depuis la Société est restée muette sur ce sujet. Il est vrai que les ouvrages classiques ont traité la question.

Dans ce rapport, M. Picqué n'envisagera que les coups de feu par petits projectiles, laissant de côté les plaies par armes de guerre qui, le plus souvent, sont des plaies pénétrantes intracraniennes. Jusqu'à présent, comme traitement, on s'en tenait à l'expectation. Un cas de Reverdin, dans lequel la carotide fut lésée au cours de l'intervention, a été l'objet d'un rapport de M. Berger.

Aujourd'hui l'intervention doit être le traitement de choix, et c'est en cela que l'observation de M. Robert Picqué est intéressante.

On peut admettre deux catégories de fractures de l'oreille par coups de feu, l'une dans laquelle la balle s'arrête dans l'oreille moyenne, contre la paroi interne, l'autre dans laquelle la balle pénètre dans l'oreille interne et peut atteindre la carotide ou pénétrer dans la fosse ptérigo-maxillaire ou bien encore suivre un trajet oblique en haut, traverser la caisse et pénétrer dans le crâne. Dans cette seconde catégorie, le trajet suivi et les lésions produites transforment ces plaies en plaies pénétrantes du crâne. D'autres fois, il y a des fissures multiples, un véritable éclatement du rocher qui peuvent avoir pour conséquence de mettre le rocher en com-

munication avec l'extérieur et avec la cavité cranienne, ce qui explique les complications : abcès, méningo-encéphalite, etc., qui peuvent se produire.

Ces conditions anatomiques conduisent au principe de l'intervention. Quelle doit être cette intervention? Le projectile ici n'a aucune valeur; ce qu'il faut obtenir, c'est la désinfection du trajet suivi par la balle. Autrefois on avait pour se guider l'appareil Trouvé, aujourd'hui on a la radiographie.

Quelles sont les voies d'accès qui permettent le mieux d'arriver sur le projectile? Il y en a deux, une antérieure ou antéauriculaire, l'autre postérieure ou rétro-auriculaire. M. Picqué a eu recours à la voie postérieure et l'a agrandie. Il découvre la mastoïde, la décolle, ouvre l'antre, arrive sur la pyramide et forme ainsi un vaste triangle dont la base est à la peau et le sommet à la pyramide. Il se ménage ainsi un large accès sur la caisse. Par la voie antérieure, décrite par Gangolphe, on abaisse, on écarte le pariétal et on arrive par cette voie.

Toutefois, avec le procédé de Gangolphe, on n'a pas d'accès sur la pyramide. M. Robert Picqué a agrandi cette voie antérieure comme son oncle, M. Picqué a agrandi la voie postérieure. Il luxe le condyle en avant et arrive ainsi aisément sur le pyramide, après un délabrement considérable. M. Picqué préfère à cette voie la voie postérieure telle qu'il l'a modifiée.

Plaie pénétrante du crâne par balle de revolver. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une observation adressée par M. Toussaint dans laquelle il s'agit d'une plaie du lobe temporal par balle de revolver. Un soldat du génie, âgé de vingt-huit ans, se tire une balle dans la tempe droite. Il tombe sans connaissance et reste dans un état subcomateux. Ses pupilles sont inégales. La trépanation est pratiquée séance tenante. On avait fait une injection préventive de sérum antitétanique. L'opération montra qu'il s'agissait d'une compression encéphalique par un épanchement sanguin. On fit un drainage prolongé de la plaie. Le blessé a parfaitement guéri.

Traitement de la parotidite. — M. MORESTIN présente une malade qui, à la suite d'une laparotomie pour suppuration pelvienne d'origine annexielle, a été prise d'une grave parotidite. M. Morestin la traita par l'expression répétée plusieurs fois par jour du canal de Sténon qui chaque fois donnait issue à une certaine quantité de muco-pus. Le résultat fut parfait et la guérison complète sans qu'il restât aucune cicatrice.

MM. DELBET, ROUTIER, HARTMANN, WALTHER et TUFFIER font observer qu'ils traitent toujours de cette façon les parotidites post-opératoires.

M. BROCA rappelle que Duplay a fait une leçon clinique, il y a bien longtemps, dans laquelle il établissait une distinction entre les grosses parotidites suppurées qu'il fallait ouvrir et les parotidites qu'on peut traiter par l'expression du canal de Sténon.

M. QUÉNU établit la même distinction; dans certains cas, il a dû inciser la parotidite latéralement; dans deux de ces cas, il s'agissait de parotidites, consécutives soit à des végétations adénoïdes, soit à une carie dentaire. Dans beaucoup de cas l'expression du canal de Sténon est le traitement de choix.

M. BAZY se joint à ses collègues pour reconnaître que le traitement des parotidites par l'expression de la glande et du canal de Sténon est classique.

M. MORESTIN est quelque peu surpris des protestations de ses collègues. Il n'a pas prétendu présenter une nouveauté, ni une invention géniale quelconque. Il a seulement voulu insister sur ce fait que la parotidite qu'il a ainsi traitée semblait vouée à une ou plusieurs incisions, comme cela a été fait récemment encore dans le service de M. Le Dentu où une parotidite semblable a été traitée par trois incisions qui laissent aujourd'hui de regrettables cicatrices.

Anévrisme traumatique du pli du coude. — M. POTHERAT présente un jeune homme, qui à la suite d'une chute de bicyclette fut atteint d'une tumeur anévrismale du pli du coude que M. Potherat traita par la dissection complète du sac, mais en s'appliquant à réséquer le moins possible l'artère et la veine. Le résultat est parfait.

Luxation complète du genou. — M. DELBET présente un jeune homme qui marche très bien, monte et descend très bien les escaliers. Or il s'agissait ici d'une luxation complète et irréductible du genou avec déchirure du triceps et de tous les ligaments. M. Delbet fit une très large arthrotomie. La guérison et la restitution fonctionnelle du membre sont parfaites.

M. REYNIER a observé un cas identique dans lequel il a aussi obtenu un très bon résultat constaté par M. Monod.

Kyste de l'utérus. — M. POTHERAT présente un utérus fibromateux qui portait un énorme kyste.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 4 AU 9 NOVEMBRE 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 4 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Lecène et Ombredanne; — (2e partie) : MM. Brissaud, Sicard et Lœper; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 5 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Quénu, Morestin et Lenormant; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Renon et Carnot; — (2e série) : MM. Hutinel, Claude et Nobécourt; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 6 novembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Gosset et Michon.

3e (1re partie, oral) : MM. Nicolas, Potocki et Proust; — (2e partie) : MM. Brissaud, Roger et Sicard.

1er (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Branca; — (2e série) : MM. Gley, Thiéry et Macaigne; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 7 novembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Auvray et Morestin.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Nicloux et Brumpt.

2e : MM. Prenant, Langlois et Desgrez.

4e (2e partie, oral) : MM. Dieulafoy, Renon et F. Bezançon.

1er (chirurgien-dentiste) : MM. Gley, Thiéry et Launois.

Vendredi 8 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Proust et Ombredanne; — (2e série) : MM. Segond, Pierre Duval et Lecène; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 9 novembre, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Brindeau et Jeannin; — M. Nicloux, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE CLINICAT. — *Médical :* M. Le Play, chef de clinique adjoint.

Médical infantile. — MM. Babonneix, chef de clinique titulaire, et Roger Voisin, chef de clinique adjoint.

MARINE. — M. le médecin de première classe Lowitz, du port de Toulon, a été nommé à l'emploi de professeur d'histologie et de physiologie à l'école annexe de médecine navale de Toulon, pour une période de cinq ans, à partir du 1er novembre 1907.

M. le médecin de première classe Cazeneuve, du port de Toulon, est désigné pour embarquer immédiatement sur le cuirassé *Masséna* dans la troisième division de réserve de l'escadre de la Méditerranée.

— Ont été admis, après concours, à l'école du service de santé de la marine à Bordeaux, les étudiants en médecine dont les noms suivent :

MM. Kervrann, Guay, Juhel, Fabri, Parcellier, Seguy, Rondet, Mazères, Louarn, Chauvel, Scouarnec, Pénissou, Pautet, Labernadie, Bablet, Le Bris, Rault, Chagnaud, Laborit, Vourch, Suldey, Laurence, Montel, Marmouget, Dissez, Adrien, Moracchini, Esquier, Flèche, Noël, Bérard, Agostini, Kérébel, Guy, Robin.

— Ont été nommés élèves du service de santé de la marine, les étudiants en médecine désignés ci-après qui ont déjà accompli une année de service militaire :

MM. Guay, Fabri, Séguy, Scouarnec, Bablet, Vourch, Montel, Dissez, Adrien, Flèche, Noël, Agostini, Guy, Hamet, Yver, Blazy, Le Jeune, Hédérer, Curet, Pichon, Thomas, Artur, Granié, Thiédu, Sicé, Solcard, Beauvallet, Hervier, Bizard, Alexandre, Henry, de Bourayne, Melchior, Decomis, Calvi, Robert, Franck, Cahuzac, Saporte, Léger, Huot, Commenge, Gaussen, Babin, Le Dentu et Gaudiche.

CONCOURS POUR LA NOMINATION D'UN INSPECTEUR DÉPARTEMENTAL DE L'HYGIÈNE. — Un concours est ouvert à Amiens pour le poste d'inspecteur départemental de l'hygiène dans le département de la Somme.

Les avantages attachés à cette fonction sont les suivants : 1° traitement fixe, 8000 francs; 2° remboursement des frais de déplacement à raison de 25 centimes par kilomètre.

Le concours aura lieu dans la seconde quinzaine du mois de décembre, à une date qui sera ultérieurement fixée.

La liste des candidats admis à prendre part au concours sera arrêtée le 15 novembre.

La date du concours sera fixée aussitôt après et avis en sera donné directement aux candidats agréés un mois au moins avant le concours.

MALADIES DU NEZ, DE LA GORGE, DES OREILLES, DE LA BOUCHE ET DU COU. — M. Pierre Sébileau, agrégé de la Faculté, chargé de cours, commencera son enseignement le lundi 2 décembre, dans son service de l'hôpital Lariboisière (nouveaux bâtiments), avec l'assistance de MM. Lombard, Caboche, Grivot, Gibert, Lemaître et les internes du service.

Cet enseignement sera gratuit.

Les élèves inscrits, après un mois d'instruction technique, seront admis pour trois mois à la consultation, sous le contrôle permanent des assistants directs.

Il leur sera ensuite délivré un certificat d'études.

Tous les médecins et tous les étudiants en médecine sont admis aux leçons cliniques. Cet enseignement clinique sera accompagné et suivi, autant que de besoin, de démonstrations anatomiques et d'un cours de médecine opératoire spéciale qui seront faits à l'Ecole d'anatomie et de chirurgie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

Distribution du travail. — Consultations : mardi, jeudi, samedi ; — Examen public des maladies par le chef : mardi, samedi ; — Leçon clinique hebdomadaire : mercredi ; — Opérations : lundi, vendredi ; — Végétations adénoïdes : jeudi.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 28 sept. 1907.) Edgar ZUNG : Nouvelles recherches sur la digestion de la viande crue et de la viande cuite chez le chien. — Martin HERMAN : Sur la pénétration du bacille tuberculeux à travers la paroi intestinale.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Oct. 1907.) BENON : L'alcoolisme à Paris. — MARTEL : Les abattoirs publics en France. — BROUARDEL : Les causes des attentats aux mœurs. — CHAVIGNY : Examen médico-légal des traumatismes du genou et de leurs conséquences au point de vue fonctionnel.

Archives d'électricité expérimentales et cliniques. — (N° 223, 10 oct.) BERGONIÉ, BROCA et FERRIÉ : Conservation de la pression artérielle de l'homme après l'application des courants de haute fréquence sous forme d'autoconduction. — BÉCLÈRE : Influence des rayons de Röntgen sur les tumeurs malignes.

Archives de médecine des enfants. — (N° 10, oct. 1907.) COMBY : Encéphalite aiguë chez les enfants. — FOURNIER : Trépanation de la mastoïde chez le nourrisson.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 10, oct. 1907.) COMTE : La rougeole et la rubéole distinguées par leurs caractères épidémiologiques. — LIBESSART : Contribution à l'étude de la thérapeutique par l'air surchauffé.

Archives générales de chirurgie. — (N° 3, sept.) NOVÉ-JOSSERAND et JACOD : De la mastoïdite chez le nourrisson. — LEROY : Les épiploïtes (*suite et fin*). — SOURDILLE : La lithiase rénale primitive.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 sept. 1907.) BLOCH-WORMSER : Traitement des hémorragies et écoulements hémorragiques d'origine génitale chez la femme. — ROCHARD : Tumeur de la rate pesant 2k500. Splénectomie. — DOMINICI : De l'application du radium en thérapeutique (*suite*). — AMAT : Les moustiques; leur évolution; leur prophylaxie. — (8 oct.) Albert ROBIN : Traitement d'un cas de pyélonéphrite compliquée de bronchite albuminurique. — (15 oct.) BLOCH-WORMSER : Traitement des hémorragies et écoulements hémorragiques d'origine génitale chez la femme (*suite*).

Bulletin médical. — (N° 78, 5 oct. 1907.) VALUDE : Les préjugés en ophtalmologie.

Écho médical du Nord. — (N° 40, 6 oct.) DELÉARDE, MINET et BRICOUT : Le traitement de la diphtérie par les injections massives de sérum antidiphtérique. — (N° 41, 13 oct.) CALMETTE : Les voies normales de pénétration du virus tuberculeux dans l'organisme. — (N° 42, 20 oct.) GAUDIER : Des transplantations nerveuses. — CALMETTE : Tuberculose pulmonaire d'origine intestinale et tuberculose pulmonaire d'origine respiratoire.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 102, 25 août.) Carlo TREVISANELLO : La neuroprine dans la thérapeutique de l'épilepsie et de la neurasthénie. — Spiro LIVIERATO : La façon dont se comportent les réflexes superficiels et profonds dans certaines affections aiguës. — Carlo GENNARI : La valeur de la méthode de Volhardt pour la détermination de la pepsine et de la trypsine dans l'estomac. — T. SILVESTRI et G. TOSATTI : Une fonction de la glande thyroïde encore peu étudiée. — Bruto MARIOTTI : Un cas rare de testicule triple. — (N° 105, 1er sept.) C. GUYOT : La complication de la leucémie et de l'infection tuberculeuse. — Prof. Claudio FERMI : Action immunisante de la substance cérébrale de certains animaux contre la rage. Pouvoir immunisant, lissicide et bactéricide de la cholestérine et de la licithine. — Prof. Carlo COLOMBO : L'action hygiénique curative des bains. — Domenico BRUNO : Un nouveau cholagogue, l'ovogal. — Ugo GIRONI : Un cas de kyste hydatique du cou. — (N° 108, 8 sept.) A. PARI : Les mouvements du diaphragme dans le pneumothorax. — ROMANELLI : Le pouvoir opsonique du sérum sanguin de sujets tuberculeux. — Licci POLIDORO : La thérapeutique iodique organo-minérale. — Giovanni MORFRINI : Le platine colloïdal dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Ferruccio BINDI : Péricardite exsudative traitée par la péricardistomie. — I. BRUCHI : Lipome du creux de la main. — (N° 111, 15 sept.) Prof. ALESSI : Le champ visuel chez les individus civilisés. — Pier-Francesco ARULLANI : Un cas d'apoplexie méningée traumatiqne. — Alberto MUGGIERO : Contribution à l'étude clinique de l'hématorachis. — Amedeo GASPARINI : Troubles de la sensibilité chez les tuberculeux. — Sebastiano CANNATA : Pseudo-colique néphrétique d'origine malarienne. — (N° 114, 22 sept.) Ettore TEDESCHI : Le réflexe dorso-cuboïdien du pied. — Carlo GALLIA : La présence de sensibilisatrices dans la sécrétion du chancre mou démontrée par la méthode de la déviation du complément. — C. FRONGIA : Etudes sur le favisme. — Donato DE FRANCESCO : A propos de certains modes de traitement opératoire de la hernie inguinale. — Carlo MARCHESE : La gélatine phéniquée pour la recherche des enzymes protéolytiques chez l'homme. — Francesco ANGELILLO : Un nouveau produit iodé, la saiodine. — L BOSELLINI : Le santyl comme antiblennorragique. — C. RUBINO : Sur un composé organique d'iode. Recherches cliniques et expérimentales. — G. CAVALLARO : Un cas d'emphysème par insufflation d'air chaud.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 40, 6 oct. 1907.) J. KUNTSLER : La rénovation du P. C. N. et les études médicales en 1908 (*suite*). — COURTIN : De l'ictère post-opératoire. — RAULIN : L'hygiène alimentaire des obèses. — LEMAIRE : Administration de l'atoxyl (anilarsinate de soude). — (N° 41, 13 oct.) KUNSTLER : La rénovation du P. C. N. et les études médicales en 1908 (*fin*). — LEMAIRE : Le vin de Trousseau ou diurétique de l'Hôtel-Dieu. Désaccord entre la préparation officielle et celles prescrites par les médecins. — GAUDUCHEAU : Culture d'une amibe dysentérique. — (N° 42, 20 oct.) MAGNE : Syphilis maligne précoce terminée par une méningite aiguë. — LEMAIRE : Diagnostic des éruptions médicamenteuses, rubéoliques et scarlatineuses par la diazo-réaction d'Ehrlich. — DELOU : La citarine dans le traitement de la goutte.

Journal des praticiens. — (N° 40, 5 oct. 1907.) KIRMISSON : L'invagination intestinale chez le nourrisson. — HUCHARD : Traitement des cardiopathies artérielles (*suite*).

Lyon médical. — (N° 39, 29 sept. 1907.) DURAND : L'exclusion des voies respiratoires dans l'ablation des cancers du pharynx et de la bouche. — BONNAMOUR et PETITJEAN : Un cas de méningite cérébro-spinale guéri et suivi de syndrome démentiel. — (N° 40, 6 oct.) NOVÉ-JOSSERAND et SARGNON : Double sténose cicatricielle infranchissable. — (N° 41, 13 sept.) PONCET et LERICHE : Tuberculose inflammatoire et rachitisme tardif. — LECLERC et ROUBIER : De la péritonite aiguë généralisée, envisagée surtout quant au traitement. — (N° 42, 20 oct.) LECLERC et ROUBIER : De la péritonite aiguë, généralisée, envisagée surtout quant au traitement (*suite*). — LÉPINE et FROMENT : Pneumonie sans hépatisation. — LAURENT : Tuberculose variqueuse du pouce.

OTITE; MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

ULCÉRATION DE LA CAROTIDE

CHEZ UN DIABÉTIQUE

HÉMORRAGIE. MORT

Par M. F. LABOURÉ (d'Amiens).

En juillet 1906, je suis appelé auprès d'un malade âgé de soixante-six ans, pour complications cérébrales survenues au cours d'une otite. C'est un diabétique de longue date et la dernière analyse, toute récente, a révélé 72 grammes de sucre pour les urines de vingt-quatre heures.

Il y a six semaines, au cours d'un coryza banal, il est pris de douleurs violentes de l'oreille droite avec bourdonnements. Le docteur Brémant, appelé le lendemain, prescrit des instillations de glycérine phéniquée et les jours suivants, l'otorrhée survenant, des bains locaux.

Après une amélioration momentanée, l'écoulement redouble et il y a trois ou quatre jours, les douleurs reviennent subitement plus violentes, profondes, persistantes, supprimant tout sommeil. La veille, le malade a eu quelques vomissements; la nuit précédente, insomnie et délire.

A l'examen local, je trouve des lésions de pharyngite ancienne, des cornets inférieurs hypertrophiés qui diminuent la perméabilité nasale. Le conduit auditif externe est encombré de pus. Il se renouvelle rapidement après les lavages. Séché au porte-coton on le voit s'écouler par une large perforation inférieure du tympan où se montrent de gros bourgeons. L'apophyse mastoïde est rouge, présente un réseau veineux sous-cutané très développé comme sur tout le reste de la figure, mais on ne perçoit pas de fluctuation ni même d'empâtement.

L'état général du malade est autrement altéré. La température est de 39°5. Le pouls est petit, irrégulier, bat à 140 pulsations environ. La respiration affecte le type de Cheynes-Stokes. Le malade est couché en chien de fusil, tourné vers le mur, fuyant la lumière, son lit est souillé de matières, par paralysie des sphincters. Les pupilles sont égales mais dilatées. Elles ne réagissent plus à la lumière. Les muscles du cou sont contracturés. Le signe de Kernig est positif.

On complète l'examen par la ponction lombaire qui ramène 10 centimètres cubes d'un liquide trouble et opalescent. Le liquide examiné par M. Hautefeuille a montré des polynucléaires et des pneumocoques.

L'ensemble des symptômes, le facies du patient déjà frappé par la mort, nous font porter un pronostic fatal, à brève échéance, la mort devant survenir du fait de l'extension des lésions cérébro-spinales.

Contre toute prévision, elle devait encore être précipitée par une complication redoutable : une hémorragie carotidienne.

En effet, nous avions à peine quitté notre malade depuis deux heures, qu'il est pris d'une violente épistaxis qui s'arrête brusquement, pour reprendre à nouveau à intervalles variables. Enfin, il s'éteint au début de la nuit, dans une dernière hémorragie plus considérable, rendant le sang par les narines et la bouche, inondant littéralement son lit.

La coïncidence, chez un diabétique, d'otite, de méningite cérébro-spinale et d'ulcération carotidienne, n'a pas encore été signalée. Il a manqué au cas présent le contrôle de l'autopsie, mais les caractères de l'hémorragie, ses arrêts brusques, ses reprises, l'abondance de l'otorrhée indiquent une évolution en profondeur des lésions, puisque la mastoïde restait saine, ne laissant aucun doute sur le point de départ de l'hémorragie.

L'otite avait été d'intensité faible; température, douleurs, soulagement de celle-ci quand le pus fit son apparition. Mais il est banal à présent de noter les complications craniennes les plus graves au cours d'otites bénignes. On peut incriminer le pneumocoque qui fut trouvé à l'examen du liquide céphalo-rachidien. L'examen du pus otitique n'a pas été fait, mais nous eût révélé des associations microbiennes, comme c'est l'habitude, quand le pus n'est pas recueilli avant la paracentèse du tympan.

La méningite, dans le cas présent, n'est apparue que six semaines après le début de l'otite; elle ne survient donc pas d'emblée, mais par le fait même de l'évolution sur place du processus infectieux. Non diabétique, notre malade échappait probablement à cette complication, comme à l'hémorragie carotidienne.

La méningite peut guérir spontanément. Nous avons même à présent un moyen sûr d'en connaître le pronostic, moyen signalé par Vidal récemment. Il consiste dans l'examen des polynucléaires du liquide céphalo-rachidien. S'ils sont déformés, altérés, présentant des figures de toutes sortes, ils indiquent un processus infectieux violent, et comportent un pronostic fatal. Au contraire, se présentent-ils tous avec leur aspect normal régulier, la méningite guérira.

L'hémorragie carotidienne est déjà une complication plus rare, puisqu'on n'en possède que 42 observations. Le plus souvent, on a affaire à une étiologie tuberculeuse. A. Poyet (1) l'a trouvée signalée 19 fois sur 33 cas où l'étiologie était signalée. Mais on ne note pas alors la coïncidence de méningite.

Ch. Jourdin (2) [de Dijon] a pu réunir dans sa monographie très complète des lésions du canal carotidien : 54 observations de lésions du canal avec ou sans hémorragie.

Cette ulcération au cours des otites moyennes s'explique par le voisinage de l'oreille moyenne et du canal carotidien. Ce canal est formé de deux portions : l'une plus longue horizontale est en rapport avec la base du crâne, l'autre plus courte, verticale, répond à la face antérieure de la caisse du tympan. Elle en est séparée par une lame de tissu compact

(1) G. Poyet, Ulcération tuberculeuse de la carotide, *Ann. des mal. du larynx*, avril 1902.

(2) Ch. Jourdin. Les lésions du canal carotidien, *Ann. des mal. du larynx*.

qui la défendrait assez bien, n'était la présence d'un canal qui fait communiquer les deux cavités et livre passage au nerf carotico-tympanique, branche antérieure du rameau de Jacobson qui s'épanouit sur la face labyrinthique de la caisse (fig. 1).

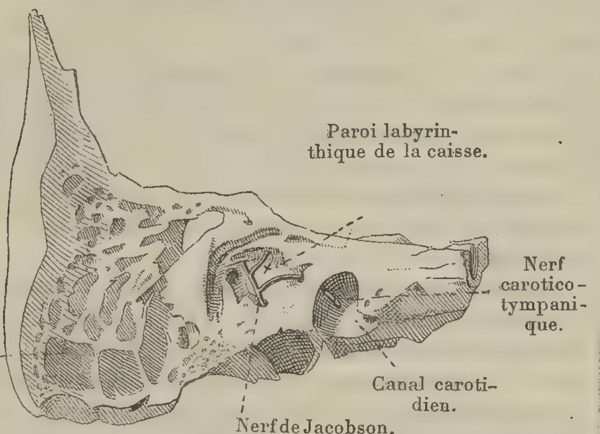


Fig. 1. — *On voit sur la figure : le nerf carotico-tympanique pénétrer de la caisse dans le canal carotidien, traçant la voie aux infections.*

Par son sommet, elle répond à la trompe osseuse dont la sépare une paroi très mince, paroi déhiscente. Ces rapports ont été mis en relief dans les figures ci-jointes par une coupe du rocher parallèle à son grand axe, passant par la caisse.

On peut y voir aussi que la paroi osseuse « présente, du côté de la caisse, de petites aspérités créant autant de cavités favorables à l'entretien d'une infection ».

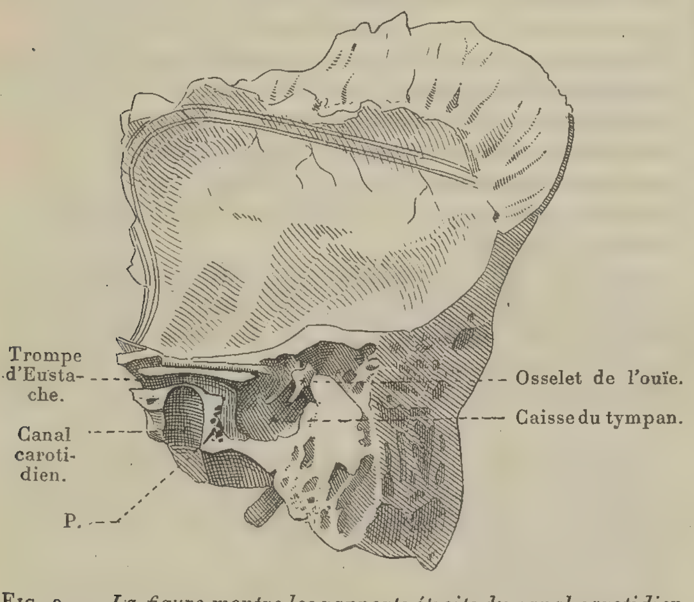


Fig. 2. — *La figure montre les rapports étroits du canal carotidien d'une part avec la caisse par sa face externe et postérieure, d'autre part avec la trompe par sa face supérieure. Au point P. on voit une foule d'aspérités et de dépressions qui amorcent l'ostéite sur la paroi carotidienne.*

Le siège le plus fréquent de la perforation est au sommet du coude carotidien, parce que, à ce niveau, toutes les conditions sont réunies pour la favoriser au maximum : faible épaisseur de la paroi qui favorise l'apparition de séquestres, choc direct de l'ondée sanguine. Notons encore, au passage, que tous les cas connus d'ulcération de la carotide appartiennent aux pays septentrionaux.

Ce qui détermine la nécrose du canal carotidien, c'est peut-être une certaine virulence du microbe, ce sont aussi des conditions anatomiques spéciales, mais ce sont surtout les lésions d'ordre général : tuberculose, syphilis, fièvres éruptives; plus rarement les cholécystéatomes et les tumeurs; ici le diabète.

Dans l'observation qui précède, les hémorragies se sont succédé rapidement pour aboutir à l'hémorragie finale qui a emporté le malade. Elle a eu lieu conséquemment par le nez et par la bouche, et point par le conduit auditif externe (Jourdin).

L'hémorragie est rarement mortelle d'emblée, elle s'arrête pour reprendre quelques jours ou quelques semaines plus tard, mais finit toujours par emporter le malade. Elle arrête brusquement pour récidiver toujours. Ce sont là les deux caractères propres qui tiennent aux conditions locales.

Il importerait d'en faire le diagnostic précoce par les signes prémonitoires et concomitants. Ce sont la douleur, la surdité, les vertiges; symptômes bien vagues à la vérité. On y pensera surtout après constatation de pulsations artérielles et transmission de ces pulsations au pus, l'évolution d'une otite sur un terrain tuberculeux, syphilitique ou cancéreux.

La cure radicale de l'otite en constitue le meilleur traitement préventif. Le traitement curatif, au moment de l'hémorragie, consistera dans la ligature de la carotide.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(IXe SESSION)

[*Paris, 14, 15, 16 octobre 1907* (1).]

Mercredi 16 octobre (soir).

La médication par l'argent colloïdal. — M. Iscovesco. Le rôle des colloïdes en biologie est considérable; il peut devenir très important en thérapeutique. L'introduction des colloïdes métalliques dans l'organisme donne déjà actuellement des résultats excellents. Entre l'emploi des métaux colloïdes obtenus par voie chimique et ceux obtenus par voie physique il n'est plus permis d'hésiter. Les premiers sont presque toujours impurs, instables et peuvent devenir dangereux; les colloïdes au contraire obtenus par voie électrique ont une composition fixe, sont purs, rigoureusement dosés et ont une action constante quand ils ont été préalablement stabilisés. Leurs propriétés bactéricides sont bien démontrées *in vivo* et *in vitro*, ainsi que leur heureuse influence sur les troubles de la nutrition. Bien absorbés, par injection intra-musculaire, ils parviennent souvent à juguler la maladie.

M. Netter met en valeur les propriétés catalytiques du collargol; il insiste sur la soudaineté des

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 120, p. 1431, et n° 121, p. 1443 et n° 122, p. 1455.

améliorations obtenues et préfère l'action du collargol à celle de l'argent électrolytique.

M. Chatin signale plusieurs observations d'infections variées guéries par simple friction au collargol.

M. Jousset pense que le collargol localise surtout son action sur l'intestin, le foie et le rein.

M. Triboulet. Il n'est plus permis aujourd'hui d'hésiter à employer le collargol. L'argent colloïdal, préparé extemporanément, est un merveilleux médicament. Il a des indications thérapeutiques précises. Il ne jugule pas une maladie aiguë, mais utilisé au moment opportun, c'est-à-dire lors de la crise leucocytaire, il intervient alors puissamment et empêche les complications secondaires. On peut dire que pratiquement il n'agit pas en pilules, potion ou injection sous-cutanée; il n'agit qu'en friction prolongée, mais surtout en injection intra-musculaire ou intraveineuse. Cette dernière est la méthode de choix. On peut injecter de 5 à 15 centigrammes par jour; on peut l'employer aussi en lavages pour les plaies infectées. Il n'y a pas d'effets toxiques connus.

M. Paul Petit signale un cas de péritonite aiguë, à forme septicémique, guérie par injection intraveineuse de collargol.

M. E. Weil rapporte un cas de guérison d'ictère grave, dans lequel le collargol semble avoir produit une excitation favorable des organes hématopoiétiques.

M. Etienne met en relief la tolérance remarquable des tissus pour le collargol et insiste sur la nécessité d'employer des doses répétées et prolongées.

Des modifications histologiques déterminées par le radium. — MM. Dominici et Barcat ont exposé la peau normale ou modifiée par divers états pathologiques au rayonnement du radium. Ils ont vu le derme et l'hypoderme remplacés par un tissu conjonctif embryonnaire, parcouru de capillaires énormes, mais sans phénomène inflammatoire : la peau acquiert ainsi la structure d'un angio-myxome embryonnaire, puis se transforme en un tissu cicatriciel à type de fibrome. La guérison de certains états inflammatoires et de certaines tumeurs par le radium ne résulte nullement de la destruction des tissus morbides par les rayons Becquerel et de la phagocytose de ces tissus par les macrophages. Elle est essentiellement liée à des modifications cellulaires commandées par des phénomènes physiques.

De l'application du radium à la thérapeutique interne. — M. Dominici indique les procédés d'utilisation des différents rayons émis par le radium, suivant leur degré de pénétration, pour la thérapeutique des affections articulaires ou viscérales. De bons résultats ont été obtenus de leur application dans les arthrites blennorragiques, la cystite, la lèpre, la tuberculose ganglionnaire et le squirrhe du sein.

Introduction électrolytique des médicaments. — M. Zimmern. L'ion médicamenteux introduit dans l'organisme par injection sous-cutanée s'élimine rapidement, alors que l'ion introduit par électrolyse s'élimine très lentement. Ce dernier cependant pénètre peu profondément et avec difficulté, il semble s'emmagasiner dans les couches superficielles des tissus. Aussi l'introduction thérapeutique des ions médicamenteux ne semble être qu'un accessoire de la galvanisation. C'est le courant galvanique qui agit surtout dans le métabolisme des humeurs, en déplaçant les ions du chlorure de sodium.

M. Deschamps (de Rennes) croit aussi à une action purement cinématique. L'électrolyse simple que produit le courant continu réussit à elle seule aussi bien que quand on lui ajoute des substances médicamenteuses.

Action thérapeutique du radium. — MM. de Beurmann, Wickam et Degrais. Le radium doit occuper dans la thérapeutique générale et dans la thérapeutique dermatologique une place importante. Par son emploi, nous avons pu guérir des épithéliomas cutanés, faire disparaître des douleurs névralgiques consécutives au zona, des prurits rebelles jusqu'alors avec lichénification de la peau, améliorer des eczémas chroniques et des parakératoses avec prurit. Le seul inconvénient observé a été parfois un peu de pigmentation cutanée qui disparaît d'ailleurs ultérieurement. La technique a été des plus simples, consistant dans l'emploi d'un disque de 6 centimètres de diamètre, contenant 20 centigrammes de sulfate de radium en poudre, d'activité 500 000.

M. Leredde. La radiothérapie agit aussi bien et aussi rapidement sur ces affections cutanées superficielles.

M. Dominici. Le dosage de la radio-activité du radium employé peut être fait avec une précision mathématique, globalement et surtout dans ses composants : radiations α, β, γ.

Action du radium sur un cas de mycosis fongoïde. — M. Rubens Duval présente l'intéressante observation d'un cas de mycosis à type lymphosarcomateux guéri par le radium. Il s'agissait de lésions multiples et étendues du thorax avec infiltration, tumeurs et ulcérations. Le traitement dura un mois environ. Rapidement les douleurs et le prurit disparurent, les ulcérations se cicatrisèrent, l'infiltration et les tumeurs disparurent. Des biopsies démonstratives, pratiquées avant et après le traitement, montrent nettement qu'il s'agissait bien d'un lymphosarcome typique et que ses cellules se sont peu à peu transformées en tissu fibreux.

Traitement de la syphilis. Nouvelles notes sur l'emploi thérapeutique de l'atoxyl. — M. Hallopeau insiste sur les résultats qu'il aurait obtenus dans les accidents syphilitiques au moyen de l'atoxyl. Il mentionne quelques heureux effets dans la tuberculose et dans la lèpre, avec cette médication.

M. Milian, après avoir expérimenté parallèlement chez des syphilitiques l'atoxyl et le mercure, conclut que : l'atoxyl guérit moins vite les accidents syphilitiques que ne le fait le mercure dans les conditions les plus ordinaires; que certains accidents sont rebelles à l'atoxyl et ne cèdent qu'au mercure. L'auteur a expérimenté comparativement la toxicité de l'atoxyl et de l'arséniate de soude et a vu que le premier était environ quatre fois plus toxique que le second. Chez l'homme il a obtenu des effets aussi

heureux avec l'arséniate qu'avec l'atoxyl, et il conclut que ce dernier étant inférieur à l'arséniate de soude en général, l'est par conséquent beaucoup plus encore au mercure dans la syphilis.

M. VEDEL n'a obtenu, avec l'atoxyl, que des résultats à peu près nuls dans le traitement de la syphilis, aussi bien dans les accidents de la période secondaire que dans ceux de la période tertiaire.

M. RÉNON n'a pas, dans la tuberculose, observé de résultats favorables par l'emploi de la médication atoxylique.

Inutilité des controverses sur les formules suggestion et persuasion. — M. P.-E. LÉVY montre que l'opposition entre ces deux termes est arbitraire et que le vrai terrain de la psychothérapie est l'éducation rationnelle de la volonté. La persuasion n'est qu'un des moyens de ce traitement éducateur.

Traitement des névralgies faciales dites secondaires par les injections d'alcool. — MM. BRISSAUD et SICARD ont pratiqué des injections d'alcool à 80 degrés au niveau des trous ovale, sous-orbitaire et sus-orbitaire pour des douleurs névralgiques secondaires à des tumeurs de la face. L'injection réussit et fut suivie d'anesthésie dans le domaine cutané tributaire du tronc nerveux injecté.

La méthodicité dans les applications électrothérapiques. — M. LAQUERRIÈRE montre que chaque modalité électrique forme un agent particulier, ayant des propriétés physiques, physiologiques et thérapeutiques ne permettant de la confondre avec aucune autre. Un même courant appliqué de façon différente devient un médicament différent; appliqué de même façon il donne des effets divers suivant l'état préalable du sujet. Il y a donc lieu de considérer, non pas une électricité, mais des procédés électriques qui n'ont de valeur thérapeutique que s'ils sont bien appliqués.

Paralysies spasmodiques primitives et secondaires. Origine et traitement. — M. Maurice FAURE (de La Malou). Le type des contractures primitives est réalisé par les paraplégies spasmodiques d'emblée. L'origine de la spasmodicité est tout entière dans la lésion centrale. Malgré leur caractère de permanence et même d'incurabilité, ces contractures peuvent être vaincues ou très améliorées par plusieurs semaines ou plusieurs mois d'exercices passifs et de mobilisation méthodique. Le type des contractures secondaires est réalisé dans l'hémiplégie à un stade avancé, par le fait des modifications de la nutrition résultant de l'immobilité.

Ici encore la mobilisation méthodique peut vaincre la contracture et même empêcher son apparition, si elle est pratiquée dès le début.

Le traitement mercuriel chez les tabétiques. — M. Maurice FAURE. Le mercure est mal toléré et peut aggraver les tabétiques atteints d'une intoxication ou d'une infection concomitante. Il est utile chez ceux qui, n'ayant point ces contre-indications, présentent des accidents nouveaux ou des symptômes déjà anciens, mais en voie de progression. Il est inutile et généralement indifférent chez les tabétiques dont les symptômes, depuis longtemps fixés, ne paraissent subir ni régression ni progression.

Varicosités généralisées et symétriques chez une tabétique. — MM. Paul SAINTON et Jean FERRAND apportent une observation intéressante de troubles trophiques veineux chez une tabétique : la peau était couverte de varicosités nombreuses, très petites, donnant l'impression de la couperose des cirrhotiques, elles n'étaient pas uniformément réparties, mais occupaient une topographie des plus curieuses.

Au tronc elles se voyaient aux deux régions mammaires; aux membres supérieurs et aux membres inférieurs, elles formaient des bandes allongées et symétriques sur les régions externes et internes laissant la partie médiane absolument normale. Cette topographie radiculaire de troubles trophiques veineux est des plus rares; les auteurs n'hésitent pas à affirmer l'origine nerveuse de ces troubles dans la circulation veineuse et à les rattacher au tabès.

L'insuffisance hypophysaire et la myocardite. — MM. L. RÉNON et Arthur DELILLE. Les sécrétions de l'hypophyse ont une action intéressante sur l'appareil cardio-vasculaire. Nous avons pu, dans la tuberculose, la fièvre typhoïde, la diphtérie, la pneumonie, la grippe esquisser un syndrome d'insuffisance hypophysaire, caractérisé par l'hypotension artérielle, l'accélération du pouls, la diminution de la quantité des urines, syndrome disparaissant sous l'influence de l'opothérapie hypophysaire. Certains signes de cette insuffisance hypophysaire se retrouvent dans l'étude clinique des myocardites toxi-infectieuses et feraient considérer l'extrait d'hypophyse comme un médicament cardiaque. Chez un de nos malades, atteint de myocardite typhique, la guérison s'effectua par l'opothérapie hypophysaire. Des résultats analogues ont été obtenus par M. Parisot. De nombreux travaux ont montré d'une part les modifications profondes de l'hypophyse au cours des infections, de l'autre, l'absence de lésions du myocarde dans des cas présentant quelques symptômes de myocardite.

Il nous semble légitime de se demander si, parmi les faits cliniques interprétés comme des myocardites, au cours des toxi-infections, quelques-uns ne relèveraient pas simplement d'une insuffisance hypophysaire.

Sur le traitement du rhumatisme blennorragique par la méthode de Bier. — M. P. HARVIER rapporte les excellents résultats obtenus par la méthode de Bier dans le traitement de huit cas de rhumatisme blennorragique qui comprennent : deux cas de rhumatisme aigu polyarticulaire, un cas d'hydarthrose subaiguë, trois cas d'arthralgies multiples et deux cas d'ankylose complète.

La méthode de Bier exerce une triple action analgésique, résolutive et antithermique. Dans les formes aiguës ou subaiguës, la suppression immédiate de la douleur après l'application de la bande élastique permet la pratique précoce de la mobilisation et prévient ainsi les raideurs articulaires. Dans les formes chroniques avec ankylose, l'action résolutive paraît évidente.

Sérothérapie de la dysenterie bacillaire. — M. Dopter relate 173 cas nouveaux de dysenterie bacillaire traités par le sérum antidysentérique. Il n'a eu que deux décès à enregistrer. Les symptômes ont toujours été atténués et la guérison fut rapide dans tous les autres cas ; les rechutes furent rares.

L'auteur recommande de faire les injections aussi précoces que possible et d'injecter des doses suffisantes, variables avec la gravité du cas. Dans les cas graves la dose de 20 centimètres cubes doit être renouvelée chaque jour jusqu'à la détente des accidents morbides.

Un nouveau sporothrix pathogène. — MM. Legry et Nattan-Larrier ont isolé un nouveau sporothrix chez un malade venu de la Guyane.

Cet organisme diffère par ses propriétés tinctoriales et par ses cultures de celui de de Beurmann. Les lésions qu'il produisait ne guérirent pas par l'iodure de potassium, mais seulement par l'extirpation chirurgicale.

— Le prochain Congrès aura lieu en 1908 à Genève, sous la présidence de M. d'Espine, et la vice présidence de MM. Gautier (de Genève) et Landouzy.

Les sujets de rapports proposés sont les suivants : « Formes cliniques de l'artério-sclérose. — Pathogénie des états neurasthéniques. — Traitement de la lithiase biliaire »

Souhaitons à la session prochaine le même succès qu'a remporté celle qui vient de finir, succès justifié par son organisation parfaite et assuré par le dévouement et l'amabilité des secrétaires généraux, MM. Fernand Bezançon et V. Griffon.

P. CAMUS.

MÉDECINE PRATIQUE

ACTION HYGIÉNIQUE ET CURATIVE DES BAINS (1).

Dans son rapport officiel, le professeur Carlo Colombo, après avoir rappelé le rôle important de suppléance que joue la peau vis-à-vis des reins pour l'élimination des substances toxiques, expose les conclusions suivantes. Il y a deux catégories de moyens pour stimuler la fonction éliminatrice cutanée en réactivant la circulation périphérique, à savoir les stimulants *directs* et les stimulants *indirects*. Les stimulants directs comprennent toutes les formes de bains *chauds*, qu'on ait recours à l'eau, à la vapeur, à l'air chaud. La chaleur dilate le réseau vasculaire périphérique, augmente l'afflux sanguin vers la peau et les glandes sudoripares et provoque une sudation abondante. L'action fondamentale de ces bains sur la circulation est d'abaisser la tension sanguine et d'activer sans secousses la circulation, la respiration et les phénomènes métaboliques de nutrition.

Les stimulants indirects sont constitués par toutes les pratiques hydrothérapiques *froides*, telles que bains et immersions dans la mer, dans les cours d'eau, les piscines, les baquets, ou encore que les diverses formes de douches ou d'aspersion, etc. La stimulation froide produit une constriction plus ou moins grande du réseau vasculaire périphérique et cutané. A cette constriction, succède chez les individus jeunes et vigoureux ou chez ceux qui sont entraînés à ces pratiques une réaction plus ou moins rapide avec vaso-dilatation périphérique, afflux plus actif du sang vers la peau et fonctionnement plus intense des glandes sudoripares. Ces phénomènes s'accompagnent d'une excitation violente de toute la circulation, de la respiration, de la nutrition et des échanges organiques ; il s'y ajoute constamment une excitation correspondante du système nerveux.

(1) XIV[e] Congrès international d'hygiène et de démographie de Berlin, section II.

Le premier stade s'accompagne d'une forte élévation de la pression sanguine et qui dure plus ou moins longtemps selon que la réaction se produit plus ou moins vite. Cette dernière peut tarder beaucoup à apparaître ou même manquer complètement et, dans ce dernier cas, le fonctionnement de la peau n'a pas lieu.

Il résulte de ce qui précède que les pratiques balnéaires chaudes sont indiquées chez les personnes faibles, avancées en âge, à réaction circulatoire peu intense; on les utilisera encore lorsqu'on craint de provoquer une trop grande élévation de la pression sanguine, chez les artério-scléreux par exemple, ou si l'on veut éviter d'exciter trop violemment le système nerveux. Elles sont indiquées enfin lorsqu'il existe une insuffisance rénale qui peut faire songer à une artério-sclérose en voie d'évolution.

Les formes balnéaires froides sont au contraire indiquées chez tous les individus jeunes, à artères souples, dont le cœur est solide et chez qui la réaction est rapide. On n'aura pas non plus à craindre chez eux de surexciter le système nerveux ni de surélever la tension sanguine.

Entre les limites extrêmes de ces deux indications, le sens clinique du médecin lui permettra de choisir, pour les individus qui n'appartiennent complètement ni à l'un ni à l'autre des deux groupements schématiques, les formes intermédiaires de balnéation s'appliquant à leur tempérament. Tels sont les bains tièdes, à température graduellement refroidie, les douches écossaises, etc. A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1907)

Radiographies. — Parmi les pièces de la correspondance nous signalerons une lettre de M. le ministre de l'Intérieur qui demande à l'Académie de lui faire connaître son opinion sur la radiographie considérée au point de vue médico-légal. (Renvoi à une Commission composée de M. Chauveau, président de l'Académie, M. le secrétaire perpétuel pour les sciences physiques, MM. les membres des sections de physique et de médecine et de M. E. Roux.)

L'anilarsinate de soude dans la syphilis. — M. Laveran présente une note de M. Paul Salmon sur ce sujet. En 1863, Béchamp publiait une note sur la formation d'un anilide de l'acide arsénique. L'anilarsinate de soude de Béchamp serait identique au produit désigné sous le nom d'atoxyl. On a obtenu l'atoxyl ou poudre amorphe et plus récemment en sel cristallisé. Il était intéressant de comparer les propriétés de ces deux sels. Il n'y a aucune différence au point de vue de la composition chimique. M. Salmon a recherché si les réac-

tions physiologiques permettraient de faire une distinction entre l'atoxyl A (amorphe) et l'atoxyl C (cristallisé). Ces expériences n'ont pas confirmé l'opinion d'Hallopeau d'après lequel l'atoxyl A serait impur et toxique, comparé à une autre préparation, atoxyl français ou atoxyl B. Dans ce travail M. Salmon ne s'occupe donc que de la comparaison de l'atoxyl A avec l'atoxyl C.

Cliniquement sur l'homme, il a observé une égalité d'action thérapeutique de A et de C, les mêmes effets curatifs, constants, rapides, spécifiques sur les divers syphilomes.

Il était intéressant de savoir si le sel cristallisé, pur, se montrerait moins toxique que le sel non cristallisé. Des expériences sur les souris, les lapins ont montré que ces animaux résistaient mieux à C. Chez les rats blancs, les singes macaques, on n'a pas constaté de différence entre les deux sels.

L'intoxication atoxylique se manifeste chez l'animal par des accidents médullaires toujours semblables, accidents qui n'ont jamais été constatés chez l'homme. Chez les malades atteints de la maladie du sommeil, des doses fortes et prolongées ont amené des atrophies du nerf optique. Cet accident n'a jamais été constaté chez les syphilitiques.

M. Salmon a cherché à se rendre compte, dans les nombreuses applications qu'il a faites de l'atoxyl chez les syphilitiques, des phénomènes d'intolérance.

De ces expériences, il résulterait une légère différence en faveur du sel cristallisé.

En résumé, le chiffre de toxicité de 12 p. 100, pouvant être aisément réduit à 10 p. 100, montre que l'atoxyl, bien supporté par la grande majorité des individus, mérite de prendre place dans la thérapeutique.

Si l'arsenic, au même titre que le mercure, exige pour être manié certaines précautions, l'anilarsinate de soude, par ses propriétés curatives dans les lésions syphilitiques, par sa toxicité réduite et l'absence d'accidents graves d'intolérance, par l'absence de réactions locales et de douleur au point de l'injection, présente de grands avantages pour le traitement de la syphilis.

Des causes des crises trypanolytiques et des rechutes qui les suivent. — Une note de M. Massaglia, présentée par M. Laveran, se termine par les conclusions suivantes :

Il paraît ressortir des expériences *in vitro* que les crises trypanolytiques sont dues à la formation d'anticorps dans le sang des cobayes infectés de trypanosomes; des parasites en petit nombre échappent à la destruction, parce qu'ils s'accoutument à l'action des anticorps; ce sont ces parasites qui donnent lieu aux rechutes; comme les parasites s'accoutument de mieux en mieux aux anticorps, on comprend que les crises trypanolitiques quand elles se répètent soient de moins en moins marquées.

Si le sérum de cobaye infecté de Surra, recueilli pendant la crise, n'a pas d'effet apparent sur l'évolution de la même maladie chez les souris, c'est probablement parce que les doses de sérum injectées aux souris sont insuffisantes et que les anticorps injectés avec le sérum sont rapidement éliminés, ce qui ne leur permet pas d'agir *in vivo* comme *in vitro*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 26 octobre 1907)

Paroxysmes douloureux abdominaux au cours du purpura. — MM. Guinon et Vielliard. Il existe précédant ou accompagnant le purpura, des crises douloureuses abdominales de caractères spéciaux, surtout intéressantes par les erreurs de diagnostic auxquelles elles peuvent donner lieu.

C'est par excellence le fait du purpura dit rhumatoïde ou exanthématique de présenter ces crises. On ne les rencontre pas dans les autres formes de purpura : purpura infectieux, purpura fulminans, maladie de Werlhof. On les observe donc surtout chez les sujets prédisposés au purpura rhumatoïde, les enfants et les jeunes gens.

Elles donnent au purpura rhumatoïde une allure particulière (forme gastro-intestinale ou pseudo-péritonéale). On sait que le purpura rhumatoïde est caractérisé par la triade de Schönlein : 1° éruption cutanée purpurique; 2° arthralgies, œdèmes articulaires, etc.; 3° troubles gastro-intestinaux. Le troisième terme est dans les cas ordinaires insignifiant. C'est lui qui passe au premier plan dans la forme accompagnée de crises gastro-intestinales, constitué habituellement lui-même par une triade symptomatique : 1° les douleurs abdominales violentes souvent d'une intensité extraordinaire; 2° les vomissements fréquents ou même incoercibles, souvent porracés ou teintés de sang, quelquefois fécaloïdes; 3° les selles sanglantes, dysentériformes. Ces trois symptômes sont d'allure paroxystique, commençant et cessant brusquement. Dans certains cas, la diarrhée sanglante est remplacée par une constipation opiniâtre.

A côté des trois symptômes primordiaux, il y a d'autres signes plus inconstants (facies abdominal, ventre rétracté ou météorisé, pouls péritonéal) contribuant quand ils existent à accentuer la ressemblance avec les affections à syndrome péritonéo-abdominal. Les crises gastro-intestinales ont à un haut degré le caractère d'être récidivantes pendant des semaines, des mois, des années même.

Elles coïncident avec l'éruption cutanée ou la précèdent de plusieurs heures, quelquefois de plusieurs jours. Peut-être y a-t-il des crises de même nature sans purpura cutané. Généralement, malgré l'apparente gravité de ces accidents, le malade guérit; cependant on a pu noter à leur suite deux rares, mais graves complications : 1° la péritonite par perforation; 2° l'invagination intestinale. Le diagnostic ordinairement assez aisé devient dans certains cas d'une extraordinaire difficulté, surtout quand la crise précède de longtemps l'exanthème purpurique. Elle simule des affections médicales comme la colique de plomb, la colique hépatique, les empoisonnements et des affections chirurgicales comme l'appendicite, la péritonite par perforation gastrique ou appendiculaire, l'occlusion intestinale et surtout l'invagination intestinale à cause des selles sanguinolentes, diagnostic d'autant plus difficile que cette dernière affection peut se rencontrer réellement au cours du purpura. Ces phénomènes ont provoqué plusieurs fois des laparotomies inutiles.

La pathogénie des accidents est encore obscure. Pour les expliquer, deux théories sont en présence : 1° le purpura intestinal et péritonéal, les hémorragies dans l'épaisseur de l'intestin (dont la réalité est démontrée par quelques autopsies et laparotomies); 2° la lésion nerveuse de nature probablement toxi-infectieuse ayant son siège dans la moelle (M. Faisans, etc.), ou dans le sympathique (Couty, etc.) Chacune de ces théories a des arguments séduisants. Il est impossible actuellement de prendre parti.

Gommes sporotrichosiques cutanées avec végétations laryngées de même nature. — MM. de Beurmann, Brodier et Gastou présentent une malade atteinte de gommes souscutanées, disséminées, provoquées par le sporotrichum Beur-

manni. Ce cas, analogue à ceux déjà décrits, offre la particularité spéciale de l'existence de végétations ayant la structure des lésions sporotrichosiques, végétations qui cultivées, ont donné des cultures pures de sporotrichum.

Un autre point important de ce cas est relatif à la profession de la malade qui depuis des années vend de la salade et en fait une assez grande consommation dans son alimentation. Or, en mettant des feuilles de la salade qu'elle vend dans les conditions de développement du sporotrichum, ce champignon a poussé en même temps que d'autres espèces mycéliennes et microbiennes. Expérimentalement il a d'ailleurs été reconnu à propos de ce cas que le sporotrichum cultivait sur la salade.

Les auteurs attirent l'attention sur la nécessité, pour le diagnostic de la sporotrichose, de cultiver le pus des abcès ou les lésions suspectes sur des milieux maltosés et gélosés, dans des tubes non encapuchonnés et laissés à la température du laboratoire. La culture seule dans ces conditions permet d'affirmer le diagnostic de sporotrichose.

Accidents épileptiques et hémiplégiques survenus dans la période d'état de la fièvre typhoïde. — M. Barié rapporte l'observation d'une malade qui au cours d'une fièvre typhoïde fut prise de crises épileptiformes à la suite desquelles s'installèrent une paralysie du bras gauche et une parésie du membre inférieur gauche, avec signe de Babinski. Deux ponctions lombaires furent pratiquées et demeurèrent négatives, de même que resta sans résultat l'examen bactériologique direct. Ces désordres disparurent peu à peu, et la malade quitta l'hôpital guérie. L'auteur croit à la survenue d'une lésion corticale légère et superficielle.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(séance du 18 octobre 1907)

La législation militaire concernant les gratifications et pensions de réforme. — *Discussion.* — M. Dubrulle (de Lyon) estime qu'il serait utile de modifier la classification ministérielle des infirmités ouvrant des droits aux pensions de réforme en tenant compte pour chacune d'elles du degré d'invalidité correspondant.

M. Hornus (de Montauban) étudie la tuberculose viscérale dans l'armée au point de vue des droits qu'elle peut ouvrir à ceux qui en sont atteints aux pensions et gratifications de réforme.

M. Janot (d'Orléans) estime que pour les hommes du contingent on ne saurait incriminer les fatigues du service et que les cas de tuberculose qui se manifestent sont dus au réveil de foyers latents et ne sauraient par suite ouvrir des droits à une indemnité.

C'est aussi l'opinion de M. Jaubert (de Bayonne) qui pense que le service de deux ans est trop court pour qu'on puisse incriminer comme causes de la tuberculose les fatigues et intempéries auxquelles il expose; mais par contre sous leur influence la tuberculose peut s'aggraver et dans ce cas, même lorsqu'elle est antérieure à l'incorporation, il y a lieu d'accorder une indemnité.

MM. Simonin, Sacquépée, Chavigny, Lemoine (de Paris) sont d'avis que le soldat est beaucoup plus exposé que l'ouvrier et le paysan aux intempéries et au surmenage qui sont la cause fréquente de manifestations tuberculeuses qui n'auraient peut-être pas évolué en dehors du service militaire; le rôle de la prédisposition constitutionnelle ne saurait dans ces conditions s'opposer à l'indemnisation même quand il s'agit des hommes du contingent.

Communications diverses. — M. Tanton (de Paris) expose les méfaits de la **blennorragie chronique** et montre l'importance du traitement de l'urétrite chronique au point de vue de la blennorragie.

M. Gauthier (de Cherchell) présente une observation de **corps étrangers du pharynx** ayant traversé le larynx de part en part et extrait par la face antérieure du cou. Guérison.

M. Dubujadoux (de Châlons) communique une observation de **section au poignet gauche** par un fragment de verre **du paquet vasculo-nerveux** (artère cubitale et nerf cubital) et des tendons fléchisseurs superficiels et profonds des trois derniers doigts du palmaire grêle et du cubital antérieur. Suture et retour ad integrum des fonctions physiologiques de ces organes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 26 octobre 1907)

Ophtalmo et cuti-réaction dans la tuberculose expérimentale du lapin. — MM. P. Nobécourt et Ch. Mantoux, après avoir infecté des lapins par voie sous-cutanée, intrapéritonéale, intra-veineuse, intra-stomacale, avec des doses différentes de bacilles, ont recherché chez eux la cuti et l'ophtalmo-réaction.

La cuti-réaction s'est montrée constamment négative, l'ophtalmo-réaction très inconstante. Elle a pu, chez un même animal, apparaître, disparaître, pour réapparaître ensuite. Chez des animaux placés dans les mêmes conditions expérimentales, elle a été tantôt négative, tantôt positive.

Sur 15 animaux, l'ophtalmo-réaction n'a été positive que 7 fois, 4 fois chez 2 lapins sur 3 inoculés sous la peau, 2 fois chez 2 lapins sur 3 inoculés dans le péritoine, 1 fois sur 6 lapins inoculés dans les veines.

Quant aux 3 lapins ayant reçu la culture dans l'estomac, aucun n'a réagi.

Toujours légère, elle est surtout apparue chez les animaux infectés d'une façon bénigne sans qu'il y ait eu là une règle absolue.

Etudes sur la phonation. — M. Gellé, au moyen d'un manomètre adapté à la narine, étudie le mouvement de l'air expiré pendant la phonation. Il met ainsi en évidence l'existence fréquente de la communication du pharynx et des fosses nasales à travers l'oricavum (*os*, *oris*, bouche du cavum) ouvert.

Le voile du palais ne ferme cet orifice que pour l'émission de voyelles pures, dites la bouche grande ouverte. Dès que celle-ci se rétrécit, la voie nasale s'ouvre; et le courant phonateur traverse et fait résonner les cavités nasales. En augmentant, par une insufflation d'air dans la cavité buccale et la gorge, la pression de l'air expiré en parlant, l'auteur a vu le liquide expulsé du tube manométrique; signe de l'ouverture de l'oricavum, même au moment de l'émission de A, qui ouvre si bien la bouche; A est de toutes les voyelles la plus rebelle aux efforts faits pour déceler cette communication naso-pharyngienne pendant la phonation.

Vaccination antidysentérique expérimentale. — M. Dopter. Les petits animaux de laboratoire supportent mal les ino-

culations de bacilles dysentériques destinées à les vacciner. Avec les doses minimes on peut cependant obtenir la résistance ultérieure à la dose mortelle; mais l'immunité ainsi acquise ne se manifeste que vers le douzième ou le quinzième jour; de plus, avant ce délai, pendant que l'animal prépare son immunisation, il est plus sensible que les témoins à l'épreuve mortelle.

Pour obvier à cet inconvénient, M. Dopter a préparé un vaccin avec des bacilles dysentériques sensibilisés par le procédé de Besredka : des bacilles tués par la chaleur, à 60 degrés, pendant une heure, sont desséchés par le vide; on les émulsionne dans un sérum antidysentérique non chauffé, très agglutinant; on laisse reposer le mélange pendant douze heures. Au bout de ce temps, on décante le sérum qui surnage au-dessus du dépôt de microbes; on lave à trois reprises pour se débarrasser de l'excès de sérum. Les bacilles ainsi obtenus sont sensibilisés; ils constituent le vaccin.

Ce vaccin antidysentérique est injecté à des souris de 20 grammes à la dose de 0g0005, soit dix doses mortelles; les animaux gardent les apparences de la santé. On les inocule ensuite à divers intervalles avec la dose mortelle de culture vivante sur agar; les souris vaccinées depuis un et deux jours succombent en même temps que les témoins ou après eux; vaccinées depuis trois jours, elles meurent dans la proportion de 50 p. 100; celles qui sont vaccinées depuis quatre jours résistent. Par conséquent :

1° Le vaccin par bacilles sensibilisés est infiniment moins toxique que les bacilles seuls;

2° Il confère l'immunité au bout de quatre jours, et l'immunité est plus durable qu'avec les bacilles seuls;

3° Pendant que l'animal prépare son immunisation, il n'est pas plus sensible que les témoins à l'épreuve mortelle.

Autres communications :

Influence de la tuberculine sur la phagocytose « in vivo » du bacille tuberculeux. — MM. Calmette, Breton et Petit.

Notes sur la cellulle de Kuppfer et ses modifications dans certaines conditions expérimentales. — M. M. Nathan.

Le tuberculin-test de Calmette et la tuberculine de l'Institut Pasteur, employés pour l'oculo-réaction. — M. J. Lemaire.

Ophtalmo-réaction en psychiâtrie. — M J. Lépine.

L'action des sucs digestifs n'est pas indispensable pour la mise en liberté de l'embryon hexacanthe échinocoque. — M. F. Dévé.

Élimination du plomb dans ses rapports avec l'état des reins. — MM. Meillière et Pettit.

Apparition des précipitines dans le sang consécutivement à l'inoculation du sérum normal par la voie stomacale. — M. Cantacuzène.

Valeur diurétique comparée du sérum artificiel ordinaire et des solutions de sucres isotoniques employées comme sérums chlorurés. — M. Fleig.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau traité de chirurgie (1) publié sous la direction de MM. A. Le Dentu et Pierre Delbet. — *Maladies chirurgicales de la peau*, par J.-L. Faure.

L'auteur étudie dans un premier chapitre les infections de la peau et de ses annexes : érysipèle, furoncle, anthrax, bouton d'Orient, tuberculose cutanée.

Il s'occupe dans une deuxième partie des lésions organiques : durillons, cors, verrues, cornes, tumeurs diverses de la peau. Il passe ensuite en revue les lésions des appareils glandulaires, annexés à la peau, du tissu cellulaire souscutané et termine par l'étude des affections causées par des parasites non microbiens : éléphantiasis et dracunculose.

M. J.-L. Faure a su, dans cette partie de la pathologie où la dermatologie voisine de si près avec la chirurgie, faire la part de chacune d'elles, en exposant cependant rapidement les affections qui sont sur la limite ou empiètent sur les deux.

Nous retrouvons dans ce fascicule, avec l'indication et l'appréciation des plus nouvelles méthodes de traitement : rayons Röntgen, etc., la clarté de l'exposition et la précision du style qui sont la caractéristique de l'enseignement de M. J.-L. Faure. ÉTIENNE LE SOURD.

(1) In-8. Fascicule 3. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Eléments d'obstétrique (1), par le docteur V. Wallich, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Il est des livres dont on a plaisir à dire du bien et dont on craint même de n'en pas assez dire. L'ouvrage de M. Wallich est de ceux-là et comme aucun lien de camaraderie ni d'amitié ne m'unit à l'auteur, c'est en toute conscience que je puis affirmer avoir rarement rencontré autant de connaissances résumées avec autant de clarté sous un si petit volume. Et quand je parle de résumé je n'entends point par là qu'il s'agit d'un de ces abrégés des grands traités où l'on trouve surtout des têtes de chapitres suivies de quelques détails plus ou moins bien unis entre eux; non, le livre de M. Wallich est un véritable traité lui-même, mais où sont exposés seulement les faits et les notions importants et bien acquis. Tout cela est présenté avec une logique et une limpidité parfaites, aussi bien les phénomènes physiologiques de l'accouchement que les détails techniques des actes de l'accoucheur, depuis les manœuvres les plus simples jusqu'aux grandes interventions obstétricales.

L'idéal pour un livre comme celui-ci est de rendre les gros ouvrages d'obstétrique inutiles pour tout autre que les spécialistes. Les étudiants et les praticiens qui liront l'œuvre de M. Wallich s'apercevront bien vite que ce but est atteint.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Enseignements médicaux de la guerre russo-japonaise (2), par le docteur Matignon.

M. Matignon relate dans son nouvel ouvrage des renseignements du plus haut intérêt qu'il a recueillis en Mandchourie et au Japon, lors de la guerre russo-japonaise.

Il étudie avec force détails ce qu'a été l'hygiène générale du soldat japonais dans sa vie journalière comme aussi dans les situations critiques qu'il a pu traverser. En toutes circonstances, c'est cette hygiène qui semble avoir été le souci dominant dans toute la campagne. L'auteur envisage tout particulièrement l'alimentation, puis l'habillement, l'équipement, la propreté corporelle, etc.

Dans une deuxième partie, M. Matignon fait une étude très documentée de l'organisation et surtout du fonctionnement du service de santé de l'armée japonaise. Il le suit dans toutes ses étapes, jusque sur les hôpitaux du territoire où nous pourrions prendre des exemples nombreux concernant l'hygiène pratique.

En somme, cette guerre semble avoir été le triomphe de

(1) In-8 de 660 p. avec pl. — Prix : 8 fr. — Paris, Steinheil.

(2) In-8. — Paris, Maloine.

l'hygiène, puisque les pertes par maladie ont été pour ainsi dire infimes. Livre intéressant et facile à lire, riche en enseignements dont tout médecin peut tirer profit.

C. DOPTER.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 4 AU 9 NOVEMBRE 1907

THESES

Mercredi 6 novembre 1907, à une heure. — M. GAUTHIER. La mort subite dans le mal de Pott. Etude clinique et médico-légale. (MM. Gaucher, président; Reclus, Marcel Labbé et Ombredanne.) — M. BRAZIN. Etude sur les tumeurs solides primitives du mésentère. (MM. Reclus, président; Gaucher, Marcel Labbé et Ombrédanne.)

Jeudi 7 novembre 1907, à une heure. — M. COTTU. Contribution à l'étude des fugues (étude clinique, diagnostique, pronostique et médico-légale). (MM. Debove, président; Raymond, Gilbert Ballet et Castaigne.) — M. MAGNIN. Etat psychique des accidentés. L'hystérie de rente. (MM. Raymond, président; Debove, Gilbert Ballet et Castaigne.) — M. MAILLARD. Considérations sur la maladie de Parkinson et sur quelques fonctions nerveuses : tonus, équilibration, expression. (MM. Gilbert Ballet, président; Debove, Raymond et Castaigne.) — M. LE FRÈCHE. Contribution à l'étude du traitement des luxations anciennes de l'épaule (variété antérieure). (MM. Berger, président; Gilbert, Carnot et Lenormant.) — M. PUYBARAUD. Etude clinique des albuminuries massives dans la tuberculose du poumon. (MM. Gilbert, président; Berger, Carnot et Lenormant).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pression artérielle et glandes à sécrétion interne (foie, rein, surrénales, hypophyse, par M. PARISOT (Jacques). Essai de pathologie expérimentale, préface de M. le professeur ROGER. 1908, in-8 de 562 p., avec 11 fig. et 4 pl. — Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les grands médecins du XIXe siècle, par Georges DAREMBERG, correspondant de l'Académie de médecine. Un vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

La descendance de l'homme et la sélection sexuelle, par Ch. DARWIN, traduit par Edmond BARBIER, d'après la seconde édition anglaise revue et augmentée par l'auteur. Préface de Carl VOGT. 1 vol. gr. in-8° de xv-656 p. avec 38 pl. hors texte. — Prix : 3 francs. — Paris, C. Reinwald-Schleicher frères, édit.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Voyages circulaires à itinéraires fixes. — La gare de Paris-Lyon, ainsi que les principales gares situées sur les itinéraires, délivrent, toute l'année, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes, extrêmement variés, permettant de visiter, à des prix très réduits, les contrées les plus intéressantes de la France, ainsi que l'Algérie, la Tunisie, l'Italie et l'Espagne.

Les renseignements les plus complets sur les voyages circulaires et d'excursion (prix, conditions, cartes et itinéraires), ainsi que sur les billets simples et d'aller et retour, cartes d'abonnement, relations internationales, horaires, etc., sont renfermés dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M.

N° 125. — JEUDI 31 OCTOBRE 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 31 OCTOBRE 1907. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas samedi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 28 octobre. — Question donnée : « Signes de la grossesse normale. »

MM. Guinard, 10; Girard (Lucien), 9; Garnier, 7; Gavronski, 12; Gauthier (Jean), 8; Houssiaux, 7; Gaulène et Garcin, 12; Huard (Jean), 16; Héricourt, 15; Mlle Gastov-Gatovski, 7; MM. Le Louët, 9; Pitaud, 10; Perrin, 9; Mlles Oberlin, 12; Monbiot, 14; MM. Mossé (Sylvain), 15; Paley, 14.

CONCOURS. — L'ouverture du concours pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, aura lieu le lundi 25 novembre 1907, à midi précis, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, 49.

Les docteurs qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de midi à trois heures, jusqu'au samedi 9 novembre inclusivement.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 26 octobre 1907 :

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Sanglé-Ferrière passe à l'hôpit. milit. Villemanzy à Lyon; Clavelin, à l'hôpit. milit. de Marseille.

Médecins-majors de première classe. — MM. Strœbel est maintenu au 123e d'inf.; Weiss, nommé médecin-chef de l'hôp. milit. de Sedan; Landouzy, passe à l'hôpit. milit. de Bourges; Bordès-Pagès, à l'hôpit. milit. de Bayonne; Lebon, à l'hôpit. milit. d'Oran; Ecot, aux salles milit. de l'hospice mixte de Tours; Pettier, au 10e d'art.; de Viville, aux salles milit. de l'hospice mixte de Grenoble; Jacob, à l'hôpit. milit. Villemanzy à Lyon.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Julia passe au 158e d'inf.; Dormand, au 29e d'inf.; Roy, au 62e d'inf.; Brico, au 17e d'art.; Ferrand, au 17e d'inf.; Martin, au 163e d'inf.; Franquet, au 152e d'inf.; Camichel, au 12e bat. d'art. à pied; Daireaux, au 9e drag.; Gallot, au 6e cuir.; Rouffiandis, au 11e huss.; Sandras, au 10e cuir.; Dauthuile, à l'École milit. préparatoire d'infanterie de Montreuil-sur-Mer; Ehrmann, au 26e drag.; Briole, aux hôpit. de la division d'Alger.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Escher passe aux hôpit. de la division d'Oran; Roudier, au 1er bat. d'inf. légère d'Afrique; Demanneville, au 8e huss.; Metzger, au 131e d'inf.; Chanal, au 3e tirailleurs algériens; Rouyer, au 161e d'inf.; Charrier, aux hôpit. de la division d'Oran; Thellier, au 32e d'art.; Homolle, aux hôpit. de la division de Constantine.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le docteur Vaquez, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le samedi 16 novembre à dix heures ses conférences de notions élémentaires de thérapeutique appliquées à la clinique, pavillon Lorain, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

DISPENSAIRE FURTADO-HEINE (rue Delbet, 14e arr.). — Une place d'interne (service de médecine) sera vacante le 15 novembre. Les candidats sont priés de s'adresser au docteur Ch. Leroux, 14, rue Chauveau-Lagarde.

N. B. — On demande surtout un externe ou un ancien externe des hôpitaux, ayant seize inscriptions.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 40, 6 oct. 1907.) GUÉRIN : Syphilis et tuberculose. — MONGOUR : Accidents graves consécutifs à la simple ponction exploratrice d'un kyste hydatique du foie. — CARLES : Le lait végétal. — (N° 41, 13 oct.) PITRES : Sur l'état des réflexes et des sensibilités viscérales profondes dans un cas de paraplégie consécutive à une fracture de la colonne vertébrale, avec écrasement traumatique de la moelle dorsale. — VERGER : Les exercices pratiques de clinique et le vice principal des études médicales. — (N° 42, 20 oct.) RÉGIS : L'expertise médico-légale et la question de responsabilité. — PERY : Remarques sur quelques cas d'avortements gémellaires.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 oct. 1907.) JOFFROY : Paralysie générale tabétiforme. Sur la folie post-traumatique. — MAYGRIER : Diagnostic de la grossesse. Son début. Sur quelques points de l'allaitement maternel.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 39, 3 oct. 1907.) CAMELOT : Hypertrophie de la prostate et prostatectomie. — (N° 40, 5 oct.) DURET : Quelques considérations sur les faits et guérisons miraculeuses de Lourdes. Lettre à M. l'abbé Pannier, doyen de la Faculté de théologie. — (N° 41, 12 oct.) DURET : Quelques considérations sur les faits et guérisons miraculeuses de Lourdes. Lettre à M. l'abbé Pannier, doyen de la Faculté de théologie (*suite*). — (N° 42, 19 oct.) DURET : Quelques considérations sur les faits et guérisons miraculeuses de Lourdes. Lettre à M. l'abbé Pannier, doyen de la Faculté de théologie (*suite et fin*).

Journal médical de Bruxelles. — (N° 40, 3 oct. 1907.) BOUCHÉ : Etat actuel de l'anatomie pathologique de l'épilepsie dite essentielle. — (N° 41, 10 oct.) BOUCHÉ : Etat actuel de l'anatomie pathologique de l'épilepsie dite essentielle (*suite et fin*). — (N° 42, 17 oct.) GRAEUWE : Un cas de jéjuno-œsophago-gastrostomose.

Marseille médical. — (N° 19, 1er oct. 1907.) IMBERT : Traitement des hémorroïdes. — ACQUAVIVA : Deux cas de fistules vésico-vaginales. — DELANGLADE : Rupture complète de l'urètre membraneux. — MASINI : Des résultats éloignés de la cure du varicocèle. — ROCHU : L'avenir du vésicatoire. — (N° 20, 15 oct.) LOUBET : Hernie ombilicale congénitale étranglée. — MASINI : Grossesse extra-utérine, hématocèle pelvienne. — ROCHU : L'avenir du vésicatoire (*suite*).

Montpellier médical. — (N° 40, 6 oct. 1907.) TÉDENAT et VENNES : Affections syphilitiques des os. — (N° 41, 13 oct.) TÉDENAT et VENNES : Affections syphilitiques des os (*suite*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 40, 1er oct. 1907.) KRÖNIG et GAUSS : Remarques anatomiques et physiologiques sur le premier millier d'anesthésies de la moelle épinière. — HANNES : A quelles exigences doit répondre une méthode correcte d'interruption artificielle de la grossesse. — SCHENK et SCHREIB : Recherches bactériologiques sur des plaies de laparotomie. — WEINBRENNER : Le traitement par aspiration en gynécologie. — CHAUSSY : Sur les lambeaux de Krause dans l'ulcère de jambe. — HOFFMANN : Sur des expériences sur l'emploi de la suprarénine synthétique en anesthésie lombaire. — KASAI : Angiome du foie terminé par formation et un fibrome. — TOYOSOMI : Lymphangio-endothéliome cystique papillifère de la paroi abdominale. — KLAUBER : Rapports mésentériques anormaux des hernies étranglées. — CARLAN : Extraction d'un corps étranger de la bronche gauche. — GROSSE : L'asepsie de l'anesthésie lombaire. — LENGFELLNER : Technique du moulage de plâtre pour le traitement du pied plat.

Nord médical. — (N° 312, 1er oct. 1907.) VANVERTS : Des cals vicieux. — (N° 313, 15 oct.) COURTELLEMONT : Histoire clinique d'une tumeur cérébrale. Epilepsie jacksonienne d'origine vraisemblablement extra-rolandique.

Normandie médicale. — (N° 20, 15 oct. 1907.) LEMAIRE : Huîtres et fièvre typhoïde.

Presse médicale. — (N° 80, 5 oct. 1907.) BONNAIRE : Vingt opérations césariennes pratiquées à l'hôpital Lariboisière. — BAUMGARTNER : Le méga-côlon. — (N° 81, 9 oct.) WIDAL, ABRAMI et BRULÉ : Différenciation de plusieurs types d'ictères hémolytiques par le procédé des hématies déplasmatisées. — (N° 82, 12 oct.) LABBÉ : Les pommes de terre dans le régime des diabétiques. — VIVIER : Technique de la pose de l'appareil de marche dans les fractures de jambe.

Province médicale. — (N° 40, 5 oct. 1907.) DELÉARDE, MINET et BRICOUT : Le traitement de la diphtérie par les injections massives de sérum antidiphtérique. — CRUCHET : Définition de l'hystérie en général et hystérie infantile. — (N° 41, 12 oct.) CHAVANNAZ et SABRAZÈS : Fibrome de la langue. — DUMAREST et ARLOING : L'ophtalmo-réaction à la tuberculine. Ses modalités. Phénomènes concomitants. Emploi de l'adrénaline au cours des symptômes congestifs de la réaction. Essai parallèle avec la séro-réaction. — (N° 42, 19 oct.) JABOULAY : Coxalgie évoluant sur une hanche précédemment atteinte de la déformation dite coxa vara. — NOVÉ-JOSSERAND : Trois cas de paralysie alcoolique localisée à la main. — BARTHÉLEMY : Forme d'étranglement herniaire chez un ascitique.

Revue de chirurgie. — (N° 10, 10 oct.) MASSABUAU : La structure histologique et l'origine embryonnaire des tumeurs mixtes des glandes salivaires [12 fig. (*à suivre*)]. — PATEL : Sigmoïdites et périsigmoïdites, affections inflammatoires simples de l'S iliaque (8 fig.). — DIEULAFÉ et HERPIN : Les accidents de la dent de sagesse (7 pl.). — DELORE et CHALIER : Contribution à la chirurgie thyroïdienne [goitres et strumites (7 fig.)].

Revue de médecine. — (N° 10, 10 oct. 1907.) METCHNIKOFF : La syphilis expérimentale. — LEVADITI : Technique de la recherche du treponema pallidum dans les produits syphilitiques. — HUCHARD et FIESSINGER : Syphilis gommeuse du cœur (3 fig.). — SCHNEIDER : Neurasthénie et insuffisance surrénale chronique. — BERNARD : Du rôle des glandes surrénales dans les états pathologiques.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 40, 5 oct. 1907.) GAULT : Sur le traitement de l'ozène par les injections de paraffine solide, avec présentation d'un nouvel appareil. — DUVERGER : Quelques remarques à propos de sténose du conduit consécutive à un évidement pétro-mastoïdien. — (N° 41, 12 oct.) MOLINIÉ : Des indications et contre-indications de la thyrotomie dans les tumeurs malignes du larynx. — TEXIER : Signes et diagnostic des anévrismes de la carotide interne cervicale.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 39, 26 sept. 1907.) YANASE : Sur la découverte de corps épithéliaux dans l'hyperexcitabilité galvanique des enfants. — ROSENHAUPT : Sur la pathogénie et le traitement du pyloro-spasme des enfants. — NOBL : Nouvelle contribution à l'étude des stigmates durables postsyphilitiques: — SCHERBER : Traitement de la syphilis par l'atoxyl. — BACHRACH et STEIN : Sur la destinée des émulsions de bactéries injectées dans le sérum. — MARKL : Recherches avec le désinfectant desoderol.

DE LA

NÉPHRITE SYPHILITIQUE SECONDAIRE AIGUE

ET DE SON TRAITEMENT PAR LE MERCURE

Par Jean FERRAND,
Chef de clinique médicale.

(Travail de la clinique et du laboratoire du professeur Debove à l'hôpital Beaujon.)

Il fut un temps où la question du mercure dans le traitement de la syphilis était très discuté. Après de nombreuses polémiques cependant ce métal avait fini par triompher des plus irréductibles et la plupart des thérapeutes n'hésitent plus aujourd'hui à donner systématiquement du mercure à tout syphilitique sans s'occuper de la tolérance de l'organisme à cet empoisonnement.

De grands progrès ont été réalisés dans l'administration de ce médicament et depuis que les injections sous-cutanées de sels solubles et insolubles ont permis de saturer de mercure les syphilitiques, des guérisons rapides et inespérées ont été obtenues. Aussi à part quelques rares cas d'intoxication aiguë mercurielle, ne connaît-on pas de contre-indication à suivre et à prolonger ce traitement en augmentant progressivement les doses de poison jusqu'à ce qu'on obtienne les effets thérapeutiques désirés.

Toutes les manifestations syphilitiques ont été vaincues de la même manière et après les altérations cutanées ou superficielles les lésions viscérales et profondes ont paru céder devant le mercure.

Parmi ces dernières, les lésions rénales sont des plus intéressantes et c'est d'elles que nous voulons nous occuper. Nous n'aurons en vue que les néphrites survenant dans le cours de la syphilis secondaire, c'est dire que nous ne parlerons pas des néphrites chroniques ou même subaiguës qui sont l'apanage de la troisième période de la syphilis. Celles-ci reconnaissant de tout autres causes sont justiciables de traitements différents. Les conclusions que nous tirerons de l'étude de nos malades et de nos recherches personnelles ne sont applicables qu'aux néphrites de la syphilis secondaire.

Si nous consultons les opinions classiques qui ont cours au sujet de ces néphrites de la syphilis secondaire, nous voyons qu'elles sont bien connues, qu'elles débutent environ un an après le chancre, qu'elles évoluent comme des glomérulo-néphrites dans le cours des maladies infectieuses, particulièrement la néphrite scarlatineuse. Leur trait clinique caractéristique est de déterminer l'excrétion d'une urine très albumineuse et à ce sujet les chiffres les plus fantastiques sont cités : certains malades émettent jusqu'à 100 grammes d'albumine en vingt-quatre heures. Enfin tous les syphiligraphes conseillent un seul traitement : le mercure, dont l'administration doit être reprise si elle avait été suspendue et dont la dose doit être augmentée si elle n'a pas suffi à préserver le syphilitique de cette complication viscérale. Ces règles ne souffrent aucune exception et l'on semble considérer la syphilis comme une toxine dont seul le mercure doit neutraliser les effets, sans qu'il puisse lui-même nuire en rien à l'organisme qui l'absorbe.

Telle est la règle classique. Nous savons que depuis quelque temps des insuccès thérapeutiques ont modifié l'opinion de quelques observateurs, que l'examen plus suivi des malades a montré les dangers d'une thérapeutique aussi systématique. Dans une discussion récente à la Société médicale des hôpitaux de Paris MM. Widal, Siredey, Rist et Mosny (1) ont apporté quelques restrictions à ces excès, basées d'ailleurs sur l'observation de divers malades.

Nous avons eu la chance à la clinique de l'hôpital Beaujon, chez M. le professeur Debove, d'observer plusieurs cas de néphrite syphilitique secondaire aiguë dont l'évolution ne nous a pas paru conforme à celle que décrivent les classiques et qui ont été mal influencés par l'absorption de mercure. Nous désirons les faire connaître et exposer les raisons pour lesquelles nous avons cru devoir les traiter autrement que ne le conseillent les ouvrages classiques.

Nous citerons en premier lieu un résumé de quelques observations des malades soignés par nous et atteints de néphrite syphilitique secondaire.

Observation I. — F..., vingt-trois ans, épicier. Jamais malade avant 1905. Au mois de juillet, chancre de la verge soigné dès son apparition. A deux reprises plaques muqueuses dans la bouche et syphilides cutanées squameuses au niveau du creux poplité et du mollet gauche. Roséole, adénite.

Traitement : un mois, sirop de Gibert; un mois, pilules de protoiodure; un mois, repos, a été continué sans interruption depuis dix-huit mois sans donner lieu à aucun accident d'intoxication mercurielle.

Le 14 octobre 1906, en plein travail, en pleine période de traitement, le malade est pris d'un œdème de la face considérable, avec bouffissure des paupières et des joues.

Aucun épanchement séreux ni ascitique ni pleural.

Douleur abdominale et lombaire.

Le lendemain l'œdème envahit les membres inférieurs, puis bientôt après le scrotum.

Aucun trouble somatique ni digestif, ni céphalée, ni hémorragie, ni symptôme nerveux, ni bruit de galop.

Urines rares, foncées, sédimenteuses, contiennent une énorme quantité d'albumine indosable à l'Esbach le premier jour, 500 grammes d'urine, 20 grammes albumine.

Sous l'influence des diurétiques et du régime lacté, les urines deviennent plus abondantes et l'albuminurie diminue rapidement pour osciller entre 5 et 10 grammes par jour. A ce moment on reprend le traitement mercuriel et sans que la quantité d'urine diminue l'albumine augmente et le malade augmente de poids. Il a toujours été au régime lacté et sort de l'hôpital malgré les avis des médecins.

Obs. II. — M..., vingt-sept ans. Employé de commerce. Fièvre typhoïde dans l'enfance.

En mars 1906, chancre syphilitique, roséole, plaques muqueuses, etc.

Un spécialiste lui ordonne trois pilules de protoiodure par

(1) Soc. méd. des hôpit., 10 mai 1907.

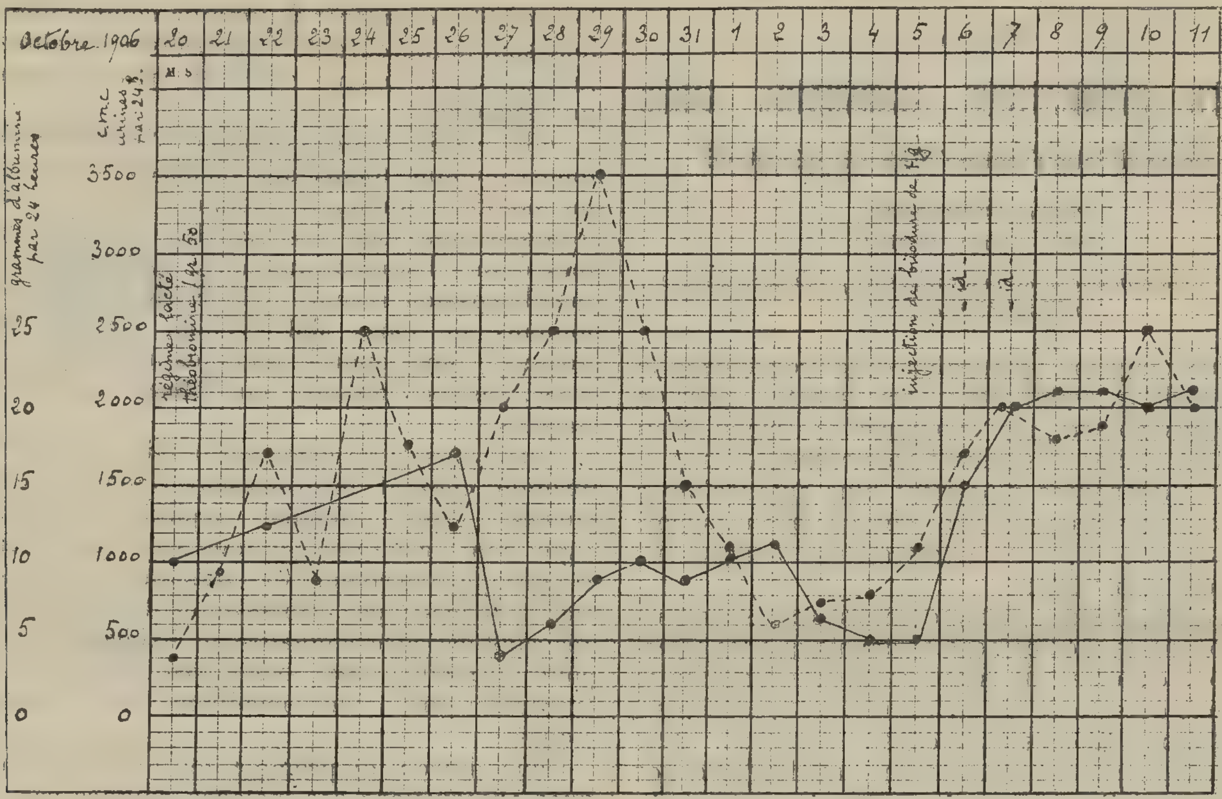


FIG. 1. — Observation I : *F...*, *vingt-trois ans* (salle Sandras).
——— Quantité d'albumine par vingt-quatre heures (en grammes).
— — — Volume d'urine par vingt-quatre heures (en centimètres cubes).

jour et deux cuillerées à café de quinquina. Il suit son traitement pendant deux mois, puis cesse et pendant six ou huit mois ne le suit qu'irrégulièrement.

En janvier 1907 il recommence à se traiter sérieusement.

Le 25 février il entre à Beaujon avec bouffissure du visage. Œdème des paupières, pas d'œdème tibial ni malléolaire, pas de température, léger bruit de galop, un peu de diarrhée.

De plus des signes de syphilis, ganglions inguinaux et cervicaux, alopécie de la barbe, inégalité pupillaire assez marquée. Urines rares, albumineuses, la quantité d'albumine est indosable au tube d'Esbach.

En quelques jours, sous l'influence du régime lacté et des

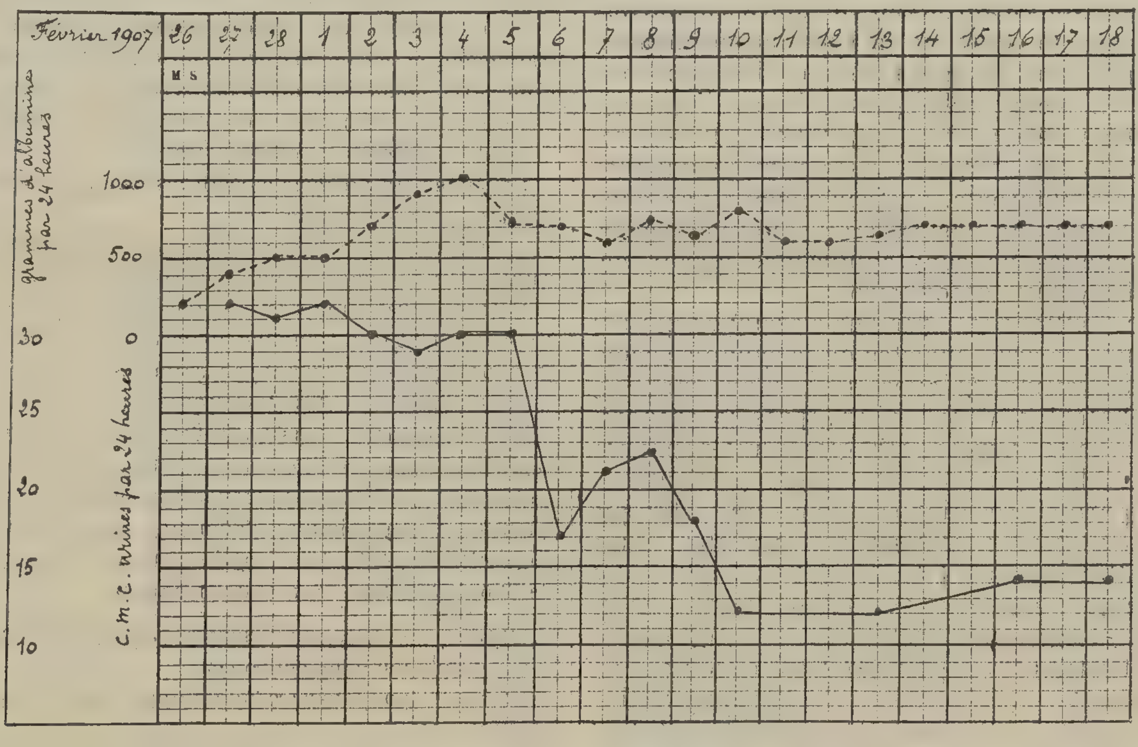


FIG. 2. — Obs. II : *M...*, *vingt-sept ans* (salle Sandras).
——— Quantité d'albumine par vingt-quatre heures (en grammes).
— — — Volume d'urine par vingt-quatre heures (en centimètres cubes).

diurétiques, les œdèmes disparaissent et le malade se considère comme guéri, bien qu'il excrète 12 grammes d'albumine par jour, et sort de l'hôpital.

Nous pouvons citer encore le résumé d'une observation d'un malade soigné en ville par un de nos amis qui a bien voulu nous en faire part. Nous n'en donnerons qu'un résumé, car elle sera publiée plus tard in extenso.

Obs. III. — L..., vingt-huit ans, homme. Fièvre typhoïde, érysipèle, oreillons.

Pas malade au service militaire.

Juin 1905 : Syphilis, chancre de la verge. Adénite, céphalée, traité au Hg. Pas de roséole.

Septembre : Glossite, angine, adénite cervicale.

Pilules de protoiodure pendant trois semaines, interrompt quinze jours et ainsi de suite jusqu'en avril.

27 avril 1906 : Malade depuis quelques jours, fatigue.

Urines rares. Œdème de la face, puis du scrotum et des jambes. Epistaxis, crampes, céphalée.

Albumine en masse, légère ascite, suppression de Hg.

29 avril : Hydrothorax gauche.

Urine, 1 litre. Albumine, 16gr80.

Mai : Injections sel soluble, biiodure, dix piqûres.

Urine, 500 grammes. Albumine, 40 grammes par litre, 20 grammes par vingt-quatre heures; on cesse biiodure.

Diarrhée, ascite, œdème.

Sous l'influence des diurétiques, etc., les sueurs diminuent, régime lacto-végétarien déchloruré.

4 juillet : Urine, 1 litre. Albumine, 14 grammes.

Régime déchloruré, mais mange à sa faim.

Symptômes urémie disparaissent. Albuminurie persiste.

Décembre : Régime pesé : 200 grammes viande, etc., toujours déchloruré.

Albumine diminue jusqu'à 1 gramme et 50 centigrammes par jour.

Avril 1907 : Accidents syphilitiques de la langue.

Douze frictions mercurielles.

Œdème de la face reparaît en même temps que l'albumine.

Albumine remonte progressivement pendant un mois après les frictions, jusqu'à 20 grammes par jour.

Juin : Albumine diminue progressivement, 2 grammes par jour.

Juillet et août : Albumine, 25 centigrammes.

Septembre : traces.

Nous pourrions rapporter encore deux autres observations de malades jeunes syphilitiques et atteints d'accidents de néphrite secondaire aiguë. Mais ces deux malades présentaient, l'un une affection cardiaque datant de son enfance, et l'autre était, quand nous l'avons vu, convalescent d'une infection aiguë, d'une fièvre éruptive, de sorte que la multiplicité des maladies chez ces sujets avait déformé le type clinique observé chez les malades précédents. Nous ne ferons pas état de leur observation, bien que tout ce que nous y avons vu soit de nature à confirmer les conclusions que nous en tirons.

Insistons d'abord sur quelques particularités cliniques. Il n'y a pas lieu de se méprendre sur la date du traitement syphilitique institué chez nos malades. Tous ont été pris d'accidents rénaux en plein traitement mercuriel, en pleine saturation pourrait-on dire.

F... a eu son chancre en juin 1905. Le médecin qui l'a constaté lui a ordonné le traitement suivant :

Pendant un mois, sirop de Gibert;

Pendant un mois, deux pilules par jour de protoiodure de Hg;

Pendant un mois, repos.

Il avait (sans demander conseil) continué ce traitement pendant dix-huit mois et en octobre 1906, au moment où il fut pris d'accidents urémiques, il venait d'absorber du sirop de Gibert pendant un mois et depuis quinze jours il prenait deux pilules de protoiodure par jour.

Le cas de M... n'est pas moins significatif.

Il est contaminé en mars 1906 et se soigne pendant deux mois prenant trois pilules par jour (protoiodure de Hg). Puis il cesse de se soigner pendant plus de six mois, ne prenant qu'à intervalle irrégulier ses pilules. Aucun accident rénal pendant tout ce temps. Mais des accidents cutanés l'obligent à reprendre ses pilules, ce qu'il fait pendant deux mois, et c'est au bout de ces deux mois, alors qu'il prenait trois pilules chaque jour, que les troubles urémiques apparaissent.

L..., notre malade de ville, nous offre un exemple tout aussi frappant. Son chancre date de juin 1905, et le traitement fut institué dès le début, puis cessé momentanément. En septembre, pour des plaques muqueuses de la bouche, son médecin lui ordonne trois pilules de protoiodure quotidiennes pendant trois semaines. Sans demander conseil, il continue indéfiniment cette dose mercurielle, ne s'interrompant qu'à de rares intervalles jusqu'en avril 1906, quand éclatent les troubles urémiques graves qui faillirent l'emporter.

Voilà trois exemples typiques dans lesquels le début de l'urémie est nettement subit en plein traitement mercuriel. Mais cette urémie elle-même a quelque chose de particulier dans son début, dans ses manifestations et son allure.

Le symptôme qui nous a le plus frappé à ce moment de la maladie, c'est l'œdème de la face. Nos deux malades d'hôpital F... et M... arrivèrent à Beaujon avec une bouffissure du visage tout à fait extraordinaire. Les paupières œdématiées masquaient presque le globe oculaire, et ce faciès pâle et bouffi contrastait avec le reste du corps non encore infiltré. Ce fait est d'autant plus curieux que ces syphilitiques n'étaient jusque-là pour ainsi dire pas des malades, qu'ils travaillaient, gagnaient leur vie, tout en absorbant leur mercure.

L'un était épicier, l'autre, employé de commerce, tous deux marchaient journellement, et il semble qu'un œdème dû à une affection banale, aurait dû d'abord infiltrer les membres inférieurs, le scrotum, inonder les séreuses avant de prendre la face.

Nous ne voyons habituellement les œdèmes rénaux ou cardio-rénaux envahir la face, que chez les sujets depuis longtemps alités, et même dans la néphrite aiguë scarlatineuse, quand le début se fait avec anasarque, il n'y a pas prédominance d'œdème à la face, mais au contraire dans les parties déclives ou les séreuses.

Ici la face était prise primitivement et l'œdème des membres et du scrotum n'apparut qu'après.

Il en fut de même chez L..., notre malade de ville, qui travaillait comme d'habitude, passant sa nuit aux Halles, et qui vint un soir trouver son médecin parce qu'il avait la figure enflée.

Il ne présentait à ce moment que peu d'œdème sur tout le corps, et cependant en quelques jours il eut de l'ascite qui nécessita une ponction, de l'anasarque et même de l'hydrothorax.

Enfin, fait plus caractéristique encore, quand au mois d'avril 1907 on jugea que L... était guéri de sa néphrite et qu'on lui fit à nouveau, pour des accidents cutanés, des frictions mercurielles qui amenèrent une récidive de néphrite et d'albuminurie, ce fut encore l'œdème facial qui annonça la reprise des accidents urinaires et fit cesser le traitement par le mercure.

Pourquoi en est-il ainsi? pourquoi cette infiltration œdémateuse débute-t-elle par la face? Je n'en sais rien mais c'est là une remarque clinique qui a son importance.

L'urémie cède rapidement à la suppression du mercure; c'est là le second fait intéressant. Dès que la médication mercurielle est supprimée, la quantité d'urine augmente, et parallèlement l'albumine diminue.

Cependant celle-ci persiste longtemps même après que la quantité d'urine est redevenue normale, et il semble que le régime soit indifférent pour augmenter les urines ou diminuer l'albumine à condition qu'il soit lacté ou déchloruré. Mais ces malades peuvent manger abondamment (sans chlorure de sodium), leurs urines n'en continuent pas moins à augmenter et leur contenance en albumine n'augmente pas. L'un de nos malades fut au régime lacté, l'autre pendant quelques jours au régime déchloruré puis lacté, sans que nous ayons vu aucune différence. Mais ce qui n'est pas indifférent, c'est la reprise du mercure.

Deux fois chez F... et chez L... nous avons jugé à propos de rétablir la médication mercurielle. Depuis longtemps à cette époque les accidents urémiques avaient cessé chez ces malades; leur quantité d'urine était normale, et leur albumine très réduite, sinon presque disparue (cas de L...). Aussitôt la quantité d'albumine augmente considérablement, et fait curieux, la quantité d'urines en vingt-quatre heures ne diminue pas.

Trois piqûres de biiodure amènent chez F... la reprise des accidents en quarante-huit heures, tandis que L..., soigné par des frictions ne retombe qu'au bout de trois semaines. Nouvelle preuve de la nocivité du mercure qui intoxique d'autant plus rapidement qu'il est plus vite absorbé, les piqûres étant plus actives que les frictions.

En présence de ces faits, nous nous sommes demandé quelle était la nature de ces grandes quantités d'albumine, et nous avons recherché dans leur composition chimique, la preuve de la nocivité du mercure, preuve qui nous paraissait cliniquement établie par les faits précédents, mais qu'il était possible de fournir chimiquement.

Les dosages ont été faits par M. Coquet, interne en pharmacie à l'hôpital Beaujon, et voici les résultats auxquels nous sommes arrivés. L'albumine contenue dans l'urine de F... (le jour de son arrivée à l'hôpital en plein traitement mercuriel) ayant été dosée en poids suivant les méthodes classiques, est reprise. Les dosages par pesée et la méthode de précipitation par le sulfate de magnésie à saturation montrent que les albumines proprement dites ne constituent qu'un dixième du poids total du précipité albuminique. Les neuf autres dixièmes en sont constitués par des globulines et des nucléo-albumines.

C'est en présence de cette constatation (peu de sérine, beaucoup de nucléo-albumine) que nous pensons à rechercher dans celles-ci la présence même du mercure à l'état de combinaison.

Une partie du précipité obtenu par saturation de sulfate de magnésie est préalablement desséché à l'étuve, puis introduite dans un tube à essai auquel on ajoute un tube de verre recourbé, effilé à son extrémité libre et assez étroit de lumière. La destruction des matières organiques est faite par calcination, le tube de verre étant pendant ce temps refroidi sur un trajet de plusieurs centimètres près de son extrémité libre. Un courant d'air en balaie ensuite la lumière ce qui permet d'apercevoir sur les parois internes du tube une zone d'aspect grisâtre formée d'un dépôt métallique. Après le passage de vapeurs d'iode ce dépôt donne la réaction caractéristique de la formation d'iodure mercureux devenu iodure mercurique en présence de l'excès d'iode en vapeurs. Le dépôt pulvérulent rouge vif de biiodure est nettement visible.

Il y avait donc dans cette albumine des combinaisons mercurielles, des albuminates de mercure éliminés par la sécrétion urinaire et que nous avons pu déceler.

De plus, quelques jours après, l'intoxication mercurielle ayant été supprimée, il fut impossible d'obtenir la même réaction, il n'y avait plus d'albuminates de mercure dans la sécrétion urinaire.

Les sels de mercure absorbés dans un but thérapeutique, semblent donc bien avoir agi sur les tissus organiques et les avoir désagrégés en produisant des albuminates de mercure. Quels peuvent être les tissus ainsi atteints? La première idée qui vient à l'esprit est que le tissu rénal est altéré qu'il y a néphrite comme l'albumine le prouve. Mais si l'on réfléchit aux grandes quantités d'albumine éliminées journellement par ces malades (25 et 30 grammes dans nos cas, davantage encore dans certains exemples cités par les classiques), on comprend mal la possibilité pour le tissu rénal de fournir par la seule destruction de ses cellules nobles un aussi grand poids d'albumine. Il faut donc penser que la destruction organique nécessaire à la combinaison albuminate de mercure porte sur des cellules plus répandues dans l'organisme et dont la régénération est beaucoup plus rapide.

Ces cellules sont les leucocytes qui mis en présence de doses mercurielles trop considérables, ou trop facilement vulnérables eux-mêmes par suite de causes encore inconnues, se laissent désagréger, et

de cette leucolyse résulte la formation d'albuminate de mercure. Ce qui devrait nous étonner c'est que le fait n'ait pas lieu plus souvent quand on introduit sous la peau des malades des doses énormes de sels mercuriques solubles, et surtout quand on injecte ces doses directement dans les veines.

Nous pensons donc avoir exposé plusieurs exemples de syphilitiques atteints d'accidents urémiques pendant leur traitement et avoir démontré la part du mercure dans la genèse de ces accidents. Il est indéniable que dans ces cas le mercure fut nuisible et produisit des désordres organiques qui lui sont nettement imputables. Est-ce à dire qu'il en est toujours ainsi, et que c'est lui la cause des néphrites aiguës de la syphilis secondaire ?

Assurément non. Bien des exemples ont été donnés encore dernièrement à la Société médicale des hôpitaux par MM. Widal, Siredey et Mosny, de malades syphilitiques atteints de complications rénales et qui ont été très améliorés par le mercure.

Une autre raison plaide en sa faveur. C'est que ces malades qui éliminent ces grosses quantités d'albuminate de mercure ne semblent nullement intoxiqués par ce métal. On ne voit pas chez eux de stomatite, complication cependant si fréquente dans les empoisonnements hydrargiriques.

Aussi notre conclusion sera celle que M. Widal proposait dernièrement à ce sujet. C'est que le mercure tantôt guérit, tantôt aggrave les néphrites aiguës de la syphilis secondaire et que dans l'ignorance où l'on est de la manière dont le sujet supportera le traitement, il ne faut pas en abuser.

Il faut être prêt à abandonner le poison à moins qu'il ne guérisse. Les exemples que nous rapportons ici n'ont d'autre but que de prouver combien en thérapeutique il est dangereux d'être systématique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1907)

Audition et phonation chez les sourds-muets. — M. MARAGE fait sur ce sujet une communication, en voici le résumé :

Les établissements de sourds-muets divisent leurs élèves en demi-sourds et sourds complets. M. Marage montre, au moyen de la sirène à voyelles, que le problème est beaucoup plus complexe; à proprement parler il n'y a pas de sourds complets et on retrouve toujours, si on sait les chercher, certains restes d'audition, mais les sujets présentent souvent des lésions plus ou moins graves des centres cérébraux.

Quel que soit son degré de surdité, un sourd-muet est susceptible d'amélioration s'il peut répéter ce qu'il entend; d'autres sujets, au contraire, qui, au premier abord, semblent très peu sourds sont absolument incurables.

Un simple examen avec ses instruments permet à M. Marage de classer les élèves en trois catégories : ceux qui pourront arriver à entendre et à parler presque comme tout le monde; ceux qui n'arriveront à entendre que la musique, et enfin ceux, très rares, qui sont absolument incurables.

Nombreuses sont les expériences que M. Marage a faites sur ce sujet depuis huit ans, les résultats ont toujours été concordants.

M. Marage présente aujourd'hui à l'Académie des sourds-muets qui, au mois de juin dernier, ont suivi pendant six semaines les exercices acoustiques faits avec la sirène à voyelles.

Ces enfants, âgés de onze à quatorze ans, non seulement entendent et comprennent le français, mais encore leur voix se modifie peu à peu et ils commencent à perdre le timbre si désagréable que l'on n'oublie jamais quand on l'a une fois entendu.

Ces expériences prouvent que l'on peut, sans aucune fatigue pour les professeurs, développer rapidement chez les sourds-muets ce qui reste d'audition et apporter ainsi une aide puissante à des éducateurs dont le rôle n'est pas toujours des plus faciles.

Origine des cellules sexuelles et leur répartition primitive chez l'embryon de certains vertébrés. — M. HENNEGUY a constaté que chez les salmonides les cellules sexuelles primordiales, qui donneront les éléments reproducteurs définitifs, apparaissent chez de très jeunes embryons. Elles sont d'abord dispersées dans tous les organes, aussi bien dans les centres nerveux, la peau, les prévertèbres, que dans la région où se développent plus tard les organes reproducteurs. A ce stade plus avancé, les cellules sexuelles émigrent vers cette dernière région et s'y localisent.

Les observations montrent que chez les vertébrés les cellules sexuelles peuvent se différencier de très bonne heure, comme on le savait déjà pour beaucoup d'invertébrés.

M. Henneguy émet l'hypothèse que, dans certains cas, quelques-unes de ces cellules répandues dans tout l'organisme persisteraient dans des organes où, normalement, elles sont destinées à disparaître, entreraient à un certain moment en activité, et deviendraient l'origine d'épithéliomes ou de carcinomes.

Dans cette hypothèse fort ingénieuse, émise par M. Henneguy, on pourrait donc trouver une explication du développement des tumeurs épithéliales.

Rôle des extenseurs et des fléchisseurs dans la préhension manuelle. — M. RÉMY donne lecture d'une note sur ce sujet.

Rapports. — M. WIDAL donne lecture du rapport sur les travaux adressés pour le **prix de l'Académie.**

Présentations. — Parmi les présentations, signalons celle qu'a faite M. DIEULAFOY d'un nouveau livre de M. Beni Barde sur la **neurasthénie.**

A quatre heures, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre divers rapports. Il en sera ainsi jusqu'à la fin de l'année. De travaux originaux et de discussions, il n'en est plus question.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1907)

Le vin au point de vue de l'hygiène alimentaire. (*Suite de la discussion.*) — M. LEMATTE regrette qu'aucun physiologiste n'ait étudié le vin au point de vue biologique.

Si le professeur Gréhant a fixé les doses non toxiques d'alcool pouvant être absorbées sans effet nuisible, on n'a pas le droit d'appliquer ces expériences intégralement au vin qui n'est pas seulement un mélange d'eau et d'alcool. Le vin a

des propriétés organoleptiques qui en font un aliment spécial. M. Lematte dit que cette question du vin-aliment devrait être reprise.

M. Bardet veut bien accepter que l'on considère la consommation du vin et de l'alcool à petites doses comme normale, mais il croit dangereux d'insister sur la qualité *aliment* de l'alcool. L'alcool est toujours toxique et, par conséquent, n'est pas un aliment véritable. C'est un médicament, beaucoup plus qu'un aliment.

Sur la durée du traitement par la méthode des exercices physiologiques de respiration (rééducation respiratoire). — M. Georges Rosenthal établit les règles de durée, d'abandon, de reprise des traitements par les exercices physiologiques de respiration. Cette méthode, qu'il a systématisée dans de nombreuses recherches, est le traitement spécifique des habitudes vicieuses de respiration commises par les tuberculeux, les pleurétiques, les convalescents, les malingres.

Indiquée par l'existence de ces fautes, elle ne l'est plus, dès qu'a disparu l'insuffisance respiratoire. Mais la guérison doit être maintenue par la surveillance respiratoire qui oppose une nouvelle cure, très courte le plus souvent, à toute récidive.

ANALYSES

MEDECINE

I. Sur une action du sérum sanguin des néphritiques sur l'œil de la grenouille analogue à celle de l'adrénaline. (Schur et Wiesel. *Wien. klin. Woch.*, 6 juin 1907, n° 23, p. 699.) — **II. Présence d'adrénaline dans le sérum des néphritiques.** (Schur et Wiesel. Protocole officiel de la Soc. imp. et roy. des médecins de Vienne, séance du 28 juin 1907, *Wien. klin. Woch.*, 4 juillet 1907, n° 27, p. 841.) — **III. Contribution à la physiologie et à la pathologie du tissu chromaffine.** (Schur et Wiesel. *Wien. klin. Woch.*, 3 oct. 1907, n° 40, p. 1 202.) — **IV. Sur la présence de substances à action mydriatique dans l'urine.** (J. Pal. *Deuts. med. Woch.*, 17 oct. 1907, n° 42, p. 1 735.) — I. Ehrmann a montré que lorsqu'on fait agir sur l'œil énucléé de la grenouille des solutions même très étendues d'adrénaline, on provoque une dilatation pupillaire intense.

Dans un premier travail, Schur et Wiesel rapportent les résultats qu'ils ont obtenus en faisant agir sur l'œil de la grenouille le sérum de malades atteints de néphrite chronique; dans tous les cas ils obtinrent une dilatation pupillaire considérable, parfois même avec des sérums dilués au vingtième. Au contraire, avec le sérum de sujets sains ou atteints d'autres affections, la réaction pupillaire a toujours fait défaut. Sans vouloir être affirmatifs sur la présence d'adrénaline dans le sérum des brightiques, Schur et Wiesel font remarquer qu'elle est à l'heure actuelle la seule substance organique à laquelle on connaisse cette action mydriatique.

II. Dans une deuxième série de recherches, les mêmes auteurs rapportent les résultats qu'ils ont obtenus en recherchant par une réaction chimique l'adrénaline dans le sérum des brightiques. L'albumine du sérum est précipitée par l'alcool, en milieu acide. Le filtrat est concentré dans l'obscurité. On obtient par l'action du perchlorure de fer une coloration verte qui vire au brun sous l'influence de la lessive de potasse. Cette réaction caractéristique de l'adrénaline s'est montrée très nette dans tous les sérums de brightiques.

III. La troisième de recherches est extrêmement importante et comprend une partie clinique expérimentale due à Schur et une partie anatomique due à Wiesel.

Schur confirme que chez les sujets non brightiques, le sérum ne donne jamais les réactions de l'adrénaline, il les a pourtant observées chez un sujet atteint de tétanos et chez un autre atteint de crises épileptiformes. Au contraire chez les brightiques et surtout chez les brightiques hypertendus, les réactions de l'adrénaline sont presque toujours positives. Mais il les a constatées également dans des affections rénales sans hypertension, dans un cas de lithiase rénale et dans trois cas d'albuminurie de la puberté.

Chez le chien et le lapin, Schur a noté la présence d'adrénaline dans le sang soit après avoir provoqué des néphrites par le nitrate d'urane, le sublimé, l'acide chromique, soit après des néphrectomies totales ou partielles. Les expériences, comme l'observation clinique, établissent nettement qu'il existe un rapport entre les fonctions rénales et les fonctions du tissu chromaffine des capsules surrénales; elles prouvent également que l'hyperfonctionnement du tissu chromaffine ne peut être attribué à l'action de substances non éliminées par le rein malade, puisque la réaction de l'adrénaline se montre dans la simple albuminurie de la puberté et après l'ablation d'une partie d'un seul rein.

Malgré la présence d'adrénaline dans le sang, Schur n'a presque jamais constaté la glycosurie; on sait pourtant depuis Blum que l'adrénaline provoque la glycosurie probablement en agissant sur les dépôts de glycogène du foie et des muscles et en déterminant l'hyperglycémie. Pourtant les trois poisons rénaux employés expérimentalement par Schur ont fait apparaître la glycosurie chez certains animaux; peut-être cette glycosurie est-elle due en réalité à l'adrénaline.

Schur s'est demandé ensuite si la mobilisation du glycogène du foie et des muscles observée pendant le travail musculaire ne se fait pas par l'intermédiaire de l'adrénaline sécrétée dans le sang. Il a fait courir des chiens pendant des heures et a examiné leur sérum avant, pendant et après la course à l'aide de la réaction d'Ehrmann et par la réaction chimique. Il a constaté la présence d'adrénaline dans le sang prélevé pendant la course. Après une course de six à sept heures, l'adrénaline peut disparaître du sérum.

Chez les animaux entraînés à courir chaque jour, la quantité d'adrénaline du sérum semble devenir de moins en moins forte, et par contre persister plus longtemps (douze heures) pendant le repos succédant au travail musculaire. Il existe donc un rapport entre le travail musculaire et l'activité du système chromaffine; de plus, il est curieux de voir que l'adrénalinémie provoquée par ces expériences de courses n'a jamais été suivie de glycosurie.

Schur pense que la réaction de l'adrénaline observée chez un tétanique est attribuable aux contractures musculaires; par contre, il n'a jamais retrouvé là cette réaction chez l'homme soumis à des efforts prolongés. Enfin il est intéressant de rappeler que l'adynamie de la maladie d'Addison s'accompagne d'altérations dégénératives du tissu chromaffine.

En résumé, Schur constate que certaines affections rénales influent sur les fonctions du tissu chromaffine, mais que l'action de ce tissu sur la tension artérielle est problématique; et en second lieu que l'activité musculaire active la sécrétion du système chromaffine.

Les recherches anatomiques de Wiesel ont porté sur les capsules surrénales des chiens soumis aux expériences de Schur. Ces organes étaient fixés dans des milieux contenant

des sels de chrôme et les coupes colorées à l'hématoxyline éosine. Les capsules des chiens sacrifiés au bout de quelques heures de courses ne présentent aucune modification de la substance corticale. Par contre les cellules chromaffines de la substance centrale sont fortement modifiées : beaucoup de ces cellules perdent une grande partie de la coloration brune que le chrome donne à leur protoplasma; certaines cellules perdent même complètement cette réaction et leur protoplasma se colore en rose par l'éosine; les noyaux, au lieu d'être vésiculeux et faiblement colorables comme normalement, se colorent plus fortement et d'une façon plus diffuse. Les cellules ainsi modifiées siègent presque exclusivement au milieu de la substance centrale, au voisinage immédiat des espaces veineux, tandis que les cellules voisines de la substance corticale restent fortement chromaffines.

A mesure que l'on examine des chiens ayant couru de plus en plus longtemps, on voit que le nombre des éléments chromaffines diminue de plus en plus, si bien que chez les animaux ayant couru jusqu'à épuisement, il n'existe pour ainsi dire plus aucune cellule colorée en brun par le chrome. A ce moment l'extrait de capsule surrénale n'agit plus sur l'œil de la grenouille et ne détermine plus la réaction chimique de l'adrénaline. Wiesel en conclut que la substance imprégnée en brun par les sels de chrome est très vraisemblablement l'adrénaline.

Chez les chiens ayant subi l'extirpation partielle du rein et qui présentent des réactions de l'adrénaline dans leur sérum; la substance corticale des capsules surrénales est intacte, par contre, les cellules de la substance médullaire apparaissent plus nombreuses et plus serrées; beaucoup de cellules chromaffines sont des cellules jeunes; d'après Wiesel, il y a là l'aspect d'une évolution vers l'hypertrophie du tissu chromaffine.

Enfin Wiesel, chez un chien ayant pendant un mois couru chaque jour pendant plusieurs heures, a trouvé des plaques calcaires au niveau de l'aorte abdominale et des deux artères iliaques.

IV. Les recherches de Schur et Wiesel, ont déterminé Pal à rechercher si les substances mydriatiques du sérum ne peuvent pas passer dans l'urine. L'urine de sept sujets normaux s'est montrée sans action sur l'œil de la grenouille; l'urine des brightiques a déterminé la dilatation pupillaire dans 78 p. 100 dea cas; dans les autres maladies, la réaction n'a été positive que dans 7 p. 100 des cas; et chez les femmes enceintes dans 33 p. 100 des cas.

De plus, Pal a injecté dans les veines d'un chien une solution d'adrénaline. L'urine qui ne donnait aucune réaction avant l'injection, détermina la dilatation pupillaire pendant les vingt-trois heures qui la suivirent. Le deuxième jour, la réaction avait disparu.

A. LEMIERRE.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

NOTES SUR L'ARTÉRIO-SCLÉROSE. UNE MÉDICATION NOUVELLE : L'ANTI-SCLÉROSINE

Dans le règne végétal, comme dans le règne animal, c'est par la sclérose des tissus que se manifestent tout d'abord la sénilité et enfin la mort. Cette sclérose équivaut en fait à une calcification, avec diminution progressive, dans tous les tissus, de tous les éléments souples et élastiques.

La sclérose n'est donc pas, à proprement parler, une maladie.

Elle ne constitue un état morbide qu'alors qu'elle est excessive ou précoce.

Cette précocité et cet excès sont la conséquence de la vie intensive que nous menons tous.

La trop grande durée de l'effort, voilà la condition essentielle qui donne naissance à l'artério-sclérose.

L'artério-sclérose est « la rouille de la vie », disait Peter; il faudrait ajouter : la rouille accumulée. C'est ainsi qu'à la fin se trouvent viciés dans leur fonctionnement la plupart de nos organes.

Vers l'âge de quarante-cinq ans, se manifestent, sans cause apparente, des troubles de la digestion, des bouffées de chaleur ou de rougeur à la tête, des vertiges, de la presbytie, des bourdonnements ou des sifflements d'oreilles, de l'insomnie, des palpitations, de la douleur des jambes, etc. ; une activité cérébrale et physique amoindrie, de la fatigue et de l'essoufflement au moindre effort.

Notons que la plupart de ces phénomènes se manifestent du côté de l'encéphale ou des organes de la tête. C'est en effet notre malheureux cerveau, nos yeux et nos oreilles qui sont dès l'enfance et à perpétuité, soumis à un fonctionnement ou à un surmenage intensifs, auxquels nous n'échappons même pas complètement pendant notre sommeil.

Ce sont les organes les plus surmenés qui s'usent et se sclérosent les premiers. C'est donc dans les cellules nobles, parenchymateuses, que se produisent les premières lésions. C'est grâce à leur affaiblissement que surviennent plus tard des troubles d'ordre nutritif dans les parois des vaisseaux, dans les reins ou les autres organes. La situation devient alors franchement dangereuse et achemine le malade vers la rupture des artères et l'apoplexie des différents organes, vers l'urémie et les affections cardiaques.

Au cours des artério-scléroses toxiques ou infectieuses, les lésions se localisent de préférence sur certains tissus ou sur certains organes : le cerveau, la moelle épinière, les artères, tandis que dans la sclérose physiologique, de la vieillesse, elles se répartissent dans tout l'organisme. Le corps, l'intelligence et les sentiments affectifs s'atrophient en même temps.

Il n'est pas hors de propos de noter encore combien ces régressions séniles sont en corrélation étroite avec l'arrêt des fonctions de reproduction.

Mais le point capital, dans l'étude d'une affection aussi grave et aussi répandue, c'est la thérapeutique. Elle devra viser la cause tout d'abord, ensuite, ou simultanément, les conséquences déjà produites.

S'il s'agit de syphilis, de saturnisme, de paludisme, etc., l'on s'adressera évidemment aux agents bien connus qui combattent directement ces affections. On règlera soigneusement, dans tous les cas, le régime. Mais lorsque l'artério-sclérose dépendra surtout du surmenage, la situation sera beaucoup plus difficile. Il y aura lieu d'insister sur la suppression des veilles prolongées. Depuis bien des années nous demandons à nos malades de faire quotidiennement une sieste d'une heure environ, après le repas de midi. Le bon effet de cette pratique s'observe dès les premiers jours. Le malade est bien reposé et le travail de l'après-midi lui devient aussi facile que celui de la matinée. Le repos suit ainsi, immédiatement, la fatigue et l'effort.

Il est très utile aussi, en vue de calmer l'éréthisme circulatoire et nerveux, tout en assurant une diurèse plus complète, d'obtenir du malade qu'il se mette au régime lacté intégral un jour par semaine. La plupart des candidats à l'artério-sclérose l'acceptent et s'en trouvent fort bien.

La médication devra souvent être symptomatique. L'iodure de potassium, à petites doses, longtemps continuées, rendra souvent des services.

Contre l'état morbide d'ensemble, déjà bien caractérisé, l'on a préconisé plus récemment un assez grand nombre de préparations. La plus connue peut-être est le sérum de Tru-

necek. Il s'est montré utile dans certains cas. On peut en dire autant de l'électricité à haute fréquence. Mais il faut y revenir souvent et elle n'est pas à la portée de tout le monde.

Depuis quelque temps nous avons expérimenté un produit nouveau, l'anti-sclérosine, et avons été heureusement surpris des excellents effets qu'on en obtient.

L'anti-sclérosine contient sous forme de comprimés les chlorates, sulfates, carbonates et phosphates de soude en proportions correspondant à leur importance dans l'organisme, c'est-à-dire à leur degré d'utilisation. L'on y a encore ajouté des sels de magnésie et des glycérophosphates de chaux dont l'action favorable, tonique et sédative, sur les cellules nerveuses est bien connue, tandis que les sels de potasse dont l'action est si nuisible sur le cœur, n'y figurent pas. La compression des tablettes se fait sous une pression très égale et calculée exactement pour leur assurer une résorption lente, en rapport avec les réactions osmotiques. Chaque comprimé est dosé à 50 centigrammes de sels. L'on en prend d'abord pendant les trois premiers jours, un matin et soir, une demi-heure avant le repas, ou s'il y a lieu, au milieu du repas, avec un peu d'eau ou tout autre liquide. L'on passe ensuite, graduellement, à trois comprimés par jour, un matin, midi et soir, ensuite à quatre, à cinq, et enfin à six, toujours en trois prises quotidiennes.

L'emploi de l'antisclérosine n'exclut nullement celui de tout autre produit qui pourrait sembler indiqué. Son usage régulier se traduit rapidement, au bout de quelques jours, par un sentiment de bien-être très apprécié du malade, par l'atténuation de la plupart des malaises dont il souffrait. Le tracé sphygmographique du pouls lui-même indique une amélioration sensible et durable, après deux ou trois semaines de traitement.

Ce remède a été employé avec grand succès également dans certaines affections des yeux et des oreilles occasionnées par l'artério-sclérose.

Il y a donc vraiment intérêt à signaler ce produit que l'on devrait employer dans tous les cas. Il est à la fois inoffensif et très souvent de la plus évidente utilité, là même où tout avait échoué.

Parmi un nombre considérable de faits qu'il nous a été donné d'observer depuis un an que nous employons l'anti-sclérosine, nous mentionnerons seulement les suivants :

1° M. M..., soixante-deux ans, se plaint depuis assez longtemps de vertiges, de maux de tête, d'insomnie. Il est allé l'été dernier faire une cure à Vichy, où, sous l'influence des eaux, les phénomènes congestifs du côté de la tête ont augmenté au point de faire craindre une issue fatale. Rentré à Paris, il prend quatre comprimés d'anti-sclérosine d'abord, puis six. Au bout d'un mois de ce traitement la pression artérielle était tombée de 24 à 16, le pouls était moins fréquent et d'une souplesse parfaite, tous les phénomènes morbides très améliorés et quelques-uns même disparus.

2° M. X..., cinquante-huit ans. Artères pleines, pouls bondissant, douleurs de jambes vives; hémorragies nasales très abondantes ou ayant nécessité des cautérisations répétées.

Les purgatifs, le régime lacto-végétarien suivi depuis deux ans, n'ont amené qu'une amélioration légère, très insuffisante. L'on y a ajouté depuis trois mois six comprimés d'anti-sclérosine par jour, trois semaines par mois.

Tous les phénomènes morbides se sont atténués considérablement, et le malade a toute confiance dans une guérison définitive.

3° Ulcère variqueux datant de cinq ans chez un homme âgé de soixante-cinq ans. Tous les traitements habituels avaient été employés et n'avaient donné que des résultats partiels et éphémères. En y ajoutant l'usage de l'anti-sclérosine, l'on obtint une diminution rapide de la sécrétion sanieuse, la plaie s'assainit et était entièrement cicatrisée au bout de dix semaines.

Dr SUZOR.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Le **DÉBUT** se caractérise par des symptômes fonctionnels.

a. Les *hémorragies* constituent en général le premier signe, sans doute chez quelques malades les règles reviennent aux époques attendues, mais se prolongent sans causes; dans la majorité des cas, la menstruation est troublée dans ses retours et surtout dans sa quantité; ces irrégularités menstruelles ont été souvent le premier signe du cancer; quelques malades arrivées à l'âge de la ménopause depuis plusieurs mois ou plusieurs années sont surprises par un petit écoulement de sang. Ces pertes sont du reste très variables dans leur intensité.

Au début de l'affection tout au moins, le sang qui s'écoule a une teinte rouge. Il est possible d'y rencontrer des caillots plus ou moins volumineux; dans la suite, l'écoulement est moins coloré; il existe un suintement de liquide fortement teinté. La malade est toujours sous le coup d'une véritable métrorragie qui surviendra à la suite d'une fatigue, d'un simple toucher.

Ces hémorragies reparaissent tous les mois, sont souvent prises pour un retour de jeunesse; elles ne sont pas sans affaiblir la malade qui s'anémie graduellement; ces écoulements sont fétides, et en outre la résorption des liquides qui se putréfient dans l'utérus, et le vagin ajoute ses effets, et la cachexie est un des premiers signes.

b. La *leucorrhée* se joint souvent à l'hémorragie, elle peut alterner avec les pertes sanguines, elle peut les précéder; c'est d'abord un liquide séreux qui tache le linge et dont l'abondance peut devenir considérable. Au début c'est une leucorrhée simple paraissant ressembler à l'écoulement de la métrite; dans la suite ce liquide devient plus épais; il est teinté de sang et surtout a une odeur repoussante; cet écoulement a pour point de départ les ulcérations néoplasiques et les bourgeons cancéreux. La fétidité des pertes leucorrhéiques et sanguines est même un signe très caractéristique qui peut faire reconnaître à distance un épithélioma de l'utérus, d'autant plus que cet écoulement, « lavure de chair, » raclure de boyaux, persiste, résiste à tous les modes de traitement.

c. La *douleur* constitue le troisième grand signe de l'épithélioma du col utérin; elle est habituellement tardive; elle se traduit au début par une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, le repos ne la calme pas. A mesure que se fait l'envahissement des régions péri-utérines, la douleur augmente, irradie vers la région lombo-dorsale.

La douleur dans le cancer est due à l'envahissement des nerfs du bassin; la compression, l'infiltration de ces nerfs par le cancer expliquent la production de ces douleurs; elles sont pour cette raison plus tardives, existent presque toujours dans les phases ultimes de la maladie.

La malade accuse des douleurs dans le périnée, vers la région périnéale, ou même on est en présence d'une névralgie sciatique, avec ou sans œdème du membre inférieur. Les douleurs se caractérisent par des sensations variables, engourdissements, fourmillements, tiraillements, brûlures, élancements; elles peuvent être paroxystiques, la morphine les atténue à peine. On peut trouver, mais moins fréquemment que dans le cancer du corps, les douleurs « expultrices » dues au rejet des caillots.

La malade s'affaiblit; l'appétit disparaît, les digestions se font mal, l'amaigrissement est rapide, les membres inférieurs sont œdématiés; le facies de la malade est du reste caractéristique, les joues bouffies semblent infiltrées d'une graisse jaunâtre, les forces ont complètement disparu; la malade est essoufflée au moindre effort, la langue est sèche, la soif vive; il y a de l'épigastralgie; la constipation alterne avec la diarrhée, c'est sous cet aspect que se présente la malade qui vient demander au médecin d'améliorer sa situation.

SYMPTOMES PHYSIQUES. — Le TOUCHER VAGINAL est la méthode de choix. Le professeur Pozzi insiste en effet « sur la supériorité des renseignements donnés par le toucher et la

palpation bimanuelle par rapport à ceux que fournit le spéculum ». Trois formes peuvent se présenter au point de vue clinique : 1° Le cancer revêt la forme *végétante papillaire* en chou-fleur; il débute sur l'une des lèvres du col, au voisinage de l'orifice externe ou dans un des culs-de-sac du vagin, le postérieur le plus souvent, comme l'admet Schröder, ou à la limite du vagin et du col (cancer liminaire).

Le vagin dans ce cas est rempli par une sorte de champignon, variable de volume, comblant antérieurement la cavité dans laquelle il s'est développé, le doigt reconnaît facilement cette masse dure, s'effritant sous l'ongle ou recouverte d'ulcérations sanieuses, fongueuses; il est impossible d'arriver sur l'orifice externe du col qui semble enseveli sous les productions épithéliomateuses.

2° Le cancer s'est développé *dans la cavité du col*; la muqueuse cervicale est peu à peu envahie, détruite par une ulcération ou au contraire des végétations polypoïdes viennent faire saillie jusqu'au niveau de l'orifice externe du col;

3° Le cancer présente la forme *interstitielle* ou *nodulaire* se caractérisant au début par un noyau inclus dans une des lèvres du col; la muqueuse n'est ulcérée que secondairement; ultérieurement, cette forme se confondra avec celle du cancer papillaire.

Tels sont les aspects différents sous lesquels la lésion se présente au début; au bout d'un certain temps il est difficile de reconnaître la variété.

La forme papillaire inquiète plus vite les malades, parce que son évolution donne lieu à des hémorragies plus abondantes; la forme ulcéreuse est insidieuse, et quand on la découvre elle a souvent envahi le corps utérin, le ligament large.

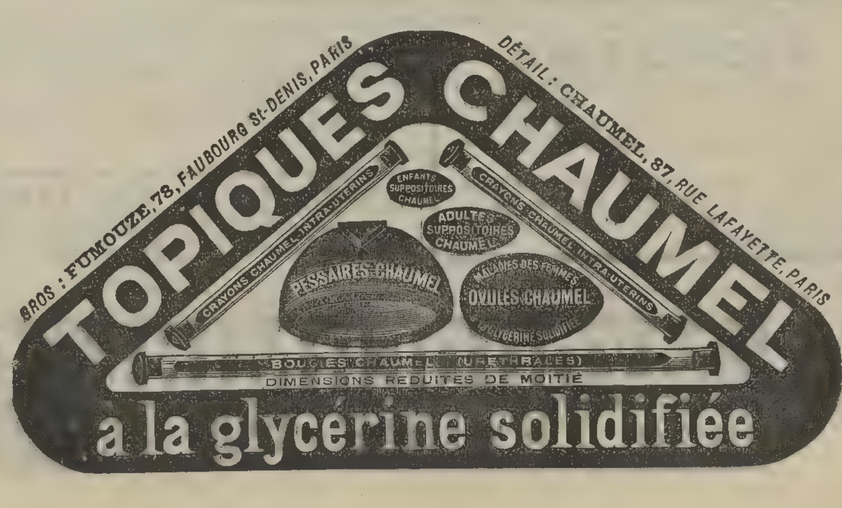
Le toucher permet de reconnaître l'*état du vagin*; celui-ci est ulcéré, il est le siège d'un écoulement fétide, jaune, verdâtre, épais, purulent, strié de sang, amenant un érythème de la face interne des cuisses, ou encore on tombe sur une masse végétante papillaire reposant sur une base indurée dans une autre variété tout aussi fréquente, le doigt tombe sur une induration en plaque, siégeant dans l'épaisseur même de la muqueuse. Ce qui est capital, c'est de voir les culs-de-sac vaginaux perdre leur profondeur, leur souplesse. Le sillon qui sépare normalement les lèvres du col des insertions vaginales semble dur, infiltré, ligneux, sans séparation bien nette avec les tissus utérins, ou mieux avec les bourgeons qui recouvrent le col; dans les cas à marche rapide, se rencontrant chez les femmes jeunes, le vagin est souvent pris dès le début sur toute sa circonférence, c'est la forme annulaire.

(*A suivre.*)

Instruction pour le traitement par l'hyperémie du docteur Schmieden, chirurgien en chef de la Clinique de l'Université de Bonn, traduit par Mme Fortoul, préface de M. le professeur agrégé Tuffier. In-8 carré avec 13 fig. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17.



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

L'hiver à la Côte d'Azur. — Billets d'aller et retour collectifs de 2e et 3e classes, valables jusqu'au 15 mai 1908.

Du 1er octobre au 15 novembre 1907, les gares P.-L.-M. délivrent aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 2e et 3e classes pour Toulon et toutes les gares P.-L.-M. situées au delà vers Menton. Le parcours simple doit être d'au moins 400 kilomètres.

(Le coupon d'aller de ces billets n'est valable que jusqu'au 15 novembre 1907.)

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de quatre billets simples ordinaires (pour les deux premières personnes) le prix d'un billet simple pour la troisième personne, la moitié de ce prix pour la quatrième et chacune des suivantes.

Arrêts facultatifs. Faire la demande de billets quatre jours au moins à l'avance à la gare de départ.

Des trains rapides et de luxe composés de magnifiques et confortables voitures à boggies, desservent, pendant l'hiver, les stations du Littoral. Paris-Nice (1 087 kilomètres) en 13 h. 45 par le Côte d'Azur-Rapide.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Amphithéatre des hopitaux. — *Concours du prosectorat.* — *Anatomie :* Séance du 15 octobre 1907. — « Développement et anatomie des enveloppes du testicule. » MM. Capette, 15 1/2; Papin, 16; Mathieu, 17; Descomps, 19.

Séance du 17 octobre. — « Développement et anatomie de la veine-cave inférieure. » MM. Mocquot, 18 1/2; Sauvé, 16; Picot, 17; Muret, 18 1/2.

Séance du 22 octobre. — « Développement et rapports du rectum. » MM. Mercadé, 16; Bréchot, 17 1/2; Heitz-Boyer, 18; Desmarets, 19.

Physiologie : Séance du 24 octobre. — « Doctrine des localisations cérébrales. » MM. Bréchot, 16; Muret et Mercadé, 17; Sauvé, 19.

Séance du 29 octobre. — « La physiologie du myocarde. » MM. Heitz-Boyer et Descomps, 18 1/2; Papin, 16; Mathieu, 18 1/2.

Séance du 31 octobre. — « Le rôle des hématies et des leucocytes. » MM. Desmarets et Mocquot, 19 1/2; Picot, 17.

La prochaine séance (pathologie) aura lieu le jeudi 7 novembre, à la Charité, à quatre heures trois quarts.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Saint-Étienne. — Le concours public qui doit avoir lieu le 17 février 1908, précédemment annoncé pour une place de médecin suppléant des hospices civils, aura lieu pour une place de médecin titulaire et s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de Lyon à la date ci-dessus indiquée.

Le médecin à nommer à la suite de ce concours entrera en fonctions le 1er mars 1908.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, rue Valbenoite, 40, à Saint-Etienne.

— Reims. — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes : MM. Bliqué, Hoël, Bourgeois (G.), Vernié, Noailles, internes titulaires; M. Morigny, interne provisoire.

Le concours de l'externat vient de se terminer par les nominations de MM. Seiffert, Bonnedame, Berteaux, Netter, Herding et Fontaine (ex æquo), Duclos.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'argent est décernée à M. le docteur Giraud, docteur-médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Cadot (de Grenoble) et Carpentier (de Lille).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — Semestre d'hiver 1907-1908. — Les travaux d'anatomie, d'histologie et d'anatomie pathologique ont commencé aujourd'hui lundi 4 novembre, sous la direction de M. le docteur Pierre Sébileau, directeur des travaux scientifiques.

Sont admis à disséquer dans les pavillons : 1° MM. les internes et externes des hôpitaux, à titre gratuit; 2° MM. les docteurs et étudiants en médecine, français et étrangers, moyennant le versement d'un droit de 50 francs par mois pour les docteurs, et de 30 francs pour les étudiants.

Comporte également le versement d'un droit, l'admission dans le laboratoire du directeur.

Le semestre comprendra : 1° un cours d'anatomie descriptive avec interrogation des élèves. Ce cours sera strictement préparatoire à l'examen d'anatomie; 2° plusieurs cours d'anatomie pathologique (dont un élémentaire et préparatoire à l'examen); 3° des cours de médecine opératoire générale et spéciale, dont le nombre sera subordonné aux ressources des laboratoires.

Des affiches ultérieures feront connaître le genre des cours et leur date d'ouverture.

Les cours d'anatomie commenceront en décembre. Les cours de médecine opératoire commenceront en janvier.

M. le directeur reçoit le mercredi, d'une heure et demie à trois heures, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris.

CONFÉRENCE PRIVÉE D'INTERNAT. — MM. Félix Marsan et Doury, internes des hôpitaux, commenceront le 15 novembre leurs conférences privées d'internat. S'inscrire à la salle de garde de l'Hôtel-Dieu.

LE RÉGIME ALIMENTAIRE DANS LES NÉPHRITES (1)

Par A. GOUGET,

Professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

Dans le traitement des néphrites comme dans celui des maladies du tube digestif et du foie, l'importance du régime alimentaire prime de beaucoup celle des médicaments proprement dits. Ce n'est pas que nous puissions, par le régime, agir directement sur les lésions rénales pour en amener la régression : nous ne connaissons, à l'heure actuelle, aucun aliment, comme aucun médicament, capable de satisfaire à ce desideratum. Mais, en revanche, rien ne nous est plus facile que d'exagérer ces mêmes lésions ou de provoquer certains accidents par un régime inopportun. Si l'adage : *Primum non nocere* doit être toujours présent à l'esprit du médecin, il est particulièrement à sa place dans la thérapeutique des néphrites. De là la nécessité de bien connaître les règles fondamentales du régime alimentaire applicable à ces maladies, pour pouvoir, dans certains cas, imposer et maintenir, avec toute la fermeté et la persévérance voulues, un régime plus ou moins pénible pour le malade, et aussi pour se garder, dans d'autres cas, d'exagérations non seulement inutiles, mais parfois même préjudiciables à sa santé.

Divers types de régime (régime lacté, régime hypochloruré, régime hypoazoté, etc.) ont été préconisés et sont journellement employés dans le traitement des néphrites. Voyons d'abord la composition, les avantages et les inconvénients de chacun d'eux ; de leur comparaison, nous essaierons de dégager quelques conclusions générales.

Régime lacté. — En tête des régimes applicables aux néphrites, doit figurer le régime lacté. Ses bons effets, déjà connus d'Hippocrate, avaient été signalés de nouveau par Guy Patin ; mais c'est surtout depuis son emploi empirique par Chrestien (de Montpellier) [1831], puis par Pécholier (de Lyon), contre les hydropisies, qu'il en est venu à dominer tout le traitement des néphrites. Aujourd'hui que nous savons analyser ses principaux modes d'action, il nous est possible de l'employer d'une manière vraiment raisonnée et scientifique.

Le repos, et même le repos dans la position étendue, n'étant pas moins important que le régime dans tous les cas où se trouve indiqué l'usage exclusif du lait, la quantité de celui-ci doit se régler sur le nombre de calories correspondant à la simple ration d'entretien.

Celle-ci, pour un homme de 65 kilogs, est évaluée, suivant les auteurs, à des chiffres variant de 1860 (Voit) à 2800 (Gautier) calories. Un litre de lait de vache fournissant environ 700 calories, il faudra 2 1/2/3 à 4 litres de lait pour satisfaire à la ration d'entretien.

On ne peut arriver à faire supporter de pareilles quantités de lait, surtout pendant quelque temps, qu'à la condition d'en régler minutieusement l'usage et de faire appel, le cas échéant, à toute une série de petits moyens adjuvants, variables d'un malade à l'autre.

On recommande quelquefois d'établir progressivement le régime lacté exclusif, s'il n'y a pas urgence absolue ; on faciliterait ainsi l'accoutumance. Je n'ai jamais observé qu'il en fût ainsi, et il me paraît préférable d'instituer d'emblée le régime lacté intégral. Ce qu'il faut surtout, c'est régler soigneusement les doses et les heures auxquelles elles devront être prises. Le mieux me paraît être, d'une manière générale, de donner 200 à 300 centimètres cubes toutes les heures et demie ou 350 centimètres cubes toutes les deux heures, la première dose du matin pouvant être un peu plus forte (400 centimètres cubes). On aura soin également de faire prendre une dose dans le courant de la nuit, Jaccoud ayant montré que l'albuminurie est souvent plus élevée le matin lorsque le malade n'a rien pris durant toute celle-ci.

Le lait sera cru ou bouilli (ce dernier est moins riche en citrates, en chaux et en acide carbonique), froid ou chaud, suivant les préférences individuelles. On pourra l'aromatiser avec un peu de kirsch, de café, de thé, le couper avec du bouillon de légumes non salé, de l'eau de Vichy ou de Vals (d'autant plus que le lait de vache a une réaction très légèrement acide, 5 fois plus que le lait de femme), aider à sa digestion par certains ferments (lab, pepsine, pancréatine), ou même le donner à l'état de lait fermenté, sous forme de képhir ou de yohourth. Quelquefois il n'est supporté qu'introduit par la sonde, mais ce mode d'administration n'est guère compatible avec son usage un peu prolongé. Il faut, en tous cas, recommander au malade de prendre chaque dose lentement, par petites gorgées, et de se rincer soigneusement la bouche après chaque prise, soit à l'eau ordinaire ou à l'eau de Vichy, soit à l'eau additionnée d'un peu d'alcool de menthe, pour éviter un enduit saburral donnant à la bouche un goût désagréable.

Pour pouvoir apprécier exactement les avantages et les inconvénients du régime lacté, rappelons d'abord la composition du lait :

Lait de vache (par litre) :

Eau	873
Albumine	39
Graisse	39
Hydrates de carbone	49
P^2O^5	1,884
Nacl	1,87
K^2O	1,918
CaO	1,713
Pe^2O^3	0,0035

Voyons maintenant quelle doit être la ration normale correspondant au chiffre de 2500 calories, que nous prendrons comme moyenne. Elle s'établit de la manière suivante :

(Rappelons qu'un gramme d'albumine ou d'hydrate de carbone fournit 4,2 calories, et un gramme de graisse, 9,3.)

Albumine.	Graisse.	Hydrates de carbone.
92 gr.	61	368

(1) Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris.

Or les 3 litres et demi de lait nécessaires pour fournir ces 2500 calories contiennent :

Albumine.	Graisse.	Hydrates de carbone.
137	137	172

C'est-à-dire un excès marqué d'albumine, un excès considérable de graisse, et un déficit non moins considérable en hydrates de carbone. On peut, il est vrai, y remédier dans une certaine mesure en écrémant plus ou moins le lait et en ajoutant à chaque prise 15 à 20 grammes de lactose.

D'autre part, l'économie doit recevoir de l'alimentation, outre les substances organiques précédentes, des sels minéraux, et notamment de l'acide phosphorique, de la potasse, de la soude, de la chaux, du fer. Le professeur Gautier évalue de la façon suivante les quantités de ces différents principes nécessaires en vingt-quatre heures :

P^2O^5.	K^2O.	Na^2O.	CaO.	Pe^2O^3.
3,9	3,22	7,70	1,47	0,04

Or, 3 litres et demi de lait donnent :

P^2O^5.	K^2O.	Na^2O.	CaO.	Pe^2O^3.
6,59	6,71	4,55	6	0,012

soit un excès notable d'acide phosphorique et de potasse et un excès considérable de chaux, et, par contre, un déficit en soude et surtout en fer.

Enfin, si l'on évalue la ration normale d'eau à 2650 grammes (dont 1150 fournis ordinairement par les aliments et 1500 par la boisson), cette ration se trouve un peu dépassée par les 3 litres et demi de lait (3 litres d'eau), et comme, de plus, on est souvent obligé de couper le lait d'eau de Vichy pour le faire supporter, la quantité d'eau ingérée arrive à dépasser très notablement le chiffre normal. Il en est de même avec le képhir, qui, souvent mieux digéré que le lait, et moins riche en chaux, est plus riche en eau (4 litres de képhir représentent l'équivalent de 3 litres et demi de lait, et contiennent plus de 3 litres et demi d'eau, ainsi que 24 à 60 grammes d'alcool, ce qui ne saurait être toujours indifférent).

Cet excès d'eau est encore plus accusé avec le lait d'ânesse, dont il faut $4^l 3/4$ pour représenter l'équivalent de 3 litres et demi de lait de vache. Le lait d'ânesse est d'ailleurs coûteux et difficile à se procurer en grande quantité. Si nous le signalons ici, c'est parce que, comparé au lait de vache, il contient les divers principes alimentaires dans des proportions beaucoup plus voisines de celles de la ration normale : aussi est-il souvent mieux digéré. En effet, $4^l 3/4$ de lait d'ânesse donnent :

Albumine.	Graisse.	Hydrates de carbone.
86,45	95,47	288

Le régime lacté offre une série d'avantages dont les principaux sont les suivants : le lait est un aliment complet, de digestion généralement facile, introduisant dans l'économie un minimum de principes toxiques, donnant lieu (lorsqu'il est bien digéré) à un minimum de fermentations intestinales (l'acide lactique agit même dans une certaine mesure comme antiseptique dans l'intestin, et la proportion des microbes intestinaux diminue notablement par le régime lacté) [Gilbert et Dominici, Roger et Garnier], favorisant la diurèse (par son eau, ses sels et son lactose), et lavant le rein qu'il débarrasse de ses débris épithéliaux, de ses cylindres, etc., enfin relativement pauvre en chlorure de sodium, dont l'action nuisible, dans certains cas de néphrite, est bien établie (v. plus loin).

Tels sont les divers avantages que l'on reconnaît communément au régime lacté ; mais ils ne suffisent pas, à mon avis, à expliquer complètement le secret de son action bienfaisante dans les néphrites. Si l'on considère l'action favorable des sels de calcium dans certains cas d'albuminurie, on peut se demander si l'efficacité spéciale du lait dans les néphrites ne tient pas pour une part à sa richesse en chaux.

Voyons maintenant le revers de la médaille. C'est un fait bien connu que le régime lacté, même parfaitement supporté, et même à très haute dose, ne donne pas de forces. Cela n'a, évidemment, qu'une importance secondaire chez un sujet qui doit garder le repos ; mais à cette faiblesse se joint bientôt un véritable état anémique. Cette anémie lactée s'explique sans doute, au moins en partie, par la très faible teneur du lait en fer (c'est l'aliment le plus pauvre en Fe), puisque 3 litres et demi de lait ne contiennent même pas le tiers de la ration normale.

De plus, le lait, lorsqu'il est bien digéré, constipe ; mais c'est là un inconvénient auquel il est facile de remédier par des moyens appropriés (laxatifs, lavements).

En somme, le grand inconvénient du régime lacté exclusif, c'est la fréquente intolérance dont il est l'objet. Certains malades ont pour le lait un dégoût insurmontable ; d'autres le digèrent mal : le lait détermine chez eux des fermentations anormales, des aigreurs, du météorisme, de la pesanteur gastrique, quelquefois des vomissements, plus souvent de la diarrhée. Il en résulte un état de dénutrition fâcheux ; peut-être même, comme tendraient à le faire admettre certaines expériences, l'absorption de l'albumine du lait insuffisamment digérée peut-elle contribuer à exagérer l'albuminurie et les lésions rénales.

Lorsque le régime lacté exclusif est ainsi mal toléré, malgré les divers petits artifices exposés plus haut, ce serait une faute de s'acharner à l'imposer quand même. Il faut essayer de remplacer, dans la ration quotidienne, trop exclusivement liquide, une certaine quantité de lait par des aliments solides appropriés. Quels sont ceux que l'on devra choisir ? En principe, pour les raisons vues plus haut, et qui tiennent à la composition du lait, on devra s'adresser à des aliments pauvres en albumine et en graisse, et, au contraire, riches en hydrates de carbone. Autant que possible, ces aliments devront, en même temps, n'être pas trop riches en chaux ni surtout en chlorure de sodium, et apporter une quantité suffisante de fer.

Si l'on consulte les tableaux indiquant la composition des principaux aliments, on en trouve trois qui répondent particulièrement à ce programme. Ce sont : le riz, la farine d'arrow-root, le sagou.

Voici, en effet, leur composition (par 100 grammes) :

	Riz.	Arrow-root.	Sagou.
Eau	12,58	13,3	
Albumine	6,5	0,88	traces à 2,96
Graisse	0,715	0,18	0,36
Hydr. de carb.	79,4	82,5	82,5
NaCl	0,0057	0,2 de sels min.	0,44
K^2O	0,1155		
CaO	0,0327		
Fe^2O^3	0,0154		
Calories	356,5		

Non seulement l'adjonction d'une certaine quantité de ces farines au régime lacté permettra de diminuer la ration de lait, mais une partie de celui-ci servira à faire avec elles des potages qui permettront de varier le mode d'administration du lait.

Enfin l'on pourra ajouter au régime précédent un peu de raisin bien mûr, qui agira à la fois comme diurétique et comme laxatif. Voici la composition du raisin (par 100 grammes de chasselas) :

Eau	80
Albumine	0,49
Graisse	0,38
Hydrates de carbone	17,69
Sels minéraux	0,2
Calories	70

On arrivera ainsi à un régime consistant en 2 litres de lait, 250 grammes de riz et 250 grammes de raisin, le tout correspondant à 2481 calories, avec la composition suivante :

Eau	1977,45
Albumine	95,475
Graisse	80,74
Hydrates de carbone	340,725
NaCl	3,76
CaO	3,65
Fe^2O^3	0,05

En ajoutant à ce régime un peu de sucre, trois quarts de litre d'eau de Vals ou de Vichy pour couper le lait qui ne sera pas pris avec le riz, et au besoin une tasse d'infusion aromatique chaude, on aura réalisé une ration alimentaire répondant sensiblement à la ration normale, avec un peu plus d'eau et surtout un excès de graisse et de chaux, mais, comme nous l'avons vu, l'excès de ces principes, et notamment de la chaux, explique peut-être en partie l'action favorable du lait.

On substituera donc ce régime au régime lacté intégral chaque fois que l'on aura reconnu l'impossibilité ou même la simple difficulté de faire supporter celui-ci.

Voyons, maintenant, les indications et les contre-indications du régime lacté.

En matière d'indications, il faut distinguer les cas où le régime lacté s'impose comme nécessaire, et ceux où il paraît seulement utile.

Les néphrites aiguës et les poussées aiguës dans les néphrites chroniques, la grande urémie ou même seulement l'apparition de symptômes nettement caractérisés d'insuffisance rénale ou cardiaque, voilà les cas où le régime lacté s'impose. Il pourra même être utile, dans la grande urémie, de le faire précéder pendant vingt-quatre à quarante-huit heures par la diète hydrique (à laquelle on pourra ajouter 100 grammes de lactose), la plus apte évidemment à laver l'organisme et à éliminer les déchets de la nutrition qui s'y trouvent retenus.

En dehors des cas précédents, il est indiqué d'essayer le régime lacté dans la néphrite donnant lieu à des œdèmes ou même caractérisée par la seule albuminurie, surtout lorsque l'on n'a pu suivre l'évolution antérieure de l'affection. Le régime lacté n'est plus alors un traitement d'urgence, comme dans les cas précédents ; c'est un traitement d'épreuve. Enfin, dans la scarlatine, on l'emploie comme traitement préventif de la néphrite, mais, dans ces conditions, le régime lacto-végétarien paraît très suffisant.

Lorsque le malade supporte bien le régime lacté et y réagit bien, la polyurie ne tarde pas à s'établir ; en même temps, les urines deviennent pâles, claires, avec un reflet jaune verdâtre ; les éliminations urinaires augmentent; l'albuminurie, les œdèmes, les signes d'intoxication diminuent et peuvent même disparaître plus ou moins rapidement.

Combien de temps devra être maintenu le régime lacté ? Tant que décroîtront sous son influence les phénomènes pathologiques, c'est-à-dire, suivant les cas, pendant quelques jours à plusieurs semaines. Mais si, au bout de plusieurs jours, le régime lacté n'a absolument rien donné, ou si les œdèmes, l'albuminurie, après avoir diminué dans une certaine mesure, restent ensuite stationnaires, non seulement il n'est plus nécessaire ni même utile de le maintenir intégralement, mais ce serait le plus souvent une faute de le faire. Il ne faut pas, en effet, comme certains esprits simplistes, pour qui toute la thérapeutique se réduit à une série d'équations, voir dans le régime lacté le seul traitement des œdèmes et de l'albuminurie, et s'acharner à les poursuivre par ce régime, sous prétexte que s'il n'est pas utile, il ne saurait en tous cas être nuisible. Nous avons vu plus haut les inconvénients de son usage prolongé, alors même qu'il est bien digéré, et, surtout dans les néphrites chroniques, on a trop d'intérêt à ne pas en provoquer le dégoût, en prévision de l'avenir, pour s'obstiner à en maintenir l'usage alors qu'il s'est montré inefficace ou qu'il a donné tout ce qu'il était capable de donner. Le régime lacté intégral ne doit donc jamais être qu'un régime provisoire, auquel succédera progressivement le régime mixte, suivant les règles que nous établirons plus loin, et même éventuellement un régime sans lait. Il y a des rénaux dont l'albuminurie reste invariable, quel que soit le régime. Et d'ailleurs il ne faut jamais perdre de vue que ce n'est pas l'albuminurie qui fait le danger, dans les néphrites, et qu'alors même qu'elle en donne la mesure, en présence d'une néphrite incurable, il est très important de maintenir le plus longtemps possible l'appétit et la nutrition générale. Comme l'urémie, l'anémie est un écueil à éviter, et il ne faut pas tomber dans l'un sous prétexte d'échapper à l'autre.

Quelles sont, maintenant, les contre-indications du régime lacté? En principe, tous les cas où il n'est ni nécessaire ni même vraiment utile, et, en particulier : la sclérose rénale bien compensée, le rein amyloïde, la tuberculose rénale, les albuminuries irréductibles (albuminuries résiduales et albuminuries dites fonctionnelles : albuminurie orthostatique, albuminurie cyclique, albuminurie légère des diabé-

tiques, etc.). Le régime lacté ne peut qu'exagérer l'anémie plus ou moins accusée de la plupart de ces malades, sans donner l'espoir de la moindre amélioration dans leurs troubles rénaux.

Régime hypochloruré. — Ce régime n'est entré dans la pratique que depuis quelques années, à la suite des travaux de MM. Achard, Widal, Strauss, et de leurs élèves.

Les indications en sont fournies par la connaissance de la rétention chlorurée et des accidents auxquels elle donne lieu. Ces accidents sont avant tout les œdèmes et les hydropisies. La pesée régulière du malade permet même de déceler le préœdème, ou plutôt les œdèmes viscéraux précurseurs de l'œdème sous-cutané. Mais elle ne dispense pas de doser le chlorure de sodium dans l'urine et de le comparer au chlorure de sodium ingéré : il existe, en effet, une rétention « sèche » du chlorure du sodium (Ambard et Beaujard), qui peut contribuer à amener ou à exagérer l'hypertension artérielle. On sait, en outre, que le chlorure de sodium a une action excitante, et que sa simple suppression dans le régime a pu agir favorablement sur le retour d'accès d'épilepsie ou d'asthme (Claude). M. Widal attribue à la rétention chlorurée (sans doute par l'intermédiaire d'un œdème encéphalique) certaines crises épileptiformes, certains accès dyspnéiques, certains cas de respiration de Cheyne-Stokes. Il faut y joindre certains vomissements, certaines diarrhées, riches en chlorure de sodium. On ne saurait donc dire, avec Strauss, que « l'urémie n'a rien à voir avec la question du chlorure de sodium ». Quant à son action sur l'albuminurie, attribuée par MM. Hallion et Carrion à une altération des albumines du sang, par M. Dufour à une influence offensive sur l'épithélium rénal, par M. Widal à l'œdème rénal, elle est très inconstante.

Le régime hypochloruré trouve donc sa principale indication dans les néphrites hydropigènes, Il rendra également des services dans la sclérose rénale avec hypertension artérielle, mais, là, on pourra le prescrire avec moins de rigueur, sauf s'il existe des tendances au pseudo-asthme, à l'œdème aigu du poumon, aux phénomènes d'excitation motrice.

Aussi est-ce surtout dans les néphrites hydropigènes que ce régime a enregistré ses plus brillants succès. On l'a vu réussir là où avait échoué le régime lacté. Son action est quelquefois aussi rapide que complète, comme chez ce malade de M. Widal qui perdit 28 kilogrammes en dix-sept jours; souvent elle est plus lente et demande jusqu'à six semaines. Parfois elle est incomplète, et n'amène que la diminution des œdèmes, sans réussir à les faire disparaître; parfois enfin elle est absolument nulle, sans que l'on puisse toujours se rendre nettement compte de la raison de ces différences d'action.

Comment prescrira-t-on ce régime hypochloruré? Il ne suffit pas de recommander au malade de ne pas ajouter de sel à ses aliments. Il faut encore bannir du régime tous les aliments riches en chlorure de sodium, que celui-ci s'y trouve contenu naturellement ou en raison d'une préparation spéciale. Pour cela, on consultera le tableau suivant :

Teneur moyenne de quelques aliments en NaCl par kilogr.

Aliment	NaCl
Lait de vache	1,15 à 2,50
Beurre frais	1 à 14
Œufs de poule	1,53
Viande crue	0,35 à 1,13
— bouillie (dans l'eau pure)	0
Poisson d'eau douce	0,46
— de mer	5,15
Pommes de terre	0,46
Riz	0,045
Fèves	0,40
Haricots	0,55
Pois	0,65
Lentilles	1,63
Châtaignes	0,74
Farine d'orge	1,50
— d'avoine	0,22
— de froment	0,14
Pain ordinaire	5 à 16
— hypochloruré	0,55
Laitue	0,43
Choux	0,92
Epinards	1,28
Poires	traces
Prunes	0,03
Cerises	0,14
Fraises	0,24
Bouillon	8 à 15
Vin	0,06 à 2
Bière	0,15

On peut combiner ainsi divers menus. En voici quelques-uns d'après MM. Achard et Widal :

A. — Lait, 1.000 grammes; pommes de terre, 300; œufs, n° 2; viande, 300; farine, 200; sucre, 50; beurre, 40.

B. — Pain hypochloruré, 200 grammes; viande, 200; légumes, 250; beurre, 50; sucre, 40.

C. — Pommes de terre, 1.000 grammes; viande crue dégraissée, 400; beurre, 80 : sucre, 100.

D. — Pommes de terre, 1.000 grammes; viande, 300; beurre, 50; riz, 125.

E. — Pain hypochloruré, 500 grammes; viande crue, 400; beurre, 80; sucre, 100.

F. — Pain hypochloruré, 200 grammes; pommes de terre, 700; beurre, 50; fromage blanc (préparé avec un litre de lait).

G. — Pain hypochloruré, 200 grammes; pommes de terre, 300 ; riz, 100; sucre, 100; beurre, 25.

L'accoutumance, toujours un peu difficile au début, serait généralement obtenue au bout de quinze jours, et, d'après M. Widal, au bout de trois mois, les malades n'éprouveraient plus le désir d'ajouter du sel à leur régime. Ce serait, en somme, sensiblement le contraire de ce qui s'observe avec le régime lacté exclusif, d'autant plus difficile à supporter, en général, qu'il se prolonge davantage.

On peut d'ailleurs faciliter la tolérance de ce régime hypochloruré par des condiments divers : vinaigre, citron, différents aromates. M. Widal permet même le poivre et la moutarde : il sera peut-être plus prudent de s'en passer.

Les avantages du régime hypochloruré sur le régime lacté lorsqu'on peut le substituer à celui-ci (ce qui n'est pas toujours le cas, car il est manifestement exagéré de réduire à la faible chloruration du lait tout le secret de son action ; parfois même il se comporte comme un aliment encore trop chloruré) ces

avantages sautent aux yeux : il permet de remplacer un régime monotone par excellence par un régime de composition variée ; en outre, il permet de doser la proportion réciproque des albuminoïdes, des hydrates de carbone et des graisses.

Mais ce régime, en dehors des cas particuliers où il peut être contre-indiqué, n'a-t-il pas d'une manière générale, et par lui-même, certains inconvénients ? On a invoqué la nécessité du sel pour l'espèce humaine ; on a rappelé l'avidité de certaines peuplades pour le sel, les guerres qu'elles se font pour s'en procurer. Le sel est également très recherché par certains animaux. De fait, toutes nos cellules vivent dans un milieu salé : tous les milieux de l'organisme sont à base de chlorure de sodium. C'est même là le principal argument invoqué par Bunge et M. Quinton à l'appui de l'origine marine de la vie animale. Le sel joue un rôle capital dans l'équilibre physique de nos humeurs; il jouerait également un rôle antitoxique, d'après MM. Lesné et Ch. Richet fils, A. Gautier. Aussi a-t-on attribué à sa suppression prolongée divers méfaits, tels que faiblesse, langueur, pâleur, déchéance nutritive, et même albuminurie, œdèmes, diminution de la diurèse et des éliminations, voire thromboses veineuses.

Ces reproches sont pour le moins très exagérés. Nous n'avons pas un vrai besoin du sel, tout au moins dans les proportions où nous le prenons (en moyenne 12 à 17 grammes par jour et quelquefois 30). Nous le recherchons surtout en raison de sa saveur, comme condiment. On a fait observer, en effet, que certaines populations s'en abstiennent. Toutefois cela ne prouverait pas que, habitués par un long atavisme à l'usage du sel à une certaine dose, nous ne pussions nous trouver plus ou moins incommodés de sa brusque suppression. Quant à la répugnance de certaines peuplades pour le sel ajouté aux aliments, elle tient sans doute à la richesse naturelle des aliments en sel dans leurs contrées « où abondent les gisements, les efflorescences et les lacs salés ». Il n'en est pas moins vrai que la dose journalière de 2 grammes à 2^{gr}50 de sel, dose contenue dans les aliments naturels, paraît très suffisante pour les besoins de l'existence (Ch. Richet, Bunge, etc.).

Cependant, étant donné l'action excitante du chlorure de sodium, il est possible qu'il soit utile chez certains malades déprimés, ou même pour stimuler le fonctionnement de certains reins (Claude, Roques et Lemoine), en dehors, bien entendu, des périodes de rétention. Il n'y a donc pas lieu de le supprimer systématiquement, à tort et à travers, chez tous les rénaux. Certains de ces esprits simplistes dont nous parlions tout à l'heure, après avoir donné le lait dans tous les cas de néphrite indistinctement, tendent maintenant à donner dans tous les cas le régime hypochloruré. C'est une grosse faute. Comme le régime lacté, le régime hypochloruré a ses indications, que nous avons vues plus haut, et, en dehors de ces indications, il ne doit pas être prescrit ni maintenu, au moins dans toute sa rigueur. Sur quel critérium se fondera-t-on pour passer du régime hypochloruré à un régime moins sévère? Sur la courbe du poids, surtout chez les malades qui ont eu des œdèmes : il sera intéressant de déterminer chez eux une fois pour toutes quel est le poids véritablement normal, celui qui correspond à la limite de l'œdème. Mais, en raison des cas de rétention chlorurée sans œdème, on ne se contentera pas de ce seul critérium, et l'on se fondera avant tout sur l'élimination du chlorure de sodium comparée à son ingestion (on n'oubliera pas que la diarrhée peut en éliminer une certaine quantité).

Donc, une fois la déchloruration obtenue, on ajoutera, par exemple, 3 grammes de sel au régime du malade, puis on le pèsera et on dosera le chlorure de sodium dans l'urine. Si l'élimination correspond à l'ingestion, on élèvera un peu la dose, et ainsi de suite.

La tolérance d'un même rénal pour le sel peut être très variable, suivant les périodes de son affection, et il peut se produire de brusques retours d'imperméabilité rénale au chlorure de sodium. Il sera donc prudent de faire rester le malade au-dessous de la dose de tolérance.

Les autres principes minéraux des aliments ne paraissent pas présenter la même importance, au point de vue des néphrites, que le chlorure de sodium. Malgré certaines expériences récentes de Leopold, qui conduiraient à faire considérer les phosphates comme plus nuisibles pour le rein que les chlorures, malgré les expériences déjà anciennes de Feltz et Ritter, confirmées par d'autres, et montrant que, de toutes les substances dont la rétention produirait l'urémie, les sels de potasse sont les plus toxiques, la clinique a établi péremptoirement que le lait et le riz, riches en acide phosphorique, et la pomme de terre, riche en potasse, sont particulièrement bien tolérés dans les néphrites.

Régime hypoazoté. — Si la rétention des chlorures a des dangers incontestables, la chlorurémie n'est cependant pas toute l'urémie, et la rétention azotée est également à redouter (Kornblum, Achard et Paisseau). D'après MM. Widal et Javal, parmi les phénomènes urémiques, l'anorexie et la torpeur seraient plus particulièrement dues à l'azotémie, mais la céphalée, la courbature, le coma, certains vomissements, etc., sont aussi, dans certains cas, en relation, au moins pour une part, avec la rétention des matériaux azotés, qui pourrait également contribuer à élever la pression artérielle et amener secondairement une rétention des chlorures (Achard et Paisseau).

La seule manière vraiment scientifique d'apprécier cette rétention azotée, c'est de comparer quantitativement l'urée du sang à l'albumine alimentaire. En effet, l'urée, à la différence du chlorure de sodium, s'accumule surtout dans le sang. On peut donc déterminer l'indice de rétention uréique (Widal et Javal). sachant que normalement, pour 100 grammes d'albumine alimentaire, on trouve dans le sang de 0,15 à 0,50 centigrammes d'urée. Pour cette dose d'albumine, un gramme d'urée dans le sang représente une rétention relativement faible; des chiffres de 4 à 5 grammes représentent les rétentions les plus fortes. L'abaissement du point de congélation du

sérum sanguin est aussi intéressant à considérer, car il est en relation étroite avec la rétention azotée : non seulement celle de l'urée, mais encore celle de l'acide urique, de l'ammoniaque, des bases xanthiques, etc., rétention qui a aussi son importance.

Toutefois, comme il est impossible de pratiquer des saignées fréquentes, on est bien rarement en mesure de se procurer des renseignements aussi précis. On doit donc se contenter, dans la plupart des cas de néphrite chronique — en l'absence d'indications spéciales, résultant par exemple de l'existence d'accidents urémiques nettement déclarés — de prescrire un régime hypoazoté, étant donné que les hydrates de carbone et les graisses, brûlés dans l'économie, ne laissent pas, comme les albuminoïdes, de résidus dont la rétention par le rein puisse déterminer des phénomènes toxiques.

C'est surtout dans la néphrite interstitielle que s'observe la rétention azotée, et que, par suite, le régime alimentaire devra être pauvre en albuminoïdes. D'ailleurs, d'après MM. Achard et Paisseau, le régime des hydrates de carbone détermine habituellement une diurèse plus abondante et parfois une élimination de chlorures un peu meilleure que le régime carné.

Le tableau suivant pourra servir de guide ; il montre la richesse en albuminoïdes, graisse et hydrates de carbone, des principaux aliments :

1000 grammes.	Albumine.	Graisse.	Hydrates de carbone.
Œuf de poule.......	132,2	119	4
Bœuf...............	209,6	54	4,6
Jambon.............	160	346	4,6
Riz de veau.........	220	4	
Rognons de veau.....	221,3	27,7	
Cervelle............	105,4	153,5	11,3
Saumon.............	216	127	
Anguille...........	128,3	283,7	
Pomme de terre.....	16	1	200
Manioc.............	11,7	4	283
Châtaignes.........	57	15,8	384
Farine d'avoine......	110	49	674
— d'orge........	105,4	17,4	696
— de froment...	101,5	9,7	737
Pain...............	69,8	7	538
Nouilles...........	98	4,5	727
Pois...............	220	16	
Lentilles..........	237,7	18	528
Gruyère............	300,5	284,5	20,8
Brie et camembert...	178,7	253	35
Epinards...........	35	5,8	44
Carottes...........	12,3	3	91,7
Chocolat...........	61,8	210	676

Indépendamment de la quantité des albuminoïdes, leur qualité a-t-elle une importance ? Les albumines du lait ou des végétaux sont-elles mieux supportées que celles des œufs, du poisson ou de la viande ? Cl. Bernard et Stokvis ayant déterminé l'albuminurie par l'ingestion d'un certain nombre d'œufs crus, on a attribué à l'albumine de l'œuf, relativement riche en soufre, une nocuité particulière, d'où la proscription des œufs dans les néphrites par certains auteurs, comme Semmola. En réalité, ces expériences ne prouvent qu'une chose, c'est qu'il ne faut pas donner d'œufs crus aux albuminuriques, mais les œufs cuits, en quantité modérée, et particulièrement le jaune d'œuf, n'offrent aucun inconvénient dans tous les cas où l'albumine n'est pas spécialement contre-indiquée, et certains auteurs les préfèrent à la viande. En ce qui concerne celle-ci, G. Sée la considérait comme l'aliment le plus nuisible de tous, dans les néphrites ; d'autres permettent les viandes blanches, mais non les viandes rouges, soi-disant plus riches en matières extractives. Nous savons aujourd'hui, surtout depuis les recherches de von Noorden et de ses élèves, qu'il n'y a aucune raison de préférer les premières aux secondes. Toutefois, l'expérience a montré que certaines viandes comme le porc frais et le jambon non salé sont particulièrement bien supportées par les rénaux ; en revanche, le veau, surtout le veau très jeune, dont la viande forme dans l'intestin une sorte de gélatine éminemment fermentescible, est moins bon. D'après M. Robin, le bœuf serait mieux toléré que le mouton et même le poulet. Quant au poisson, prôné par Klemperer, banni par MM. J. Teissier et Renaut, il ne convient ni plus ni moins que la viande de boucherie, à la condition d'être frais. Enfin les albumines végétales n'offrent aucune supériorité bien établie sur les albumines animales ; elles sont seulement digestibles dans une moindre proportion (85 p. 100 au lieu de 97 p. 100), ce qui permet, dans les cas où la consommation des albuminoïdes doit être très restreinte, chez des malades ayant bon appétit, d'en donner la même quantité utile sous un plus gros volume.

En somme, le traitement alimentaire des néphrites ne saurait se réduire au dilemme brutal de Chrestien : « Le lait ou la mort, » et, après avoir analysé les principaux types de régime applicables aux différents cas, nous pouvons maintenanant en résumer les indications de la façon suivante :

La *diète hydrique* (avec ou sans addition de lactose) trouve sa place dans la grande urémie (surtout à forme gastro-intestinale), si le lait est mal supporté. On ne devra cependant pas la prolonger plus de quarante-huit heures. Si, au bout de ce temps, le régime lacté, même à dose relativement faible (2 litres), n'est décidément pas toléré, on le remplacera, au moins en partie, par certains farineux (v. plus loin).

Le *régime lacté* intégral, ou, s'il n'est pas supporté autrement, atténué par quelques farineux [v. plus haut] (1), est indiqué dans les néphrites aiguës ou les poussées aiguës des néphrites chroniques, l'urémie réalisée ou menaçante, l'insuffisance cardiaque. Il convient aussi comme traitement d'essai dans les néphrites subaiguës à œdèmes, et, d'une manière générale, dans presque toutes les albuminuries dont l'évolution antérieure est inconnue. Mais, en somme, il est surtout le médicament des états rénaux dans lesquels la diurèse (jusque-là normale ou exagérée) tend à diminuer ; et en effet, il est destiné avant tout à produire la polyurie. Le bocal du malade est donc un meilleur guide, pour son usage, que l'albuminurie ou les œdèmes. Mais ce ne doit être qu'un régime provisoire, au moins comme régime exclusif. Dès qu'il n'amène plus aucun progrès, ou s'il

(1) Cette atténuation est, à mon sens, permise dans tous les cas, et ne saurait enlever au régime lacté aucun de ses avantages.

ne réussit pas à déterminer la polyurie, il faut passer au régime lacto-végétarien, en diminuant la quantité de lait et lui substituant du riz, de l'arrow-root, du sagou, du tapioca, puis des chataignes, des carottes. Comme celles-ci, la pomme de terre, riche en eau, contenant relativement beaucoup plus d'hydrates de carbone que d'albuminoïdes, et combattant, par ses résidus assez abondants, la tendance à la constipation, se trouve particulièrement indiquée. Certaines salades cuites (laitue, chicorée), riches en substances mucilagineuses, du raisin bien mûr, des compotes ou gelées de fruits, complèteront le régime. Un peu plus tard, s'il est bien supporté, on y joindra les farines de céréales, parmi lesquelles celle de froment, en raison de sa pauvreté particulière en chlore et en potasse, paraît la meilleure. On permettra donc du pain (hypochloruré) grillé ou des biscottes. Puis viendront les pâtes, les crèmes cuites, le beurre frais (en petite quantité), les jaunes d'œuf; enfin en dernier lieu, et seulement au repas de midi, les farines de légumineuses (très riches en albumine et en sels et souvent difficilement digérées), les œufs cuits, le poisson très frais, la viande (d'abord le porc frais ou le jambon, puis les autres viandes), très cuite, rôtie ou braisée, sans sauce grasse. Telles sont les diverses étapes, que l'on pourra franchir plus ou moins rapidement, suivant les cas ; quelquefois on sera obligé de s'en tenir au régime lacto-végétarien.

Donc, lorsque le régime lacté ne sera pas indiqué ou ne le sera plus (après les transitions précédentes), on permettra au malade un régime plus ou moins large, selon sa tolérance. D'une manière générale, il faudra surtout surveiller la richesse de ce régime en chlorure de sodium et en azote, en insistant surtout sur un régime peu chloruré dans la néphrite épithéliale avec œdèmes, sur un régime faiblement azoté dans la néphrite interstitielle. Toutefois, même dans la première de ces néphrites, il ne faut pas chercher à couvrir par une alimentation riche en azote, les pertes (toujours, en somme, peu importantes) en albumine par l'urine, et, dans la seconde, un régime même normalement chloruré peut avoir des inconvénients.

On a longtemps considéré, avec Ziegler (de Potsdam), que le régime lacté institué dès le début de la scarlatine et prolongé pendant plusieurs semaines était le meilleur moyen de prévenir la néphrite de la convalescence. Récemment, MM. Dufour, Dopter, Guinon et Pater ont montré qu'un régime très varié, à la seule condition d'être peu chloruré, permet d'obtenir le même résultat, avec cet avantage que, chez ces malades mieux alimentés, la convalescence est plus courte. MM. Abrami et Courdouan auraient même observé des résultats tout aussi favorables avec un régime normalement chloruré. La principale conclusion à tirer de ces constatations, c'est l'influence relativement secondaire du régime sur la production de la néphrite scarlatineuse. Le régime lacto-végétarien, pendant la période d'état et le début de la convalescence, nous paraît cependant le plus indiqué, dans la scarlatine comme dans toutes les infections fébriles, où il y a toujours avantage à stimuler la diurèse et à ne pas favoriser la production de trop de déchets dans l'économie.

Le régime pourra être très large dans les cas qui ne s'accompagnent généralement d'aucune insuffisance des éliminations rénales : rein amyloïde, tuberculose rénale, albuminuries dites fonctionnelles. Il y aura lieu seulement, si la maladie amyloïde s'accompagne d'œdèmes, de surveiller la chloruration du régime. En dehors de ce cas particulier, étant donné que les affections précédentes n'exposent guère à l'urémie, l'objectif qu'on devra viser avant tout, c'est le maintien des fonctions digestives et de l'état général. Il faudra combattre l'anémie, chercher à relever la tension vasculaire, et parfois l'on ne devra pas craindre de prescrire dans ce but l'usage de la viande crue.

Il ne faut donc pas, comme on a trop souvent tendance à le faire, placer aux deux pôles du régime alimentaire des néphrites d'une part le régime lacté, considéré comme le plus favorable, d'autre part, le régime carné, considéré comme le plus nuisible, le régime végétarien, étant, en quelque sorte, intermédiaire aux précédents par sa valeur. Le lait a ses contre-indications, et la viande peut avoir ses avantages.

Certains aliments conviennent cependant particulièrement peu aux néphritiques en général. Ce sont les salaisons, le gibier faisandé, les mollusques et crustacés, le bouillon salé et les extraits de viande, les truffes et champignons, le raifort, le radis, le céleri, le cresson, les choux, les asperges, l'oseille, la rhubarbe, les épinards, la moutarde, le poivre, les fromages fermentés, les fruits âcres ou insuffisamment mûrs, les noix (d'après G. Stewart). Le mieux sera de s'en abstenir, et, en tous cas, ils ne devront être pris qu'exceptionnellement et en très petite quantité. Encore est-il à cet égard bien des différences individuelles, les règles très générales que nous traçons comportent des exceptions.

La *quantité* des aliments ne doit pas être moins soigneusement réglée que leur qualité. Nous avons vu, pour le régime lacté intégral, que la quantité en est calculée d'après la ration d'entretien de l'homme au repos : le repos s'impose, en effet, dans tous les cas où le régime lacté se trouve indiqué. Chez les malades justiciables d'un régime plus large, et capables de dépenser une certaine activité, d'aller et venir, de travailler même, la ration sera proportionnée à l'énergie à dépenser, en se rappelant qu'un travail modéré demande 2900 à 3000 calories. Il y a avantage à ne pas dépasser cette ration dans les néphrites, même bien compensées, d'autant plus que ces sujets devront toujours éviter la fatigue. En particulier, dans certaines néphrites interstitielles à type dit floride, comme les réalisent volontiers les goutteux, il y a intérêt à ne pas laisser le sujet obéir complètement aux suggestions de son appétit, et à le maintenir à la ration strictement nécessaire, sous peine d'accès de dyspnée nocturne peut-être dus à des poussées d'hypertension. Ce n'est guère que dans les albuminuries dites fonctionnelles qu'un régime alimentaire abon-

dant pourra être permis et parfois même recommandé.

Reste la question des *boissons*. En dehors des cas où le régime lacté intégral se trouve indiqué, il est généralement inutile d'imposer le lait comme boisson, et préférable de le réserver pour les périodes où son usage deviendra indispensable. La boisson consistera alors en eau pure ou eau minérale, ou même (si l'estomac les supporte bien) en vin léger ou bière légère très largement coupés ou même un peu de bière de malt très étendue d'eau, ou encore une infusion aromatique chaude (très légère, s'il s'agit de thé). Les limonades rafraîchissantes, telles que la citronnade, seront également permises. On proscrira seulement le café fort (qui excite trop le cœur) et les liqueurs.

Quant à la *quantité* de la boisson, en dehors des cas où il est indiqué de laver largement le rein (cas justiciables du régime lacté intégral), le mieux est de s'en tenir à une dose moyenne : 1 litre et demi, 2 litres au plus, et de la faire prendre par petites quantités à la fois. Si le régime sec (cure de soif des Allemands) est toujours mauvais, s'il est toujours utile de s'efforcer de maintenir et parfois de chercher à augmenter la diurèse, si l'eau, même insuffisamment éliminée, sert à diluer dans les tissus les substances toxiques et à empêcher, dans certains cas, l'excès de concentration du sang ; d'autre part, des boissons trop abondantes risquent d'augmenter outre mesure les œdèmes, d'exagérer l'hypertension vasculaire, de fatiguer le cœur.

En résumé, si, en présence d'une néphrite, la première préoccupation doit être de ne pas irriter ni surcharger le rein, pour éviter les accidents d'insuffisance rénale, elle ne doit cependant pas être la seule. Il ne faut pas voir seulement le rénal, mais le malade dans son ensemble, tenir compte notamment de l'état de la tension artérielle et du cœur, de celui des fonctions digestives, et, dans certains cas où rien ne permet de prévoir l'imminence d'accidents urémiques, placer l'état général au premier plan des indications thérapeutiques. Le régime alimentaire des néphrites est donc une question complexe : on ne peut que tracer des règles très générales, en laissant dans chaque cas particulier une assez grande latitude à l'appréciation raisonnée du médecin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1907)

Abcès sous-périostés et ostéomyélites. — M. Mauclaire, prenant part à la discussion actuellement pendante, considère les abcès sous-périostiques primitifs comme très rares; mais, selon lui, ils existent, peut-être dans la proportion de 1 sur 10. Le cas de Delbet est très instructif et très intéressant. Il diagnostique un abcès sous-périostique, l'incise; mais la fièvre ne tombe pas. Il soupçonne alors une ostéomyélite et trépane ; il ne trouve pas une goutte de pus dans la moelle osseuse; mais il y en eut plus tard et M. Delbet se demande si la trépanation de l'os n'a pas été la porte d'entrée de l'infection médullaire. A ce propos, M. Mauclaire fait remarquer que la suppuration secondaire du canal médullaire peut être spontanément consécutive à un abcès sous-périostique. Il pense qu'il en a peut-être été ainsi dans le cas de M. Delbet. Elle peut apparaître avec ou sans incision, avec ou sans trépanation.

M. Mauclaire estime qu'il ne faut pas renoncer à la trépanation et qu'il vaut mieux le faire dans la plupart des cas.

M. Delbet, qui a ouvert cette discussion, rappelle que la question posée était celle-ci :

L'ostéomyélite des adolescents débute-t-elle toujours d'emblée ? Les faits qui ont été apportés dans cette discussion semblent bien prouver qu'elle peut aussi survenir consécutivement à des abcès extérieurs à l'os.

Quant à la manière de faire la trépanation osseuse, elle varie suivant l'os auquel on a affaire.

M. Delbet a pu croire d'abord que M. Felizet niait l'existence des abcès sous-périostiques. Mais, dans sa communication écrite, il reconnaît en avoir vu et en avoir traité. Il n'est donc pas possible de nier l'existence des abcès sous-périostiques sans aucune participation de la moelle osseuse. Tous les chirurgiens en ont vu.

M. Mauclaire a même été peut-être un peu loin en admettant la proportion de 1 sur 10.

On a cherché quelle pouvait être la porte d'entrée des microbes dans ces cas, on a admis qu'ils pénétraient par les voies digestives. M. Delbet estime que le point de départ devait être souvent aussi l'appendice.

La pratique de M. Kirmisson qui consiste à inciser d'abord et à trépaner ensuite si les accidents ne cèdent pas, est bonne. Il y a des cas cependant où il vaut mieux trépaner tout de suite.

M. Delbet rapporte plusieurs faits qui lui ont été adressés par des chirurgiens de province et dans lesquels il s'agissait d'abcès sous-périostiques. Ces abcès, au dire de M. Delbet, ont été trop oubliés. Ils existent incontestablement. Reste la question des microbes sur laquelle M. Delbet se réserve de revenir ultérieurement.

Ce qui ressort de cette discussion, c'est que la présence de pus sous-périosté n'indique pas toujours la trépanation de l'os. Celle-ci peut être inutile et même dangereuse. Il vaut mieux, autant que possible, s'en abstenir.

Voies d'accès pour l'extraction des corps et projectiles de l'oreille. — M. Berger, à propos du rapport de M. Picqué sur cette question, fait observer qu'au point de vue de la recherche des projectiles introduits dans l'oreille, M. Picqué s'est montré trop sévère pour l'appareil Trouvé. C'est là un procédé facile et efficace et qui mérite d'être conservé, même à côté de la radioscopie ou de la radiographie. L'appareil Trouvé, en effet, présente des avantages sérieux et il serait fâcheux de le laisser de côté. Avec cet appareil, on touche le corps étranger. Il est parfaitement facile de le rendre aseptique. On peut l'employer sans compromettre, en aucune façon, l'asepsie de l'acte opératoire.

Quant à la voie à suivre, il n'y a pas, pour M. Berger, d'hésitation à avoir. Il faut suivre le canal traumatique lui-même, agrandi suivant les besoins, pour la recherche du projectile. C'est la voie directe, simple, facile à suivre, soit en avant, soit en arrière. L'appareil Trouvé donne aussi plusieurs indications sur le nerf facial.

En résumé, tout en restant convaincu qu'il faut se servir, dans les cas de coups de feu de l'oreille, de la radiographie, M. Berger est d'avis qu'il faut continuer à se servir de l'appareil Trouvé et qu'enfin le trajet traumatique lui-même est supérieur à tous les trajets artificiels, antérieurs ou postérieurs.

Fracture de Dupuytren. — M. Schwartz lit un rapport sur une observation de M. Riche, relative à un cas de fracture de Dupuytren, guérie par l'astragalectomie.

Mégalocolie. — M. Tuffier commence la lecture d'un travail très intéressant sur cette affection. Nous y reviendrons.

Elections. — La Société procède à la nomination de commissions de prix.

Les commissions élues sont, pour le prix Marcellin Duval : MM. Bazy, Mauclaire et Legueu; pour le prix Gerdy : MM. Schwartz, Thierry et Faure.

CONGRÈS

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES GOUTTES DE LAIT. — A la suite du IIe Congrès des Gouttes de lait qui vient de se tenir à Bruxelles, MM. Variot et Dufour (de Fécamp) viennent d'adresser aux congressistes la lettre suivante :

« Monsieur et très honoré collègue,

Un bon nombre de membres du IIe Congrès international des Gouttes de lait nous ont exprimé leurs regrets de voir l'orientation nouvelle qui sera donnée en 1910 à Berlin au « Congrès de la protection de l'enfance du premier âge ».

Cette dénomination générale et un peu vague indique, qu'à l'avenir, les questions concernant l'hygiène alimentaire de l'enfance et la pédiâtrie du premier âge ne devront tenir qu'une place restreinte dans le champ très vaste des travaux du nouveau Congrès.

Après une discussion hâtive et un peu confuse, comme il arrive trop souvent lorsque les congressistes s'expriment dans des langues différentes, il a été décidé que, dorénavant, « les programmes des futurs congrès comprendraient toutes les œuvres, institutions, *questions quelconques* se rapportant au premier âge » (1).

Cette extension pour ainsi dire indéfinie du champ d'études des futurs Congrès change absolument la direction bien déterminée que les organisateurs avaient imprimée au Ier Congrès des Gouttes de lait, réuni à l'Institut Pasteur, en 1905, à Paris.

La mortalité infantile étant due, pour plus d'un tiers, à des troubles fonctionnels du tube digestif en rapport avec une alimentation défectueuse, il avait paru bon de concentrer tous les efforts sur les moyens les plus efficaces d'y remédier, de vulgariser les méthodes, telles que la stérilisation du lait, et de bien faire connaître les institutions nouvelles comme les Gouttes de lait, et les consultations de nourrissons, etc., qui nous permettent de lutter avec succès pour diminuer les chances de mort des nourrissons.

Le titre de *Gouttes de lait* qui avait été choisi en 1905, pour rallier les congressistes, avait été parfaitement compris par les médecins, les hygiénistes et les philanthropes de toutes nations. Le Congrès de Paris, considéré par tous comme le Congrès de l'*alimentation infantile*, eut un succès qui laisse un profond souvenir à tous ceux qui en font partie.

A Bruxelles, il a été décidé que le mot « Goutte de lait » ne serait conservé que comme un vestige du passé. On étudiera dans le prochain Congrès, les moyens de *protection de l'enfance du premier âge*, dans leur généralité. L'alimentation infantile, qui est plutôt du ressort des pédiâtres, des physiologistes et des philanthropes, passera forcément au deuxième plan.

Les questions d'*assistance* pour les mères pendant leur grossesse et après leur accouchement, les lois et les règlements de protection du premier âge dans les divers pays, les établissements infiniment nombreux où l'on recueille les enfants trouvés ou temporairement abandonnés, les maternités, les asiles pour hospitaliser les femmes et les enfants, les institutions sociales de tout genre pour diminuer les tristes effets du paupérisme dans ses rapports avec l'enfance, etc., toutes ces questions sociales et administratives forment un domaine illimité pour ainsi dire. Il est inévitable qu'un Congrès ainsi orienté prenne surtout un caractère social et administratif.

Après avoir pris l'avis des principaux pédiâtres français, nous pensons fermement que l'on commettrait une erreur de méthode en délaissant le champ de travail déjà assez étendu dont nous avons tracé les limites pour le Congrès de Paris en 1905.

La spécialisation s'impose à notre époque dans les Congrès comme ailleurs, qu'on ne l'oublie pas. Il y a assez de chercheurs qui déploient leur activité dans l'étude capitale de l'*alimentation infantile*, pour constituer une importante réunion internationale.

C'est à ces hommes de progrès que nous faisons appel. Nous reprenons la bannière des *Gouttes de lait* (expression symbolique pour désigner l'alimentation infantile), qui a été abandonnée à Bruxelles; en 1909 elle sera notre signe de ralliement à Paris pour le *IIIe Congrès international des Gouttes de lait.* Dans une communication ultérieure, nous fixerons la date précise du Congrès, la constitution du bureau et nous proposerons les questions techniques à l'ordre du jour, qui nous paraîtront plus spécialement dignes d'être approfondies dans des rapports spéciaux. Bien que l'alimentation infantile doive occuper la plus large place dans ce troisième Congrès, les études connexes et afférentes à l'hygiène infantile générale, à la pédiâtrie du premier âge et la philanthropie, y seront les bienvenues.

Recevez, monsieur et très honoré collègue, l'expression de notre considération la plus distinguée.

Dr LÉON DUFOUR (de Fécamp).
Dr G. VARIOT,
médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, Paris. »

(1) Conclusion de la délibération de l'assemblée plénière du 12 septembre 1907, Congrès de Bruxelles.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 11 AU 16 NOVEMBRE 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 11 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Segond, Lecène et Ombredanne; — (2e partie) : MM. Déjerine, Jousset et Lœper; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 12 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Quénu, Auvray et Lenormant; — (2e partie, 1re série) : MM. Joffroy, Carnot et Nobécourt; — (2e série) : MM. Raymond, Claude et Balthazard; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 13 novembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Pierre Duval et Mulon.

1er (oral) : MM. Nicolas, Proust et Branca.

4e : MM. Landouzy, Macaigne et Lœper; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 14 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Maillard et Brumpt.

1er (oral) : MM. Quénu, Marion et Morestin.

2e : MM. Prenant, Langlois et Nicloux.

4e : MM. G. Ballet, Carnot et Balthazard; — M. Desgrez, suppléant.

Vendredi 15 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Proust et Lecène; — (2e série) : MM. Segond, Gosset et Pierre Duval; — M. Ombredanne, suppléant.

Samedi 16 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Renon et Claude; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Fernand Bezançon et Castaigne; — M. Launois, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Brindeau et Jeannin; — M. Maillard, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 127. — JEUDI 7 NOVEMBRE 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 7 NOVEMBRE 1907. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 30 octobre. — Question donnée : « Signes et diagnostic du cancer du sein. »

MM. Noël (Henri), 7; Rouffignac, 11; Roehrich, 12; Plotkin, 7; Rouché et Morize, 10; Parin, 12; Minoret, 13; Pérochon, 16; Reynier (Jacques), 14; Morlot, 8; Roubeau, 16; Rehm, 5; Moineau, 9; Mlle Rosoff, 16; M. Philip, 2.

Séance du 4 novembre. — « Signes de la tuberculose pulmonaire chronique. » MM. Pottecher, 9; Morisson-Lacombe, 14; Porak, 16; Rongier, 11; Rose, 18; Modot (Henri), 8; Philardeau, 15; Morigny, 11; Pinault (André), 14; Morel (André), 4; Pichancourt, 10; Raymondant, 5; Mlle Raphaël, 16; MM. Monod (Raoul), 15; Rouillard, 12; Péchard, 15.

Anatomie. — Séance du 5 novembre. — Question donnée : « Veines superficielles du membre inférieur. »

MM. Bernardin, 1; Baude, 10; Bardet (Daniel), 8; Boulay (Edouard), 14; Barèty, 15; Ardillier et Gouin, 12; Bourdeaux, 15; Baud, Bouheret et Berger, 8; Barraud, 16; Berthomieux-Lamer, 17.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 7 novembre, première moitié, première série.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lille. — Le jury du concours d'internat qui s'est ouvert lundi est constitué ainsi qu'il suit : MM. les professeurs Lemoine, Surmont, Oui, Gaudier, Gérard (Georges), juges titulaires; Lambret et Patoir, juges suppléants.

— Le jury du concours d'externat qui s'est ouvert également lundi est constitué ainsi qu'il suit : MM. les professeurs Dubar, Wertheimer, Bédart, Ingelrans, Le Fort, juges titulaires; Lambret et Patoir, juges suppléants.

— Le jury du concours qui s'ouvrira le 12 novembre pour deux places de médecins-adjoints des hôpitaux est constitué ainsi qu'il suit : MM. les professeurs Looten, Wertheimer, Lemoine, Carrière, Deléarde, juges titulaires; Patoir, juge suppléant.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Montpellier. — M. Rauzier, agrégé des facultés de médecine, chargé d'un cours de clinique des maladies des vieillards à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, est nommé professeur de pathologie et de thérapeutique générales à ladite Faculté (fondation Jaumes).

— Lille. — Le concours pour les fonctions de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Jean Minet.

CONFÉRENCES PUBLIQUES DE CLINIQUE CHIRURGICALE. — M. le docteur R. Français, chef de clinique chirurgicale, commencera le lundi 18 novembre, à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre Chomel, à cinq heures, une série de conférences publiques de clinique chirurgicale avec examen de malades par les élèves et les continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

SOCIÉTÉ VÉGÉTARIENNE DE FRRNCE. — Conférence du 16 novembre 1907, à huit heures et demie précises du soir, à la salle des Agriculteurs de France, 8, rue d'Athènes : « Cours de physiologie alimentaire, » par Mme le docteur Sanowska; — « Les hôpitaux végétariens et autres établissements de Londres, » par M. le docteur Danjou; — « Dans le monde végétarien de Suisse et du nord de l'Italie, » par M. Roux.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Henri Folet, professeur de clinique chirurgicale et doyen honoraire de la Faculté de médecine de Lille; Hache (de Reims) et Legendre (de Bléneau, Yonne).

Introduction à la psychiatrie clinique, par le docteur Emil Kræpelin, professeur de psychiatrie à l'Université de Munich, traduite sur la seconde édition allemande par MM. les docteurs Albert Devaux et Prosper Mercklen, préface de M. le professeur agrégé Dupré, médecin de l'Infirmerie spéciale du Dépôt. In-8 raisin. — Prix : 12 francs. — Paris. Vigot frères.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Revue médicale de l'Est. — (N° 18, 15 sept. 1907.) BERNHEIM : Conception du tabes. — ZILGIEN : Arythmie et dyspepsie d'origine intestinale. — (N° 19, 1er oct.) BERNHEIM : Psychothérapie de la diathèse hystérique. — SPILLMANN : Du diagnostic différentiel des mélanodermies, à propos d'un cas de cirrhose pigmentaire. — BARTHÉLEMY : Ostéomyélite et traumatisme. — LUCIEN et J. PARISOT : De l'érysipèle chez le vieillard.

Revue neurologique. — (N° 18, 30 sept. 1907.) SOUQUES et BARBÉ : Tabes et syringomyélie. — SAINTON : Le goitre exophtalmique chez les animaux. — MEEUS : Claudication intermittente d'origine cérébrale. — (N° 19, 15 oct.) ETIENNE : Phénomènes oculomoteurs d'origine cutanée, labyrinthique et cochléaire chez un tabétique ; leurs significations. — JEANSELME et SÉZARY : Herpès de la face et syndrome sympathique cervical chez un tabétique.

Riforma medica. — (N° 20, 18 mai 1907.) Guerra COPPIOLI : De la valeur séméiologique du réflexe pharyngien. — SPOLVERINI : La cirrhose hépatique d'origine tuberculeuse dans l'enfance. — Ugo DALL' ACQUA : Recherches expérimentales sur la suture du canal déférent. — (N° 21, 25 mai.) Luigi FERRANNINI : Contribution à l'étude des amyotrophies traumatiques. — Alberto SERRA : A propos du traitement de l'épithélioma cutané par le mélange arsenical. — Alcide LAFFRANCHI : Volumineux lipome colloïde. — (N° 22, 1er juin.) Mario DONEGANA : A propos de la maladie de Quincke et son analogie avec l'urticaire. — Luigi FERRANNINI : Contribution à l'étude des amyotrophies traumatiques (*fin*). — Vincenzo GALLETTA : La sécrétine, l'entérokinase, le pouvoir sécrétoire des cellules pancréatiques et le pouvoir digestif du ferment protéolytique du suc pancréatique de chien dans les empoisonnements aigu, subaigu et chronique par le sublimé corrosif et chronique par le plomb. — (N° 23, 8 juin.) Gaetano Carlo MIRANO : Digalène et leucocytose. — Luigi ANGELOZZI : Myélite centrale avec syndrome syringomyélique. — Vincenzo GALLETTA : La sécrétine, l'entérokinase, le pouvoir sécrétoire des cellules pancréatiques et le pouvoir digestif du ferment protéolytique du suc pancréatique de chien dans les empoisonnements aigu, subaigu et chronique par le sublimé corrosif et chronique par le plomb. — Domenico COPPUCCIO : Un cas de psychose due à la syphilis. — (N° 24, 15 juin.) Luigi FERRANNINI : Contribution à l'étude de la syringomyélie traumatique. — Claudio FERMI : Sur la virulence des différentes régions du système nerveux des animaux enragés. — AMALGIA et G. MENDES : Deux cas de tétanos traités par la cholestérine et suivis de guérison. — G. POLINI : La pneumonie post-opératoire. — (N° 25, 22 juin.) Giuseppe FIORITO PATERNO-CASTELLO : Un nouveau cas de brachyphalangie symétrique des deux mains. — Francesco DE GRAZIA : L'élimination du soufre par les urines chez les ouvriers qui manipulent le soufre. — FERRARI-LELLI et CORRADI : Le diagnostic différentiel entre le bacterium coli et le bacille typhique au moyen de la réaction tryptophanique. — Camillo VITALI : La paragangline vassale dans les maladies nerveuses et mentales. — (N° 26, 29 juin.) Carlo COLOMBO : La cure physiothérapique de l'artériosclérose justifiée par la nouvelle interprétation de sa pathogénie. — Giuseppe MOSCATI : Le glycogène dans les produits de l'expectoration, valeur diagnostique et pronostique. — Giuseppe MUGGIA : Recherches expérimentales sur les conditions organiques des malades atteints de démence précoce. — Alberto ZIVERI : Contribution à l'étude clinique des syndromes polycloniques. — (N° 27, 6 juillet.) Angelo CECONI : Considérations relatives à l'anémie pernicieuse et à son diagnostic différentiel avec le cancer latent de l'estomac. — Umberto BACCARANI : Syndrome neurasthéniforme par insuffisance des glandes salivaires. — Aldo REGGIANINI : A propos de deux cas d'ictère grave consécutifs à la chloroformisation.

Semaine gynécologique. — (N° 41, 8 oct. 1907.) PICHEVIN : A propos des hémorragies de la ménopause. — (N° 42, 15 oct.) PICHEVIN : De la phlegmatia alba dolens au point de vue gynécologique. — (N° 43, 22 oct.) PICHEVIN : Des processus pathologiques non infectieux des annexes et du bassin chez la femme.

Semaine médicale. — (N° 41, 9 oct. 1907.) PARMENTIER et DENÉCHAU : La dyspepsie des ulcéreux gastriques opérés et son traitement.

Therapie der Gegenwart. — (Juin 1907.) Wilh. ERB : Traitement de la neurasthénie. — SCHIRÜTGEN : Traitement de l'ulcère de l'estomac d'après Senator. — LENNÉ : Plus ample contribution à la réglementation de la diète et au traitement médicamenteux du diabète sucré. — G. KLEMPERER : Traitement du rhumatisme aigu. — Philipp KUHN : Recherches sur la nourriture avec l'aliment hollandais des nouveaunés (holländische Sänglingsnalirung). — Max COHN : De l'exploration du tube digestif avec les rayons de Röntgen. — DAMMAN : Des troubles des facultés morales (gemütsleben) et de leur traitement. — (Juillet.) C. LOSNER : Traitement de l'impotence nerveuse. — Félix MENDEL : La saignée dans la pratique médicale. — Alfred LEWANDOWSKI : Un mot sur la constipation. — Paul MEISSNER : Traitement de la stomatite mercurielle. — E. HUHS : Valeur thérapeutique de l'histosan dans les maladies du poumon. — (Août.) R. KLOPP : La narcose par amoindrissement artificiel de la circulation. — Theodor BRUGSCH et Alfred SCHITTENHELM : La goutte. Formes et traitement. — Hans CURSCHMANN : Elévation artificielle de pression du liquide céphalo-rachidien pour aider à la ponction lombaire. — Hans HIRSCHFELD : Pronostic de l'anémie pernicieuse. — Oscar KOHNSTAMM : Traitement hypnotique des troubles de la menstruation avec remarque sur la théorie des neurones. — (Sept.) C. A. EWALD : Myxonévrome intestinal avec quelques remarques sur la technique de la rectoscopie. — V. SCHMIEDEN : Du traitement chirurgical de la maladie de Basedow. — Waldemar LŒWENTHAL : L'action des rayons de Röntgen et de radium sur le trypanosome Lewisi. — H. WINTERNITZ : De l'examen de la fonction sécrétrice de l'estomac an moyen du repas d'épreuve. — Jos. WEIDENBAUM : Du traitement de l'urémie chronique par le Barutin. — Maximilian NEU : De l'utilité de la suprarénine dans la thérapeutique obstétricale. — (Oct.) L. KASPER : Les différentes espèces d'anurie. Pathogénie et traitement. — Demetrius GASIS : De l'action des rayons de Röntgen sur la leucocytose expérimentale. — R. KOTHE : Du traitement de la péritonite diffuse progressive au moyen d'irrigations salines permanentes rectales. — Heinrich VON BARDELEBEN : Les formes cliniques et le traitement de l'endométrite.

Tribune médicale. — (N° 40, 5 oct. 1907.) GAILLARD : Eclampsie sans crises convulsives.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 18, 30 sept. 1907.) LAQUERRIÈRE : Les actualités de l'électrothérapie. — IMBEAUX : Hygiène rurale. — CARTAZ, CASTEX et BARBIER : Les maladies du nez et du larynx. — (N° 19, 15 oct.) LANGLET : De l'assistance des enfants anormaux.

LA PARALYSIE AGITANTE HYSTÉRIQUE

Par le docteur A. GAUSSEL,
Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

Il est aujourd'hui classique d'admettre que l'hystérie peut revêtir le masque de la plupart des affections organiques ou fonctionnelles du système nerveux. Les cas de paralysies hystériques ne se comptent plus, la méningite hystérique a droit de cité en clinique; les affections considérées jusqu'à ce jour comme d'ordre névrosique, telles la chorée, l'épilepsie, peuvent relever de l'hystérie seule. On connaît depuis longtemps la chorée hystérique, on sait que la crise convulsive de l'hystérie simule parfois la crise comitiale.

Il est une maladie nerveuse dont les relations avec l'hystérie sont moins connues parce que leur association est moins fréquente en clinique, je veux parler de la maladie de Parkinson. On discute encore à l'heure actuelle pour savoir s'il s'agit là d'une maladie organique (c'est l'opinion qui réunit le plus de suffrages) ou bien si la paralysie agitante doit être considérée comme une névrose. Quelle que soit l'hypothèse adoptée, relativement à la nature de la paralysie agitante, que l'on en fasse une maladie avec lésions ou une névrose, il est intéressant de discuter et de résoudre la question : existe-t-il une paralysie agitante hystérique? En d'autres termes, l'hystérie peut-elle créer de toutes pièces la maladie de Parkinson?

L'observation que l'on va lire et les développements qui l'accompagnent, vont permettre de se faire une opinion :

Pauline O..., âgée de vingt-huit ans, repasseuse, entre le 14 mai 1906 à l'hôpital suburbain de Montpellier, dans le service de M. le professeur Grasset, avec le diagnostic, fait par son médecin, de paralysie agitante. Voici le récit fait par la malade à M. Grasset dès la première visite.

Elle est malade depuis sept ans; à cette époque, elle a fait un premier séjour dans le service pour une paralysie faciale droite a frigore. Dès ce moment elle déclare avoir eu de la rétropulsion et un peu de tremblement. Elle a quitté l'hôpital, complètement guérie de sa paralysie faciale, mais la maladie actuelle n'a fait que se développer depuis son premier séjour.

Le tremblement est devenu plus net, plus généralisé et plus constant depuis cinq ans environ; il a débuté par la jambe gauche, a atteint la jambe droite puis les bras, et même la tête. La raideur musculaire ne s'est installée qu'après le tremblement.

Les troubles de la marche se sont de plus en plus caractérisés; la malade déclare qu'elle se sent entraînée en arrière, qu'elle ne peut marcher sans que son allure se précipite, qu'elle doit courir et qu'elle tombe quelquefois.

Enfin, symptômes qui sont bien caractéristiques de la maladie de Parkinson, cette femme éprouve des sensations de chaleur par tout le corps, fort gênantes, qui l'obligent à se découvrir dans son lit, même en hiver; de plus, elle a le besoin de se déplacer, de s'étirer et appelle de temps en temps quelqu'un de son entourage pour lui étirer les bras et la faire lever droite, ces mouvements lui procurant du soulagement.

L'énumération des symptômes accusés par la malade (tremblement et raideur musculaire, propulsion et rétropulsion, sensation de chaleur, besoin de déplacement) impose le diagnostic de paralysie agitante avec tout son tableau clinique, et nous reconnaissons que ce fut le premier diagnostic porté au lit de la malade.

L'étude détaillée de chaque symptôme, l'examen de la malade, en particulier pendant la marche, permettent de prouver qu'il ne s'agit pas de la maladie de Parkinson classique.

La malade étant assise, on peut se rendre compte de la nature du tremblement; il intéresse surtout les mains qui tremblent en masse, le mouvement se transmettant aux coudes et aux bras; il est à oscillations lentes, mais ne porte pas sur les doigts et ne rappelle en rien les mouvements ordinaires ou parkinsoniens, le mouvement de filer de la laine, d'émietter du pain, etc. Si l'on prie cette femme de porter un verre à sa bouche trois fois de suite, le tremblement ne s'accentue pas et ne disparaît pas; enfin, caractère important, ce tremblement cesse au repos complet, lorsque la main et l'avant-bras sont bien calés sur le genou par exemple. Il faut soulever légèrement la main de la malade pour que le tremblement apparaisse, et d'autant plus nettement, que l'attention est attirée sur lui.

La tête, les lèvres ne tremblent pas; les membres inférieurs sont animés d'un mouvement de pédale dès que le talon de la malade quitte le sol, le pied appuyant seulement par la pointe.

Sur la chaise, la malade a une attitude qui rappelle bien celle de la paralysie agitante, le buste légèrement incliné en avant, la tête dans la rectitude parfaite, le visage immobile, les yeux grands ouverts, elle semble soudée.

Cependant, si pour lui parler on se place derrière elle et si on la fait se retourner pour répondre à une question, le mouvement se fait avec une certaine aisance, les épaules et surtout la tête peuvent être facilement tournées; la malade ne se déplace pas d'une seule pièce comme ferait un vrai parkinsonien et comme semblerait faire croire l'attitude soudée au repos.

Les symptômes les plus caractéristiques résident certainement dans les troubles de la marche et même de la station debout.

Dès qu'on prie la malade de se lever et de marcher elle déclare :

« Je ne puis pas, il faut me tenir pour marcher et m'arrêter pour m'empêcher de courir. »

Elle ne quitte sa chaise qu'avec l'aide de deux infirmières, à peine debout elle recule sans même que les infirmières l'aient lâchée.

Si on veut la faire marcher, en la tenant, elle fait de petits pas, détache avec peine le pied du sol, se penche de plus en plus, comme le montrent les photographies ci-jointes, et finalement tombe sur les

genoux. On la relève alors et on lui dit de courir comme elle fait d'ordinaire : elle part en avant, les bras collés au corps, les avant-bras fléchis, le buste incliné en avant, et prend une allure de pas gymnastique qui ne s'exagère guère à mesure qu'elle pro-



Fig. 1.

gresse, puis, pour modérer son allure, elle se met à sauter sur un pied, puis sur l'autre, et s'avance ainsi très facilement en sautillant successivement sur chaque pied. Elle recommence à courir sans sauter et



Fig. 2.

parvient au bout de la salle ; au commandement, elle ralentit son allure, s'arrête, se retourne avec l'aide des infirmières qui instinctivement se sont portées à son secours. Elle est alors tournée vers nous, elle vient au pas de course, il semble qu'elle va tomber en renversant celui qu'elle rencontrera devant elle, mais M. Grasset s'avançant, lui commande de se retenir, de s'arrêter, et elle vient en effet s'arrêter sans force contre le doigt que M. Grasset lui pose sur le front. Elle arrive donc à vaincre la propulsion, mais à peine arrêtée elle s'écrie : « Tenez-moi, je vais tomber, » et progressivement elle s'affaisse sur ses jambes : elle tomberait si on ne la soutenait pour regagner sa chaise.

Après quelques moments de repos on fait de nouveau marcher la malade avec l'aide des infirmières et on s'assure ainsi que la marche est plus facile quand elle se fait à grands pas ou en croisant les jambes à chaque pas ; cependant on ne peut laisser aller la malade toute seule, elle tomberait.

Elle peut facilement marcher sur les genoux, à quatre pattes, elle monte et elle descend parfaitement les escaliers qui conduisent de la salle au jardin.

Tous ces caractères de la station et de la marche diffèrent totalement de ce que l'on observe dans la paralysie agitante, et réalisent au contraire le tableau parfait de l'astasie-abasie.

Continuons l'examen de la malade. Il n'existe chez elle aucun signe de paralysie, la sensibilité cutanée semble un peu diminuée dans tout le côté droit ; il y a une anesthésie cornéenne et pharyngée très marquée. Les réflexes rotuliens sont très exagérés, on provoque facilement la trépidation épileptoïde du pied, le signe des orteils (signe de Babinski) n'existe pas.

Notons l'absence de zones hystérogènes, de rétrécissement du champ visuel.

C'est à l'hystérie seule que l'on doit rapporter le syndrome présenté par la malade, d'où la nécessité de creuser encore le passé de cette jeune femme, pour voir s'il est possible de trouver une cause à cette manifestation si curieuse de la grande névrose.

Jusqu'à l'âge de vingt ans sa santé a été parfaite ; à ce moment elle a eu quelques émotions, et à la suite d'un refroidissement (travail auprès d'une fenêtre ouverte) elle a présenté les signes d'une paralysie faciale droite, qui a complètement guéri après un seul séjour à l'hôpital. Elle était nerveuse dès son enfance, mais n'a jamais eu de crises de nerfs.

Sa mère et sa grand'mère maternelle étaient également très nerveuses. Son père, ancien rhumatisant, a eu une névralgie sciatique et, fait important pour l'étiologie du syndrome que présente sa fille, il est atteint, depuis treize ans environ, d'un tremblement des membres supérieurs.

La malade a une cousine qui, d'après le récit qu'on lui a fait, est atteinte de paralysie agitante ; enfin, et ceci est le point le plus important de ces investigations étiologiques, notre malade, pendant son premier séjour à l'hôpital, il y a sept ans, a eu comme voisine dans la salle, une femme atteinte de maladie de Parkinson typique. Elle a vécu avec cette malade, a entendu le récit souvent répété de sa maladie, l'a aidée à s'étirer, à se déplacer, bref a connu toute la symptomatologie classique de la paralysie agitante.

Ajoutons qu'à cette époque, M. Grasset ayant constaté un peu de tremblement chez la jeune fille (elle avait alors vingt ans) et peut-être de la rétropulsion

(la malade est moins affirmative sur ce point), le diagnostic d'hystérie avait déjà été porté.

Depuis que cette observation a été communiquée au Congrès des neurologistes (1), nous avons eu l'occasion de voir un frère de la malade qui est venu se faire soigner à l'hôpital, dans le service de M. le professeur Carrieu (suppléé par mon collègue, M. Lagriffoul) au mois d'août 1907. Ce jeune homme, âgé de vingt-trois ans, au retour de son service militaire a présenté du tremblement hystérique (sans aucun signe de paralysie agitante), il a été d'ailleurs vite guéri. Nous avons su par lui que l'état de santé de sa sœur n'avait guère changé depuis l'année dernière.

Si nous résumons l'observation détaillée que l'on vient de lire nous trouvons chez notre malade la plupart des signes de la maladie de Parkinson, le tremblement et l'attitude soudée, la sensation de chaleur, le besoin de déplacement, tous symptômes que l'hystérie est capable de reproduire. La démarche n'est pas du tout celle de la paralysie agitante, mais présente au contraire les allures de l'astasie-abasie; cette malade ne peut rester un moment debout sans soutien, surtout lorsqu'on fait attention à elle, elle ne peut marcher normalement mais arrive très bien à courir, à sauter, sans tomber; elle monte et descend très bien les escaliers sans propulsion, ni rétropulsion.

On constate chez elle quelques stigmates d'hystérie, tels que l'anesthésie cornéenne et pharyngée, la diminution de la sensibilité du côté droit, etc. De plus les divers symptômes présentés par la malade sont un peu variables d'un jour à l'autre, le tremblement n'existe presque pas certains jours, la marche est quelquefois plus facile et se fait sans le secours d'aucun aide, si on parle à la malade pendant qu'elle essaie de faire quelques pas, et qu'on lui montre les progrès dans l'amélioration de son état. Si elle est suggestionnable, cette femme n'a jamais pu être hypnotisée; son médecin a essayé plusieurs fois de l'endormir, et nous-même avons tenté sans succès cette épreuve.

Il s'agit cependant d'une hystérique chez qui le diagnostic a été porté il y a sept ans. Doit-on mettre sur le compte de l'hystérie l'ensemble du syndrome parkinsonien, ou bien faut-il voir dans notre cas un exemple d'association de la paralysie agitante avec l'hystérie? Nous admettons plutôt que tout le tableau clinique relève de la grande névrose.

La malade a inconsciemment reproduit toute la symptomatologie de sa voisine de lit à l'hôpital lors de son premier séjour; elle a pris à la malade son tremblement, son attitude soudée, la propulsion, le besoin de déplacement; le trouble de la marche a revêtu les allures de l'astasie-abasie, ce qui est mieux dans le cadre de l'hystérie que dans celui de la maladie de Parkinson.

D'ailleurs, la plupart des symptômes présentés par notre malade et que l'on observe dans la maladie de Parkinson, ont pu être signalés dans l'hystérie, comme va nous le montrer un rapide coup d'œil sur la littérature médicale.

(1) A. Gaussel. Hystérie à forme de maladie de Parkinson avec astasie-abasie, *XVI[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, Lille 1906.

Greidenberg (1), sous le titre de « Paralysie agitante hystérique », publie l'observation d'un militaire âgé de vingt et un ans, qui présente les symptômes suivants : tremblement des extrémités supérieures au repos, ayant les caractères de celui de la paralysie agitante, attitude raide et soudée de la partie supérieure du corps, démarche lourde, lente, mais assez assurée, difficulté pour se lever quand il est assis, sensation de chaleur, anesthésie généralisée de la peau et des muqueuses, dermographisme, abolition de l'odorat du côté gauche, diminution de l'ouïe, et de la vue du même côté. La maladie est survenue sous l'influence d'une grande frayeur et comprend des symptômes nettement hystériques, d'autres qui reproduisent le tableau de la maladie de Parkinson. L'auteur, sans nier a priori l'association des deux maladies, reconnaît plus prudent d'admettre que tous les symptômes relèvent de la même cause, c'est-à-dire de l'hystérie.

Cette observation est très intéressante et doit être rapprochée de la nôtre. Cependant le malade de Greidenberg avait une démarche moins caractéristique que celle de notre femme au point de vue purement névrosique.

Rendu (2) a communiqué à la Société médicale des hôpitaux un cas de tremblement hystérique simulant la paralysie agitante. L'attitude générale du malade était un peu celle d'un sujet atteint de maladie de Parkinson, il n'y avait pas de troubles de la marche bien caractérisés. L'existence d'une anesthésie cutanée, muqueuse et sensorielle, le rétrécissement du champ visuel, la polyopie monoculaire, la micropsie, les crises convulsives, le passé névropathique du malade confirmaient le diagnostic d'hystérie.

La simulation de la paralysie agitante par l'hystérie était moins complète ici que dans l'observation de Greidenberg et se réduisait presque exclusivement au tremblement.

Oppenheim (3) a observé deux malades qui, à la suite d'un traumatisme, présentèrent un tremblement à type de paralysie agitante, localisé aux membres supérieurs dans un cas et généralisé chez le second malade : ces accidents coïncidaient avec des troubles sensitivo-sensoriels d'ordre névrosique. Aussi l'auteur se croit-il autorisé à les rattacher à une névrose traumatique et à les dénommer pseudo-paralysie agitante.

Ewart, cité par Béchet (4), a communiqué à la Société harvéienne de Londres, en 1891, l'histoire d'une femme de quarante-deux ans, affaiblie par des névralgies dentaires et par une pleurésie diaphragmatique, qui commence à présenter les signes de la paralysie agitante. En 1889 elle eut l'influenza et en

(1) Greidenberg. *Wratch*, n° 40, Saint-Pétersbourg 1888.

(2) Rendu. Soc. méd. des hôpit., 1889.

(3) Oppenheim, Paralysie agitante, forme originale de la névrose traumatique, *Charité Annalen*, 1889, t. XIV, p. 415.

(4) Béchet. *Contribution à l'étude clinique des formes de la maladie de Parkinson*, Th. de Paris, 1892, n° 351.

1891 elle éprouva quelques douleurs dans les articulations, bientôt suivies de faiblesse, puis de tremblements de la main droite et du pied du même côté. On avait d'abord songé à la paralysie agitante, mais sous l'influence du traitement ces symptômes furent vite améliorés et le diagnostic porté en dernier lieu fut : hystérie causée par la faiblesse et amenant un tremblement de la main et du pied droits.

Chabert (1) a publié l'observation d'un malade âgé de cinquante-six ans qui, à la suite de chagrins et d'une émotion violente, présenta le syndrome de Parkinson : tremblement, rigidité musculaire, facies caractéristique, attitude soudée, sensation de froid, besoin de déplacement. La démarche était lente, lourde, mais sans propulsion ni rétropulsion. Il avait eu des crises d'hystérie à l'âge de vingt ans, et conservait encore des stigmates indéniables de cette névrose ; abolition du réflexe pharyngien, dyschromatopsie, rétrécissement du champ visuel.

L'auteur conclut à la coexistence, chez le même malade, de deux névroses, l'hystérie et la maladie de Parkinson.

Nous devons encore signaler l'observation de Boinet que l'on trouve tout au long dans la thèse de Béchet :elle a trait à un malade de trente-deux ans, chez qui une frayeur, produite par la vue d'un tigre, a provoqué une hystérie émotionnelle. Les attaques hystériques ont été suivies d'une série de troubles moteurs caractérisés par un tremblement à oscillations lentes, par une chorée rythmée et par le syndrome de Parkinson.

Il y avait dans le cas de Boinet la démarche classique de la paralysie agitante : le malade courait après son centre de gravité, la propulsion était nette ; il y avait également de la rétropulsion. L'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, le rétrécissement du champ visuel complétaient le tableau. L'amélioration survenue sous l'influence du traitement a permis à Boinet de considérer cette maladie de Parkinson comme de nature hystérique. C'est le cas le plus complet que nous ayons trouvé de simulation de la paralysie agitante par l'hystérie.

Il faut en rapprocher l'observation de Klatchkine (2) : un homme de trente-deux ans, sans aucun antécédent pathologique, éprouve une violente émotion. Il est pris d'un tremblement du côté droit, qui gagne ensuite le côté gauche. La face est immobile, le regard fixe, l'attitude est celle du parkinsonien dont la tête et le tronc sont penchés en avant, la démarche est caractéristique. L'association à ces symptômes d'une hypoesthésie du côté droit et d'un rétrécissement du champ visuel de l'œil droit permettent à Klatchkine de conclure à la simulation hystérique du syndrome de Parkinson.

Ajoutons l'observation de De Renzi (3), à peu près semblable à la précédente, et nous avons achevé l'exposé des observations où la maladie de Parkinson est simulée par l'hystérie.

(1) Chabert. Paralysie agitante et hystérie, *Arch. de neurologie*, 1893, p. 438.

(2) Klatchkine. *Revue de méd. russe*, Moscou, 1894, n° 3.

(3) De Renzi. Uno caso de tremore isterica simulante il tremore del morbo del Parkinson, *Clin. med. Flor.*, 1895, t. I.

Notre malade présente un symptôme beaucoup plus intéressant et en même temps beaucoup plus rare, c'est l'astasie-abasie. Elle n'a pas la démarche classique de la paralysie agitante, tout en ayant l'attitude caractéristique de cette maladie : chez elle on ne retrouve pas la festination avec allure progressivement accélérée mais la possibilité de courir, de modérer son allure en sautillant, de s'arrêter facilement au commandement. La seule chose que ne puisse faire cette femme c'est de marcher lentement sans un appui et surtout de se tenir debout immobile ; si on la lâche au milieu de la salle, elle plie sur les genoux et s'effondre progressivement : l'astasie est donc très marquée. Nous n'avons trouvé qu'une observation d'astasie-abasie associée à la maladie de Parkinson, c'est celle de Knapp (1).

Les symptômes de paralysie agitante consistaient surtout dans la rétropulsion qui était très marquée, dans la propulsion, l'attitude du malade et le facies caractéristique. Il n'y avait pas de tremblement : aussi Knapp définit-il ce cas comme une paralysie agitante sans agitation; les troubles de sensibilité étaient absents. L'auteur décrit ainsi les troubles de la marche : quand le malade marche et en particulier quand il tourne, il est pris d'un spasme dans les jambes, les pas deviennent de plus en plus courts et leur cadence est plus rapide; alors deviennent aussi plus rapides et tout à fait rythmiques les mouvements de flexion et d'extension des jambes sur les cuisses et des cuisses sur le bassin ; les pieds semblent fixés au sol.

Il penche la tête un peu en avant, le pas très court et sa cadence rapide donnent l'idée d'une locomotive glissant sur les rails : finalement le spasme devient tonique et les pieds cessent un instant de se mouvoir; à ce moment, il a une tendance à tomber en arrière, mais il recouvre l'équilibre et peut reprendre son allure naturelle. Ces troubles augmentent par l'émotion, ils sont très marqués quand il entre dans un appartement.

Telle est la démarche du malade que Knapp considère avec raison comme atteint d'abasie trépidante paroxystique associée à la paralysie agitante.

La femme dont on a lu plus haut l'observation présente un tableau beaucoup plus complet de la maladie de Parkinson : de plus, les troubles de la marche et de la station sont si nets que nous n'hésitons pas à la regarder comme atteinte d'astasie-abasie. Ce syndrome, à lui seul, ferait songer à l'hystérie chez notre malade qui a présenté encore des stigmates permanents comme l'anesthésie cornéenne et pharyngée, l'hémianesthésie, etc.

Tous les symptômes présentés par cette femme sont-ils hystériques, est-elle atteinte de paralysie agitante hystérique, ou bien faut-il voir dans son cas une association de la grande névrose avec la maladie de Parkinson?

Quand on parcourt les diverses observations, dont nous avons donné une rapide analyse plus haut, on

(1) Knapp. Un cas d'abasie trépidante paroxystique, associée à la paralysie agitante, *Journ. of nervous and mental diseases*, New-York, sept. 1891.

se rend vite compte que pris isolément, chaque signe important de paralysie agitante peut être simulé par l'hystérie.

Au premier chef, le tremblement peut être purement névrosique; on sait avec quelle facilité ce signe se trouve dans l'hystérie avec des types divers : il peut simuler le tremblement toxique, celui de la sclérose en plaques, celui de la maladie de Parkinson également. Nous pouvons même dire que de tous les signes de la paralysie agitante, le tremblement est celui que simule le plus facilement l'hystérie.

La raideur musculaire amenant avec elle l'attitude soudée, l'immobilité du visage, peut relever elle aussi de l'hystérie. On connaît les modifications que le tonus musculaire peut éprouver du fait de la névrose depuis la flaccidité complète jusqu'à la contracture : la rigidité avec immobilisation des membres, soudure des jointures s'explique sans peine par le seul effet de l'hystérie et nous le retrouvons dans la plupart des cas de paralysie agitante hystérique rapportés par les auteurs. Le besoin de déplacement est un trouble autant psychique que somatique : de ce fait, il relève facilemeut de la névrose.

Ce sont là, avec les troubles de la marche dont nous allons nous occuper, les signes les plus importants de la paralysie agitante : il nous a été facile de montrer combien leur reproduction purement névrosique est admissible. Nous pouvons en dire autant des troubles vaso-moteurs, des sensations de chaleur accusées par les malades et qui s'observent aussi dans l'hystérie.

La démarche du parkinsonnien est tellement caractéristique qu'elle impose le diagnostic à elle seule ; la propulsion ou la rétropulsion, la festination pendant la marche, le malade courant après son centre de gravité, sont des symptômes trop classiques et trop nets pour que nous insistions.

Nous retrouvons cette démarche caractéristique signalée dans trois observations : celles de Boinet, Klatchkine, De Renzi ; elle peut donc se voir dans la névrose hystérique simulant la maladie de Parkinson. Ces trois observations sont des cas à peu près complets de paralysie agitante hystérique.

L'hystérie peut simuler chacun des signes de la paralysie agitante; sur un même sujet peuvent s'observer plusieurs signes ou même le tableau complet de cette maladie : il y a bien lieu, par conséquent, de parler d'une paralysie agitante hystérique.

Notre malade est un type à peu près parfait de cette maladie de Parkinson due à l'hystérie. Ce n'est pas la constatation de stigmates hystériques chez elle qui a amené notre conviction, c'est surtout l'étude approfondie de chacun des symptômes et des modifications où l'on retrouve le cachet de la névrose.

Sans doute la malade tremble au repos comme les parkinsoniens vrais, mais ce tremblement peut s'arrêter complètement quand le membre est bien appuyé; il s'atténue quand on attire l'attention de la malade sur un autre sujet, il s'exagère quand on s'occupe de l'étudier de près.

L'attitude au repos est bien celle de la paralysie agitante, mais à certains moments quand la malade ne se sent pas observée, quand un déplacement du corps est provoqué d'une façon en quelque sorte automatique, l'attitude soudée s'atténue, disparaît presque. Ces caractères du tremblement et de la rigidité musculaire ne sont pas le fait de la maladie de Parkinson, mais vont plutôt avec ce que nous savons de la variabilité de certains symptômes dans la grande névrose.

Les troubles de la marche sont encore plus en désaccord avec ce qui s'observe dans la maladie de Parkinson. Cette femme raconte bien qu'elle ne peut marcher sans être entraînée en avant, mais après expérience on est vite convaincu que la démarche relève de l'astasie-abasie et non de la paralysie agitante. Nous avons décrit avec assez de soin la démarche de cette malade pour n'avoir pas à y revenir. Si l'on se rappelle que l'astasie-abasie est un syndrome qui relève le plus habituellement de l'hystérie, on ne sera pas surpris que la névrose ait pris ici cette forme au lieu de revêtir jusqu'au bout le masque de la maladie de Parkinson, comme chez le malade de Boinet.

En faveur de l'hystérie comme cause de la paralysie agitante chez notre malade, il faut insister sur les circonstances qui ont marqué le début de la maladie. Cette jeune fille, nettement hystérique, a commencé à être malade après avoir vécu à l'hôpital auprès d'une femme atteinte de paralysie agitante.

Rappelons-nous encore que le début de sa maladie s'est fait à vingt ans, c'est-à-dire à un âge où la paralysie agitante est plutôt rare. On a décrit, il est vrai, des cas de maladie de Parkinson avant cet âge [Rouvillois (1)], mais ils sont assez rares : l'hystérie, au contraire, est fréquente entre vingt et trente ans.

On peut objecter contre l'hystérie la longue durée de la maladie qui actuellement remonte à huit ans environ. Cette objection n'est pas absolument démonstrative car il existe des cas avérés d'hystérie à forme de paralysie, de contractures, etc., durant pendant des années.

D'autre part, il faut convenir que la malade ne s'est guère trouvée dans des conditions de milieu aptes à favoriser sa guérison. Elle vit avec son père qui est un trembleur depuis plusieurs années; cette année encore, son frère, revenant du service militaire, a été pris, dans sa famille, d'un tremblement qui a guéri assez vite après un séjour à l'hôpital et qui relevait certainement de l'hystérie.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade n'a pu être isolée et a été l'objet d'attentions spéciales et d'examens répétés qui ont pu contrarier le traitement.

L'hydrothérapie, l'électricité statique, la psychothérapie ont été mises en œuvre, mais certainement pendant un temps trop court pour qu'on puisse tirer de leur échec un argument quelconque contre l'idée d'hystérie.

Peut-être si cette malade consentait à être isolée pendant un temps assez long, un traitement bien dirigé, dans lequel la persuasion, l'hydrothérapie, l'électricité auraient chacune leur place, réussirait-il à amener la guérison? Ce serait la démonstration éclatante de la nature hystérique de cette maladie de Parkinson.

---

(1) Rouvillois. *Syndrome de Parkinson chez les jeunes sujets*, Th. de Lyon, 1899, n° 45.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(séance du 28 octobre 1907)

Sur un nouveau mode de réaction de la peau à la tuberculine et son utilisation dans le diagnostic de la tuberculose. — M. J. Lignières a constaté que, pour obtenir la cuti-réaction de von Pirket, il n'est pas nécessaire de faire des scarifications. Si, après avoir rasé la peau et alors qu'elle est encore sous le feu du rasoir, on en frictionne quelques instants la surface avec des bacilles morts et surtout avec de la tuberculine *pure*, la réaction est constante.

Chez les *bovidés* tuberculeux apparaît en général, dès la vingt-quatrième heure, une réaction locale caractéristique : la peau devient rouge, chaude, sensible à la pression et plus ou moins œdémateuse.

M. Lignières propose qu'on réserve le nom de *cuti-réaction* à la réaction après simple friction, et qu'on donne le nom de *dermo-réaction* à l'épreuve par scarification de von Pirket.

Contribution à la synthèse des pierres précieuses de la famille des aluminides. — M. Bordas a fait un certain nombre d'expériences qui lui ont montré que la coloration spéciale des pierres précieuses n'est pas due à un oxyde métallique spécial, comme on l'admettait jusqu'ici.

En soumettant un saphir bleuté à l'action d'un bromure de radium d'une radio-activité de 1 800 000, on constate que la couleur de la pierre se modifie : elle passe au vert, au jaune clair, puis au rouge foncé. Si l'on fait subir le même traitement à un corindon rouge, ce dernier passe successivement par les teintes violettes, bleues, vertes et jaunes.

En graduant l'activité du bromure de radium ou en éloignant la pierre du sel radio-actif, on augmente ou on diminue l'intensité de la réaction. Les pierres ainsi traitées ne sont pas radio-actives; elles ne s'illuminent pas dans l'obscurité sous l'influence du bromure de radium pur; enfin elles ne perdent pas leur coloration par la chaleur.

La coloration des pierres précieuses serait donc en rapport avec la radio-activité du sol où elles se trouvent.

Cette action du bromure de radium à haute activité sur les oxydes métalliques est intéressante à signaler, car peut-être sera-t-il possible d'utiliser cette action pour déceler des traces infinitésimales de ce corps.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 5 novembre 1907)

Hanche à ressort. — Une seule communication à signaler, celle de M. Nélaton sur un cas de hanche à ressort qu'il a très heureusement guéri par un procédé opératoire ingénieux. On sait que cette affection consiste dans une sorte de déclanchement brusque se produisant sous l'influence d'une distension ou d'une insuffisance musculaire ou ligamenteuse. Dans le cas de M. Nélaton, il s'agissait d'un homme qui, à la suite d'une chute d'un lieu peu élevé, voyait se produire ce déclanchement chaque fois que la cuisse se mettait en flexion sur le bassin et en rotation en dehors. La tête fémorale se déplaçait alors et sortait hors du rebord cotyloïdien.

M. Nélaton a pratiqué chez ce malade une opération qui a consisté à dédoubler le muscle demi-tendineux et à en isoler une petite bande qu'il a incluse dans un trou préalablement pratiqué à travers la tête fémorale. Il s'opposait ainsi au mouvement de rotation en dehors qui déplaçait la tête fémorale. Le résultat a été très satisfaisant et cet homme a repris sa profession de facteur, marche, monte et descend les escaliers sans difficultés.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 2 novembre 1907)

Hypertrophie cardiaque dans les intoxications chroniques expérimentales; rapports avec les lésions rénales et surrénales. — M. Aubertin a déjà signalé, dans l'intoxication alcoolique expérimentale, l'existence d'une hypertrophie cardiaque considérable, sans lésions interstitielles des reins et sans athérome. En recherchant systématiquement l'hypertrophie cardiaque chez le lapin dans des états pathologiques divers et chez des témoins, il a trouvé 7 cas d'hypertrophie cardiaque (intoxication mercurielle, tuberculose expérimentale, infections chroniques de laboratoire); dans ces cas, on ne trouvait dans le rein que des lésions interstitielles nulles ou très peu marquées; les lésions épithéliales existaient plus ou moins intenses. Et dans 6 cas sur 7, il existait de l'hypertrophie surrénale parfois considérable.

Chez les animaux intoxiqués qui n'avaient pas présenté d'hypertrophie cardiaque, les capsules surrénales étaient, en général, non augmentées de volume ou beaucoup moins volumineuses.

Il est probable que c'est par l'intermédiaire des lésions rénales (conformément aux données classiques) que les intoxications chroniques produisent l'hypertrophie du ventricule gauche : en effet, les lésions rénales ne manquent jamais.

Toutefois l'hypertrophie cardiaque n'est nullement proportionnelle à l'intensité des lésions interstitielles du rein, et une hypertrophie énorme peut coexister avec des lésions purement épithéliales et parfois peu marquées. Enfin l'hypertrophie cardiaque coexiste presque toujours avec une hyperplasie surrénale corticale.

Il ne faut pas en conclure que l'hypertrophie cardiaque est d'origine surrénale et non rénale. Il se pose ici le même problème qu'en pathologie humaine, à propos des lésions surrénales des néphrites hypertensives. Mais qu'il y ait entre les deux phénomènes relation de cause à effet ou simple parallélisme, la coexistence habituelle de l'hypertrophie cardiaque avec l'hyperplasie surrénale n'en mérite pas moins d'être signalée.

Culture directe, sur placenta humain, des microbes pathogènes. — M. P. Guéniot, voulant vérifier expérimentalement cet axiome clinique que le placenta est un excellent milieu de culture pour les microbes, a réussi, en recueillant aseptiquement des placentas humains, à en conserver des fragments à l'état frais, sans putréfaction, pendant dix et quinze jours et plus, dans la proportion de plus des deux tiers. Ensemençant ces fragments avec divers germes, il a obtenu des cultures *pures*, rapides et abondantes, du bacille pyocyanique, du staphylocoque doré, de la bactéridie charbonneuse. Par contre, jusqu'ici, il n'a pas obtenu de développement sur placenta du streptocoque ni du gonocoque. Il y aura lieu d'essayer si le placenta, *milieu humain naturel*, ne pourrait servir à obtenir un développement du treponema pallidum.

Etude comparative de différentes méthodes permettant d'expérimenter la toxicité du tabac. — MM. G. Guillain et A. Gy. La toxicité de la fumée de tabac est due à des corps multiples (nicotine, nicotéine, nicotelline, oxyde de carbone, acide prussique, collidine, bases pyridiques). Se proposant de préciser certains points de l'anatomie et de la physiologie

pathologique de l'intoxication tabagique, ils ont expérimenté différentes méthodes et cherché à réaliser chez les animaux une intoxication qui se rapproche de l'intoxication humaine.

Les injections de nicotine pure (Josué, Adler et Hœsel, Papadia) présentent le défaut de ne démontrer que la toxicité d'un seul corps contenu dans le tabac; certains chimistes ont même nié la présence de ce corps dans la fumée.

L'ingestion de pilules de tabac (Lœper et Boveri), la méthode des macérations et des infusions (Boveri, Baylac, Amouroux, Gouget, Lesieur), méthode qu'ils ont employée aussi, sont loin de réaliser l'intoxication humaine. Aussi ont-ils essayé un procédé consistant à faire barboter la fumée d'une quantité connue de tabac dans une quantité connue d'eau au moyen d'une trompe à eau en communication avec un fourneau de pipe, puis ils ont injecté aux animaux soit dans les urines, soit dans la peau, cette dissolution aqueuse de fumée.

Différentes objections pouvant être faites à cette méthode, ils ont pratiqué des insufflations de fumée sous la peau de cobayes et de souris. Une autre série d'expériences a consisté à mettre des animaux dans des atmosphères de fumées réalisées par différents dispositifs qu'ils ont imaginés (soit de grands flacons à trois tubulures en rapport avec une trompe à eau aspirant de la fumée, soit de grands flacons où des cigarettes se fument elles-mêmes, soit avec couveuse artificielle). Ces dernières méthodes leur ont paru les plus rationnelles pour étudier l'intoxication tabagique expérimentale.

Détermination de la toxicité de la stovacocaïne. — D'après MM. Piquand et Dreyfus, la stovacocaïne est, comme son nom l'indique, un anesthésique local composé d'un mélange de stovaïne et de cocaïne. Les auteurs ont déterminé la toxicité du mélange de stovaïne et de cocaïne, *ââ* 1 p. 200 qui est de 0,027 centigrammes par kilogramme en injection intraveineuse chez le lapin et de 0,16 centigrammes par kilogramme en injection intrapéritonéale chez le cobaye et celle d'un mélange à 3/4 1 p. 200 qui dans les mêmes conditions est de 0,028 centigrammes chez le lapin et de 0,14 centigrammes chez le cobaye. Ces chiffres sont à peu près ceux que l'on pouvait prévoir théoriquement. Les symptômes d'intoxication qui précèdent la mort sont ceux qui ont été décrits pour la cocaïne et pour la stovaïne.

Contribution à l'étude bactériologique des calculs biliaires. Rôle des microbes anaérobies. — MM. A. Gilbert et A. Lippmann rapportent à la Société toute une série de recherches nouvelles sur le microbisme des calculs biliaires. Tandis que les travaux antérieurs sur le même sujet accusent encore 67 p. 100 de cas entièrement négatifs, MM. Gilbert et Lippmann admettent la proportion de 82 cas positifs sur 100 examinés. Cette différence réside essentiellement dans la mise en œuvre pour ces recherches des procédés de culture en anaérobiose.

A ne s'en tenir qu'aux seuls milieux aérobies, les auteurs notent, dans 44 p. 100 des examens seulement, le développement d'une seule espèce microbienne : le *coli-bacille*. Les milieux anaérobies, par contre, doublent cette proportion, permettent même d'isoler fréquemment pour chaque calcul jusqu'à deux ou trois variétés de microorganismes; parmi ceux-ci, il en est deux qui, par leur constance, méritent une mention spéciale : l'*entérocoque* et le *bacille funduliformis*.

La présence presque habituelle ainsi constatée de germes anaérobies au centre des concrétions biliaires confirme d'une façon éclatante la réalité de l'infection dans la genèse de la lithiase : de plus, elle prouve une fois encore toute l'importance du rôle joué par ces germes spéciaux dans les divers domaines de la pathologie biliaire.

LIVRES NOUVEAUX

Traité des maladies des voies urinaires inférieures (urètre, prostate, vessie et des organes génitaux de l'homme), par R. Le Fur. Extrait du *Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique* de Brouardel et Gilbert (1).

Le docteur Le Fur traite, dans cet ouvrage, des maladies des organes génito-urinaires. Nous devons lui être spécialement reconnaissant d'avoir mis à la portée des praticiens, dans une exposition d'une grande clarté, toutes ces questions si spéciales et parfois si complexes de la pathologie urinaire et génitale chez l'homme. A l'heure actuelle, comme il écrit lui-même, « aucun médecin, quel qu'il soit, praticien de la ville ou de la campagne, ne peut plus être ignorant de ces questions ». Les chapitres qui nous ont particulièrement intéressé et où le docteur Le Fur expose des idées personnelles fort justes, concernant : la *blennorragie*, ses complications et sa guérison beaucoup plus souvent apparente que réelle; le *prostatisme*, cet état clinique encore mal connu que l'auteur rapporte à toutes les inflammations antérieures de la prostate (prostatites subaiguës et chroniques) et que l'on retrouve notamment chez les *prostatiques jeunes* dont l'auteur donne une excellente description; les *cystites*, toutes les infections vésicales et en particulier l'*ulcère simple de la vessie*, absolument comparable à l'ulcère de l'estomac. Nous tenons encore à signaler le chapitre sur l'*infection urinaire* et l'*empoisonnement urineux* qui est une mise au point parfaite de cette vaste et si importante question, donnant lieu souvent à de grandes difficultés de diagnostic et de traitement, difficultés avec lesquelles les médecins praticiens se trouvent souvent aux prises. En somme, nous croyons que l'ouvrage du docteur Le Fur sera très utilement consulté par tous les médecins qui veulent se renseigner d'une façon précise sur la pathologie génito-urinaire.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 11 AU 16 NOVEMBRE 1907

THÈSES

Mercredi 13 novembre 1907, à une heure. — M. Blanchard. De la torsion du pédicule des fibromes utérins sous-séreux pendant la grossessse. (MM. Pinard, président; Brissaud, Roger et Couvelaire.) — M. Bourdenne. Accidents d'intolérance dans le traitement opothérapique du myxœdème. (MM. Brissaud, président; Pinard, Roger et Couvelaire.) — M. Minot. Contribution à l'étude de la flore. Anaérobie de l'estomac. (MM. Roger, président; Pinard, Brissaud et Couvelaire.) — M. Halmagrand. Etat actuel de l'infantilisme. (MM. Roger, président; Pinard, Brissaud et Couvelaire.)

(1) In-8°. — Paris 1907. J.-B. Baillière, édit.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS [1]

Évolution. — Se marque surtout par : 1° *L'envahissement du ligament large.* C'est le toucher vaginal qui permet de reconnaître que la propagation s'est faite du côté du tissu conjonctif, dans le pied des ligaments larges, parfois même à une époque rapprochée du début des accidents; l'épithélioma pourrait envahir les tissus juxta-utérins, et dès lors il se forme dans le plancher pelvien des traînées épaisses, dures, rigides qui immobilisent l'utérus. Mais alors même que ces indurations ne sont pas appréciables au toucher, on ne peut affirmer que les voies lymphatiques n'ont pas déjà transporté les éléments cancéreux dans les ganglions hypogastriques ou sacrés latéraux. Sans doute, pour peu que la maladie ait eu quelque durée, ce doute sur la dégénérescence ganglionnaire ne saurait persister.

Cliniquement, cette adénopathie n'est pas appréciable; autrefois on avait pensé que la dégénérescence ganglionnaire était toujours précédée par l'envahissement de la paroi vaginale. Les interventions ont montré que ce fait était inexact; le vagin est souvent indemne et les lymphatiques sont envahis en même temps que le tissu cellulaire pelvien. On peut trouver des ganglions inguinaux formant des masses dures, infiltrées, diffuses et indolores; mais ces ganglions inguinaux manifestement cancéreux sont une rareté. Quoi qu'il en soit, l'infiltration et la lymphangite néoplasique des ligaments larges entraînent l'*immobilité de l'utérus.*

Dès lors, le col semble « tenir »; au début, on abaisse encore l'utérus, dans son ensemble, mais ultérieurement le col « semble rattaché au ligament large par une corde invisible, inextensible, et on ne peut augmenter la distance qui les sépare ». Quand cette sensation est unilatérale, elle est nette, caractéristique; lorsque le cancer est généralisé à tout le bassin, on dirait que « l'utérus a été coulé dans une sorte de gangue solidifiable qui l'a encloué dans le petit bassin de façon à s'opposer à tout mouvement », comme le dit le professeur Pozzi.

On conçoit l'importance que prend cette modification de la mobilité utérine normale que démontre l'abaissement méthodique de l'utérus combiné à la palpation bimanuelle au toucher vaginal, quelquefois même au toucher rectal.

2° L'évolution du cancer du col est fréquemment compliquée par la *propagation au corps de l'utérus*; le toucher vaginal est insuffisant pour la reconnaître. Il est nécessaire de dilater préalablement la cavité utérine; c'est surtout le cancer naissant dans le canal cervical qui tend à gagner le corps de l'organe. Ruge et Veit considèrent même comme une anomalie le cancer simultané du corps.

3° Les *compressions* portant sur les *organes du ligament large* sont les plus fréquentes et les plus graves. Schroëder a insisté sur les indurations de l'artère utérine, les dilatations du tronc artériel et les ruptures du vaisseau; ce sont surtout les veines qui seront, suivant les cas, comprimée, sthrombosées. Gallard avait déjà décrit la présence de caillots remontant jusqu'à la veine iliaque interne, d'où l'œdème des membres inférieurs, les varices, et à un degré plus avancé, la phlegmatia alba dolens. Les nerfs sont envahis à leur tour, et on a les symptômes de névralgie crurale, sciatique, obturatrice, étudiés plus haut. Sans doute, ces compressions en elles-mêmes sont un indice grave. Mais ce sont les *lésions de l'uretère* qui peuvent entraîner des complications presque fatalement mortelles; en effet, l'uretère est comprimé, enserré dans des tissus inextensibles, dès lors rétréci.

La diminution du calibre gêne le cours de l'urine; le canal se dilate en amont, jusqu'au rein s'il se produit une urétéro-hydronéphrose. La rétro-dilatation arrive jusqu'au bassinet et aux calices : il s'ensuit une néphrite que Lancereaux considère comme constante. Les lésions rénales comptent dans le cancer du col de l'utérus comme les plus constantes et les plus graves. Merklen les considère comme existant dans plus de 50 p. 100 des cas; elles s'annoncent par la *polyurie*; les urines sont abondantes, pâles, limpides, légèrement opalines; elles atteignent 2 à 3 litres par jour: c'est le type de la polyurie limpide décrite par le professeur Guyon. Cette émission abondante justifie la règle: « Le rein sécrète d'autant plus qu'il est plus près de sa fin. » Les urines contiennent une faible quantité d'urée; sans doute elles sont abondantes, mais renfermant peu de déchets, elles ne suffisent pas à l'élimination des produits toxiques. C'est ainsi que les malades arrivent progressivement à l'urémie, et elles succombent, soit en présentant les accidents de la forme respiratoire ou les accidents éclamptiques.

L'*anurie* peut apparaître à une période rapprochée du début : comme l'ont montré autrefois Dreyfus-Brisac et Debove, ce peut être le phénomène primitif d'un diagnostic causal délicat, quand le cancer du col passe inaperçu (chose rare). La phase de tolérance de l'anurie serait brève, bien que Roberts ait mentionné des observations où l'urine aurait repris son cours au bout de huit jours et les malades auraient survécu deux, trois et cinq mois.

4° Les *propagations aux organes voisins* portent : *a.* sur la *vessie* : en effet, la cloison vésico-utérine et la paroi vésicale elle-même sont envahies; le néoplasme qui ulcère sans cesse finit par amener la perforation de la vessie, d'où la formation de fistules qui laissent passer l'urine dans le vagin : la cavité vésicale est mise en communication avec le néoplasme ulcéré : on comprend que la cystite est fatale; puis l'uretère se prend, il y a uretérite ascendante, pyélite, pyélonéphrite, néphrite suppurée, phlegmon périnéphrétique. On a alors des écoulements vaginaux, ayant une odeur fétide, on peut y apercevoir des débris sphacélés. Le malade a des envies fréquentes d'uriner, des brûlures, des élancements, de l'endolorissement lombaire : la température oscille entre 39 et 40 degrés; il y a de l'épigastralgie, des troubles dysphagiques; c'est une nouvelle cause de cachexie : une telle propagation est donc une contre-indication formelle, bien que Mikulicz ait écrit « qu'il ne faut pas craindre d'attaquer franchement la vessie, qui n'est pas un organe essentiel à la vie ».

b. La propagation porte aussi sur le *rectum.* Le toucher rectal montre une muqueuse ayant perdu sa souplesse, sa mobilité habituelles. Il est du reste possible de rencontrer des malades qui, dans une première phase de leur affection, présentent surtout des troubles de la défécation et ultérieurement une fistule recto-vaginale. L'oblitération du rectum peut atteindre un tel degré que la mort survient par occlusion intestinale et stercorémie.

Enfin le cancer du col de l'utérus peut se compliquer de cancer de l'ovaire, plus rarement de péritonite chronique : les productions métastatiques au niveau du foie, du poumon sont les plus constantes; on trouve alors l'adénopathie sus-claviculaire gauche de Troisier. Il faut signaler en outre l'hypertrophie cardiaque, l'endocardite verruqueuse, la dégénérescence graisseuse du foie, les métastases cérébrales (Voisin). Mais alors même que la malade continue à vivre sans présenter les troubles indiqués plus haut, elle ne tarde pas à prendre cette teinte jaune paille que Barnes attribue à l'absorption d'une partie des matières fécales décomposées; elle s'anémie de jour en jour et la mort survient pour Courty de seize à dix-sept mois après le début, pour Gusserow douze mois environ après l'apparition des premiers symptômes, tandis que chez les femmes âgées le cancer pourrait se prolonger pendant trois, quatre et même cinq années. *(A suivre.)*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 125, p. 1498.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE [illegible] LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 128. — SAMEDI 9 NOVEMBRE 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 9 NOVEMBRE 1907. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 6 novembre. — Question donnée : « Anthrax. »

MM. Monguillon, 13; Morin (Alexandre), 8; Quirot, 10; Penet, 12; Percheron, 8; Peroni, 16; Michaux, 12; Powilowicz, 14; Rigoulet (Pierre), 9; Moricaud, 8; Ruaud, 12; Mlle Rabuteau, 16; MM. Prunier, 12; Perelman, 7.

Anatomie. — Séance du 7 novembre. — Question donnée : « Os maxillaire inférieur. »

MM. Bartissol, 7; Blanco et Bouchon, 9; Bloch (Jacques), 18; Boulay (Henri), 8; Boutin, 11; Besset, 12; Bloch (René), 14; Bailleul, 13; Borch et Besançon, 12; Alary et Arnaudon, 14; Cambessédés, 15; Bortnowski, 5; Aujoy de la Dure, 15.

La prochaine séance aura lieu le mardi 12 novembre, à quatre heures, première moitié, première et deuxième série.

— AMPHITHÉATRE DES HOPITAUX. — *Concours du prosectorat.* — *Troisième épreuve orale :* Séance du 7 novembre. — MM. Mercadé, 16; Descomps, 18 1/2; Mocquot et Mathieu, 17 1/2.

La prochaine séance aura lieu le mardi 12 novembre, à la Charité, à quatre heures trois quarts.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ANGERS. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Gaignard, Thouvenin, Granval et Nory, internes titulaires; Gabory, Grosgeorge, Ravet et Pilven, internes provisoires.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — M. le docteur Denécheau est nommé chef de clinique médicale.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Un concours pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, au ministère de l'Intérieur, le lundi 3 février 1908.

Les candidats devront adresser leur demande de participation à ces épreuves au président du conseil, ministre de l'Intérieur qui leur fera connaître si elle est agréée.

Cette demande devra être accompagnée de toutes les pièces énumérées dans le décret précité du 1er août 1906.

Les candidatures seront inscrites au ministère de l'Intérieur (premier bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, du 10 décembre 1907 au 6 janvier 1908 inclus.)

Le nombre des places mises au concours est fixé à dix.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en argent est décernée à M. le docteur Broudic (de Paris).

La médaille en bronze est décernée à MM. les docteurs Joussaulme et Papail, médecins sanitaires maritimes, et M. Massacré, étudiant à Paris.

CONGRÈS INTERNATIONAL POUR LA RÉPRESSION DES FRAUDES ALIMENTAIRES ET PHARMACEUTIQUES. — La Croix-Blanche de Genève vient de décider la réunion d'un Congrès international pour la répression des fraudes alimentaires et pharmaceutiques, qui se tiendra le 6 septembre 1908 à Genève.

L'ordre du jour du Congrès est : « Définir les aliments purs. »

LES CHIENS DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — A l'occasion des exercices spéciaux du service de santé des 17e et 18e corps, qui ont lieu actuellement à Bordeaux, a été faite une expérience de chiens du service de santé.

Une chienne de berger, dressée par le capitaine Tolet, a recherché le jour et la nuit des blessés sur le champ de bataille.

Elle en a retrouvé une centaine disséminés sous bois. Ce premier essai officiel, dit *Le Temps*, a été des plus satisfaisants.

Le général Tournier, plusieurs médecins de la Faculté et des dames de la Croix-Rouge de Paris et de Bordeaux assistaient à ces exercices.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-quatrième semaine, 823 décès, au lieu de 819 pendant la semaine précédente et de 794, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

La fièvre typhoïde n'a causé aucun décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente (moyenne 6). Le nombre des cas

nouveaux signalés par les médecins est de 33 (moyenne 39), au lieu de 43 pendant la semaine précédente.

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 2, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 6).

La rougeole a causé 3 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 75 (au lieu de 72 précédemment et au lieu de 40, moyenne des quatre dernières années).

La scarlatine a causé 6 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 129 ; il s'élevait à 189 pendant la semaine précédente (moyenne 51).

La coqueluche a causé 4 décès, au lieu de la moyenne 3.

La diphtérie a causé 2 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 4); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 45, au lieu de 42 pendant la semaine précédente (moyenne 34).

La diarrhée infantile a causé 44 décès de 0 à 1 an, au lieu de 36 pendant la semaine précédente (moyenne 34).

En outre, 29 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 94 décès, au lieu de 93 pendant la semaine précédente et au lieu de 101, moyenne ordinaire de la saison

La phtisie pulmonaire a causé 207 décès; la méningite tuberculeuse, 12; la méningite simple, 20; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 9 décès.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — HÔPITAL BROCA. — Docteur J. Darier : Depuis le 1er novembre : les lundis, mercredis et vendredis, à neuf heures : Consultations de dermatologie, à la salle des consultations.

Les mardis : Opérations dermatologiques, à la salle Vidal.

A partir du 1er février 1908 : Conférences sur un sujet dermatologique, avec présentations de malades et projections microscopiques.

Le sujet de ces conférences et les dates auxquelles elles auront lieu seront fixés ultérieurement.

— HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — *Année 1907-1908. Semestre d'hiver*. — Docteur Broca : les mardis et les jeudis, à la consultation : Examen et interrogatoire des malades par les élèves, sous la direction du chef de service.

Les mercredis, à dix heures et demie (à partir du 13 novembre), à la salle des conférences : Leçons cliniques de chirurgie infantile.

Docteur Moizard : les mercredis et les samedis, à neuf heures et demie, dans les salles : Examen des malades nouveaux et conférences cliniques.

Docteur Richardière : les jeudis, à dix heures, salle Blache : Démonstrations cliniques et examen de malades par les élèves.

Les mercredis, à dix heures : Consultation externe. Examen des malades (diagnostic et traitement).

Docteur Variot : les lundis, à dix heures et demie (à partir du 6 novembre), salle Gillette : Conférences d'hygiène et de clinique infantile.

Les jeudis, de dix heures à midi, à la consultation externe : Démonstrations pratiques de clinique infantile.

Docteur F. Terrien : Ophtalmologie. Les mardis, de neuf heures et demie à dix heures et demie : Présentation de malades. De dix heures et demie à onze heures et demie : Examen de l'œil en médecine générale.

Les jeudis et samedis : Consultations et opérations.

CLINIQUE NATIONALE OPHTALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS. — *Conférences d'ophtalmologie*. — MM. les docteurs Trousseau, Chevallereau, Kalt et Valude commenceront, le mardi 19 novembre, à une heure, des leçons cliniques qu'ils continueront les mardis suivants à la même heure.

Les leçons seront faites alternativement par les quatre médecins de la Clinique.

Consultations et opérations à une heure.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 18 AU 23 NOVEMBRE 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 18 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Segond, Lecène et Ombredanne ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Sicart et Jousset; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 19 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Quénu et Auvray ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Morestin et Lenormant; — (2e partie) : MM. Thoinot, Balthazard et Nobécourt; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 20 novembre, à une heure. — 2e : MM. Gariel, Ch. Richet et Branca.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Reclus, Potocki et Mulon ; — (2e série) : MM. Nicolas, Gosset et Couvelaire; — (2e partie) : MM. Déjerine, Macaigne et Lœper; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 21 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Maillard et Brumpt.

3e (oral, 1re partie) : MM. Pozzi, Demelin et Morestin.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard ; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 22 novembre, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 23 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Renon et Fernand Bezançon ; — (2e série) : MM. Hutinel, Castaigne et Nobécourt; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 20 novembre 1907, à une heure. — M. VERNIER. Essais de traitement des tuberculoses locales par l'éther sulfurique. (MM. Roger, président; Segond, Marcel Labbé et Pierre Duval.) — Mlle FRISON. Recherches expérimentales sur l'anesthésie par le chloroforme. (MM. Roger, président; Segond, Marcel Labbé et Pierre Duval.) — M. BEIX. Contribution à l'étude du traitement des rétro-déviations utérines par la laparotomie. (MM. Segond, président; Marcel Labbé et Pierre Duval.)

Jeudi 21 novembre 1907, à une heure. — M. PRIOU. Sur l'anastomose des voies biliaires principales avec l'intestin. (MM. Berger, président; Albarran, Marion et Lenormant.) — M. LINE. Contribution à l'étude du pneumothorax chirurgical. (MM. Berger, président; Albarran, Marion et Lenormant.) — M. WEIL. Un nouveau traitement de la syphilis par un agent non mercuriel. (MM. Albert Robin, président; Gilbert Ballet, Carnot et Claude.) — M. CLAVERIE. Essai sur le vanillisme professionnel. (MM. Gilbert Ballet, président; Albert Robin, Carnot et Claude.) — M. PÉROL. La céphalée dans les tumeurs de l'encéphale. (MM. Gilbert Ballet, président; Albert Robin, Carnot et Claude).

REVUE GÉNÉRALE (1)

SYPHILIS DE L'ESTOMAC

Par M. H. PATER,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin-adjoint du Sanatorium de Brévannes.

La syphilis gastrique est d'étude relativement récente, et bien que la première observation publiée, celle d'Andral, remonte à 1834, on n'en compte guère actuellement, tant en France qu'à l'étranger, que 130 cas environ, de valeurs diverses.

L'importance de cette localisation viscérale de la vérole s'est montrée assez grande, et son diagnostic assez délicat, pour qu'elle ait fait l'objet de quelques travaux.

Des maîtres éminents, tels MM. les professeurs Fournier, Hayem, Dieulafoy, ont consacré plusieurs de leurs cliniques à la syphilis stomacale; plusieurs auteurs en ont fait le sujet de mémoires ou de thèses inaugurales (Gailliard, Chiari, Einhorn, Gouzot, Barbier, Pater), et les divers traités de pathologie gastrique, en particulier ceux de Bouveret, de Soupault, d'Hemmeter, et tout récemment de Debove et Achard (art. de Ch. Roux) décrivent cette affection en des chapitres plus ou moins développés.

La syphilis gastrique est ainsi passablement connue aujourd'hui; les cas en ont été publiés un peu partout, en France, en Allemagne, en Russie, en Italie, en Espagne, en Autriche, en Roumanie, en Angleterre, en Hollande, en Amérique enfin; ils visent des manifestations syphilitiques variables dans leur allure clinique ou leurs lésions, et si bon nombre de ces cas sont sans doute discutables, il est néanmoins possible de tracer aujourd'hui de la maladie un tableau suffisamment net et précis.

I

Etiologie. — Un grand nombre d'observations sont muettes sur les renseignements étiologiques, en sorte que ceux-ci restent assez fréquemment frustes et incomplets.

Pourtant on peut émettre les quelques données approximatives suivantes :

Sexe. — Les hommes sont plus fréquemment touchés que les femmes, la proportion est de quatre hommes pour une femme atteinte, si on n'envisage que les cas où l'examen anatomique des lésions a été pratiqué; si par contre on tient compte des très nombreuses observations où le diagnostic de syphilis stomacale n'a été posé que grâce à la constatation faite d'accidents syphilitiques divers concomitants, et surtout grâce à l'influence bienfaisante du traitement, le nombre des femmes atteintes, tout en restant inférieur à celui des hommes, est néanmoins beaucoup plus fort; la proportion de 4 contre 1 tombe alors à 4 contre 3.

(1) Reproduction interdite.

Age. — Il n'est point d'âge rebelle à la localisation de la syphilis sur l'estomac. Le malade le plus jeune avait vingt-trois ans (Chiari); le plus âgé, soixante-treize (Wagner).

L'analyse des cas les plus certains de syphilis gastrique où l'âge est mentionné donne les résultats suivants : 5 cas de vingt à trente ans, 3 cas de soixante à soixante-quinze, et aux âges moyens de la vie un nombre égal de 7 cas de trente à quarante, de quarante à cinquante et de cinquante à soixante ans.

Apparition. — L'époque de la syphilis à laquelle ont été diagnostiqués les désordres ou les lésions de la syphilis gastrique est variable. Chaque fois que des lésions ont été vérifiées par opération chirurgicale ou autopsie, il s'agissait de tertiarisme. Dans les cas où au contraire le diagnostic reposait sur les seuls signes cliniques ou sur l'influence du traitement spécifique, on relève environ une fois sur quatre la syphilis secondaire.

La plupart des observations, et en particulier les plus belles, concernent des cas de syphilis acquise, mais l'hérédo-syphilis est également représentée avec une trentaine d'observations, nombre infime étant donné que plusieurs centaines d'estomacs d'hérédo-syphilitiques ont été examinés à ce point de vue. Il est intéressant de noter que deux cas concernent la spécificité héréditaire tardive, chez un enfant de onze ans (Hammeter) et un jeune homme de vingt-cinq ans (Mackay).

Enfin, si l'on envisage le temps écoulé entre le chancre et l'apparition des troubles gastriques imputables à la vérole, apparition dont la date exacte est d'ailleurs bien rarement consignée dans les observations, on trouve des chiffres très divers variant entre deux ans (Chiari) et quarante ans (Hayem), c'est-à-dire dans les proportions les plus larges.

Prédisposition. — Aucune circonstance prédisposante n'apparaît nettement, et si sans doute des excès divers, alcooliques surtout, ont pu mettre l'estomac en état de réceptivité particulière à la maladie et contribuer à la localisation de la syphilis dans ses tissus enflammés, un tel rôle est assez effacé.

Beaucoup d'observations, muettes à cet égard, ne mentionnent que fort superficiellement, ou pas du tout, le passé gastrique des malades, et les habitudes d'hygiène et d'alimentation. Le traumatisme, l'hystérie, l'arthritisme (?) sont encore signalés à titre exceptionnel, mais on les retrouve partout en pathologie, et leur influence nous semble ici purement illusoire.

II

Anatomie pathologique. — Les observations de syphilis gastrique peuvent être rangées en deux catégories. La première comprend les cas où l'examen anatomique des pièces a été pratiqué soit seulement grossièrement au cours d'une autopsie, soit, ce qui est infiniment préférable, avec le contrôle du microscope.

Au second groupe appartiennent les observations nombreuses où la description clinique reste isolée, sans aucune vérification anatomique, et où le dia-

gnostic repose sur l'influence bienfaisante du traitement spécifique, capable de déterminer par exemple la disparition durable d'une tumeur gastrique, la cessation d'une sténose, enfin la résurrection véritable d'un malade condamné comme cancéreux.

Dans la première catégorie de faits se groupent les observations de Cruveilhier (1838), Fauvel (1858), Virchow (1860), Wagner (1863), Lancereaux (1864-66), Frerichs (1866), Capozzi (1867), Klebs (1869), Rudnew (1870), Oser (1871), Fioupe (1874), Cornil (1874-79), Murchison (1878), Drozda (1880), Weichselbaum (1883), Chiari (1885), Gailliard (1886), Birch-Hirschfeld (1887), Chiari (1891), Zawadzki et Luxenburg (1893), Bittner (1893-94), Chiari (1894), Stolper (1896), Flexner, Aristoff, Hemmeter (1898), Frænkel (1898-99), Cesaris-Demel (1899), Oberndorfer (avec cas de Buday), Schreib, Hemmeter et Stokes (1900), Langovoï (1902), Barbier (1904), Hayem (1905).

Il importe de remarquer que certaines de ces observations ne sont rien moins que probantes ; l'examen microscopique n'ayant pas été fait, on n'a pu constater les lésions sinon absolument pathognomoniques, du moins classiquement imputables à la syphilis. Or, ce que nous savons en particulier aujourd'hui sur la nature de certains épaississements localisés ou diffus des tuniques gastriques connus sous le nom de linite et qui sont le plus souvent, sinon toujours, du cancer, ou encore sur les lésions stomacales imputables à la tuberculose ou au squirrhe atrophique, met en défiance vis-à-vis de tous les cas où la nature gommeuse des lésions visibles à l'autopsie, n'a pas été démontrée par l'examen histologique. Des auteurs comme Wagner ont même été jusqu'à rechercher dans des collections de musées anatomiques des pièces d'aspect un peu surprenant et de diagnostic douteux pour les attribuer à la syphilis.

Quoi qu'il en soit, et en écartant tous les cas réellement douteux où le diagnostic ne reposait guère en particulier que sur la coexistence chez les malades autopsiés de lésions syphilitiques viscérales multiples, on peut diviser les lésions de la syphilis gastrique en cinq groupes : la *gastrite diffuse inflammatoire*, les *néoformations gommeuses*, les *ulcères*, les *cicatrices*, les *sténoses*.

III

Gastrite diffuse syphilitique. — Décrite par Chiari qui la croit propre à la syphilis héréditaire, elle a été étudiée chez un adulte dans une belle observation d'Hemmeter. Les lésions sont ici de l'*hyperémie* avec *infiltration leucocytaire* de la muqueuse et de la sous-muqueuse, disloquant parfois la muscularis mucosæ et une partie de la musculeuse (Hemmeter) et déterminant de véritables infiltrats gommeux unis par des territoires d'inflammation diffuse.

Ces lésions, d'ordinaire associées à d'autres lésions syphilitiques d'organes annexés au tube digestif (foie, pancréas) ou même de l'intestin grêle, pourraient être rattachées indirectement à la syphilis, comme le pensent Chiari et Hemmeter, et dépendre en grande partie tout au moins de troubles circulatoires, congestion passive par exemple, en rapport avec les lésions syphilitiques du foie.

Elles ne diffèrent de la gastrite chronique ordinaire que par la plus grande fréquence des petites cellules rondes, principalement dans la sous-muqueuse et apparaissent comme de vraies gommes miliaires.

Néoformations gommeuses. — Ces productions forment la grande majorité des lésions de la syphilis gastrique, car il faut y joindre la plupart, sinon la totalité des cas d'ulcères qui sont la conséquence de leur caséification, et aussi les cicatrices qui en sont le mode de guérison.

L'*aspect* de ces néoformations visibles à l'œil nu est soit celui de tumeurs arrondies, soit celui de plaques d'indurations plus ou moins bien limitées, parfois même celui d'une vaste zone d'infiltration ou d'une sorte de bourrelet (Stolper).

Leur *nombre* est variable : elles peuvent être uniques, mais on en a noté 3 (Cornil), 5 (Chiari) et même 7 (Bittner).

Le *siège* de ces élevures et de ces plaques n'est pas moins variable, et on a pu en rencontrer un peu partout : dans la région pylorique (Birch-Hirschfeld, Hayem, Hemmeter et Stokes), dans la paroi antérieure (Bittner), ou postérieure (Oberndorfer), sur la petite courbure (Cornil), sur la grande courbure et sur la grosse tubérosité (Chiari).

Les *dimensions* oscillent par les formes isolées entre quelques millimètres et 2 à 5 centimètres ; les plaques sont plus volumineuses et atteignent une paume de main (Birch-Hirschfeld).

La *couleur* de ces néoformations est en général blanchâtre ou jaunâtre, plus rarement rougeâtre (Stolper, Oberndorfer).

Leur *consistance* est ferme, dure même (Birch-Hirschfeld, Bittner) et les contours en sont bien limités. Quelquefois la muqueuse est épaissie, en général par un processus de gastrite chronique, et le péritoine voisin présente une périgastrite intense avec adhérences multiples et serrées aux organes voisins (Hayem).

Une *coupe* des parois stomacales pratiquée au niveau de ces néoformations montre que leur saillie dans la cavité gastrique est produite ordinairement par l'épaississement de la sous-muqueuse. Le plus souvent, d'ailleurs, la muqueuse est épaissie également et quelquefois toutes les tuniques de l'estomac, hypertrophiées et adhérentes entre elles, forment une masse épaisse, dure et fibreuse témoignant d'un envahissement total de leur tissu (Chiari). Dans un seul cas de Hayem, contrairement aux faits habituels, l'infiltration marchait de la périphérie vers l'intérieur, des couches externes vers la muqueuse.

Les *lésions histologiques* comprennent d'une part des nodules gommeux banals, d'autre part un tissu conjonctif hypertrophié formant parfois un feutrage serré occupant soit la sous-muqueuse seule, soit les autres tuniques également, comprimant et étouffant les glandes ; ce tissu peut former une masse fibroïde, résistante, mêlée de cellules embryonnaires (Hayem) et pouvant même gagner jusqu'à la surface de l'estomac (Cornil).

Les *lésions vasculaires* enfin n'existent pas tou-

jours. Mais le plus souvent elles révèlent les caractères de l'endartérite oblitérante.

Ulcères. — Constatés à des degrés divers d'évolution, ils permettent de se rendre compte dans une certaine mesure des conditions de leur formation et de leur cicatrisation. Ils peuvent exister seuls, ou associés à d'autres lésions syphilitiques, en particulier lésions gommeuses.

Leur *nombre*, en général faible, est très variable. Ils sont uniques le plus souvent (Chiari, Flexner, Langovoï, Bittner, Hayem, etc.), quelquefois multiples, 3 (Stolper) et même 13 (Frænkel).

Ces ulcères peuvent *siéger* partout, mais on les rencontre surtout sur la paroi postérieure plus ou moins près du cardia ou du pylore (Klebs, Chiari, Oberndorfer, Stolper, etc.). D'autres fois ils siègent dans la région pylorique (Buday, Aristoff, Hayem) au niveau du cardia (Birch-Hirschfeld), sur la grosse tubérosité (Schreib), sur la grande courbure (Flexner, Buday), sur la paroi antérieure (Bittner).

Les *dimensions* de ces ulcères sont des plus diverses depuis les plus petites (Aristoff, Bittner), jusqu'à 4 et 5 centimètres (Chiari, Flexner) et même plus encore (Langovoï). Mais, dans la majorité des cas, ces ulcérations gardent des dimensions plus restreintes, oscillant entre 1 et 3 centimètres environ. Lorsqu'elles sont multiples, comme dans les cas de Stopler et de Frænkel par exemple, les ulcérations d'un même estomac sont de tailles diverses, et les plus grandes peuvent être dues à la confluence de plusieurs ulcérations de petite taille.

Leur *forme*, d'ordinaire arrondie ou ovalaire, présente quelquefois des contours irréguliers en carte de géographie (Frænkel, Hayem).

Plus utiles au diagnostic de la nature syphilitique de ces ulcères seraient les particularités constatées dans leur aspect même.

Leur *profondeur* est des plus variables, depuis la simple ulcération légère n'entamant que la partie la plus superficielle des tuniques stomacales, jusqu'aux ulcères francs creusés en plein tissu gastrique et allant jusqu'à la perforation (Chiari, Flexner, Schreib).

L'*aspect macroscopique* serait, pour Hemmeter, caractéristique. « L'ulcère qui résulte de l'ouverture d'une gomme, dit-il, est une perte de substance plus petite de la muqueuse que de la sous-muqueuse, tandis que l'ulcère simple perforant est une perte de substance plus grande de la muqueuse que de la sous-muqueuse, plus petite encore de la musculeuse, ce qui donne à l'ulcère simple l'aspect caractéristique en gradins, qui ne se voit jamais dans l'ulcère gommeux. De même le bord de l'ulcère gastrique est net, le bord de l'ulcère gommeux irrégulier et anguleux. Dans l'ulcère gastrique, pas de pus ni de nécrose, peut-être seulement une légère infiltration hémorragique ; dans l'ulcère gommeux, dépôt jaune, visqueux, gélatineux, avec gomme à l'entour. » Ces traits distinctifs sont loin d'être toujours réalisés.

Les *bords* sont rarement taillés à pic, et s'ils le sont, ce n'est pas sur toute la périphérie de l'ulcère (Cesaris-Demel). D'ordinaire ils sont épais, durs, ou tout au moins fermes (Birch-Hirschfeld, Stolper, Flexner), sauf dans quelques cas d'exulcérations peu profondes où les bords de la zone abrasée se continuent presque insensiblement avec la muqueuse voisine. Mais on peut dire réellement que ces bords ne sont pas en gradins comme dans l'ulcère de Cruveilhier ; car, bien qu'on puisse la plupart du temps en distinguer à la coupe les diverses couches constituantes, ils forment presque toujours une masse d'aspect compact et épaissi.

Le *fond* de l'ulcère est constitué, soit par le tissu sous-muqueux modifié, épaissi, de teinte jaunâtre ou grisâtre, d'aspect lardacé ou vitreux (Stolper, Frænkel), soit par la musculeuse qui, toujours plus ou moins altérée par des processus scléreux ou nécrotique (Flexner), prend un aspect brillant (Cesaris-Demel) ou légèrement craquelé (Hayem).

Mais la vraie caractéristique de l'ulcère syphilitique, c'est sa *constitution histologique*, c'est qu'il est creusé dans des parois malades parsemées d'infiltrations gommeuses, de productions conjonctives et de lésions vasculaires, qui président à sa genèse et à son développement, et on peut dire :

Epaississement des tuniques sous-muqueuse et muqueuse, à la fois par du tissu fibreux dense et des nodules ou traînées d'infiltration souvent nécrosés en leur centre ; présence si souvent notée de ce tissu granuleux autour des vaisseaux ; lésions presque constantes d'endartérite et d'endophlébite oblitérante ; extension enfin de ce processus aux tuniques externes de l'estomac, musculeuse, sous-séreuse, séreuse même, celle-ci épaissie et indurée, réagissant par des adhérences parfois énormes avec les organes voisins : voilà les vraies caractéristiques et, semble-t-il, jusqu'ici les seules de l'ulcère syphilitique de l'estomac.

Cicatrices. — La nature syphilitique de bien des cicatrices stomacales observées est souvent douteuse ; pourtant les cas de Cornil, de Weichselbaum, de Frerichs tout au moins témoignent de l'existence de ce processus de guérison. Ces cicatrices n'ont rien d'intéressant : elles seraient dures, blanches, rayonnées, en général de petites dimensions, visibles soit sur la surface péritonéale (Cornil), soit sur la face interne de l'organe.

Sténose. — Deux cas seuls sont à signaler au point de vue anatomique, celui d'Hemmeter et Stokes et celui d'Hayem.

Dans le premier, l'orifice pylorique fort resserré n'admettait « qu'une sonde de la taille d'un crayon de mine de plomb ». A la coupe, les tuniques épaissies, blanches contrastaient avec les bandes de tissu musculaire ; cet épaississement se terminait d'une façon presque abrupte sur la ligne de séparation du pylore et du duodénum ; il était produit par l'infiltration surtout de la muqueuse et de la sous-muqueuse. L'estomac était très petit.

Dans le cas d'Hayem, l'estomac était dilaté ; on note également une limitation assez nette, un épaississement en plateau de toute la région pylorique, une infiltration plastique du muscle, un épaississement fibreux de la celluleuse. Au microscope, la musculeuse présente des cloisons conjonctives

fibreuses infiltrées et épaissies, la sous-muqueuse contient un tissu conjonctif adulte vasculaire avec nodules périvasculaires. La muqueuse atteinte de gastrite chronique était ulcérée. Une plaque d'épiploon adhérente enfin présentait les mêmes nodules gommeux.

IV

Symptômes. — Les aspects cliniques des gastropathies les plus diverses, gastrites douloureuses, dyspepsies variées, crises de vomissements, altérations de l'appétit, ulcère, cancer, etc., peuvent être revêtus par la syphilis stomacale.

I. Syphilis secondaire. — Les troubles gastriques appartiennent soit à la période secondaire, soit à la période tertiaire de la syphilis. Les premiers, très nombreux, très variés aussi, se rattachent à trois causes. Un certain nombre sont dus à l'action même de la syphilis en tant qu'infection générale; d'autres témoignent de troubles nerveux d'origine spécifique atteignant l'estomac dans ses fonctions sécrétoires et motrices; les derniers enfin sont causés par l'administration même du mercure et de l'iodure par la voie stomacale.

Ces divers troubles comprennent cliniquement :

1° *Le catarrhe gastrique* simple, signalé par Leudet et Gubler, et que guérirait rapidement, suivant ces auteurs, le traitement spécifique;

2° *Des désordres fonctionnels* très complètement étudiés par le professeur Fournier et rapportés dans les traités classiques et les ouvrages spéciaux de Bouveret et de Soupault. Ces désordres comprennent selon Fournier :

a. *Des troubles gastralgiques et dyspeptiques* variés qui résultent plutôt indirectement de la syphilis, comme conséquence de la dénutrition générale, de l'anémie produite par la syphilis en évolution;

b. *Des troubles d'entéralgie et de gastro-entéralgie*, avec crises de coliques et de vomissements, réfractaires aux narcotiques communs et guérissant par le traitement spécifique;

c. *Des crises de vomissements*, associés ou non à tel ou tel des symptômes précédents, durant plusieurs semaines et ressemblant aux vomissements de la grossesse;

d. *Des troubles de l'appétit*, beaucoup plus fréquents chez la femme que chez l'homme, et formant l'ensemble le plus curieux. Le professeur Fournier en distingue trois sortes : tout d'abord la diminution de l'appétit, souvent explicable par la fièvre, l'insomnie, la douleur, la dépression morale existant chez les syphilitiques, mais imputable parfois à l'infection syphilitique même, et devenant ainsi en quelque sorte « essentielle »;

Puis l'anorexie hystérique, pure conséquence de la névrose développée sous l'influence de la syphilis.

Enfin la boulimie. Elle survient chez les femmes nerveuses, accompagnée souvent de soif (celle-ci peut d'ailleurs exister seule); elle entraîne peu à peu du malaise gastrique, de la pesanteur après les repas, des tiraillements, des aigreurs et éructations, des lenteurs et difficultés de la digestion, des nausées, des vomissements, etc., et du côté de l'intestin, des coliques, des borborygmes, de l'entéralgie, de la diarrhée. Cette boulimie peut durer une, deux semaines, et jusqu'à trois et quatre mois. Elle peut cesser pour récidiver un peu plus tard.

On retrouve tous ces troubles signalés dans un certain nombre d'observations de syphilis gastrique. C'est ainsi que Topinard cite un cas de vomissements incoercibles chez un homme de cinquante ans, et dont la guérison fut obtenue par l'administration rectale du mercure et de l'iodure. De même Gouzot rapporte 7 cas de syphilis secondaire où existaient des troubles gastriques : 1 fois de la polydypsie, 1 fois de la boulimie avec polydypsie, 1 fois de la polydypsie avec perte de l'appétit, 1 fois des crises douloureuses, 3 fois des troubles dyspeptiques divers. Dans un cas de Malherbe existait une soif inextinguible avec polyurie de 10 et 14 litres par jour, constituant ainsi un véritable diabète insipide.

Il importe de remarquer que, parmi tous ces accidents imputables, les uns aux altérations même de la muqueuse gastrique, les autres à des désordres fonctionnels sous la dépendance du système nerveux, il est difficile de savoir ce qui ressort réellement à la syphilis. En effet, d'autres facteurs étiologiques, infections antérieures, alcoolisme, intoxications diverses, hystérie, etc., susceptibles de jouer ici un rôle considérable, ne sauraient être éliminés.

3° *L'ulcère.* — Avec ces cas, nous entrons, à proprement parler, dans la syphilis gastrique vraie. Malheureusement il n'a jamais été donné de vérifier anatomiquement le diagnostic d'ulcère syphilitique secondaire; ce diagnostic n'a pu être posé vraisemblablement que grâce à l'effet bienfaisant d'une thérapeutique antisyphilitique chez des malades où tout autre traitement habituel de l'ulcère rond était resté sans résultat.

Ces cas d'ulcères ne sont guère qu'au nombre de trois :

Un cas de Keser où une jeune servante de cabaret, syphilitique, présenta des signes d'ulcère gastrique avec hématémèses multiples, sur lesquels divers traitements, y compris l'alimentation purement rectale, furent sans effet, et qui guérit par la médication mercurielle.

Un cas de Mamulea concernant un homme de vingt-huit ans, atteint de chancre syphilitique depuis trois ans, et présentant des phénomènes gastriques intenses avec douleur, hématémèse, melæna, le tout disparu en dix jours de traitement mercuriel.

Enfin un cas de Baylac et Chamayou où une prostituée alcoolique, en période secondaire de syphilis, eut des accidents gastriques avec douleurs, vomissements répétés et incoercibles, hématémèses, compliqués du reste à un moment donné de phénomènes dramatiques de pseudo-péritonite hystérique; tous ces accidents disparurent sous l'influence du traitement mercuriel.

Telles sont les manifestations gastriques de la syphilis secondaire. Très polymorphes, elles n'ont rien de caractéristique, et il n'est point parmi elles un seul symptôme qui puisse permettre d'affirmer l'origine syphilitique des accidents. (*A suivre*).

A PROPOS
DU
IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE
(Rome, 13-16 octobre 1907.)

Le IIe Congrès international de physiothérapie a été tenu à Rome, sous la présidence du grand clinicien Guido BACCELLI. Il a réuni environ 1300 adhérents, dont près de 900 présents au Congrès. Le précédent Congrès (Liége, août 1905) avait moins de la moitié de ces effectifs.

La part de la France au IIe Congrès fut considérable; environ 250 membres et une délégation officielle composée de MM. BOUCHARD, BERGONIÉ, Armand GAUTIER, GARIEL, LANDOUZY, HUCHARD, représentant le ministère de l'Instruction publique, l'Institut et l'Académie de médecine.

Les réceptions, les séances, les voyages, les fêtes, seront relatés ailleurs : la plupart des grands journaux médicaux français étaient représentés, ainsi que beaucoup de groupes scientifiques : la Société de l'internat, la Société de thérapeutique, la Société de médecine de Paris, la Société d'électrothérapie, la Société d'hydrologie, le Syndicat des médecins des stations hydrologiques et climatériques, etc. C'est pourquoi les comptes rendus de la partie officielle du Congrès ne feront sans doute point défaut.

Ici, nous voudrions, tout en donnant une vue générale des travaux du Congrès, pénétrer un peu dans son intimité, examiner sa formation, et rechercher ses raisons d'être.

La plupart des Congressistes étaient, naturellement, des physiothérapeutes, par conséquent : 1° des électriciens; 2° des mécanothérapeutes; 3° des hydrologues; 4° des climatologistes.

C'est-à-dire que les spécialistes de l'électricité médicale, depuis les professeurs de physique des Facultés jusqu'aux attachés des laboratoires de radiographie et des fabriques d'appareils, ont fourni le contingent le plus important; que les directeurs d'Instituts Zander, les protagonistes de l'orthopédie, de la gymnastique médicale et du massage, les spécialistes de l'exercice musculaire, les inventeurs et les fabricants de l'outillage mécanothérapique, ont fourni une cohorte nombreuse et active, où des cliniciens très connus voisinaient avec des masseurs; enfin, des médecins de villes d'eaux, qui forment, assurément, la clientèle la plus zélée des Congrès en général, avaient amené un contingent d'autant plus considérable, qu'il revendiquait une part nécessaire du programme scientifique du Congrès. A eux se joignaient les professeurs de chimie minérale, les spécialistes de l'industrie thermale, les hydrothérapeutes, les médecins des stations climatériques et des stations d'altitude, les médecins des sanatoria et des maisons de régime, les spécialistes du chaud, du froid, etc.

Voici une classification des principales matières étudiées au Congrès :

Radiumthérapie. — Etat actuel de nos connaissances sur le radium, par le docteur STREBEL (de Munich). — Même sujet, par le docteur Léopold FREUND (de Vienne). — Même sujet, par le docteur Crescenzo ESDRA (de Rome). — Le radium employé comme traitement dans le cancer et le lupus, par le docteur William MORTON (de New-York). — L'action thérapeutique du radium, par le docteur Deane BUTCHER (de Londres) [lupus, ulcère, infiltrations cutanées, cancer, eczéma, prurit, nævi].

Röntgenologie. — La röntgenologie, par le professeur LASSAR (de Berlin). — Progrès accomplis par la röntgenologie, par le docteur BELOT (de Paris). — Même sujet, par le docteur MARIGLIANO (de Gênes). — Progrès de la radiographie, par le docteur Mihran KASSABIAN (de Philadelphie).

Photothérapie. — La photothérapie, par le docteur SCHMIDT (de Berlin). — Même sujet, par le professeur Celso PELLIZARI (de Florence). — Effets des bains de lumière électrique forte produite par l'arc à charbon, sur l'angine de poitrine et la dyspnée cardiaque, par les docteurs HASSELBACH et JACOBAEUS (de Copenhague). — Bases scientifiques de l'application de la lumière, dans le traitement des maladies internes, par le docteur VERMEL (de Moscou).

Médication électrolytique. — L'introduction électrolytique d'ions médicamenteux, par les docteurs DELHERM et LAQUERRIÈRE (de Paris). — L'introduction des médicaments dans l'organisme par l'électricité, par le docteur Domenico D'ARMAN (de Venise). — Stérilisation cataphorique du cancer, par le docteur Betton MASSEY (de Philadelphie).

Electro-diagnostic. — Importance et desiderata de l'électro-diagnostic, par le professeur BERGONIÉ (de Bordeaux). — Les bases physiologiques de l'électro-diagnostic, par le docteur JOTEYKO (de Bruxelles). — Les nouvelles réactions électriques et leur importance dans le diagnostic des maladies nerveuses, par le professeur GHILARDUCCI (de Rome).

Bains hydro-électriques. — Les bains hydro-électriques, par le docteur Albert WEIL (de Paris). — Même sujet, par le docteur Ezio LUISADA (de Florence).

Rééducation. — La rééducation, et particulièrement la rééducation motrice, par le docteur Maurice FAURE (de La Malou). — La rééducation des mouvements ataxiques, par le docteur FRENKEL (de Heiden). — La rééducation des mouvements, par le professeur MEDEA (de Milan). — Education et rééducation de la fonction pulmonaire, par les mouvements gymnastiques, par le docteur GOMMAERTS (de Liége).

Kinésithérapie. — La kinésithérapie dans le traitement des troubles de la nutrition et de la circulation, par le docteur HASEBROEK (d'Hambourg). — Thérapeutique mécanique de l'auto-intoxication, par le docteur Frederick MORSE (de Boston). — L'exercice musculaire au double point de vue hygiénique et thérapeutique, par le docteur Oscar VON OVORKA (de Vienne). — Même sujet, par le docteur Enrico GUALDI (de Rome).

Massage. — Massage abdominal dans les maladies de la nutrition et les troubles de la circulation, par le docteur Fernand CAUTRU (de Paris). — Massage de l'abdomen et exercices abdominaux, par le docteur AMSON (de Wiesbaden). — Action générale physiologique du massage, par le docteur SERENA (de Rome).

Eaux minérales. — L'origine des eaux thermales et leur minéralisation, par le professeur Armand GAUTIER (de Paris). — Etat actuel de nos connaissances sur la genèse et la composition des eaux minérales, par le professeur GAUTHIER (de Naples). — Etat moléculaire et ionique, et radio-activité des eaux minérales, par le professeur STRAUSS (de Berlin). — Même sujet, par le professeur BARDUZZI (de Sienne). — Nécessité d'une législation uniforme dans les Etats d'Europe, au sujet des eaux minérales (sources et captation) des stations thermales et climatériques, par le professeur BAISTROCCHI (de Salsomaggiore). — Absorption des eaux minérales par l'usage interne et les injections intra-veineuses, par le professeur CASCIANI (de Montecatini). — Traitement hydrominéral des tachycardies, par les docteurs HUCHARD (de Paris) et PIATOT (de Bourbon-Lancy). — Visite des stations thermales de l'Italie méridionale.

Hydrothérapie. — Action générale physiologique et thérapeutique de l'hydrothérapie, par le docteur LAQUEUR (de Berlin). — Même sujet, par le docteur Curran POPE (de Louisville). — Même sujet, par le professeur Cesare BADUEL (de Florence). — Modifications de la pression artérielle par les différentes pratiques hydrothérapiques, par le docteur HEITZ (de Royat). — Hydrothérapie dans le traitement des maladies de cœur, par le docteur KELLOGG (de Battle Creek, Etats-Unis). — Influence des bains à température élevée sur le bilan

azoté, par le docteur DE VRIES-REILINGH (de Groningue).

Thérapeutique par la chaleur et le froid. — Action générale physiologique et thérapeutique des applications de la chaleur, par le docteur ZANIBONI (de Battaglia). — Applications thérapeutiques du froid, par le docteur VAN OORD (de Saint-Blasien). — Applications de la crymothérapie, par le docteur Ferdinando BATTISTINI (de Turin).

Climatothérapie et pneumatothérapie. — Climatothérapie de la tuberculose, par le docteur Charles DENISON (de Denver, Colorado). — Influence des grandes altitudes sur l'organisme des tuberculeux, par le docteur Vergara LOPE (de Mexico). — Action générale physiologique et thérapeutique du climat d'altitude et du climat marin, par le docteur Héctor SARAFIDI (de Constantza). — Même sujet, par le docteur FRANCKEN (de Menton). — Même sujet, par le docteur ALTICHIERI (d'Ospedaletti, Ligure). — Action générale physiologique et thérapeutique du climat d'altitude, par le docteur JACQUEROD (de Leysin). — Thérapeutique des inhalations et pneumatothérapie, par le docteur Julius LAZARIS (de Naples).

Diététique. — Rôle de l'intoxication dans l'artério-sclérose et les cardiopathies artérielles. Traitement par les agents physiques et surtout par le régime alimentaire, par le docteur HUCHARD (de Paris). — Diététique et cure physique, par le professeur Vittorio ASCOLI (de Rome).

Sujets généraux. — Rôle des agents physiques dans le diagnostic et le traitement des accidents du travail, par le professeur THIEM (de Cottbus). — Même sujet, par le docteur DE MUNTER (de Liège). — Même sujet, par le docteur BERNACCHI (de Milan). — Même sujet, par le professeur DE LUTZENBERGER (de Naples). — Les agents physiques envisagés comme moyen hygiénique et comme adjuvant indispensable au service de la médecine et de la chirurgie, par le professeur GOLDSCHEIDER (de Berlin). — Même sujet, par le docteur André CORSINI (de Florence). — Exemples de traitement dans un institut de physiothérapie, par le docteur VAN BREEMEN (d'Amsterdam).

Enseignement. — La thérapeutique physique et l'hydrologie ont le droit d'être classées parmi les matières obligatoires d'enseignement et d'examen pour le doctorat, par le docteur BRIEGER (de Berlin). — Même sujet, par le professeur BARDUZZI (de Sienne). — Enseignement de la physiothérapie, par le docteur GUNZBURG (d'Anvers). — L'application des agents physiques doit être réservée aux docteurs en médecine, par le docteur LOSSEN (de Darmstadt). — Même sujet, par le docteur Giulio MOGLIE (de Rome). — L'empirisme en physiothérapie, par le docteur GUNZBURG (d'Anvers).

On voit que le Congrès a touché aux questions les plus actuelles de la physiothérapie : radium, photothérapie, progrès de la röntgenologie, médication électrolytique sont assurément des sujets très vivants et dont l'intérêt dépasse ie monde des électriciens. Nous pouvons y ajouter l'action (ou plutôt l'absence d'action) des hautes fréquences sur l'artério-sclérose et sur les pressions artérielles, qui, à propos d'une remarquable communication de M. HUCHARD (sur le traitement de l'artério-sclérose), a été l'occasion d'une discussion qui s'est prolongée pendant toute la durée du Congrès, non sans incidents.

En dehors de l'électrothérapie, même actualité, même intérêt général : la rééducation, qui, limitée d'abord à quelques essais isolés, applicables à un petit nombre d'affections bien déterminées, vient, par le perfectionnement naturel de ses techniques, par l'amplification progressive de ses moyens d'action, de se tailler un champ inattendu; — la diététique, l'exercice physique et le massage, moyens préventifs et curateurs de l'auto-intoxication et de l'artério-sclérose; — la genèse des eaux thermales, dont la synthèse, d'après le professeur GAUTIER, se fait au creuset de la nature, comme les minerais, comme la lave qui sourdent avec les eaux thermales du noyau terrestre igné; — la compréhension nouvelle des eaux thermales « matière médicale vivante », suivant l'expression du professeur LANDOUZY, nous apportant l'explication d'effets thérapeutiques que l'analyse chimique seule n'avait jamais pu justifier; — l'hydrothérapie, modificatrice de la pression artérielle et de la nutrition cellulaire; — la synthèse du rôle des agents physiques dans le traitement des accidents du travail; — l'enseignement de la physiothérapie; — toutes ces questions enfin qui, dominant aujourd'hui l'étude des agents physiques thérapeutiques, représentent la synthèse des efforts isolés, et permettent de construire, au-dessus des applications partielles et limitées, une science générale de la physiothérapie.

Dans cette énumération, nous n'avons compris que les rapports officiels (1) auxquels se rattachaient, d'ailleurs, la plupart des communications. Si le fait d'avoir un aussi grand nombre de rapports peut être critiqué, il faut cependant lui reconnaître cet avantage qu'il permet de canaliser, d'une façon à peu près complète, presque tous les travaux présentés au Congrès, de les grouper en chapitres spéciaux, et, par suite, de n'avoir plus cette masse de communications diverses que l'on rencontre habituellement dans les Congrès, et parmi lesquelles il est à peu près impossible d'établir une classification et une suite, ce qui nuit certainement au bon ordre des travaux.

En choisissant des sujets actuels et d'une portée assez grande pour que des intérêts nombreux et d'ordre divers s'y rattachent, les organisateurs du Congrès lui ont donné un attrait considérable, qui devait amener et a amené, en effet, un grand nombre de médecins que touchaient de près les questions mises à l'étude.

Mais cet avantage ne va pas sans un inconvénient : le grand nombre des rapporteurs et le grand nombre des médecins intéressés aux questions discutées n'ont pas permis une grande sévérité dans le choix des auteurs. Si une forte majorité s'est acquittée de sa tâche avec l'esprit scientifique, le zèle et le désintéressement nécessaires, quelques-uns ont fait autrement.

Mais s'il est extrêmement difficile aux organisateurs d'un Congrès de mettre une barrière aux communications et aux discussions, qui sont libres et improvisées, il est au contraire facile d'en mettre une aux rapports, puisque ces rapports et les rapporteurs sont choisis d'avance et, après discussion, par les Comités d'organisation.

Le IIe Congrès a, d'ailleurs, marqué à cet égard un progrès très sensible sur le précédent. On conçoit que les différentes matières dont se compose la physiothérapie prêtent aisément à des développements oratoires extra-scientifiques. Il n'est presque pas de physiothérapeute qui ne possède un établissement; car, s'il suffit d'un cabinet pour rédiger des ordonnances et d'une pharmacie pour délivrer les médicaments ordonnés, le médecin qui applique une thérapeutique physique ne peut se passsr de locaux, d'appareils et de personnel. Glisser, dans un exposé qui semble avoir un autre objet, un éloge de ces locaux, de ces appareils et de ce personnel, y insérer une invitation adroite à en user, est, chez le propriétaire, une tendance si naturelle qu'on ne peut s'étonner de la voir apparaître souvent. Mais il faut au moins exiger que cette tendance ne nuise point au souci primordial de la vérité, à l'esprit scientifique, à l'impartialité et aux vues générales, qui sont indispensables à tout travail d'un certain niveau.

D'autre part, les rivalités entre établissements concurrents

(1) Ces rapports n'ont encore paru que sous forme de résumés, d'ailleurs précis et bien rédigés, en français. On peut se les procurer, en écrivant au secrétaire général, professeur COLOMBO, 1, via Plinio, Rome. — Ce sont ces résumés qui, distribués avant les séances, ont servi de thèmes aux exposés et aux discussions. Il n'est pas certain que le compte rendu des discussions pourra être imprimé, mais les rapports in-extenso le seront certainement après le Congrès.

peuvent inspirer à des propriétaires dépourvus de philosophie, des appréciations en désaccord avec la vérité scientifique. Ce n'est un mystère pour personne que, dans les Congrès divers où elles se répandaient, les communications des physiothérapeutes étaient parfois inspirées par des motifs personnels. A cet égard, les Congrès de physiothérapie, en forçant à des exhibitions plus visibles, sous un jour plus cru, devaient montrer bien vite les tares et les rendre insupportables. C'est ce qui s'est produit. Dès le I[er] Congrès, les heurts des petits intérêts sont apparus avec une telle évidence que l'opinion publique en a eu vite raison. Ce mouvement s'est accentué au II[e] Congrès, où les discordances ont été plus rares et plus sensibles. Il est vraisemblable que l'épuration sera complètement achevée au III[e] Congrès. Elle se sera faite d'elle-même, sans intervention de personnes, ce qui est parfait.

Il était très souhaitable qu'il en fût ainsi, car c'est précisément ces mauvaises dispositions qui avaient jeté autrefois sur la thérapeutique physique un discrédit relatif. C'était, souvent, à son égard, le dédain chez les maîtres, l'ignorance chez les élèves, et la méfiance dans le reste du public médical.

Malgré cette atmosphère peu favorable, la thérapeutique physique a grandi, depuis quelques années, si vivement, si amplement, ses applications sont devenues si nombreuses, si sérieuses, que l'ancien état d'esprit a complètement disparu. Nul ne conteste la complexité, l'intérêt puissant des études d'électrothérapie; on s'incline devant la compétence d'une nombreuse élite de médecins électriciens, dont quelques-uns ont atteint à la plus haute autorité scientifique. Et cependant, il n'y a guère plus de soixante ans que Duchenne (de Boulogne) était ridiculisé ! Mais comme il y a loin de la boîte de Duchenne à la radiumthérapie, à la röntgenologie, à la haute fréquence et à la médication ionisée ! Qui contesterait que la variété des connaissances, la multiplicité et l'étendue des idées nécessaires aujourd'hui à un électrothérapeute instruit mettent son développement cérébral au même niveau que n'importe quelle autre branche des sciences naturelles et médicales ?

Cette évolution, maintenant accomplie dans le domaine de l'électrothérapie, commence dans celui de la kinésithérapie. Celle-ci, réduite d'abord au massage et à une orthopédie rudimentaire, a pris, avec l'Ecole suédoise, un essor remarquable au début du siècle dernier. La gymnastique médicale rationnelle de Ling, la machinerie de Zander, et leurs multiples applications dans presque tous les domaines de la médecine et de la chirurgie, ont créé une spécialisation nouvelle, qui a mis longtemps à pénétrer en France, mais qui s'y installe aujourd'hui. Puis, les progrès de la chirurgie orthopédique et du massage, venus, pour une part, d'Allemagne, ont élevé le niveau d'une portion importante de la kinésithérapie. En France s'est créée, dans la deuxième partie du XIX[e] siècle, l'éducation et la rééducation des mouvements. Et si l'on ne pourrait trouver encore, dans notre pays, autant de variétés de techniques, autant de culture scientifique, dans le domaine de la kinésithérapie, que dans le domaine de l'électricité médicale, déjà, du moins, certains parmi les spécialistes du mouvement atteignent un niveau remarquable — et parmi ces mêmes spécialistes, le nombre des ignorants tend à diminuer. Mais nous sommes encore loin de la Suède à cet égard : le professeur de gymnastique y est, à la Faculté, l'égal de ses collègues, par la culture qu'il possède et par le respect qu'il inspire. Ling, créateur de la méthode suédoise moderne, avait d'ailleurs une chaire d'histoire de la poésie à l'Université, avant d'être chargé de l'enseignement de la gymnastique.

C'est, assurément, dans les spécialités hydrothérapiques que l'effort a été le moins grand. Cependant, la France a compté des hydrothérapeutes de valeur (FLEURY, PASCAL, LEJEUNE, DURAND-FARDEL, BENI-BARDE). Mais trop souvent leur œuvre a été abandonnée à des tâcherons; trop souvent les stations thermales ont servi de domaine à des médecins que toute autre pratique médicale eût vite découragés. Une singulière coutume tend à faire croire au médecin thermal que l'étude des maladies et la compréhension des malades n'est pas son affaire, et qu'il ne doit avoir souci que de son eau. Le souci est mince, d'ailleurs, car on est encore complètement ignorant de la véritable nature thérapeutique des eaux thermales et les connaissances nécessaires au médecin thermal, dans ces conditions, se réduisent à l'application de quelques coutumes, assez peu respectables pour la plupart. Mais le réveil semble s'annoncer, et l'on voit déjà des médecins instruits, exerçant dans des villes d'eaux ou des établissements hydrothérapiques, ne point oublier leur culture et s'en servir, non sans susciter d'ailleurs, dans ces stations, l'étonnement des confrères attachés aux anciens errements. A cet égard, le contact des médecins hydrothérapeutes avec leurs confrères des autres sections de physiothérapie peut faire naître une émulation louable et une notion plus juste de la situation. Cette collaboration apporte, en outre, à tous, des concours utiles pour les progrès de l'instruction commune.

La climatothérapie, les cures d'altitude, pour n'être pas d'invention récente, n'en ont pas moins, depuis quelques années, subi des règles nouvelles et ont été l'occasion de travaux nombreux. Comme elles ne constituent pas (et il faut les en féliciter) des spécialités aussi fermées que la kinésithérapie ou l'hydrologie, par exemple, il s'y trouve un grand nombre de véritables médecins, par leur instruction et leur caractère. De là l'intérêt général et le niveau élevé des travaux de cette catégorie.

Enfin, la diététique est l'une des transitions entre la thérapeutique physique et la thérapeutique chimique, et, pour cette raison, doit réunir les physiothérapeutes et les cliniciens. Cette réunion est toujours souhaitable et souvent nécessaire. Le perfectionnement des techniques, leur multiplication, la difficulté qu'il y a à se rendre maître d'une seule d'entre elles, le temps beaucoup plus loin qui est nécessaire pour apprendre un métier manuel que pour en saisir théoriquement l'idée directrice et les applications, font la spécialisation de plus en plus inévitable. Cependant, il n'en reste pas moins assuré que la culture générale est, chez le médecin, une condition indispensable d'un travail intelligent et utile. Cette culture, les spécialistes ne peuvent l'avoir que de deux manières : 1° par les études médicales solides qui doivent être les mêmes pour tous les médecins, avant le choix de toute spécialité; 2° par le contact fréquent avec les cliniciens de la médecine générale qui trouveront, chez les spécialistes, la connaissance pratique de la technique thérapeutique qui leur manque, et qui leur donneront, en échange, des vues plus étendues sur leur champ d'observation, et une compréhension plus sûre des résultats obtenus.

Du reste, il est un exemple que toute physiothérapie doit suivre : c'est celui que donne une branche spéciale de la thérapeutique physique, développée à ce point qu'elle constitue un domaine à part, distinct de la physiothérapie, distinct de la thérapeutique en général, et même de la clinique médicale. Cette branche de la thérapeutique physique, spécialisée et développée à ce point qu'elle met en balance la médecine tout entière, c'est la chirurgie.

Commencée par les barbiers et les rebouteurs, la chirurgie est arrivée à attirer nombre des plus instruits et des plus actifs parmi les médecins. Elle les a pris, elle les a façonnés. Mais conçoit-on un bon chirurgien sans une culture médicale générale sérieuse ? Et cependant, il n'est rien, dans les autres domaines de la thérapeutique, qui soit plus varié, plus multiple, plus perfectionné, rien qui exige plus de temps d'apprentissage que les techniques chirurgicales. Comment donc peut-on admettre un masseur, un doucheur, un gymnaste, sans culture médicale? Les techniques spéciales qu'il doit

connaître ne laissent-elles donc pas à son cerveau la possibilité d'embrasser aussi les connaissances médicales générales? — Cette ignorance de la médecine a, d'ailleurs, une conséquence inattendue et intéressante : c'est l'ignorance égale des techniques de l'hydrothérapie et de la kinésithérapie, qui sont, cependant, assez nombreuses et délicates. Nul ne les enseigne, et la plupart de ceux qui les pratiquent ne les connaissent pas. Trop souvent, les doucheurs sont des arroseurs, les masseurs des frotteurs, et les gymnastes médicaux des sous-officiers instructeurs. L'hydrothérapie est encore à la période des « barbiers » et des « rebouteurs ». La kinésithérapie fait des efforts pour en sortir. L'électrothérapie en est sortie, et la chirurgie l'a depuis longtemps oubliée.

Ce contact intime des cliniciens et des physiothérapeutes a été l'une des pensées maîtresses qui ont dirigé la formation du Congrès de Rome. Le Congrès de Liège, improvisé en quelques mois, avait montré brusquement la fertilité, la vigueur de la culture physiothérapique à notre époque. Dans cette jeune poussée, il y avait eu quelques élans malencontreux et un peu d'incohérence. Mais la bonne volonté, la sincérité, le sérieux du plus grand nombre, avaient donné à cette manifestation une caractéristique si nette et si touchante, que plusieurs de ceux qui avaient pu juger la valeur réelle du courant qui venait d'être créé s'employèrent de toutes leurs forces à le canaliser.

A la troupe qui venait de naître, il fallait des chefs; aux forces qui venaient d'être mises à jour, il fallait donner conscience d'elles-mêmes. A ceux qui disposaient d'une compétence et d'une respectabilité déjà acquise, il fallait demander de mettre l'une et l'autre au service de la cause commune. Aux autres, il fallait montrer quel mal pouvaient faire à la physiothérapie les écarts de quelques physiothérapeutes. Par tous, enfin, il fallait faire admettre que si la thérapeutique physique délaissée, ignorée, combattue, pouvait prendre une attitude défensive ou agressive, elle ne pouvait se montrer, à l'heure de la victoire, qu'avec une physionomie sereine, consciente de la valeur de l'effort accompli, confiante dans le résultat des efforts à accomplir.

Ce fut fait. D'eux-mêmes disparurent ceux qui, amenés au premier plan par les hasards d'une organisation trop hâtive, avaient montré une culture insuffisante, et le plus grand nombre comprit qu'il fallait surveiller son effort pour le faire meilleur. Et, puisqu'il y avait trop peu de maîtres parmi les habitués de la thérapeutique physique, ce fut à des maîtres de la clinique qu'on demanda leur concours. Intéressés par ce mouvement nouveau, ils vinrent et lui apportèrent une ampleur plus grande. Aux professeurs Gariel, Gilbert, Bergonié, bons ouvriers de la première heure, s'ajoutèrent les professeurs Armand Gautier, Bouchard, Landouzy, puis Albert Robin et Huchard, pour la France seulement. Avec eux, des médecins, non pas étroitement spécialisés dans la physiothérapie, mais intéressés par elle et la fréquentant volontiers, s'agrégèrent au groupe déjà formé, et celui-ci, en regagnant largement ce qu'une première sélection lui avait fait perdre, vit augmenter à la fois l'étendue de son horizon et le nombre de ses adhérents.

C'est de cette réunion de maîtres de la clinique et de la physique, de physiothérapeutes et de médecins, qu'a été formé le IIe Congrès. Et le IIIe réussira mieux encore par l'entente intime de la clinique et de la thérapeutique physique qui se fera, comme déjà s'est faite l'entente de la clinique et de la thérapeutique chimique.

La délégation française au Comité international permanent des Congrès de physiothérapie a été composée de :

Membres d'honneur : MM. les professeurs Bouchard, Gariel, Armand Gautier, Gilbert, Albert Robin, M. le docteur Huchard.

Membres actifs : MM. les professeurs Bergonié (de Bordeaux), Landouzy (de Paris), Ségalas (de Bordeaux), MM. les docteurs Lagrange (de Vichy), Albert Weil (de Paris), Maurice Faure (de Lamalou).

Le Comité, deux fois réuni à Rome, a reçu l'invitation de la France pour le IIIe Congrès (Pâques 1910). A cette occasion, une mention spéciale est due à M. le professeur Lassar (de Berlin). Au nom de ses compatriotes, délégués comme lui au Congrès (MM. les professeurs Senator, Brieger, Hofmeyer), au nom de son gouvernement, M. le professeur Lassar a eu l'extrême courtoisie de retirer l'invitation de Berlin et de se rallier le premier à l'invitation de Paris, formulée par MM. les professeurs Bouchard et Landouzy. Pour n'être point en reste, MM. Bouchard et Landouzy acceptèrent aussitôt les premiers l'invitation de Berlin pour le Congrès suivant (1913).

Le Comité, ayant ratifié à l'unanimité le choix des deux villes, la délégation française a désigné pour la présidence du IIIe Congrès M. le professeur Bouchard, président d'honneur, et M. le professeur Landouzy, président effectif.

Ces choix sont d'une portée considérable. Le Congrès à Paris, c'est le sacre de la physiothérapie nouvelle. Paris, c'est la tribune d'où l'on parle au monde. Nous ne savons pas assez combien notre langue est écoutée, combien nos livres, nos journaux sont lus. Aucune littérature n'a autant de force de pénétration que la nôtre, aucune librairie n'a un tel marché d'amateurs. Pour cette raison, on peut dire que nous ne sommes pas assez sévères pour notre production. Aucune phrase destinée à un livre, à un journal, même à un article éphémère, ne devrait sortir de la main de l'auteur sans qu'il ait songé que des milliers de lecteurs la jugeront dans tous les pays. Voilà pourquoi un Congrès à Paris aura une portée plus grande que les autres, à la condition qu'il soit formé et dirigé par les maîtres de la médecine parisienne.

Il le sera. Le professeur Landouzy, président du Congrès, c'est la voix qui portera dans toutes les écoles, dans tous les milieux scientifiques et médicaux, en deçà comme au delà de nos frontières. C'est l'orateur qui synthétisera en formules frappantes, que l'on saura aisément apprendre et retenir, les idées encore flottantes et informulées dans un monde en genèse. C'est aussi le maître qui comprendra vite et bien la masse d'efforts et de pensées au milieu de laquelle va se créer l'organisme nouveau, et qui aura l'autorité nécessaire pour classer tout cela et mettre à leur place les choses et les gens.

Le secrétariat tiendra compte de certaines remarques relatives à l'organisation des sections, à la distribution des travaux et à la rédaction des comptes rendus. A cet égard, les remarquables expériences de Liège et de Rome ne seront pas perdues. De Liège, il faut rappeler les efforts intelligents de Gunzburg, de Munter, Le Marinel, Bienfait, qui firent ce tour de force de créer, en trois mois, un nouveau Congrès. A Rome, il faut admirer l'extraordinaire activité, la présence d'esprit et la bonne grâce de Colombo. Il n'est pas un congressiste qui n'ait emporté de lui une impression d'étonnement et de sympathie. Nouvel Atlas, il a, à lui seul, porté pendant quelques jours notre petit monde.

Mais ceux qui prirent toutes ces peines n'ont point la prétention d'avoir fixé le progrès à un stade définitif. Leur souhait le plus cher est, au contraire, d'avoir fait faire à l'œuvre commune un pas en avant et préparé la tâche de leurs successeurs, qui est d'aller plus loin encore. MAURICE FAURE.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 8 novembre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de l'appendicite aiguë. »

MM. Roussel, 10; Pinaud (Alfred), 13; Ohanianz, 10; Maurel (Gérard), 8; Verne, 17; Trémolières, 9; Trifaud, 17; Vincotte, 10; Schilman, 10; Théry, 14; Schoofs, 15; Simon, 9; Sécheret, 12; Vayssières, 11; Saxe, 14.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, en date du 8 novembre 1907, la chaire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— A la suite des manifestations regrettables qui se sont produites vendredi et samedi aux leçons inaugurales de MM. les professeurs Prenant et Nicolas, le Conseil de l'Université vient de se réunir pour étudier s'il ne convient pas de fermer la Faculté pendant quelques jours.

Au moment où nous mettons sous presse, nous apprenons que, par arrêté ministériel, la Faculté de médecine est fermée jusqu'au 31 décembre 1907.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Dupérié, Lalesque, Creyx, Brau-Tapie, Parouty, Jean Ferron, Jean Chavoix.

Internes provisoires : MM. Lamothe, Louis Ferron, Montalier, Augistrou, Le Page.

— Récompenses accordées pour l'année scolaire 1906-1907 par la Commission administrative des hospices :

Prix Delord (440 francs). — M. Dubourdieu (troisième année).

Prix de l'Administration (150 francs de livres). — M. Firmin Carles (quatrième année).

Prix du docteur Levieux (une trousse). — M. Latronche (troisième année).

Médailles d'argent. — MM. Lefèvre, Canaguier, Perrens, Puyhaubert, Cléjat, Aubert, Teulières, Charbonnel, Guérive, Beauvieux, internes des hôpitaux; Dupérié, Parcuty, internes provisoires; Jean Ferron, Brun, Molinier, Louis Ferron, Creyx, Antoine, Lamothe, Sourbets, Coiquaud, externes titulaires.

Médailles de bronze. — MM. Parcelier, Chauvet, de Raquine, internes des hôpitaux; Lacoste, Julien, Lalesque, Labeau, Cristol, Montalier, Tardieu, Brau-Tapie, Cazaillet, Piéchaud, Drouyn, Pasturaud, Foulcher, Piétri, Boyer de la Giroday, Bonneau, Toucet, Guiard, Baudrimont, Augistrou, Germain, externes titulaires.

— Lille. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Legrand (Lucien), Vanhaecke, Vouters, Breucq et Deladrière.

Internes provisoires : MM. Pépy, Duvillier, Lheureux.

— Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Fontan, Leroy, Devulder, Duhot, Repellin, Ducamp, Andt, Norel, Lefebvre, Lesur, Bailly, Deflandre, Tiberghien, Marchand, Evrard, Dubuisson, Druesne, Hay, Pelte, Mascré, Fontaine.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Prix de la Faculté pour l'année 1906-1907 :

Prix de la Faculté. — Première année : médaille d'argent et 100 francs de livres, M. Papin; première mention honorable, M. Perruchot; deuxième mention honorable *ex æquo*, MM. Montpellier, Dantin. — Deuxième année : Médaille d'argent et 100 francs de livres, M. Neveu. — Troisième année, médaille d'argent et 185 francs de livres, M. Creyx; mentions honorables, MM. Jean et Brau-Tapie. — Quatrième année,

médaille d'argent et 185 francs de livres, M. Ployé; mention très honorable, M. Mauran; mentions honorables, MM. Pélissier, Chabé, Cristol.

PRIX DE LA VILLE DE BORDEAUX. — Chirurgie : 150 francs (médaille de vermeil et livres), M. Puyhaubert; mentions honorables, MM. Desqueyroux, Ployé, Botreau-Roussel. — Médecine : 150 francs (médaille de vermeil et livres), M. Perrens; mention très honorable, M. Brun; mention honorable, M. Ployé.

PRIX GODARD. — 2 000 francs, M. le docteur Aubaret; encouragement de 250 francs, M. le docteur Rocher.

PRIX DES THÈSES DE L'ANNÉE. — 1er prix : médaille d'or et 400 francs espèces, M. le docteur Laurès. — 2e prix : médaille d'argent et 120 francs espèces, MM. les docteurs Benoît-Gonin, Firmin Carles, Pierre Rousseau. — 3e prix : médaille de bronze, MM. les docteurs Artigues, Barrère, Fonquernie, Gravellat, Le Dentu, Lefèvre, Moreau, Ringenbach.

PRIX DE MÉDECINE COLONIALE ET D'ÉTUDES EXOTIQUES. — Médaille d'or offerte par la Faculté, M. le docteur Paramananda-Mariadassou; médaille d'or offerte par l'Institut colonial, M. le docteur J.-J. Matignon.

PRIX DES ÉTUDIANTS EN CHIRURGIE DENTAIRE. — Première année : médaille de bronze, M. Lamaison; mention très honorable, M. Prunier; mention honorable, Mme Chilo. — Deuxième année : médaille d'argent, M. Mongrand; mention très honorable, M. Amiel. — Troisième année : médaille de vermeil, M. Fauret.

PRIX DES ÉLÈVES SAGES-FEMMES. — Première année : médaille de bronze, Mme Boutai. — Deuxième année : Mme Pillet.

— CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Ce concours vient de se terminer par les nominations de MM. Piéchaud, Lepage et Puyhaubert, titulaires. MM. Lantier et Lapeyronie sont nommés aides d'anatomie adjoints.

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — MM. les docteurs en médecine sont informés qu'un examen pour le titre de médecine sanitaire maritime aura lieu à Marseille, le 25 novembre 1907. En conséquence, les candidats qui voudraient passer l'examen prévu par l'article 16 du décret du 4 janvier 1896 sont priés de bien vouloir se faire inscrire à la Direction de la Santé (consigne Saint-Jean); ils pourront y prendre connaissance du programme adopté par M. le ministre de l'Intérieur.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Brun (de Toulouse), Causse, professeur agrégé de chimie à la Faculté de Lyon; Delannoy (d'Hautmont), Guerlain (de Boulogne-sur-Mer), Guillaumin (de Nogent-le-Roi), Lemariey (de Pont-Audemer) et Mercier (de Montargis).

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 28 sept. 1907.) Edgar ZUNG : Nouvelles recherches sur la digestion de la viande crue et de la viande cuite chez le chien.

Archiv für Kinderheilkunde. — (Tome XLVI, fasc. III à VI.) MARTIN et HOHLFELD : Signification du colostrum. — KOOS : Péritonite à pneumocoques chez l'enfant. — ASCHAFFENBURG : Epilepsie et états épileptoïdes chez l'enfant. — RŒDER : Détermination expérimentale de la force peptique du suc gastrique aux différentes températures; importance de ces données pour l'alimentation des nourrissons. — GIARRÉ et CARLINI : Existence d'un bacille hémophile dans le sang des malades atteints de rougeole. — GUNDOBIN : Albuminurie des nouveau-nés. — KLOSE : Contribution à l'étude clinique de l'infection échinococcique chez l'enfant. — VOIGT : Revue générale sur la vaccination.

Pédiâtrie pratique. — (N° 20, 15 oct. 1904.) DUFESTEL : Appareil enregistreur des périmètres thoraciques en inspiration et en expiration. — Solon VERAT : Sur un cas de scoliose hystérique.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Oct. 1907.) LEMAIRE : Recherches sur les accidents séro-toxiques. — ROUX et ROQUES : Des relations entre les végétations adénoïdes et la tuberculose. — BOLINTINEANU et PASTIA : Un cas d'omphalorragie chez un nouveau-né.

Revue scientifique. — (N° 14, 5 oct. 1907.) FERRAND : Torpilles, torpilleurs et sous-marins. — DUBARD : Revue des thèses de botanique. — NODON : Le lancement de « la Vérité ». — (N° 15, 12 oct.) BOUVIER : L'œuvre du naturaliste Latreille. — BOUTTIEAUX : Les ballons dirigeables. — BOUDOUARD : Les oxydes du carbone. — LONDE : L'unité morbide de la prophylaxie. — (N° 16, 19 oct.) BOUTTIEAUX : Les ballons dirigeables (*suite*). — GAULT : Principaux constituants des essences végétales. — BRAULT : Distribution géographique des piroplasmoses ou babésioses.

Riforma medica. — (N° 28, 14 juillet 1907.) Luigi FERRANNINI : Les altérations du sang dans les maladies du foie. — L. SABBATANI : Traitement de l'empoisonnement mercuriel aigu. — Gioacchino NEGRONI : Contribution à la statistique de la résection du paquet vasculo-nerveux du cou. — (N° 29, 20 juillet.) Prof. MASSALONGO : Idiotie amaurotique familiale ou maladie de Warren Fay Sachs. — Ferdinando GANGITANO : L'allongement du moignon osseux d'amputation. Cornéome développé sur le moignon osseux d'amputation. — Francesco DE GRAZIA : Recherches sur les échanges au cours du diabète insipide. — Tancredi CORTESI : Contribution à l'étude des voies du langage. — (N° 30, 27 juillet.) Prof. G. RUMMO : Anémie splénique. Spléno-hépato-cirrhose. — Fausto ORESTANO : Nouveau procédé pour la section du nerf maxillaire supérieur dans la fosse ptérygo-maxillaire. — Francesco PANCRAZIO : Contribution à l'étude clinique et pathogénique de la pneumonie traumatique fibrineuse. — (N° 31, 3 août.) Prof. G. RUMMO : Anémie splénique et spléno-hépato-cirrhose. Cirrhose veineuse atrophique du foie ou maladie de Banti. — Nicola DI GIOVINE : A propos de quelques complications rares de l'ampoule de Vater. — Carlo BESTA : Le pouvoir coagulant du sérum sanguin dans la démence précoce et la folie maniaque. — (N° 32, 10 août.) Prof. G. RUMMO : Anémie splénique et spléno-hépato-cirrhose. Cirrhose hépatique hypertrophique veineuse d'origine splénique. — Giuseppe SERAFINI : A propos de neuf cas de chirurgie pulmonaire. — Michele MARCIALIS : Le traitement de l'épithélioma cutané. — (N° 33, 17 août.) Prof. G. RUMMO : Anémie splénique et spléno-hépato-cirrhose. Splénomégalie primitive cryptogénétique et splénomégalie malarique. — FITTIPALDI : La classification des substances protéiques. — Giuseppe SERAFINI : A propos de neuf cas de chirurgie pulmonaire (*suite*). — Pietro CHIRONE FU GAETANO : Action de l'hydrate de chloral sur le sang.

HÉMATOLYSE INTRA
ET
HÉMATOLYSE EXTRA-VASCULAIRE
DURÉE DE LA VIE DES GLOBULES ROUGES

Par M. G. FROIN.

I

La coloration jaune du sérum sanguin avait été attribuée à une substance particulière, la lutéine, dont on ignorait l'origine. MM. Gilbert, Posternak et Herscher ont démontré que la lutéine n'existait pas dans le sang humain et que le seul pigment normal du sérum est la bilirubine (1). Cette matière colorante est contenue en très petite quantité dans le sérum sanguin : en moyenne 1/36500, soit $2^{cg}7$ de bilirubine par litre de sérum sanguin [Gilbert et Herscher (2)]. C'est par un procédé spécial que MM. Gilbert et Herscher la mettent constamment en évidence.

Or, la bilirubine est un produit de la destruction de l'hémoglobine des globules rouges ou hémoglobinolyse.

Une notion très importante, bien établie dans ces dernières années, est que l'hématolyse dans les foyers hémorragiques produit des pigments biliaires. J'ai montré que la bilirubigénie dans les liquides hémorragiques est parallèle au degré de l'hématolyse ou plutôt de l'hémoglobinolyse. S'il y a beaucoup d'hémoglobine transformée, le liquide devient très jaune et présente la réaction de Gmelin. Si la quantité d'hémoglobine élaborée est minime, le liquide moins jaune ne présente pas la réaction de Gmelin. Il est alors tout à fait comparable au sérum sanguin physiologique et la méthode de MM. Gilbert, Posternak et Herscher permettra sans doute d'y déceler constamment de la bilirubine.

Mais, sans m'arrêter à la nature intime de ces pigments, ce qui m'importe ici c'est de bien mettre en évidence que ces colorations du sérum sanguin et des liquides hémorragiques relèvent de l'hémoglobinolyse. Il en résulte que sans hémoglobine le sérum sanguin serait incolore. Et parmi les humeurs de l'organisme, le liquide céphalo-rachidien, qui ne résulte pas d'une simple transsudation et ne contient à l'état normal ni globules rouges ni hémoglobine, est absolument incolore.

Cet état incolore du liquide céphalo-rachidien est d'autant plus important qu'il peut se modifier et, dans certains faits pathologiques (inflammations et surtout hémorragies méningées), présenter une coloration jaune identique à celle du sérum sanguin. Dans les inflammations méningées, cette coloration peut provenir en partie de la transsudation du sérum sanguin qui se mélange au liquide et le teint plus ou moins en jaune. Mais dans les hémorragies méningées pures, grâce à des constatations très précises sur la composition chimique du liquide céphalo-rachidien (recherches de l'albumine, de la fibrine, de l'alexine ou complément, etc.), j'ai pu m'assurer que la pigmentation jaune relève entièrement de l'hématolyse intra-arachnoïdo-pie-mérienne.

Ceci étant admis, j'ai observé des malades chez lesquels le liquide céphalo-rachidien hémorragique et le sérum sanguin, examinés au même instant, présentaient sous le même volume une coloration absolument identique. Or, le jaune du premier provenait de l'hématolyse des globules rouges stagnants dans le sac arachnoïdo-pie-mérien et le jaune du second relevait de l'hématolyse des globules rouges circulant dans le système vasculaire.

Pour teinter également un volume identique des deux liquides, on devait penser à priori qu'une même quantité de globules rouges se détruisait dans les liquides céphalo-rachidien et sanguin et que l'hémoglobinolyse y était égale.

S'il est possible dans de tels cas de compter les globules rouges qui se détruisent dans l'un des liquides, on pourra sans doute en induire le nombre qui se détruit dans l'autre (1). Dans le système vasculaire, il nous est impossible de différencier au milieu de la multitude circulante des globules rouges les divers états de vie de ces éléments. Nos moyens d'investigation actuels sur le sang circulant restent très grossiers et se résument en grande partie à de pures appréciations quantitatives. A quelles différenciations d'ailleurs pourrait-on prétendre dans ce milieu, où ce qui vit noie ce qui naît et ce qui meurt, parce que les organes d'élaboration et d'émonction travaillent incessamment pour y ajouter et y soustraire, de telle façon que se présente avant tout une masse d'éléments bien formés et bien vivants ? Impossible de les classer par l'âge : les jeunes y ont même figure que les vieux.

L'étude de l'hématolyse hors du système circulatoire, dans des cavités closes (séreuses, synoviales, etc.) où s'extravase du sang, ne se heurte pas à des obstacles aussi considérables. Quelques jours après l'extravasation sanguine, beaucoup de globules rouges stagnants meurent sur place et inversement à ce qui existe dans le système vasculaire, il arrive un moment où, dans ces foyers, ce qui meurt prédomine fortement sur ce qui vit encore. La destruction est alors très apparente. Elle se traduit par trois actes fondamentaux : 1° la diffusion de l'hémoglobine hors des stromas globulaires ; 2° la transformation de l'hémoglobine en dérivés pigmentaires, surtout en bilirubine (hémoglobinolyse); 3° la désintégration des stromas albuminoïdes (globulolyse, plasmorrhexis, plasmoschisis, etc.).

Parmi les connaissances très imprécises que nous possédons sur le sang circulant, il en est une : la durée de la vie des globules rouges. Je pense pouvoir la fixer d'une manière approximative, grâce

(1) Gilbert, Herscher et Posternak. Soc. de biol., 2 et 9 mai 1903.

(2) Gilbert et Herscher. *Presse méd.*, 31 mars 1906, p. 201, et 4 avril 1906, p. 209.

(1) Il est facile de constater qu'une quantité identique de solution de bilirubine ajoutée à deux liquides incolores, l'un très albumineux et l'autre pas, contenus séparément dans deux tubes, leur communique la même teinte.

à l'étude de l'hématolyse dans le liquide céphalo-rachidien. Mais la base du raisonnement sur lequel je m'appuie repose tout entière sur mon interprétation du mécanisme de l'hématolyse en général qu'il me faut rappeler tout d'abord.

II

J'ai été amené par une série de faits à admettre que l'organisme emploie les mêmes moyens, pour réaliser l'hématolyse intra et l'hématolyse extra-vasculaire. Ces faits peuvent être groupés en deux propositions que je vais exposer successivement. Je soutiens d'abord que dans les liquides hémorragiques l'élaboration des stromas globulaires et la formation des pigments, en particulier de la bilirubine, résulte d'une action leucocytaire. La création de la bilirubine aux dépens de l'hémoglobine diffusant hors des globules rouges, dans les foyers hémorragiques, sans action intermédiaire de la cellule hépatique, n'est pas un fait nouveau. Non constaté par Hayem (1), il a été vu au contraire par Langhans (2), Cordua (3), Quincke (4), Bard (5), Froin (6), Milian (7), Vincent et Poisot (8), etc.

Je ne saurais donc trop insister sur ce fait que l'hématolyse *in vivo* ne se réduit pas au phénomène de la simple diffusion hémoglobinique donnant une couleur rouge au liquide ambiant. On peut donc s'opposer franchement à l'opinion récemment émise que l'hématolyse ne se produit pas quand le sérum n'est pas laqué (9).

Si les liquides hémorragiques ne sont pas toujours colorés en rouge par l'hémoglobine, cela tient à ce que cette substance est habituellement transformée à mesure qu'elle s'échappe des stromas globulaires. Or, il est impossible de comprendre l'hémoglobinolyse et par conséquent la bilirubigénie sans incriminer une action des leucocytes [polynucléaires neutrophiles et mononucléaires (10)]. En effet, il y a toujours diapédèse de leucocytes dans le liquide hémorragique quand l'hémoglobine est transformée, et si les leucocytes y sont absents, en trop petite quantité ou très altérés, l'hémoglobine n'est pas transformée ou l'est incomplètement. Déjà Neumann (11) confirmant l'opinion ancienne de Langhans et les recherches de Quincke, Schmidt (12) ont incriminé l'intervention des éléments cellulaires de l'organisme et particulièrement des leucocytes dans la transformation de l'hémoglobine, mais leurs constatations faites sur des caillots ou des extravasats sanguins, dans des tissus, restent très imprécises sur le rapport qu'il peut y avoir entre la présence des leucocytes et l'hémoglobinolyse et surtout sur la nature des pigments. Dans les liquides hémorragiques, au contraire, où l'on peut compter les globules rouges, les globules blancs et évaluer la qualité et la quantité des divers pigments pendant toute la durée de l'hématolyse, il est possible d'apprécier bien mieux l'intervention des leucocytes dans l'hémoglobinolyse.

En tout cas, si le phénomène chimique de l'hémoglobinolyse résulte d'une action leucocytaire, il faut bien savoir que ce sont surtout des leucocytes vivants ou peu altérés qui l'accomplissent. De plus, mes numérations montrent qu'il faut relativement peu de leucocytes vivants pour élaborer beaucoup d'hémoglobine.

Ces notions étant acquises, il est facile de voir que dans le système vasculaire lui-même la création de tous les pigments d'origine hémoglobinique se comprend beaucoup mieux par l'action des leucocytes que par celle de la cellule hépatique. En effet, par rapport à ce qu'on voit dans un liquide hémorragique, il est hors de doute que le système circulatoire charrie plus de leucocytes qu'il n'est nécessaire pour élaborer l'hémoglobine des globules rouges mourant dans le système vasculaire. Dès lors, la question du rôle bilirubigénique des leucocytes de la circulation se pose pour plusieurs raisons que j'ai déjà exposées (1) et qui se basent sur une interprétation différente des faits qui ont été avancés pour soutenir la fonction bilirubigénique de la cellule hépatique. Je prétends en effet qu'il n'existe aucune expérience probante démontrant cette fonction pigmentaire, et qu'ensuite la physiologie pathologique du foie et du sang est incompréhensible si l'on attribue à la cellule hépatique la formation de la bilirubine.

Stern (2), Minkowski et Naunyn (3), etc., ont pratiqué l'hépatectomie chez des animaux et constaté ensuite que les pigments biliaires ne s'accumulent pas dans le sérum sanguin. Ils en déduisent que ces pigments sont créés par le foie. Or, cette expérience ne peut rien prouver en ce qui concerne une fonction déterminée du foie. Les animaux hépatectomisés meurent toujours en quelques heures, ce qui montre tout simplement que le foie est un organe immédiatement nécessaire à la vie. Quand ce viscère est simplement lésé, il réagit « sur d'autres organes, arrive à vicier le milieu humoral de l'organisme, étend à l'économie tout entière la répercussion des atteintes qu'il subit (4) ». Avec l'extirpation de l'organe, les troubles sont encore plus profonds et retentissent immédiatement non seulement à dis-

(1) G. Hayem. *Du sang*, 1891, p. 487.

(2) Langhans. *Virchow's Archiv f. path. Anat.*, 1870, Bd. XLIX, p. 66.

(3) Cordua. *Ueber den Resorptionsmechanismus von Blutergüssen*, Berlin, Hirschwald, 1877, p. 30.

(4) H. Quincke. *Virchow's Archiv f. path. Anat.*, 1884, Bd. XCV, p. 125.

(5) L. Bard. Soc. de biol., 28 nov. 1903.

(6) G. Froin. *Gaz. des hôpit.*, 10 déc. 1903 et 18 janv. 1906.

(7) Milian. *Le liquide céphalo-rachidien*, Paris 1904, p. 92.

(8) Poisot et Cl. Vincent. *Arch. gén. de méd.*, 13 fév. 1906, n° 7.

(9) G. Dieulafoy. *Clinique méd.*, 1905-1906, t. V, p. 205.

(10) G. Froin. Soc. de biol., nov. 1903 et 23 déc. 1905.

(11) E. Neumann. *Virchow's Arch. f. path. Anat.*, etc., 1888, CXI, p. 25-47.

(12) M. B. Schmidt. *Ergebnisse d. Allgem. Path. u. path. Anat.*, 1896, t. III, Wiesbaden, 1897, p. 542-552.

(1) Froin. *Gaz. des hôpit.*, 18 janv. 1906.

(2) Stern. *Arch. f. exper. Path.*, Bd. XIX, p. 39.

(3) Minkowski et Naunyn. *Arch. f. exper. Anat.*, Bd. XXI, p. 1.

(4) A. Chauffard. *Traité de pathologie générale de Bouchard*, t. V, p. 3.

tance, mais sur la vie du sang lui-même. En effet, les fonctions biochimiques si importantes de la cellule hépatique n'existent que pour être prolongées et utilisées par le sang. Aussi, après les organes du nœud vital de Bichat (cœur, poumon, bulbe), le foie est peut-être le viscère dont la destruction ou la soustraction éteint le plus rapidement les sources de la vie. On a retiré en effet le grand centre d'élaboration ou de passage pour les matériaux qui assurent la continuité de la vie du sang. Pour représenter, par un exemple plus concret, l'effet des réactions chimiques si complexes et si immédiatement nécessaires dont il est le foyer, on peut s'imaginer que le sang présente avec le foie une solidarité fonctionnelle comparable à celle du système nerveux moteur et du muscle. Supprimez les voies nervomotrices et le muscle n'agit plus : son action physiologique est aussitôt suspendue. De même, sans le foie, le sang ne peut rien ou plutôt les fonctions cellulaires s'arrêtent. On comprend alors que les leucocytes, éléments si fragiles, voient leurs fonctions anéanties. Il est impossible au sang de supporter cette désunion avec le foie dont la présence assure sa propre vie. Qu'on prenne garde d'attribuer indûment à la cellule hépatique elle-même les actes leucocytaires dont sa disparition provoque la déchéance.

La physiologie pathologique du foie indique encore plus nettement que la bilirubigénie se fait dans le système vasculaire. J'ai déjà insisté sur ce fait que l'immense majorité des ictères graves avec destruction de la cellule hépatique, s'accompagne d'une diminution de ses fonctions, et par contre d'une cholémie intense (1). Tout récemment encore, MM. Gilbert et Herscher ont précisé par des chiffres cette hypercholémie que l'observation montre journellement au cours de l'ictère grave (2). Et qu'on n'argue pas ici d'une dissociation des fonctions. Il y a exagération véritable de la fonction bilirubigénique, et elle résulterait du travail d'une cellule morte ou mourante! Mais ces dissociations fonctionnelles des organes ont été signalées quand les processus pathologiques s'effacent ou évoluent chroniquement et non pas au moment de leurs agressions menaçantes. Ils sidèrent alors tout le fonctionnement cellulaire. De plus, tous les faits de dissociation bien établis se rapportent plutôt à des fonctions d'excrétion (telles que les rénales) qu'à des fonctions d'élaboration. Quant aux cas d'ictère grave entraînant l'acholie pigmentaire, ils reproduisent, sans doute par destruction massive, des conditions comparables à celles de l'extirpation de l'organe avec arrêt des fonctions leucocytaires.

Il me semble de plus en plus que l'étude de l'hématolyse et une meilleure compréhension de la physiologie hépatique doivent nous faire revenir en partie aux idées de Glisson, Morgagni, Boerhaave, Van Swieten, Darwin, Sénac, Breschet, Andral, H. Mayo, Watson, Budd, etc., pour qui le sang était considéré comme lieu de formation de la bile. Mais c'est surtout l'opinion de Harley qui mérite d'être citée :

(1) G. Froin. *Gaz. des hôpit.*, 18 janv. 1906, n° 7.

(2) Gilbert et Herscher. Soc. de biol., 1er juin 1907.

« La biliverdine n'est autre chose que de l'hématine oxydée, qui ne se forme pas dans le foie, mais que celui-ci extrait du sang au niveau des capillaires. La couleur naturelle jaune du sérum sanguin est due au pigment que nous appelons biliverdine ou pigment biliaire, après qu'il a été extrait du sang par le foie (1). » Harley ne se demande pas quel est l'organe de la fonction bilirubigénique dans le sang. Je prétends que cet organe est le leucocyte.

Nous arrivons donc à l'unité de la fonction hémoglobinolytique dans tout l'organisme. Pour élaborer la substance contenue dans un élément mobile, l'organisme se sert également d'un élément mobile. Et si le globule rouge s'extravase, il ne peut échapper à la destruction complète (stroma et hémoglobine) parce que le globule blanc peut s'infiltrer jusqu'à lui. Finalement l'on voit que le sang trouve en lui-même ses éléments de destruction; ils circulent avec lui pour l'autocytolyse. Ceci est conforme à ce que l'on a appris récemment sur d'autres faits d'autolyse.

III

Si la bilirubigénie est régie par les mêmes éléments formateurs dans tout l'organisme, on comprend l'intérêt de son étude dans des cavités closes où elle peut être mieux étudiée que dans le sang. Et comme elle est fonction de la destruction des globules rouges, s'il est possible d'apprécier assez rigoureusement la quantité de pigment élaboré que nous désignerons par la lettre A, correspondant à un nombre déterminé de globules rouges détruits que nous représenterons par la lettre B, on écrira l'équation suivante : $A = B$. Si, dans une humeur de l'organisme, nous pouvons fixer la valeur des deux lettres A et B, et que dans un autre liquide, le liquide sanguin par exemple, nous puissions connaître l'une de ces valeurs, immédiatement nous en déduirons l'autre, puisqu'elles sont égales. Le liquide céphalo-rachidien grâce à son état incolore normal, m'a permis d'établir les valeurs auxquelles correspondent les deux lettres A et B.

Comme je l'ai dit au début, j'ai vu des liquides céphalo-rachidiens hémorragiques présenter une coloration jaune identique à celle du sérum sanguin. Aussi était-il impossible de différencier à la vue les deux variétés de liquide. Ils ne montraient également aucune différence au spectroscope.

Or, il résulte de l'ensemble de mes observations qu'il faut environ, par millimètre cube, 10 à 15000 globules rouges en voie de destruction, pour que le liquide céphalo-rachidien contienne une même quantité de pigment que le sérum sanguin normal (sérum ne donnant pas la réaction de Gmelin ou une réaction à peine apparente). Si nous reprenons nos valeurs, nous voyons dans un liquide céphalo-rachidien hémorragique, lorsque A = pigmentation normale du sérum, que B = 12500, chiffre de globules rouges s'y détruisant. Comme $A = B$, il est facile de comprendre que si dans le sang le sérum se présente avec la pigmentation normale A, nous pourrons en

(1) G. Harley. *Traité des maladies du foie* (trad. par P. Rodet), Paris 1890, p. 84.

déduire la valeur B, cette dernière étant impossible à calculer directement dans le système vasculaire. En un mot, dans un sang constitué par un sérum de couleur normale, il se détruit environ 12 500 globules rouges par millimètre cube.

Mais ce chiffre n'a aucune valeur si nous ne l'envisageons pas dans le temps, et si nous n'établissons pas combien de globules se détruisent dans une période déterminée pour teinter normalement le sérum sanguin. Voici ce qu'apprend sur ce point le liquide céphalo-rachidien hémorragique. Dans la cavité arachnoïdo-pie-mérienne, on peut considérer que la résorption pigmentaire en l'espace de vingt-quatre heures, est presque nulle; elle n'est véritablement appréciable qu'après ce laps de temps. Aussi, lorsque 10 à 15 000 globules rouges se détruisent dans un liquide céphalo-rachidien, si l'on fait des ponctions en série de vingt-quatre en vingt-quatre heures, on constate un retour très lent à la coloration normale. Il suffit d'avoir observé plusieurs de ces liquides pour être certain que si une voie puissante de résorption soustrayait le pigment, on verrait une disparition complète ou presque complète de ce pigment dans l'espace de vingt-quatre heures. Il serait nécessaire que le chiffre des globules rouges mourants soit, à ce taux, constamment renouvelé pour maintenir la pigmentation observée. Mais si la cavité arachnoïdo-pie-mérienne laisse stagner le pigment, le système vasculaire présente au contraire un puissant organe de résorption et d'excrétion des pigments : c'est le foie. Pour maintenir l'équilibre pigmentaire normal du sérum, il faut donc que le renouvellement des globules mourants soit incessant et se chiffre à 12 500 environ par millimètre cube pour chaque période de vingt-quatre heures.

Le calcul étant fixé pour le millimètre cube, il est facile de l'établir pour les 5 litres de sang circulant. Avec 5 millions de globules rouges par millimètre cube, on a 12 milliards 500 millions par litre, et 72 milliards 500 millions pour le sang total, représentant le nombre des globules rouges se détruisant en vingt-quatre heures. Ce chiffre correspond au nombre des hématies contenues dans 13cc50 de sang.

Il en résulte que la masse totale des globules rouges, évaluée à 25 000 milliards, se détruit en une année.

Ces chiffres sont très différents de ceux qui ont été avancés par le professeur Quincke (1). Cet auteur a estimé la durée de la vie normale d'un globule rouge à deux à cinq semaines. Mais son procédé d'appréciation est tout artificiel : il injecte du sang dans les veines d'un animal, détermine une pléthore notable et constate que le retour à l'état normal se fait en deux à cinq semaines, c'est-à-dire que l'organisme utilise ce temps pour la destruction des globules rouges injectés. Il ne s'agit pas là de conditions physiologiques. De plus, si l'on admettait les chiffres de Quincke, indiquant comme moyenne de durée de la vie des globules rouges, une période d'un mois, il se détruirait par vingt-quatre heures 830 milliards de globules rouges dans tout le sang. Quand on a étudié l'hématolyse dans une cavité close et vu la grande quantité de pigment résultant d'un nombre infiniment moins important de globules rouges, un pareil chiffre est exorbitant. Dans le système vasculaire, malgré la puissance excrétrice du foie, ce serait un débordement de bilirubine, une hypercholémie et une polycholie que ne réalisent peut-être jamais les processus pathologiques. L'organisme ne pourrait sans doute faire les frais d'une pareille destruction. Il n'aurait pas chaque année à édifier 25 000 milliards (chiffres personnels), mais 300 mille milliards de globules rouges (chiffres de Quincke).

(1) H. Quincke. *Deuts. arch. f. klin. Med.*, Bd. XXVII, 1880, p. 202.

Certes, je n'ignore pas qu'une telle évaluation a simplement la valeur d'une moyenne, car le sang est susceptible de présenter dans la vie de ses éléments les variations les plus étendues, sans dommage immédiat pour l'équilibre vital. L'essentiel est que la destruction porte seulement sur les éléments circulants et laisse les foyers de germination encore intacts. Ceux-ci peuvent alors exagérer leur fonctionnement et, comme presque tous nos organes, suffire à des dépenses tout à fait anormales. Cependant elles ont leurs limites, une durée et une intensité qu'elles ne peuvent dépasser. Pour apprécier ces variations pathologiques auxquelles les organes créateurs des globules rouges peuvent suffire, il faut en connaître d'abord le mode de fonctionnement normal. C'est ce que je pense avoir établi.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1907)

Contribution à la thérapeutique des trypanosomiases. — MM. A. Laveran et A. Thiroux. L'emploi des médications en usage dans les trypanosomiases, de la médication atoxylique en particulier, ayant donné des mécomptes, les chercheurs se sont remis au travail.

Les uns, comme Moore, Nierenstein et Tood, ont préconisé une médication mixte par l'atoxyl et le mercure; d'autres, comme Lœffler et Rühs, ont remis en honneur l'acide arsénieux.

MM. Laveran et Thiroux ont repris ces expériences, et il leur semble actuellement qu'il y a avantage à associer, dans le traitement des trypanosomiases, deux préparations telles que l'atoxyl et le trisulfure d'arsenic.

Sur le sucre du plasma sanguin. — MM. R. Lépine et Boulud. Il importe, au point de vue biologique, de déterminer la teneur en sucre du plasma sanguin, car c'est le plasma qui va aux tissus, et non le sang tout entier. Cette détermination est des plus difficiles.

On admet, depuis C. Ludwig, que 1 000 grammes de sérum renferment plus de sucre que 1 000 grammes de sang. Mais cette donnée, d'ailleurs exacte, ne reposait jusqu'à ces dernières années que sur une base fragile, car on ignorait que, pendant la durée de la centrifugation nécessaire pour obtenir le sérum, il se dégage dans ce liquide, aux dépens du sucre virtuel (glycosides) du sang, une quantité variable, parfois énorme de sucre. L'addition au sang, à sa sortie du vaisseau

de substances anticoagulantes n'empêche pas ce phénomène perturbateur. On ignorait d'autre part la glycolyse. Aussi tous les dosages de sucre faits jusqu'ici, soit dans les globules, soit dans le sérum, sont-ils des plus suspects.

Au moyen d'une nouvelle technique, MM. Lépine et Boulud trouvent que le sucre du sang dépasse parfois 90 p. 100 du sucre du sérum, et que, souvent, dans le cas d'hypoglycémie, il tombe bien au-dessous de 60 p. 100.

Vu les conditions de rapidité dans lesquelles les auteurs obtiennent le sérum dans les expériences bien réussies, ils pensent que son sucre ne diffère pas de celui du plasma circulant. Aussi concluent-ils que le dosage du sucre du sang ne donne qu'une approximation assez lointaine sur la proportion de sucre apportée aux tissus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1907)

Hypertrophie compensatrice rénale lobaire. — MM. APERT NATHAN et VUILLET présentent les reins d'une enfant de quatre ans, morte au deuxième jour d'une scarlalatine, treize mois après une néphrite diphtérique grave et prolongée, apparemment guérie. Le rein droit, très atrophié (22 grammes), présente des *nodules* isolés d'hypertrophie compensatrice, qui lui donnent l'aspect de *néphrite tubéreuse* ou *atropho-hypertrophique* de Chauffard. Au rein gauche, l'hypertrophie compensatrice a une localisation tout autre. La presque totalité du rein est réduite à une coque fibreuse; une seule pyramide s'est hypertrophiée en masse au point de rendre à l'organe un poids de 55 grammes voisin de la normale à cet âge. Cette pyramide a une structure et une texture régulières, et ne diffère de la normale que par ses dimensions; elle a plus que décuplé de volume; à l'examen histologique, on note également une augmentation proportionnelle de volume des glomérules. Cette *forme lobaire* mérite d'être opposée à la *forme nodulaire* de Chauffard. Sa constatation chez l'enfant est peut-être en rapport avec la persistance plus ou moins marquée à cet âge de l'indépendance lobaire qui existe dans le rein du fœtus humain.

Relations du purpura infantile à forme pseudo-péritonéale avec la scarlatine. — MM. GRIFFON et LYON-CAEN viennent d'observer un nouveau cas de scarlatine compliquée de la forme gastro-intestinale du purpura infantile sur laquelle MM. Guinon et Vielliard ont appelé l'attention dans la dernière séance.

Accidents gastro-intestinaux, péritonisme, hémorragies intestinales, purpura cutané se sont succédé, dans l'espace de quelques jours, à une période très précoce de l'évolution de la scarlatine, deux jours après le début.

Le malade, un garçon de treize ans, a pris, chaque jour et pendant cinq jours consécutifs, un quart de milligramme d'adrénaline par *voie digestive*. Il a guéri. Peut-être faut-il invoquer une action locale de l'adrénaline, administrée par cette voie, sur la muqueuse intestinale.

Anévrisme du tronc brachio-céphalique. — M. L. GALLIARD. Une femme de soixante et un ans présente une tumeur dure, faiblement pulsatile, à la base du cou. On peut hésiter entre un anévrisme du tronc brachio-céphalique et une tumeur maligne du corps thyroïde. Elle n'a pas d'insuffisance aortique.

La spécificité du rhumatisme. — MM. H. TRIBOULET et SILBERT. Le sang des rhumatisants ensemencé en gélose profonde donne des cultures anaérobies typiques avec éclatement de la gélose par des gaz à odeur butyrique. Dans la sérosité de ces cultures pullule un gros bacille qui, reporté sur lait alcalin anaérobie, le coagule en séparant un caillot tourmenté d'un petit-lait clair. Cette sérosité est chargée de bacilles et inoculée dans la cuisse d'un cobaye, à la dose de 0,5 à 1 centimètre cube, elle provoque en quinze à trente heures un œdème gazeux qui peut tuer l'animal. Avec cette série de réactions, on caractérise un bacille décrit par Achalme, dès 1891, forme pleine prenant le Gram.

Sa constance dans le sang des rhumatisants aigus en fait le *bacille spécifique du rhumatisme*.

Appliquant la technique ci-dessus à l'étude de quatre cas de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, les auteurs ont rencontré le bacille dans les quatre cas, dont un concernait une malade à type douteux de pseudo-rhumatisme d'infection.

Cette technique s'impose à l'avenir pour tous les diagnostics douteux (gonocoque, scarlatineux, etc.).

Les considérations de culture peuvent également servir à établir les éléments du *pronostic clinique*, en faisant connaître, pour les cas intenses, moyens ou atténués, des caractères de culture et de coloration un peu différents, et surtout, en montrant des différences extrêmes dans l'inoculation au cobaye (mort rapide ou innocuité).

Ce pronostic clinique a été également posé antérieurement par l'un des auteurs, en ce qui concerne les cultures aérobies d'une forme diplococcique, fréquemment observable chez les rhumatisants : cultures stériles, pronostic bénin; cultures fertiles, pronostic réservé, et réservé au prorata de la facilité des cultures (la culture immédiate répondant au type d'entérococcie-cachexie rhumatismale).

D'après les recherches remarquables de Thiroloix et Rosenthal sur l'aérobisation des anaérobies, les deux formes signalées dans la septicémie rhumatismale répondent aux influences des milieux de culture (anaérobie-bacille; aérobie-diplococcus), mais pour ces auteurs, la forme aérobie n'existe qu'en tubes. Controuvant cette opinion, faite uniquement d'après le laboratoire, la présence des deux formes dans les liquides et humeurs de l'organisme humain ou animal (sang, lymphe, sérosités) sur le vivant ou à l'autopsie affirme et sert même de contrôle à la théorie nouvelle de l'aérobisation.

Quoi qu'il en soit, l'un des auteurs, guidé par des observations personnelles concernant certains rhumatismes chroniques d'infection, rattache au *rhumatisme spécifique* des formes encore douteuses de diplococcie ou d'entérococcie qui ne répondent pas à l'épreuve par la tuberculine. Sur 4 malades, le diplococcus fut constaté sur le vivant, et 1 fois, Triboulet et Coyon avaient vu le diplococcus et le bacille d'Achalme.

Un fait étudié avec la nouvelle méthode (anaérobie strict), en révélant la présence du bacille d'Achalme, permet désormais de préciser *positivement* ce que l'épreuve de la tuberculine établissait déjà *négativement* (Souques) et de distraire certains rhumatismes *chroniques* VRAIS du lot trop complaisamment étendu vers la tuberculose à la suite des idées du professeur Poncet.

Etude clinique et physiologie pathologique d'un cas d'œdème charbonneux de la face terminé par la guérison. — MM. Georges GUILLAIN, L. BOIDIN et A. GY. Un jeune homme de dix-neuf ans qui exerce la profession de tanneur, est piqué au-dessous de l'angle externe de l'œil par une mouche. Dès le lendemain il a de grands frissons, de la céphalalgie, des vomissements, de la fièvre et un œdème volumineux des paupières et de la face. Cet œdème augmente considérablement les jours suivants en même temps que les symptômes généraux s'aggravent; le malade guérit cependant en dix à quinze jours; cette terminaison heureuse est exceptionnelle dans l'œdème malin alors qu'elle est relativement fréquente dans la pustule maligne.

Les auteurs ont étudié la physiologie pathologique de cet œdème malin. L'examen bactériologique et cytologique de la lésion faciale montra la présence de bactéridies charbon-

neuses virulentes tuant le cobaye en trente-deux heures et une phagocytose locale par les polynucléaires neutrophiles. L'ensemencement du sang sur eau peptonée plusieurs fois répété resta négatif. Négatifs aussi les résultats de l'inoculation du liquide céphalo-rachidien et de l'urine.

L'hématologie montra une leucocytose légère à polynucléaires (15.200 leucocytes) qui ne persista que peu de jours. Le sérum du malade durant la phase aiguë de l'infection était hypertoxique pour le lapin ; ainsi, par exemple, une injection intra-veineuse de 8 centimètres cubes de sérum tuait un lapin de 2500 grammes en une minute, alors que, d'après les auteurs, la toxicité du sérum normal de l'homme pour le lapin, est en moyenne de 10 centimètres cubes par kilogramme d'animal. Durant la convalescence, le sérum du malade contenait un ambocepteur spécifique et possédait une action immunisante pour le lapin.

L'urologie montra de l'hyperazoturie durant la période aiguë de l'infection avec rétention chlorurée.

Au point de vue clinique, les auteurs insistent sur la précocité des symptômes d'intoxication générale (vomissements, hépatomégalie, splénomégalie, hyperthermie, prostration) malgré l'absence de toute septicémie. Ils ont constaté des symptômes nerveux spéciaux; ce furent d'abord au début de la maladie, des myalgies violentes avec abolition des réflexes tendineux, puis dans la convalescence apparut une myoclonie généralisée qui dura un mois environ ; la myoclonie n'a jamais été signalée dans le charbon. Enfin le malade eut durant sa convalescence une névralgie du trijumeau dans la partie de la face où avait siégé l'œdème malin.

La thérapeutique a consisté en injections locales de liqueur de Gram, cessées au bout de trois jours à cause des douleurs qu'elles occasionnaient, et pendant huit jours, en injections d'un sérum anticharbonneux mis à notre disposition par l'Institut Pasteur ; le malade en a reçu 90 centimètres cubes. Il est difficile de tirer aujourd'hui des conclusions précises sur la valeur de la sérothérapie curative dans l'infection charbonneuse humaine, mais ce mode de traitement employé d'une façon précoce paraît dans quelques cas, tel le nôtre, avoir donné des résultats favorables.

Ictère hémolytique. — MM. Vaquez et Giroix rapportent l'observation d'une malade âgée de trente-quatre ans, qui présentait une teinte subictérique depuis l'âge de dix-neuf ans. Cette teinte était un peu variable et subissait des périodes d'augmentation avec symptômes généraux caractérisés par de la fatigue avec affaiblissement général.

L'examen du sang a montré une diminution marquée de la résistance globulaire aussi bien avec le sang total qu'avec le procédé des hématies déplasmatisées.

Les urines ne contenaient pas de pigments biliaires, qui existaient au contraire dans le sérum.

La malade présentait une anémie légère avec un nombre de globules rouges de 3500000. Le pourcentage a révélé une formule sanguine normale.

La malade a été opérée, et la rate examinée a révélé des lésions intéressantes, très augmentée de volume et pesant 850 grammes ; elle apparaît très congestionnée et gorgée de sang.

L'examen histologique montre que cette rate est congestionnée, les sinus sont un peu dilatés, mais la congestion est surtout marquée au niveau des cordons de Billroth. D'autre part, on observe une légère réaction macrophagique au niveau des sinus.

Enfin la rate contient du pigment sanguin qui se retrouve plus abondant au niveau du foie où il se localise surtout à la périphérie du lobule.

En résumé, les phénomènes observés chez cette malade semblent tenir à une maladie primitive du sang; car les aspects de la rate ne sont pas suffisamment marqués pour qu'on puisse leur faire jouer un rôle primordial dans l'apparition de l'ictère de notre malade.

Types divers d'ictères hémolytiques avec anémie. Recherche de la résistance globulaire par le procédé des hématies déplasmatisées. — MM. Widal et Abrami. De la très longue et très intéressante étude des auteurs, il résulte que la recherche de la résistance globulaire permet de différencier des ictères d'origine hépatique, tout un groupe d'ictères hémolytiques. A côté de l'ictère congénital dont la nature hémolytique a été révélée par M. Chauffard, prennent place d'autres variétés d'ictère par fragilité globulaire, que les auteurs ont pu reconnaître à l'aide des hématies déplasmatisées. Ces diverses variétés d'ictères hémolytiques, différentes par leur évolution clinique, ont entre elles un lien commun : la fragilité globulaire.

M. Chauffard, en son nom et au nom de son interne, M. Fiessinger, rapporte une observation **d'ictère congénital d'origine hémolytique.**

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 7 novembre 1907)

Dilatation congénitale du côlon ou mégacôlon. — M. Tuffier a fait une très intéressante communication sur ce sujet. Voici d'abord, très résumée, l'observation qui en est le point de départ : Une jeune fille de vingt ans se présente avec une volumineuse tumeur abdominale datant de sept ans ; elle a un passé pathologique tout entier d'ordre digestif et caractérisé surtout par une constipation très opiniâtre datant de tout temps, par des douleurs accompagnées de borborygmes et de contractions intestinales visibles et tangibles. La tumeur faisait une saillie médiane, dure, indolore, mobile transversalement, mais immobile de bas en haut.

Le toucher vaginal montrait que cette tumeur était indépendante de l'utérus. M. Tuffier porta le diagnostic de kyste dermoïde.

Laparotomie sous-ombilicale conduisant sur une surface blanche, nacrée, se déprimant légèrement sous la pression, puis revenant sur elle-même. M. Tuffier l'amena en dehors et vit qu'elle se continuait en haut avec le côlon ascendant et en bas avec le rectum. Il s'agissait d'une dilatation du côlon sans aucune coudure, sans aucune séparation brusque d'avec le reste de l'intestin. Il fit une entérotomie et put extraire un énorme calcul stercoral pesant 1k450. La tumeur enlevée, on vit que la paroi intestinale était très épaissie, violacée, ecchymotique ; elle contenait une énorme quantité de matières stercorales, très fétides. M. Tuffier ferma l'incision intestinale, puis l'abdomen. Guérison rapide. Deux mois après la malade rentrait à l'hôpital, aussi constipée qu'avant l'opération. M. Tuffier résolut alors de s'attaquer à l'anse dilatée elle-même. Une nouvelle laparotomie fut pratiquée ; le côlon pelvien a conservé le même aspect que précédemment, anse très distendue. M. Tuffier pratiqua d'abord une entéro-anastomose sur la portion saine du côlon descendant et la portion saine du rectum; il fit l'exclusion complète de l'anse malade et pratiqua le rétrécissement de l'intestin aux deux bouts, plus du côté du bout efférent que du bout afférent.

Pour pratiquer ce rétrécissement, M. Tuffier fit dans l'étendue de trois travers de doigt une série de points comme dans la suture en bourse, c'est-à-dire qu'en prenant comme point de départ la partie antérieure du mésocôlon, son fil passait perpendiculairement à l'axe de l'intestin dans l'épaisseur de la séreuse et de la musculeuse dans l'étendue de la continuité, pour ressortir et rentrer de nouveau dans la même étendue jusqu'au tour complet de l'intestin. Cinq fils furent ainsi passés et on constitua ainsi un anneau qui n'admettait

même pas le petit doigt. Même opération au-dessus de l'anastomose du rectum. Suture en étage de l'abdomen. Guérison.

Six mois après la malade allait aussi bien que possible, mais elle était toujours obligée de combattre la constipation par des lavements.

Il s'agit donc, dans ce cas, de cette affection décrite sous le nom de mégacôlon, dilatation idiopathique du gros intestin, ou maladie de Hirschsprung.

M. Tuffier, dans ses recherches, a pu en réunir 88 observations.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, dans tous ces cas, c'est toujours un énorme côlon remplissant tout le ventre, à parois très épaisses, dures, blanches, à muqueuse très hypertrophiée, ecchymotique.

Dans aucun cas, il n'a été constaté d'obstacle ou de rétrécissement en aval de l'anse dilatée.

Sur les 88 malades, 65 avaient moins de vingt ans, 20 n'avaient pas une année, l'un était un fœtus de sept mois. Sur ces 88 cas, on compte 56 morts, 26 d'obstruction intestinale, 11 de colites, 8 par intervention, 3 morts subites, 3 inconnues, 2 pneumonies, 1 asystolie, 1 cachexie.

Plusieurs de ces 88 malades avaient dépassé quarante ans, un avait soixante-cinq ans.

La place nous manque pour suivre M. Tuffier dans l'examen des symptômes, dans l'étude du diagnostic de cette affection et nous avons hâte d'arriver au traitement.

Comme traitement médical, les lavements avec la longue canule et l'emploi presque quotidien de l'huile de ricin sont les seuls moyens d'assurer l'évacuation de l'intestin.

M. Tuffier a relevé 32 cas d'intervention avec 9 morts. La ponction intestinale et la colectomie ne sont que des opérations palliatives. La colopexie simple, basse ou haute a donné des résultats; mais dans un certain nombre de cas, il a fallu faire la colectomie secondaire.

La colectomie paraît le procédé radical; elle a été pratiquée cinq fois avec un seul cas de mort. Cela semblerait donc l'opération de choix. Elle peut être faite soit primitivement en un seul temps, soit qu'on laisse, après, un anus contre nature qui est fermé ultérieurement.

Blessures de l'oreille par coups de feu. — M. Sieur est, comme M. Picqué, partisan de l'intervention immédiate. Mais, dit-il, la balle n'est pas toujours facile à atteindre. Elle s'arrête généralement au contact du canal carotidien. La radiographie et l'appareil de Trouvé sont des moyens d'exploration fort utiles; toutefois la radiographie peut induire en erreur; quant à l'appareil Trouvé, il peut donner au contact d'un fragment de la balle. Malgré toutes ces difficultés, il faut recourir à l'intervention immédiate pour assurer la désinfection du foyer. La voie rétro-auriculaire paraît être la voie de choix. On peut, dans la mastoïde, créer une voie d'accès aussi large qu'il est nécessaire. Il faut ensuite assurer un bon drainage en passant par le conduit auditif.

M. Sébileau pense que, dans cette question des coups de feu de l'oreille, les chirurgiens ne tiennent pas assez compte des petites ressources de la spécialité. Ainsi il n'est jamais fait mention de l'examen au spéculum qui peut sonner de très bons renseignements. Dans cette discussion, M. Sébileau ne veut s'occuper que des coups de feu de l'oreille proprement dite et non des plaies pénétrantes du crâne. Or, pour les coups de feu simples, classiques de l'oreille, y a-t-il intérêt à pratiquer une intervention immédiate? Cela est incontestable, il n'y a pas le moindre doute aux yeux de M. Sébileau. On a la main forcée soit par l'apparition du syndrome labyrinthique, soit par une série d'accidents inévitables, l'infection fatale, etc. Il y a intérêt à opérer le plus tôt possible. Quelle est la nature de l'intervention qu'il faut choisir? A quelle opération faut-il recourir? Il faut procéder à l'extraction du projectile et à la désinfection du trajet. Pour ce qui est de l'extraction du corps étranger, sur 10 observations il y en a 8 dans lesquelles il n'est même pas fait mention du spéculum dans l'oreille! Le diagnostic du siège du projectile n'est pas toujours aisé. L'orifice d'entrée est souvent une indication précieuse; il y a d'autres moyens de diagnostic, l'examen objectif par un moyen direct et l'examen subjectif. Dans les cas où la balle est restée dans l'oreille externe, elle est tangible, visible; il existera une fracture de l'une des parois du conduit, des fistulisations diverses. Quant à l'examen subjectif, il faudra tenir compte des vertiges, du syndrome de Ménière, du nystagmus. Dans ces cas, on peut être certain que le labyrinthe est intéressé. La paralysie faciale a aussi une importance considérable. C'est un gros accident banal, connu, presque nécessaire. Il faut, enfin, attendre beaucoup de la radiographie.

M. Sébileau divise les coups de feu de l'oreille en deux catégories : 1° celle où la balle est visible dans le conduit auditif ou dans la caisse; 2° celle où la balle est invisible ou n'apparaît qu'à l'aide de la radiographie ou de la radioscopie. Dans la première catégorie, il arrive souvent que la balle qui était primitivement dans le conduit auditif a été poussée par le chirurgien dans la caisse; si la balle est dans le conduit auditif, il faut désinsérer le pavillon de l'oreille en arrière, et aller la chercher directement. Si elle est dans la caisse, on peut encore la retirer par le conduit auditif; ou bien il faut ouvrir la cavité sus-tympanale par le conduit auditif; s'il s'agit de balles cachées, il faut aller par le trajet qu'elle a elle-même suivi. Quant aux balles cachées profondément, il faut aller les chercher à l'aide des points de repère formels, par des opérations typiques réglées. M. Sébileau critique fortement la voie antérieure; il ne comprend pas qu'on ait pu avoir l'idée de passer par cette voie : on court, en passant par cette voie, de bien gros dangers pour un bien petit bénéfice. C'est par la région postérieure qu'il faut opérer; c'est à l'opération de Schwastsce qu'il faut recourir, c'est-à-dire à l'abrasion, à la destruction de la paroi externe de l'antre. Il faut se créer une large voie conduisant au crâne, au labyrinthe. La voie postérieure est la seule qui, anatomiquement, permette de tout aborder. Il ne faut pas se préoccuper beaucoup de la section du nerf facial qui la plupart du temps est déjà coupé par la balle.

Il est indiqué de faire toujours une opération précoce, sans quoi il est impossible d'empêcher l'infection. L'opération ne doit pas avoir d'autre but que d'enlever le projectile qui, se trouvant dans un milieu aérien, deviendra fatalement une source d'infection. Le foyer est indésinfectable tant que le projectile n'est pas enlevé.

Traitement chirurgical des anévrismes. — M. Lejars fait un rapport sur deux observations malheureuses d'anévrismes traités chirurgicalement par M. Riche. Dans un cas, M. Riche avait lié l'axillaire et la carotide primitive. Le malade est mort deux heures après l'opération.

Depuis quelque temps, tous les chirurgiens se sont ralliés à la méthode d'extraction pour la cure des anévrismes. Les succès ont été nombreux; il en est résulté une atmosphère de bénignité pour ces opérations qui n'est pas toujours en rapport avec les faits. C'est pourquoi il faut savoir gré aux collègues qui nous font connaître leurs échecs.

Le second cas de M. Riche a trait à un homme de cinquante-sept ans, ayant encore les radiales souples, qui portait un anévrisme du creux poplité. La tumeur présentait des battements énergiques et des mouvements d'expansion très marqués. M. Riche découvre la tumeur, met un catgut sur l'artère au-dessus du sac, puis au-dessous et enlève la tumeur qui était un anévrisme sacciforme. Quinze jours après, le pied était momifié; il fallut faire l'amputation de la jambe.

Cet anévrisme ne rentrait pas dans les bons cas; il battait très fort; ces battements constituent un fait important. Ils indiquent que la circulation collatérale n'est pas encore suffi-

samment préparée. La dissection de cette tumeur montra qu'il s'agissait d'un anévrisme sacciforme. L'extirpation de la tumeur a été faite en bloc. La dissection du sac aurait peut-être permis de ne lier de l'artère que la partie indispensable.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme de quarante-huit ans qui portait un anévrisme du tronc branchio-céphalique. M. Riche fit la ligature de l'axillaire et de la carotide primitive. Le malade tomba dans le coma et mourut quelques heures après. Il n'y eut pas d'autopsie. Peut-être y avait-il une anomalie artérielle. En matière d'extractions de tumeurs anévrismales, on n'est jamais sûr de ce qui se passera le lendemain.

Epithélioma facial. Autoplastie. — M. Morestin présente un malade qui était atteint d'un épithélioma de la face développé sur un lupus. L'ablation de cet épithélioma a nécessité un grand sacrifice cutané qui a été très heureusement comblé par des greffes dermo-épidermiques.

M. Labbé rappelle plusieurs cas semblables de sa pratique. Dans un cas de ce genre où il avait affaire à un homme complètement chauve, il refit la face avec un vaste lambeau de la peau du crâne qu'il rabattit en laissant seulement un pédicule. M. Labbé estime que, dans ces cas, la puissance du chirurgien est considérable. Il rappelle aussi l'histoire d'un chef de gare de Fécamp chez lequel l'ablation d'un épithélioma avait laissé une énorme brèche qui fut également comblée par des lambeaux empruntés sur les tempes.

Ces opérations doivent être faites très largement et les pertes de substance qui en résultent peuvent être facilement comblées.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 9 novembre 1907)

Recherches expérimentales sur la pathogénie des parotidites post-opératoires. — MM. Morel et Nepper, après avoir reconnu expérimentalement que la pathogénie des parotidites post-opératoires n'est pas spécifique, ont cherché à produire des infections parotidiennes expérimentales en utilisant seulement les conditions banales qui semblent provoquer l'apparition des parotides canaliculaires en général (suppression de la salivation parotidienne, déshydratation de l'organisme, infection buccale). Ils ont réalisé ces conditions, en se tenant dans les circonstances qui précèdent, accompagnent ou suivent l'acte chirurgical. De leurs résultats positifs, ils concluent que la parotidite post-opératoire est réalisée, dans la laparotomie la plus aseptique, par la suppression de la salivation parotidienne (absence de mastication) et accessoirement par la déshydratation de l'organisme (jeune) et l'infection buccale (hygiène buccale défectueuse de l'opéré).

Pigments biliaires, stercobiline et stercobilinogène dans les fèces physiologiques. — MM. Gilbert et Herscher ont étudié comparativement dans les fèces physiologiques les pigments biliaires, la stercobiline (urobiline fécale) et le stercobilinogène (chromogène de l'urobiline fécale). Si, dans les matières fécales du nouveau-né, on constate seulement des pigments biliaires (biliverdine à la naissance, bilirubine dans les jours qui suivent) sans stercobiline ni stercobilinogène; chez l'adulte, au contraire, les pigments biliaires manquent et sont remplacés par une très grande quantité de stercobilinogène, auquel s'associe parfois un peu de stercobiline.

Par la voie intestinale, les pigments biliaires sont donc, chez l'adulte, éliminés sous la même forme que par la voie sanguine. Les auteurs ont, en effet, montré antérieurement qu'à l'état physiologique une petite quantité de pigments biliaires pénètre dans l'appareil circulatoire. Ils arrivent au rein où ils sont transformés en chromogène de l'urobiline qui, identique au stercobilinogène, passe dans l'urine. Si la stercobilinie normale est bien plus intense que l'urobilinurie physiologique, c'est seulement parce que chez un sujet sain les pigments biliaires arrivent en beaucoup plus grande abondance dans le tube intestinal que dans l'appareil circulatoire.

Les recherches de MM. Gilbert et Herscher montrent, en outre, que l'identité entre les phénomènes fécaux et urinaires se poursuit dès la naissance, car, de même qu'il n'y a pas d'urobiline dans l'urine du nouveau-né, de même il n'y a pas de stercobiline dans ses fèces.

Lésions pulmonaires consécutives à l'introduction d'acides des graisses par la voie vasculaire. — MM. Jean Camus et Ph. Pagniez poursuivent leurs recherches sur le rôle des acides gras dans le mécanisme des lésions tuberculeuses. Après avoir montré les propriétés de ces acides dans le phénomène de l'*acido-résistance* et avoir, d'autre part, réalisé par l'injection d'acides gras dans la trachée une série de lésions analogues à celles de la tuberculose, les auteurs ont injecté des acides gras dans les veines d'animaux et examiné à différents stades les lésions pulmonaires consécutives. Ces lésions, malgré des divergences, sont là encore comparables par plusieurs points à celles de l'infection tuberculeuse par voie sanguine. Les auteurs ont en effet provoqué chez le chien des granulations vasculaires avec nombreuses cellules rondes à la périphérie et cellule géante au centre.

C'est là une preuve de plus de l'importance des acides gras qui adhèrent au bacille tuberculeux et sur lesquels les auteurs ont attiré l'attention à plusieurs reprises.

Sur les salmonelloses : leurs sensibilisatrices. — M. E. Sacquépée. Sous le nom de salmonelloses, on doit désigner tous les microbes présentant les caractères généraux du bacille décrit par Salmon comme étant l'agent pathogène du hogcholéra. Dans ce groupe rentrent en particulier les bacilles du hogcholéra, de la psittacose, paratyphique B et des intoxications alimentaires (ou bacilles carnés). La diversité même des espèces et des maladies dans lesquelles ces microbes voisins ont été rencontrés oblige à étudier attentivement leur degré de parenté, car on range côte à côte des germes doués de propriétés pathogènes fort différentes, virulents les uns pour l'homme, d'autres pour le porc, et provoquant chez l'homme des maladies disparates, tantôt à forme typhoïde, tantôt cholériformes.

On a employé pour chercher les sensibilisatrices le procédé de Bordet-Gengou : les sérums proviennent de lapins immunisés.

Les sérums Gärtner, Marsecle renferment tous les deux une sensibilisatrice active sur les bacilles carnés (Gärtner, Marsecle et Bruxelles).

Ces mêmes sérums ne contiennent pas de sensibilisatrice spécifique pour les bacilles hogcholéra, psittacose, paratyphique B, carnés aertrycke, Posen, etc.

Les sérums hogcholéra, psittacose, paratyphique B, carné, aertrycke renferment tous une sensibilité active sur chacun des bacilles précédents (hogcholéra, aertrycke, etc.), de même que pour les bacilles carnés Düsselforf et Sirault.

Ces mêmes sérums n'ont pas d'activité sur les bacilles carnés Gärtner, Marsecle et Bruxelles.

Devant les sensibilisatrices, les salmonelloses se classent en deux grands sous-groupes réellement distincts l'un et l'autre : sous-groupe I (le Gärtner, etc.) et sous-groupe II (le hogcholéra, etc.).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 130. — JEUDI 14 NOVEMBRE 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 14 NOVEMBRE 1907. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 11 novembre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de la fièvre typhoïde. »

MM. Sondag, 8; Vaquette, 6; Wiart (Louis), 14; Vivier, 15; Thibierge, 19; Mlle Trzaskovsky, 9; MM. Surun, 10; Speth, 14; Mlle Temkin, 10; MM. Vallerant, 18; Testard, 12; Zielenski, 14; Steibel, 9; Rudelle, 17; Ubago, 10; Welsch, 11.

Anatomie. — Séance du 12 novembre. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports de la vessie chez l'homme. »

MM. Desprez, 12; Braye, 10; Didier, 11; Camino, 10; Bréhier et Bernard (Ulric), 14; Blutel, 16; Barthélemy, 17; Mlle Branchier, 18; MM. Amyot, 9; Allo, 6; Ballard, 9; Bardet (Georges), 14.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 14 novembre, à quatre heures, première moitié, première série, et première moitié, deuxième série.

— Amphithéâtre des hopitaux. — *Concours du prosectorat.* — *Troisième épreuve orale :* Séance du 12 novembre. — MM. Desmarets, 19; Heitz-Boyer, 16 1/2; Sauvé, 17 1/2; Bréchot, 16; Muret, 18.

La prochaine séance (épreuve écrite), aura lieu le jeudi 14 novembre, à neuf heures trois quarts, à l'hôpital de la Charité, amphithéâtre Velpeau.

— Concours de la médaille d'or. (Chirurgie et accouchement.) — Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1907-1908) aura lieu le jeudi 12 mars 1908, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 2 au 11 janvier 1908 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le samedi 11 janvier 1908, à trois heures, dernier délai.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La fermeture de la Faculté, que nous avons annoncée dans notre dernier numéro, a été décidée par le Conseil de l'Université après la délibération suivante :

« Considérant que les 8 et 9 novembre des désordres violents se sont produits dans la Faculté de médecine à l'ouverture des cours de deux professeurs récemment nommés;

Considérant que si, en toute circonstance, les manifestations bruyantes des étudiants sont répréhensibles comme contraires à la discipline et au bon ordre des études, elles deviennent intolérables quand elles se présentent comme une protestation contre des nominations régulières, dans lesquelles les pouvoirs compétents n'ont eu en vue que l'intérêt des études et des étudiants, et quand elles prennent le caractère de violence qui a marqué celles des 8 et 9 novembre;

Considérant qu'il est indispensable de couper court à de pareils désordres;

Est d'avis :

Que la Faculté de médecine soit fermée à dater de ce jour jusqu'à la fin du premier trimestre de l'année scolaire, avec toutes les conséquences de droit;

Que toutefois les étudiants qui, faute de justifier du grade de docteur au 1er décembre prochain, seraient appelés sous les drapeaux, soient admis à subir leurs examens avant cette date. »

GUERRE. — Sont promus au grade de médecin aide-major de première classe, MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Azaïs, Nugue et Feyzeau.

MARINE. — M. le médecin de deuxième classe Le Conteur est promu au grade de médecin de première classe.

ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE LA ROCHE-GANDON, A MAYENNE. — Un emploi d'interne est disponible à l'asile public d'aliénés de la Roche-Gandon, à Mayenne.

Les candidats à cet emploi devront être Français, être âgés de vingt et un ans au moins et avoir, au minimum, dix inscriptions de doctorat.

Le titulaire de l'emploi recevra un traitement annuel de 800 francs et aura droit en plus à la nourriture, au logement, au chauffage, à l'éclairage et au blanchissage.

Les demandes devront être adressées à M. le directeur-médecin en chef de l'asile de la Roche-Gandon, à Mayenne, chargé de les centraliser et de les transmettre à M. le Préfet de la Mayenne.

Chaque demande devra être accompagnée des pièces suivantes :

1° Acte de naissance; 2° certificat de scolarité; 3° extrait du casier judiciaire.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Planchon, décédé à Antogny (Indre-et Loire).

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE L'AFFAIRE DE BEAUJON

M. Bazy nous communique la lettre qu'il a adressée il y a quelques jours à certains journaux qui, se faisant l'écho de racontars stupides, l'avaient accusé d'avoir oublié plusieurs mètres de compresses dans le ventre d'une malade.

Nous sommes heureux de publier cette lettre qui montre l'imbécillité des attaques auxquelles les médecins sont trop souvent en butte depuis quelque temps.

« A la presse, pour la mettre en garde contre des récits soi-disant sensationnels, à ceux de nos jeunes confrères que des études hâtives et une pratique trop courte ont insuffisamment préparés aux découvertes importantes et aux actes audacieux, et auxquels le contact d'un journaliste inspire un bavardage inconsidéré, je dois le récit suivant pour leur suggérer un peu plus de réserve et de modestie :

Dans les derniers jours d'octobre, à l'un de mes jours de consultation, je vois entrer, arrivant à son tour, comme un malade désireux de mes soins, un petit monsieur, à la tenue correcte, qui vint faire auprès de moi une communication soi-disant « amiable », mais sur la signification de laquelle je ne me mépris pas un seul instant. Je le priai poliment de se retirer.

Quelques jours après, le directeur de l'hôpital Beaujon me demanda de passer dans son cabinet pour prendre connaissance d'une note du directeur de l'Assistance publique.

Un monsieur avait demandé une audience au directeur de l'Assistance publique, afin de *lui signaler un fait très grave* qui s'était passé à l'hôpital Beaujon.

C'était le fait des compresses soi-disant oubliées.

Je répondis, séance tenante, au directeur de l'Assistance publique qu'un monsieur était en effet venu chez moi pour faire une démarche soi-disant *amiable*, dont le caractère m'avait si peu paru douteux que je l'avais mis à la porte, et qu'il pouvait le prévenir soit officiellement, soit officieusement, que je ne lui donnerais d'explications que devant des experts ou devant le tribunal et que je me proposais même, dans ce cas, de lui demander des dommages-intérêts qui profiteraient à nos malades *pauvres* et à nos caisses de bienfaisance professionnelle.

J'ai attendu.

Or, un beau matin, le mercredi 30, paraissaient dans deux journaux une note dans laquelle un chirurgien de l'hôpital Beaujon était accusé de négligence et d'oubli malencontreux. Le soir, mon nom était dans plusieurs journaux et j'y étais traité, on a pu voir comment : on y annonçait, en outre, que des poursuites étaient engagées contre moi. Par respect pour la justice de mon pays, j'ai attendu encore huit jours qu'on m'assignât. Voyant que je ne pourrai pas parler devant le tribunal, je replace la question sur le terrain où on l'a mise.

Le 31 octobre 1906, venait me voir à l'hôpital, avec une lettre de recommandation, une personne habitant Champigny et qui désirait se faire opérer par moi.

Elle portait une tumeur volumineuse à l'abdomen. Je jugeai la situation grave, mais l'opération était indispensable et la seule chance de salut : je pratiquai l'opération le 6 novembre 1906.

J'ai l'habitude de dicter, sur un registre, après chaque opération, tout ce qui a été fait pendant l'opération, de sorte que je n'ai eu qu'à prendre mon registre d'opérations pour voir ce que j'avais fait le 6 novembre 1906.

Or, ce jour-là, j'ai opéré une demoiselle X... pour une tumeur de l'ovaire : je pourrais transcrire ce qui est écrit. Je résume en disant que j'ai fait la *marsupialisation* d'une poche kystique.

On désigne sous ce nom une méthode opératoire, autrefois très employée, mais qui n'est plus guère utilisée que dans des cas particulièrement graves, et pour nous de plus en plus rares, où l'ablation complète d'une tumeur kystique créerait des dangers immédiats et très sérieux : on laisse alors une portion de la poche, celle qui est trop adhérente aux organes voisins, et on en suture les bords aux lèvres de l'incision de la peau.

La marsupialisation nous permet de sauver des existences qui, avec d'autres méthodes opératoires, courraient les plus grands risques de succomber dans les deux ou trois premiers jours après l'opération.

Si j'avais été jeune chirurgien, avec la foi enthousiaste que l'on a alors dans la toute-puissance de la chirurgie, je crois bien que j'aurais tenté de tout enlever quand même, mais je crois bien aussi que mon opérée n'y eût pas résisté, et je n'aurais pas eu à parler aujourd'hui de son opération.

Sans doute, de cette façon, la guérison est longue, très longue à venir; mais un vieux proverbe ne dit-il pas : « Un rustre vaut mieux qu'un prince mort » ?

Ce mot de marsupialisation a été créé pour désigner l'analogie qui existe entre la poche que l'on crée ainsi, qui est isolée de la cavité abdominale ou péritonéale, et la poche des marsupiaux; cette poche, la kanguroo femelle y met, après la naissance, son petit, qui la quitte et la réintègre selon sa fantaisie. Des objets mis dans une poche marsupialisée ne sont pas plus dans le ventre que le petit kanguroo n'est, après sa naissance, dans le ventre de sa mère.

D'autre part, on met toujours dans cette poche des mèches ou des drains, ou les deux, pour permettre aux liquides qui se forment dans cette poche d'être évacués au dehors. Le pansement de ces sortes d'opérations consiste à retirer tous les jours, tous les deux ou trois jours, ces mèches et à les remplacer par d'autres.

Je ne sais pas ce qu'a de commun la demoiselle X..., mon opérée du 6 novembre 1906, avec Mme R..., dont le fils fait tant parler de lui; mais je crois bien que ce fils doit être la même personne qu'un jeune homme qui venait la voir à l'hôpital et qui disait au personnel hospitalier de la salle qu'il était attaché à la préfecture de police et était très bien avec M. Lépine (*sic*).

Cette demoiselle X..., opérée le 6 novembre, est sortie le 20 novembre sur sa demande, c'est-à-dire quatorze jours après son opération, disant qu'elle pouvait continuer à se faire soigner par son médecin. L'hôpital n'étant pas une prison, je n'en ai plus entendu parler, pas plus que de son médecin, et j'ai quelque raison d'être surpris que personne n'ait daigné venir nous demander des renseignements sur ce qui avait été fait, ni des conseils sur la marche à suivre. Nous nous serions empressé de les donner, comme nous le faisons toujours. Ce que je sais, c'est qu'elle vit toujours.

Quant à la manière dont les compresses seraient restées dans le ventre (?!), j'attends toujours qu'on me le demande devant le tribunal, et alors je ferai comparaître mon opérée du 6 novembre 1906 qui viendra, j'en suis sûr, reprocher à Mme R... son ingratitude, et qui lui dira que c'est à la façon dont elle a été opérée qu'elle doit d'être encore en vie. Je ferai citer aussi comme témoin le docteur Z... (de Champigny), pour lui fournir l'occasion, qu'il a malheureusement laissée échapper, de protester et de démentir les propos inconsidérés qu'on lui a prêtés, l'attitude extraordinaire qu'on lui a fait tenir et les actes imprudents et dangereux qu'on lui a fait commettre, au grand détriment de la vérité que je viens, en toute conscience, défendre.

Dr BAZY,
chirurgien de Beaujon. »

MALADIES DES PAYS CHAUDS

GÉOGRAPHIE MÉDICALE

Distribution géographique des filarioses sanguines.

Par le docteur J. BRAULT,

Professeur de clinique à l'École de médecine d'Alger.

Dans ces derniers temps, l'étude des diverses filarioses sanguines a bénéficié de nouveaux éclaircissements; en outre, leur distribution géographique nous est mieux connue. En raison de ces circonstances, il me semble utile de résumer la question.

Filaria Bancrofti, filariose nocturne. — RÉSUMÉ. — Je ne veux pas m'étendre sur l'histoire naturelle bien connue de ce parasite, on sait qu'il s'agit d'un ver blanc, filiforme, effilé aux deux bouts; le mâle mesure 3 à 4 centimètres de long et 100 μ de large; la femelle est plus longue et plus épaisse, elle mesure 7 à 8 centimètres de longueur sur 185 μ de large. Ces animaux siègent dans les varices lymphatiques (scrotum, muscles, pelvis, abdomen, canal thoracique).

Les œufs ont des dimensions variables suivant leur degré de développement, 25 à 40 μ de long sur 12 à 30 μ de large.

Les embryons engainés ou microfilaires sont très caractéristiques, larges de 7 à 11 μ, ils mesurent jusqu'à 125 et 300 μ de long. Leur corps est finement strié (granulations au tiers moyen du corps, taches en forme de V, tête et queue), la tête se termine par une sorte de rostre entouré d'un prépuce rétractile à six franges; au sommet du rostre, on voit un dard également rétractile. Au cours du sommeil, les embryons gagnent le sang périphérique; pendant la veille, ils se réfugient dans les organes profonds (vaisseaux pulmonaires surtout).

C'est le moustique qui est l'hôte intermédiaire (les espèces surtout favorables sont : C. pipiens, Skusi, fatigans; A. Rossi, Costalis; Panoplites africanus; stegomyia fasciata).

L'insecte pompe les embryons dans le sang périphérique; ces derniers se délivrent de leur gaine, perforant l'estomac de leur hôte, gagnent la cavité générale, puis les muscles où ils accomplissent leur développement, et sont enfin réinoculés à l'homme sous forme de larves qui ont fini par émigrer vers la trompe du moustique (Low). Jusqu'ici toutefois, on ne sait pas si ces larves sont susceptibles de se développer ultérieurement chez l'homme et d'atteindre l'état adulte, ce qui fermerait le cycle.

FILARIOSE NOCTURNE. — La filariose nocturne peut, au point de vue clinique, donner de nombreuses manifestations pathologiques.

Eléphantiasis filarien. — En dehors des éléphantiasis microbiens, il faut peut-être faire une place à l'éléphantiasis filarien.

On sait que cette variété d'éléphantiasis a été rayée du cadre nosologique par plusieurs auteurs; cependant, dans un certain nombre de cas de pachydermie, il s'agit bien de filariose.

Manson, très compétent, a très habilement soutenu cette opinion, contre ceux qui objectent que l'on ne trouve pas de filaires. Voici ses principaux arguments :

La forme de la filariose, au point de vue lymphatique, dépend de la situation du parasite.

Si ce dernier détermine seulement une oblitération partielle, il ne se produit pas de varices lymphatiques; les embryons peuvent passer dans le sang, grâce aux anastomoses; il y a lympho-scrotum, chylurie ou engorgements ganglionnaires.

Au contraire, lorsque l'oblitération est complète, il peut se produire deux choses :

1° La lymphe accumulée dilate tellement les vaisseaux, qu'il en résulte des lymphorragies du scrotum et des membres; on trouve des embryons dans la lymphe, on n'en trouve pas dans le sang;

2° Les lymphatiques distendus ne se rompent pas, la lymphe stagne, les ganglions s'indurent et l'éléphantiasis apparaît. On ne trouve pas d'embryons dans le sang et la filaire adulte finit même par périr étouffée par ses jeunes et par la lymphe qui s'organise, c'est ce qui rend le diagnostic très difficile pour peu que l'on n'ait pas suivi le malade dès le début, non seulement les filaires adultes, mais encore les œufs et les embryons, peuvent fermer la circulation lymphatique, en constituant des sortes d'embolies vermineuses (1).

Autres manifestations. — Je passerai rapidement sur l'adénolymphocèle, les varices lymphatiques, le lympho-scrotum et les abcès lymphatiques (2).

Le filarien présente de temps à autre des accès d'hémato-chylurie; les urines, d'abord rouges, sont ensuite lactescentes; ces accès sont dus à la rupture de varices lymphatiques (3) [rein, vessie].

On peut observer encore de la chylocèle (hydrocèle graisseuse), de l'ascite chyleuse, du chylothorax (microfilaires dans la plèvre et le péricarde), de la diarrhée chyleuse (4).

Distribution géographique.

Parmi les filaires du sang, la filaire nocturne est la plus répandue et la plus anciennement connue.

C'est à un chirurgien français, Demarquay, que revient d'ailleurs l'honneur de la découverte (1863); il trouva les embryons dans l'hydrocèle laiteuse d'un jeune homme, retour de la Havane; un peu plus tard Wucherer, à Bahia (Brésil), retrouve le même parasite dans les urines chyleuses (28 cas) [1866-1868]. Cette même année 1868, Lewis dans l'Inde fait des constatations identiques, et quatre ans plus tard (1872), il donne une immense impulsion à la question, en démontrant que la microfilaire existe

(1) Voir J. BRAULT. L'éléphantiasis dans les pays chauds, *Gaz. des hôpit.*, 7 et 9 mai 1901.

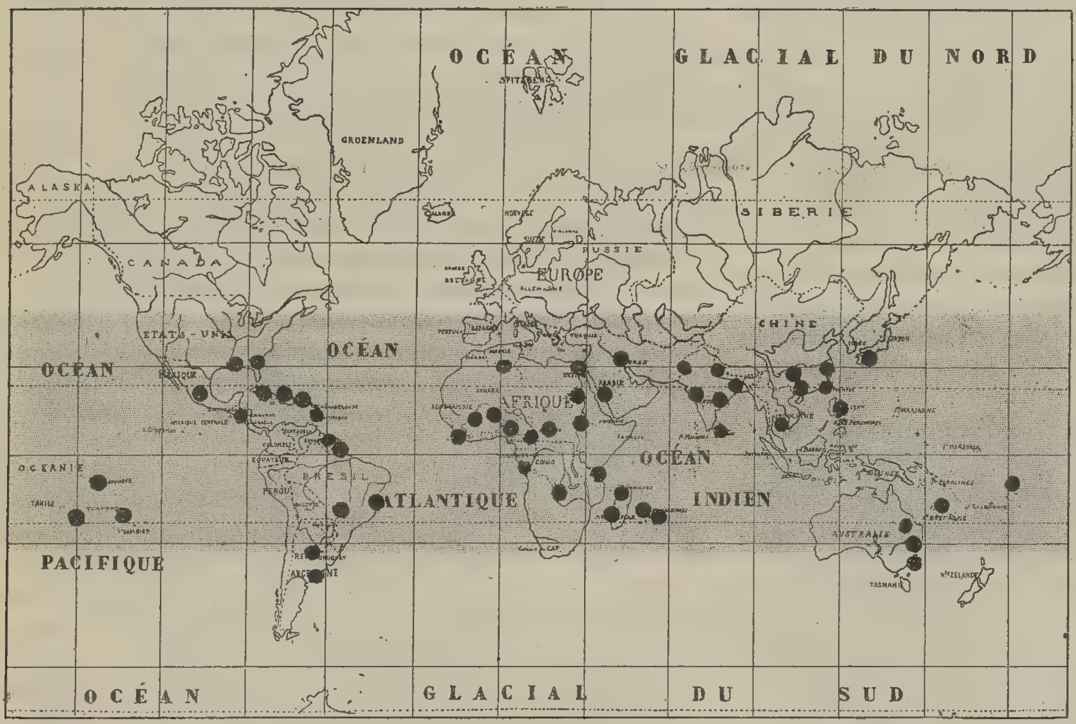
(2) Nous en avons opéré un cas chez un individu qui était de retour de l'isthme de Panama.

(3) La recherche des filaires se fait en filtrant les différents liquides chyleux.

(4) Jusqu'à présent le traitement interne a été à peu près nul; seul le traitement chirurgical, variant suivant les indications, a pu parer aux accidents.

non seulement dans l'urine, mais encore dans le sang. En 1876, Bancroft trouve enfin, non plus la microfilaire, l'embryon seul, comme tous les auteurs précédents, mais la filaire adulte.

Restait encore une étape à franchir, c'est Patrick Manson qui s'en est chargé : c'est lui en effet qui a fait connaître d'une façon complète le cycle évolutif de la filaire nocturne à travers le moustique. D'après les dernières recherches de cet auteur et de ses élèves, les larves, après avoir parcouru leur rôle évolutif dans les muscles du moustique, seraient réinoculées à l'homme par la trompe de ce dernier, ainsi que nous l'avons expliqué plus haut.



FILARIA NOCTURNA. Roy D. del.

FIG. 1. — *Distribution de la filaria nocturna.*

AFRIQUE. — La filaire nocturne peut se rencontrer en Algérie, dans la Basse-Egypte. Au sud, citons : le Natal et Transvaal. Sur la Côte occidentale, elle existe un peu partout (Sénégal, Soudan, Guinée, Gabon). Dans l'Afrique centrale, on l'observe dans la Haute-Egypte, la Nubie; dans le Congo belge, l'Ouganda, au Zambèze (Lower Shire River, Chirade River, lac Nyassa). Sur la Côte orientale, signalons : Monbaza, Zanzibar, l'Afrique orientale allemande, Tanga, Dar-es-Salam. Les îles sont atteintes : Seychelles, Mayotte, Nossi-Bé, Madagascar, Maurice, Réunion.

ASIE. — Citons l'Arabie, la Mésopotamie ; l'Hindoustan et la Chine qui sont surtout contaminés. Dans l'Inde, la maladie est endémique; à Bombay, à Calcutta, dans le delta du Gange; elle est fréquente sur la Côte orientale (Madras, côte de Malabar, Cochin, district de Travancore); l'île de Ceylan est atteinte ; toute la côte méridionale de la Chine est entachée par l'endémie.

Au Japon, Scheube n'a rencontré la maladie que dans les îles du Sud (Kiou-Siou, Goto-Shima, Hirado-Shima, Amakusa) ; on l'aurait vue aussi à Nagasaki.

Aux Philippines, signalons seulement Ilo-Ilo.

OCÉANIE. — Sur le continent, la filaire nocturne est connue à Brisbane dans le Queensland, elle entache surtout la partie orientale de l'Australie.

Signalée en Nouvelle-Calédonie et en Nouvelle-Guinée, elle est très répandue dans tout l'Archipel polynésien. On l'a rencontrée aux Fidji, aux Tonga, aux îles des Amis, aux Samoa, à Tahiti et à Moréa.

AMÉRIQUE. — Reste l'Amérique ; signalons le sud des Etats-Unis (Mobile, Key West, Charleston, Colombia et même Philadelphie); le Mexique, l'isthme de Panama, les Grandes-Antilles (Cuba, Haïti, Jamaïque, Porto-Rico), les Petites-Antilles (Saint-Thomas, Saint Christophe, Montserrat, Guadeloupe, Dominique, Sainte-Lucie, Saint-Vincent, Barbades, Trinité). Dans l'Amérique du Sud, la maladie se retrouve aux Guyanes, au Brésil (Bahia surtout), dans l'Argentine et la Plata.

Toutes les races indistinctement paient leur tribut à la filariose nocturne; les femmes paraissent, un peu partout, plus atteintes que les hommes.

AUTRES FILARIOSES SANGUINES : *Filaire diurne. Filaire persistante. Filaire de Demarquay. Filaire d'Ozzard. Filaire de Magalhaës*, etc.

Voyons maintenant les autres espèces de filarioses sanguines qui ont d'ailleurs jusqu'à présent une aire de distribution géographique assez limitée et avaient, jusqu'à ces derniers temps, une histoire encore un peu confuse ; les troubles pathologiques, l'évolution, les hôtes intermédiaires, restent d'ailleurs encore à l'état de problèmes.

Filaire diurne. — Ici la forme adulte n'est pas autre chose que la filaria loa que l'on observe sous la conjonctive des nègres de la Côte occidentale d'Afrique, endémique depuis l'Equateur, ou quelques degrés au-dessus, jusqu'au dixième degré de latitude sud dans l'hémisphère austral; lors de la traite, on l'a observée en Amérique, mais depuis elle nous est revenue.

C'est surtout au Gabon et au Congo que le ver se rencontre, dans une vieille gravure publiée par Pigafetta (1598) : on remarque une personne qui subit l'opération de la filaire sous-conjonctivale, il

s'agit d'une description du Congo datant de cette époque (1).

Le loa mâle mesure 3 centimètres sur 300 μ de large, la femelle, 4 centimètres et 300 μ de large.

L'embryon semblable à celui de la nocturne n'en diffère que par ses mœurs. La microfilaire mesure environ 300 μ de long sur 8 à 10 μ de large.

La filariose diurne ne se rencontre qu'en Afrique, sur la côte ouest (Sierra-Leone, Dahomey, Vieux-Calabar, Bas-Niger); elle se retrouve sur l'Ouellé et aussi au nord du lac Nyanza.

Filaire persistante. — La forme adulte est représentée par les filaires rencontrées par Daniels à l'autopsie d'aborigènes de la Guyane, porteurs de microfilaires d'Ozzard, variété tronquée. Le mâle mesure 45 millimètres sur 0,060 de large, la femelle 70 à 80 millimètres sur 0,120 de large.

L'embryon persistant (filaria sanguinis minor de Manson) est privé de gaine; long seulement de 200 μ, il n'a que 5 à 6 μ de large (2); il présente un rudiment de tube digestif, un rostre rétractile et une queue obtuse.

Cet embryon peut être associé à la filaire nocturne, à la filaire diurne, à la filaire d'Ozzard, variété effilée; car la filaire d'Ozzard, variété obtuse, n'est pas autre chose que l'embryon persistant retrouvé en Amérique.

Distribution géographique. — Les femmes sont plus atteintes que les hommes; les blancs sont rarement atteints.

L'infestation existe sur toute la côte ouest d'Afrique et son hinterland : on la trouve dans tout le bassin du Congo, dans l'Ouganda (3); en dehors de l'Afrique, on n'a trouvé jusqu'à présent la perstans que dans la Guyane anglaise.

Filaire de Demarquay et filaire d'Ozzard. — Les formes adultes et embryonnaires de ces deux filaires sont très voisines et certains auteurs pensent, depuis les recherches les plus récentes, qu'elles doivent être désormais confondues.

(1) Voir R. Blanchard. *Arch. de par.*, oct. 1899.

(2) Il existe une variété courte 90 à 100 μ (Firket).

(3) Dans certaines régions, on a remarqué que l'infestation par la perstans était d'autant plus fréquente, que la contrée comportait plus de bananiers.

Filaire de Demarquay. — Adultes : mâle inconnu, femelle, 65 à 80 millimètres de long sur 0,200 à 0,250 de large. Embryon non périodique, non engainé, mais à queue effilée, 200 μ de long sur 5 μ de large.

Filaire d'Ozzard. — Adultes : mâle, on n'a trouvé jusqu'ici qu'un fragment postérieur; femelle, 81 millimètres sur 0,210 de large. Embryon : mêmes dimensions que les microfilaires de Demarquay.

Distribution géographique. — La filaire de Demarquay a une distribution très restreinte : elle ne prend que certains districts de Saint-Vincent et Sainte-



Fig. 2. — *Distribution géographique des filaria loa, Perstans et Demarquay.*

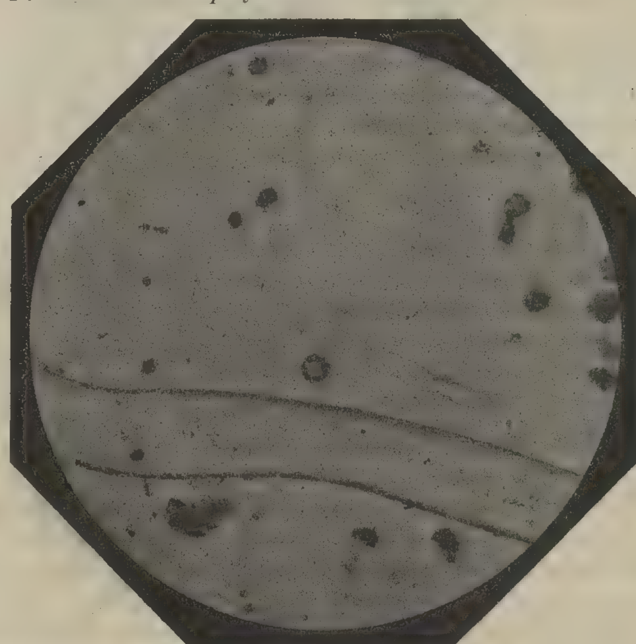


Fig. 3. — *Filaire de jour, photographiée à notre laboratoire. Sang de nègre, Vérick objectif 4, oculaire 4. A côté de la filaire, on voit les globules sanguins, plus ou moins déformés.*

Lucie (Collognia, Gros-Ilet); elle a été vue aussi à la Dominique et à la Trinité (1).

La filaire d'Ozzard se rencontre seulement dans l'intérieur de la Guyane anglaise.

Autre point de rapprochement entre les deux filaires, elles affectionnent la brousse et la forêt.

Filaire de Magalhaês. — Ici le stade adulte mâle et femelle est le stade seul connu, le parasite un peu plus gros que la forme adulte de la filaire de Bancroft n'a encore été signalée qu'à Rio-de-Janeiro par Magalhaês.

Pour terminer, nous ne ferons que signaler : la filaria gigas rencontrée par Prout à Mozemba (Sierra-Leone), la filaria Powelli trouvée à Bombay ; enfin la filaire de Taniguchi (Ama Vuisha, Japon).

EFFLUVES ET ÉTINCELLES DE HAUTE FRÉQUENCE

POUR LA

CURE RATIONNELLE DES TUMEURS MALIGNES

Par le docteur J.-A. RIVIÈRE (de Paris).

Ce court résumé, ou, plutôt, cette *mise au point* d'une question actuellement à l'ordre du jour, pourrait, plus scientifiquement, s'intituler ; *De la méthode cytolytique, par électrocution localisée des néoplasmes*. Plusieurs communications, faites dans les récents Congrès, nous engagent à revenir sur la question qui intéresse tous les praticiens : on a, d'ailleurs, toujours, pour son enfant, des entrailles de père.

Plusieurs de mes confrères en électrothérapie ont bien voulu me reconnaître spontanément le mérite du précurseur dans cette méthode. Mais je tiens à revendiquer mes droits de priorité absolue. Les lecteurs n'ont qu'à se reporter à ma communication au Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales (Paris, juillet 1900). J'ai publié plusieurs observations où se trouve nettement mise en lumière l'action cytolytique des étincelles de haute fréquence, pour la désorganisation curative et la désintégration des néoplasmes : escarres, élimination, cicatrisation souple, suppression des douleurs, métamorphose de l'ichor fétide en pus louable et inodore, prévention des récidives par la nécessité de faire suivre les opérations d'applications d'effluves et d'étincelles de haute fréquence, etc., *tout se trouve décrit dans cette première communication*.

En 1903, à l'Académie de médecine et à plusieurs reprises, dans les années suivantes (2), je suis abondamment revenu sur les détails de mon traitement, *mais sans aucun fait nouveau*, tout ayant été dit, par moi, dès 1900.

Si j'insiste sur ces points, c'est moins par vanité que pour mettre en garde mes confrères sur certaines modifications apportées au traitement et qui ne sont pas toujours très heureuses, surtout lorsqu'on fait intervenir, sans exception, la chirurgie, dans une méthode qui est et doit rester, dans certains cas, essentiellement naturiste. En effet, la chirurgie est inutile dans les épithéliomas externes et superficiels, les étincelles étant largement suffisantes à la cure (peut-être même la curette peut-elle favoriser l'infection locale spécifique, en ouvrant les voies lymphatiques à l'inoculation).

Les étincelles, qui partent de tubes d'ébonite et qui transportent cette matière vulcanisée sur les tissus, paraissent devoir nuire à la cicatrisation qui se fait si bien lorsque les électrodes employés sont métalliques.

L'effluvation de la plaie me paraît, dans certains cas, devoir être préférée aux étincelles dont il est impossible d'enlever les rayons calorifiques dont l'action se manifeste au point de contact, aucun courant d'air ne pouvant empêcher cette action.

Les courtes étincelles, d'un ampérage forcément élevé, exercent le pouvoir thermo-électro-chimique dont j'ai parlé en 1900. Les grandes effluves sont toujours accompagnées d'une pluie d'étincelles.

De nouveaux appareils nous permettent d'employer des étincelles et des effluves de très haut voltage (un million de volts environ, 20 à 40 centimètres de longueur), plus facilement supportables par le malade, à cause de leur faible ampérage.

Les néoplasmes profonds sont justiciables de notre méthode lorsqu'ils affectent des cavités accessibles à nos électrodes (nous en avons de spéciaux pour la vessie et l'estomac). Les autres tumeurs profondes, considérées jusqu'ici inopérables, peuvent être traitées à distance par les grandes étincelles et les grandes effluves bi-polaires, ces dernières offrant un voltage plus élevé ; ou bien alors elles peuvent être enlevées au bistouri dont l'action sera suivie de l'emploi de nos moyens électriques (étincelles et effluvations de préférence).

L'activité thérapeutique de la haute fréquence est toujours très facile à régler, pour cette primordiale raison que la cytolyse par effluves respecte toujours les tissus sains, l'érythème radiodermique, lorsqu'elle se produit, favorisant plutôt la guérison. Dès les premières séances, les cellules néoplasiques superficielles sont frappées de mort, et cela aussi bien pour les effluves que pour les étincelles quels que soient leur voltage et leur ampérage. Les éliminations se font de la périphérie au centre. L'explication est aisée : nous avons dit depuis longtemps que l'élément pathologique est une cellule misérable, qui, devenue autonome, demeure désorientée, désorbitée, anarchique ; véritable épave abandonnée par sa famille régulière, elle ne bénéficie plus des forces synergiques inhérentes aux cellules saines, qui ont continué d'obéir au système nerveux *recteur* et *directeur*. C'est pourquoi la cellule cancéreuse, ainsi isolée, tend à l'épuisement et à l'atrophie naturellement : elle ne résistera guère au pouvoir des effluves et étincelles qui la bombardent. D'autre part, le territoire morbide verra bientôt se rétablir un influx

---

(1) Manson a signalé une microfilaire analogue en Nouvelle-Guinée.

(2) La place en ces colonnes se trouvant mesurée, je ne puis que fournir un bref résumé de la question. Ceux de mes lecteurs qu'elle intéresse n'auront qu'à me demander mes communications, je les leur ferai parvenir in-extenso.

nerveux normal, grâce à la spécificité dynamique des vibrations d'arsonvaliennes, qui redressent les neurones et sollicitent une action trophique et phagocytaire de bon aloi. Ainsi, l'on assiste à la restitution intégrale des processus vitaux aberrés; on constate la victoire de l'énergie défensive contre les parasites et les toxines du néoplasme.

Pour arriver à ces succès, il importe d'être maître d'un outillage, permettant la plus grande variation dans les dispositifs. C'est ainsi que j'utilise des effluves et des étincelles de longueur et de densité différentes, je peux aussi à volonté varier, suivant les cas, leur ampérage et leur voltage. Nos étincelles sont essentiellement décongestives et hémostatiques, analgésiques et stupéfiantes, résolutives, régressives et éliminatrices; enfin *réparatrices*, cicatrisantes et sclérogènes. Telles sont les diverses phases de cette méthode, véritablement élective, contre les tumeurs malignes : méthode bien supérieure, en général, à l'exérèse et aux caustiques pharmaceutiques, dont l'action est trop souvent insuffisante sinon nuisible, superficielle et ne saurait se limiter aux éléments carcinomateux, quelle que puisse être d'ailleurs l'adresse de l'opérateur. Cette méthode doit aussi sa supériorité au fait que les effluves et étincelles de haute fréquence succédant immédiatement à la brèche opératoire prévient l'infection générale et la récidive.

La haute fréquence est une méthode idéale, atteignant son but, sans nuire aux tissus sains; une méthode conservatrice, qui donne souvent la guérison dans les cancroïdes et épithéliomas ordinaires, procurant des rémissions considérables, et même des guérisons, dans les formes ulcéreuses, désespérées, à marche térébrante ou galopante. C'est, enfin, comme je l'ai dit, dès 1900, une méthode préventive de la récidive et une méthode de choix dans les cas inopérables. Par les effluves et les étincelles alto-fréquentes, le néoplasme le plus malin revêt peu à peu des allures bénignes. La réaction inflammatoire n'existe pas, dans les cas où les effluves seules ont été employées, puisque l'irradiation (lorsqu'elle reste violette) ne renferme aucun rayon calorifique, tout en offrant l'affinité élective la plus efficace contre la cellule néoplasique. L'élément percutant représente le côté chirurgical naturel de la méthode, qui a rarement besoin de l'appoint du bistouri, pour les lésions superficielles.

Nombre d'observations de cancers faciaux, linguaux, utérins, de cancers du sein adhérents ou inopérables par suite de généralisation axillaire ou médiastine; divers cas de sarcomes, lymphomes, enchondromes, mycosis, affaissés, ratatinés, nécrosés et finalement *éliminés* par le traitement : tel est le bilan résumé de notre pratique décennale. J'emploie les longues effluves bi-polaires, dès qu'il s'agit d'influencer les tumeurs profondes, réservant les applications monopolaires aux cancroïdes et aux épithéliomas. Dans tous les cas, je m'efforce de pousser à l'élimination complète hors de l'organisme, de toutes les particules néoplasiques, mobilisées dans le torrent circulatoire, principalement lorsqu'il s'agit de tumeurs profondes (cancers de l'estomac, du foie, des reins, du pancréas, etc.).

Le devoir du physicothérapeute est, d'ailleurs, de ne pas s'en tenir uniquement à l'étincelle de haute fréquence, quelle que soit sa valeur curative. Il faut alterner et superposer les divers agents, capables de compléter la cure locale, d'amender efficacement le terrain cellulaire.

C'est ainsi que nous utilisons la röntgénisation, l'ionisation galvanique et même celle que peuvent donner des électrodes de haute fréquence de métal ou de substance différente (1). D'autres applications physicothérapiques, la d'arsonvalisation, l'ozonothérapie, l'actinothérapie, etc., fortifient la nutrition cellulaire contre les offenses dyscrasiques et rétablissent la pleine harmonie de la santé générale. En combattant l'acidisme humoral, en activant la combustion uricémique, en accentuant la dépuration et en perfectionnant l'innervation, le praticien avisé préviendra les récidives de la dystrophie néoplasique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1907)

La loi Roussel. — M. Pamard (d'Avignon) a été très heureux de lire les communications de M. Vidal (d'Hyères) sur l'application de la loi Roussel dans le Var. Depuis 1877 qu'il s'occupe également de l'application de cette loi en Vaucluse, M. Pamard a appris à la connaître et vient faire part à l'Académie des perfectionnements ou des modifications qu'on pourrait y apporter avec avantages. Voilà donc trente ans que M. Pamard s'occupe de la protection de l'enfance en Vaucluse : les premiers essais d'application de la loi Roussel ont donné de très bons résultats; mais depuis, la loi Roussel n'a pas produit tout le bien qu'on en pouvait attendre. Les abus du fonctionnarisme se sont fait sentir. Il serait à souhaiter que les comités locaux eussent plus d'indépendance et d'initiative, qu'ils fussent consultés pour le choix des médecins et des inspecteurs.

On a émis le vœu que les médecins soient représentés dans les comités. M. Pamard appuie cette proposition. Il lui paraîtrait aussi fort utile que, tous les mois, il y eût une réunion des médecins et des inspecteurs qui discuteraient ensemble les modifications, les améliorations qu'il pourrait être utile d'apporter au service de la protection des enfants du premier âge.

M. Pamard croit qu'il serait utile aussi d'augmenter l'initiative des comités départementaux. Partisan des consultations de nourrissons à la mairie, M. Pamard fait connaître quelques modifications qu'il serait d'avis d'y apporter. Il s'applique aussi à faire comprendre combien les statistiques sont erronées, pour quelles raisons elles le sont et combien il serait facile d'éviter ces erreurs.

En résumé, M. Pamard émet les vœux suivants :

1° Pour se conformer à la loi, il faudrait convoquer d'une façon plus régulière les comités départementaux et les con-

(1) Nos recherches ne nous ont pas permis jusqu'ici de différencier suffisamment nos actions ioniques de celles de l'énergie électrique pure, d'autant moins que les appareils actuels ne donnent pas encore des pôles nettement différenciés, mais nous restons convaincu de la supériorité des électrodes métalliques qui donnent, dans ces cas, naissance à de la matière colloïdale.

sulter pour le choix des médecins ; 2° apporter quelques modifications aux consultations de nourrissons ; 3° mieux établir les statistiques, diminuer la paperasserie ; 4° accorder des récompenses aux nourrices les plus méritantes ; 5° donner des primes aux gardes champêtres qui auront signalé des cas dans lesquels la loi n'aura pas été appliquée ; 6° charger les instituteurs et surtout les institutrices de cours aux jeunes filles pour leur apprendre la loi Roussel ; 7° joindre au livret de mariage la copie des articles 7 et 9 de la loi Roussel.

Quant à toucher à la loi elle-même, ce serait, dit M. Pamard, une imprudence. Il est des monuments auxquels il ne faut jamais toucher, même sous prétexte de les embellir. Ne portons pas une main téméraire sur l'œuvre du sage.

Le reste de la séance a été consacré tout entier à la physiologie et à l'anatomie : ce qui s'explique par ce fait qu'une place étant vacante dans la section d'anatomie et de physiologie, les différents candidats viennent tour à tour faire leur communication réglementaire.

Le suc pancréatique. — M. Delsenne nous apprend que le suc pancréatique est par lui-même incapable d'exercer sur les aliments une action digestive. Il ne devient actif que par suite de son mélange avec le suc intestinal. Au cours de ses expériences, M. Delsenne a constaté ce fait curieux et dont, nous semble-t-il, on peut retirer une conclusion thérapeutique intéressante que les sels de chaux *in vitro* peuvent exercer sur le suc pancréatique la même action que le suc intestinal, mais dans des conditions toutes particulières et qu'on ne s'explique pas.

Action du chlorure de sodium sur le suc gastrique. — M. Dastre a fait sur ce sujet des expériences très intéressantes. Chez un animal, l'estomac étant isolé selon la méthode de Frémont, M. Dastre a constaté que la sécrétion gastrique diminuait dans cet estomac au point de disparaître complètement en quelques jours. Pendant ce temps, la quantité de chlore que contient le suc gastrique reste la même. L'acide chlorhydrique diminue donc en même temps que la quantité des chlorures augmente.

Si, au moment où la sécrétion s'arrête tout à fait, on injecte dans les veines du chlorure de sodium, la sécrétion gastrique apparaît de nouveau, ce qui prouve que c'est du sang et non des aliments ingérés qu'elle tire ses chlorures.

On comprend toute l'importance de cette constatation, particulièrement au point de vue des indications de la déchloruration dans l'hyperchlorhydrie.

Formation des cellules géantes. — M. Retterer a fait une communication basée sur de nombreuses expériences, dans laquelle il démontre que la formation des cellules géantes se fait aux dépens des cellules épithéliales.

Des relations fonctionnelles par l'intermédiaire des sécrétions internes. — M. Hallion a donné lecture d'un travail très important sur ce sujet. La méthode expérimentale suivie par M. Hallion pour étudier ces relations a consisté à injecter dans les veines de l'animal les sécrétions de telle ou telle glande interne et à observer ensuite les modifications qui se passent dans cette glande. M. Hallion est arrivé ainsi à des conclusions très intéressantes, parmi lesquelles nous signalerons les relations de la glande thyroïde et de l'ovaire.

Des réactions présentées par les animaux en état d'hyperthermie. — M. Langlois a fait une série de recherches sur des animaux placés dans des conditions spéciales de polypnée thermique.

Un chien, par exemple, est maintenu dans des conditions où sa température reste supérieure à 41 degrés. Ses respirations atteignent les chiffres de 200, 400 et même 500 par minute. Si l'on sectionne à ce moment le pneumogastrique, les mouvements du cœur sont accélérés au lieu d'être ralentis. M. Langlois est ainsi parvenu à découvrir un centre régulateur de la température centrale chez les reptiles. Ces recherches montrent toute l'importance de la polypnée défensive.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 9 novembre 1907)

L'inhalation en thérapeutique. — M. Wicart montre que l'inhalation de vapeur d'eau chargée de vapeurs médicamenteuses appropriées combat plus efficacement toutes les infections des voies respiratoires que tous les moyens employés ordinairement en médecine générale. Les infections secondaires semblables qui compliquent certaines opérations chirurgicales seraient moins souvent mortelles si on utilisait l'antisepsie humide et chaude des voies respiratoires par l'inhalation bien dosée et rigoureusement appliquée.

Syphilis et cancer. — M. Ozenne émet les conclusions suivantes :

1° L'association du cancer et de la syphilis constitue un état mixte, une hybridité pathologique bien définie ;

2° Il existe dans quelques cas une relation intime entre la syphilis et le cancer ; chacune des diathèses, en s'influençant réciproquement, donne lieu à des manifestations hybrides.

La syphilis crée des lieux de moindre résistance qui favorisent le développement du cancer dont elle modifie la physionomie habituelle.

On admet généralement maintenant l'influence prédisposante de la syphilis sur le développement du cancer ; mais les deux maladies forment-elles une hybridité, comme l'ont décrit Verneuil et Ozenne ? On l'a contesté, en alléguant que ces auteurs n'avaient relaté aucun examen histologique à l'appui. La lacune a été comblée par les travaux de Kaposi, Fournier et Gastou, Th. Meyer, Keyes, Spitzer, Audry, Letulle, et il en résulte que l'on rencontre côte à côte, dans le même organe, des lésions d'origine syphilitique et d'origine cancéreuse ; on a constaté des lésions caractéristiques du cancer et de la syphilis associées ou combinées entre elles. C'est une hybridité locale, telle qu'Ozenne l'a décrite cliniquement.

Pour quelques auteurs, ce ne serait pas une véritable hybridité, mais une simple superposition des deux néoformations (Audry, Etcheverry).

Il semble prudent d'attendre avant de se prononcer sur cette question.

Le vin au point de vue de l'hygiène alimentaire. — M. Régis n'aime pas le vin. Il le trouve dangereux pour les dyspeptiques, dont le nombre s'accroît constamment, et pour les arthritiques. Considéré comme boisson agréable et d'exception, M. Régis l'admet au même titre que les liqueurs, mais se refuse à le recommander comme boisson courante.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

L'HÉLÉNINE ET SES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Depuis que Germain Sée a montré l'avantage qu'il y avait à employer de préférence des médicaments simples, cristallisés et de composition bien définie dont l'action, sérieusement étudiée, soigneusement déterminée, est toujours la même, beaucoup de médicaments nouveaux ont été découverts et préconisés. Un grand nombre eurent, il est vrai, une vogue éphémère ; quelques-uns cependant, s'implantèrent solidement et enrichirent précieusement notre arsenal pharmaceutique. Parmi ces derniers, l'hélénine occupe une place importante, car sa valeur thérapeutique est incontestable et incontestée.

L'hélénine est un corps solide, cristallisé en prismes quadrangulaires incolores ; elle fut isolée, pour la première fois, par de Korab en 1880, du camphre ou essence d'aulnée dont

elle est un des trois principes constitutifs. Elle fut l'objet, de la part de son inventeur et d'autres médecins, de nombreuses recherches physiologiques et cliniques tant en France qu'à l'étranger.

Une de ses propriétés les plus remarquables est de diminuer, d'une façon très notable, l'excitabilité laryngo-pharyngienne (*Soc. de biol.*, 13 mai 1882). Par conséquent, l'hélénine est un des médicaments qui calment le mieux la toux; elle fait cesser les quintes les plus rebelles, tarit les expectorations même abondantes et atténue notablement la dyspnée de l'asthme.

Introduite dans l'économie, l'hélénine exerce à un haut degré une action stimulante accompagnée d'une diminution marquée de la tension vasculaire et d'un abaissement de la température, phénomènes qui ont été rigoureusement observés au moyen des appareils enregistreurs du professeur Marey (*Soc. de biol.*). De ces propriétés physiologiques il était aisé de déduire son action thérapeutique dans le traitement des congestions pulmonaires et pour prévenir les hémoptysies. C'est ce que l'expérimentation clinique a bien démontré ; l'hélénine agit contre les congestions des poumons de façon remarquable, son effet est utile en cas d'ulcérations et même de cavernes, quand la fonte purulente des tissus fait craindre, dans la phtisie, la rupture d'un vaisseau trop aminci pour résister à la tension sanguine.

L'hélénine offre, en outre, l'avantage de pouvoir être ingérée sans irriter l'estomac. Comme les amers aromatiques, elle excite l'appétit et même facilite la digestion chez les phtisiques atteints d'anorexie rebelle.

Anti-microbicide puissant, ce corps a une action stérilisante sur le bacille de Koch (*Acad. des sciences*, 4 sept. 1882). De Korab avait déjà constaté ce fait en 1882; en 1885, Pillatte, dans une thèse de Montpellier, le vérifia et remarqua qu'une quantité minime d'hélénine suffisait à empêcher le développement du bacille.

N'oublions pas, en terminant, de rappeler que l'hélénine s'élimine rapidement par les voies respiratoires. C'est ce qui explique l'action topique qu'elle exerce sur la muqueuse bronchique et le parenchyme pulmonaire (*Congrès international de thérapeutique*, 1889).

En somme, les propriétés de l'hélénine justifient l'opinion émise sur elle par Vindevogel, dans un article de la *Confraternité médicale belge*, où ce distingué clinicien affirme que nous pouvons nous féliciter de l'introduction de l'hélénine dans la thérapeutique moderne.

LIVRES NOUVEAUX

L'ionothérapie électrique (1), par Delherm et Laquerrière.

Les auteurs montrent d'abord la confusion qui a régné jusqu'à nos jours sur la cataphorèse et l'électrolyse.

Ils concluent que c'est bien par électrolyse que les substances pénètrent dans l'organisme.

Ils étudient ensuite la constitution des ions, leur vitesse et les quantités de substance qui peuvent être transportées.

Ils envisagent l'électrolyse de l'organisme, les phénomènes qui se produisent suivant la région considérée, la nature de l'électrode, avec des aperçus sur l'électrolyse en gynécologie, dans les rétrécissements, etc.

Les études expérimentales sur la pénétration y sont étudiées pour les milieux inertes (expérience des trois vases de Hittorff); de la pomme de terre (Euch Schatzky); pour les tissus morts (expérience de Labatut); pour les tissus vivants (expérience de Labatut); recherche des médicaments électrolysés dans les urines (Bergonié); examens histologiques (Tuffier et Mauté); ions colorés (Leduc). Les auteurs concluent de toutes ces expériences que les moyens actuels ne permettent pas de déceler les ions à une certaine profondeur dans les tissus.

Le chapitre des principales applications thérapeutiques est longuement étudié. Les auteurs exposent les bons effets obtenus dans le traitement de la goutte avec la lithine, de l'arthrite rhumatismale avec le salicylate de soude; des ankyloses avec le chlorure de sodium. Ils envisagent ensuite l'action de l'ionothérapie dans les affections du système nerveux, notamment dans les névralgies, le tic douloureux de la face avec l'ion salicylique et l'ion quinine. Les affections cutanées, ulcérations, petits cancroïdes qui sont bien influencées par l'ion zinc, les verrues par l'ion manganèse, sont étudiées ensuite. Cette partie du rapport se termine par l'ionothérapie dans les affections pleuro-pulmonaires, du nez et des oreilles, enfin du goitre.

Le dernier paragraphe est un examen critique de la question. Les auteurs pensent que dans l'ionothérapie on a trop en vue le médicament et pas assez le courant qu'on considère comme un simple véhicule. Or, précisément pour introduire des ions, on emploie des courants élevés avec des temps longs, c'est-à-dire des intensités qui sont loin d'être négligeables; la valeur du courant employé seul n'est du reste plus à démontrer, et on guérit avec lui sans aucune introduction électrolytique bien des affections qu'on cite comme pouvant être guéries par l'ionothérapie.

Le courant est loin de pouvoir être assimilé à l'eau d'une potion et les ions à la seule puissance active. Il faut réhabiliter le courant galvanique dont l'action paraît être principale quand il s'agit d'intervenir dans des affections siégeant sur des organes profonds, et est plus secondaire, le capital étant joué par les ions dans le traitement des affections superficielles.

L. G.

(1) Actualités médicales. In-8° de 95 pages. — Paris, Baillière.

PRATIQUE MÉDICALE

Dans son rapport au Congrès français de médecine sur le traitement de la *maladie de Basedow*, le professeur Gilbert Ballet signale les excellents résultats qu'a obtenus de la Santhéose lithinée le docteur Fr. Raspail. Plusieurs cas demeurés rebelles à toutes les médications ont guéri de façon définitive au bout d'un mois de traitement.

Tout aussi bienfaisante est l'action de la Santhéose lithinée dans le *diabète* : elle amène invariablement la diminution de la glycose et le relèvement progressif des forces. En pareil cas, on prescrit d'ordinaire un cachet de Santhéose lithinée par jour, pendant un mois.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique, ses applications à la médecine, à l'éducation et à la psychologie, par le docteur Paul Joire, professeur à l'Institut psycho-physiologique de Paris. In-8 écu avec 44 fig. démonstratives. — Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS [1]

ÉVOLUTION (*suite*). — La grossesse influe sur le cancer et réciproquement; elle est particulièrement néfaste. Le cancer du col se trouve toujours aggravé du fait de la gestation; en effet, son évolution est plus rapide, comme si le néoplasme y gagnait un surcroît de malignité; il y a des hémorragies répétées, devenant graves, par leur fréquence : des douleurs intolérables se manifestent alors même qu'elles n'existaient pas avant la grossesse.

Les écoulements sanieux redoublent d'abondance, ils ont une odeur particulièrement putride; ils produisent de l'érythème sur la face interne des cuisses. L'*accouchement* est possible, si le cancer n'occupe qu'une partie du col; il suffit même qu'il reste quelques centimètres du col utérin pour que la dilatation puisse s'effectuer; dans d'autres cas, les contractions utérines, luttant énergiquement contre un col qui résiste finissent par se rompre; la déchirure se fait au niveau du néoplasme. Alors le travail peut prendre fin très rapidement; mais si la déchirure du col se poursuit vers le segment inférieur et même vers le corps, il en résulte une rupture utérine. Le *travail* peut se prolonger fort longtemps, ou même ne pas se terminer si l'enfant est mort dans l'utérus. La *délivrance* est souvent l'occasion d'hémorragies abondantes par suite de l'inertie de l'utérus surmené par un travail laborieux et de déchirures produites au niveau du néoplasme.

DIAGNOSTIC. — Les *tumeurs vaginales* sont facilement éliminées : bien que certains kystes du vagin puissent s'accompagner de douleurs périnéales, de tiraillements lombaires dès qu'ils sont un peu volumineux, ce sont des tumeurs indolentes, élastiques, molles, fluctuantes, et l'examen direct au spéculum permet de saisir les détails de leur configuration. De même les fibro-myomes du vagin, étudiés par Kleinwœtcher, laissent le col intact et siègent sur la paroi antérieure du vagin. Les tumeurs malignes primitives du vagin sont rares; cependant on connaît un certain nombre de cancers primitifs du vagin (Thèse de Rollin, 1905). La paroi postérieure de l'organe est presque toujours atteinte dans le cancer primitif. Contrairement à ce qu'on observe pour le cancer secondaire qui envahit de préférence la partie antérieure, on a, dans le cas de cancer primitif, soit une infiltration diffuse, soit une tumeur limitée, circonscrite.

On devra donc rechercher tout d'abord l'orifice externe du col; il est, en effet, évident que le symptôme métrorragie est absolument insuffisant pour poser le diagnostic, l'examen gynécologique s'impose; le diagnostic sera à faire avec des affections différentes suivant que l'on est en présence d'une ulcération ou d'une tumeur. Au cas d'ulcération, on pensera à la *métrite chronique* où tous les intermédiaires sont possibles, depuis la simple érosion jusqu'à l'ulcération vraie avec granulations inflammatoires; mais en outre le col est béant, gros; ses lèvres sont parfois rouges, gonflées, la muqueuse en ectropion saigne facilement; pour Bouilly, cette perte de substance présente une « sensibilité névralgiforme »; enfin, sur le pourtour de cette pseudo-ulcération, le col peut être bourré de petites nodosités kystiques. Si l'on ajoute à cet ensemble de symptômes physiques les irradiations douloureuses, les névralgies lombo-abdominales, la dyspepsie, la gastralgie, l'écoulement (muco-purulent, il est vrai, plutôt que sanguinolent), on conçoit que le diagnostic puisse être hésitant; les doutes étant seulement levés par l'examen histologique après biopsie. Il est d'autres formes de métrite parenchymateuse où la confusion serait encore possible, mais l'utérus reste mobile et il n'y a pas de métrorragies; dans le cancer, l'ulcération est précoce, elle est profonde, irrégulière, indurée par ses bords, elle s'étend de jour en jour; elle *saigne* quand on la touche, elle s'accompagne de suintements fétides.

Quant aux ulcérations tuberculeuses, syphilitiques, elles ont des caractères trop nettement différenciés pour que l'on ait l'occasion de les confondre avec l'ulcération néoplasique.

Si l'on se trouve en présence d'une tumeur, on élimine en premier lieu le *fibrome développé dans les lèvres du col*. En général, il s'agit d'une tumeur petite, dure, occupant une seule des lèvres, plongeant plus ou moins haut dans le tissu interne; pour éliminer le cancer, on se fondera sur l'intégrité de la muqueuse, sur la limitation précise du fibrome, tandis que l'épithélioma est diffus : dans le fibrome, les hémorragies sont abondantes; dans le cancer, elles apparaissent avec l'ulcération; il serait bon d'examiner en même temps la cavité utérine presque toujours augmentée. Le diagnostic peut encore être plus délicat quand la *tumeur fibreuse développée dans l'utérus fait saillie dans le col et le vagin* : en effet, tout comme dans le cancer, il y a écoulement sanguin, ichoreux, fétide : la malade est pâle, anémiée par des hémorragies antérieures, souffre des douleurs de la compression ou de l'expulsion; le myome est plus ou moins ramolli, sphacélé; déchiqueté par places, il pourrait être confondu avec le cancer du col; cependant, en pratiquant le toucher vaginal, on reconnaît que la tumeur peut être contournée; les parois vaginales sont intactes. On arrive à délimiter les lèvres du col qui sont écartées pour laisser passer le polype : les lèvres sont normales, sans induration ni ulcération. Verneuil avait déjà indiqué comme bon signe de fibrome la dureté, la consistance de la tumeur, tandis que la masse cancéreuse est mollasse, friable, s'écrasant sous le doigt. Restent les *polypes papillaires* ou simples papillomes développés sur le col de l'utérus et tout à fait analogues aux végétations papillaires de la vulve. Les papillomes constitués par des papilles hypertrophiées varient de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une amande; ils peuvent être confondus avec des végétations cancéreuses du col; l'erreur est souvent difficile à éviter quand il n'y a pas coïncidence de végétations vulvaires; là encore les végétations du cancer sont plus friables, plus saignantes, sont implantées sur une base plus large et surtout plus dure que les papillomes simples. Souvent le diagnostic ne peut être établi d'une manière certaine que par l'examen microscopique. Dans tous ces cas, on devra vérifier l'état du corps utérin et des annexes.

TRAITEMENT. — Se décompose en : 1° *Traitement palliatif*. Celui-ci a pour but de diminuer les hémorragies. On a eu recours au perchlorure de fer, à la cautérisation, au carbure de calcium (Guinard). Contre la douleur on aura recours à la morphine, enfin les lavages vaginaux à l'eau oxygénée ont pu diminuer les pertes sanguines et fétides. Tout en respectant la lésion principale, les chirurgiens se sont proposés d'atténuer les symptômes. C'est ainsi que Baumgärtner, puis Hartman, Fredet, ont lié les artères utérines, les utéro-ovariennes, ou plus simplement on a utilisé le curetage comme moyen destructeur des bourgeons cancéreux. Quant à la section des racines postérieures des nerfs de la queue de cheval, faite par J.-L. Faure, elle reste une méthode d'exception.

2° *Traitement curatif*. — L'hystérectomie doit être totale. Pour Richelot, on devra suivre la voie vaginale; pour Ricard, la voie abdominale. Il est certain que l'opérateur qui prend la voie vaginale ne pourra procéder à l'ablation des groupes ganglionnaires du petit bassin. Mais on ne peut prétendre faire un traitement radical que lorsque la lésion est très peu étendue et l'utérus encore mobile. Quand la vessie semble envahie, il est plus prudent de s'abstenir.

3° Le traitement dans le cas de cancer compliqué de grossesse répond à peu près aux mêmes indications : si le cancer est opérable avant le cinquième mois pour les accoucheurs étrangers, il faut enlever l'utérus : pour les accoucheurs français, au contraire, il faut attendre que l'enfant soit viable. On peut faire la césarienne suivie de l'extirpation totale, ou dans un premier temps, amputation vaginale suivie de la césarienne. Si le cancer est inopérable, la vie de la mère ne comptant plus, on doit attendre que l'enfant soit viable et l'extraire par l'opération césarienne.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 190, n° 125, p. 1498, et n° 127, p. 1522.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 131. — SAMEDI 16 NOVEMBRE 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 16 NOVEMBRE 1907. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 13 novembre. — Question donnée : « Fractures des côtes. »

MM. Siguret, 9; Thomas, 8; Weber, 14; Sikorav, 8; Thiers, 18; Videau, 9; Mlle Weil, 9; MM. Vérut, 15; Silva, 12; Sellet, 17; Verdier, 12; Tschoumakov, 14; Weisgerber, 12; Thibault, 10; Wagon, 12.

Anatomie. — Séance du 14 novembre. — Question donnée : « Anatomie du muscle sterno-cléido-mastoïdien. »

MM. Dedet, 15; Ducastaing, 16; Castang, 14; Desaux, 17; Coppin, 16; Edelmann, 7; Apard, 16; David, 9; Chevalérias, 7; Delmas (Antoine), 4; Devimeux, 13; Daniel, 12.

La prochaine séance aura lieu le samedi 16 novembre, à quatre heures, première moitié, deuxième série.

— Amphithéatre des hopitaux. — *Concours du prosectorat.* — *Lecture :* Séance du 14 novembre. — MM. Sauvé, 29; Desmarets, 27; Descomps, 29; Muret, 27 1/2.

La prochaine séance aura lieu le samedi 16 novembre, à cinq heures un quart, à la Charité.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Nancy. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Heully, Legris, Bœckel, Hamant, Fritsch et Pillot, internes titulaires; Mathieu, Aweng et Schmitt, provisoires.

— Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Rémy, Muller, Boulangier, Watrin, Fourche, Jacquot, Caussade, Chatelain, Thinesse, Azambourg, Pacotte, Henry, Vauvray, Régnier, Genay, Hippert, Contal, Zivré, Gérard, Marly, Lamy, Duchon.

— Rouen. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Lehalleur et Nouel, titulaires; Huard, Alexandre et Dreyfus, provisoires.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — Le conseil de l'Université de Nancy a pris, à l'unanimité, la délibération suivante :

Le Conseil de l'Université de Nancy,

« Considérant la nomination à Paris de MM. Nicolas et Prenant comme un juste hommage rendu à la haute valeur scientifique de ces deux maîtres,

Les félicite de cette nomination, tout en regrettant leur départ de Nancy,

Et leur exprime, à l'un et à l'autre, dans les circonstances actuelles, ses plus vives et ses plus chaleureuses sympathies. »

— Sont nommés chefs de clinique chirurgicale : MM. Barthélemy et Driout; adjoint : M. Binet; clinique médicale : MM. Parisot et Rueff; clinique médicale infantile : M. Gœpfert; clinique obstétricale : M. Spire; clinique ophtalmologique : M. Chéry.

— M. Hamant est nommé prosecteur; MM. Mutel et Watrin, aides d'anatomie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Rouen. — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de M. Cauchois;

Le concours de l'adjuvat, par la nomination de M. Lehalleur.

FACULTÉ LIBRE DE LILLE. — M. le docteur David est nommé chef de clinique médicale.

— Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Foulatier et Bertrand, titulaires; MM. Bodhuin, Choquet, Poulain et Rivelois, provisoires.

— Le concours d'externat s'est terminé par la nomination de MM. Lucas, Cornette, Phalempin, Deherripon, Féré, Allard, Leplus, Fourdinier, Vanhoutte, Desurmont, Legrand, Gonriou, Lebret, Willdate, Livinec, Berche et Moizan.

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — La fermeture des cours de la Faculté portant préjudice aux étudiants de première année, l'Association corporative des étudiants en médecine organise des cours qui seront faits par des aides d'anatomie et des internes en médecine.

Ces cours sont spécialement réservés aux membres de l'Association.

Un cours d'ostéologie commencera le mardi 19 du courant à une heure et demie. Des cours de myologie et d'angéiologie, etc., seront ouverts ultérieurement.

S'inscrire au secrétariat de l'Association.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Mutations. — *Médecins principaux de deuxième classe.* — MM. André est nommé médecin-chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Verdun; de Santi, maintenu à l'hôpit. milit. de Toulouse; Véron, nommé médecin-chef de l'hôpit. milit. de Belfort; Sanglé-Ferrière, médecin-chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Rouen.

Médecins-majors de première classe. — MM. Boppe passe à l'hôpit. milit. de Nancy; Ott, à l'hôpit. milit. de Toul; Raynal, nommé médecin-chef de l'hôpit. milit. de La Rochelle; Bouchet, affecté aux salles milit. de l'hosp. mixte de Tours.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Deumier passe au 38e d'inf.; Roy, maintenu provisoirement aux hôpit. milit.

de la division d'Oran; Duron passe au 125e d'inf.; Vigneron, au 37e d'inf.; Martin, au 156e d'inf.; Defoug, aux hôpit. de la division de Constantine; Daireaux, maintenu au 26e d'art.; Pla passe au 9e drag.; Calais, au 15e bat. de chass. à pied; Desse, maintenu au 2e chass. à cheval; Béranger, passe au 21e bat. de chass. à pied; Launou, nommé médecin-chef de l'hôpit. milit. de Belle-Isle-en-Mer; Demard, passe au 4e tir.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Escher passe au 33e d'art.; Miécamp, au 2e génie; Derappe, au 69e d'inf.; Baurrier, au 9e bat. de chass. à pied; Trenel, au 10e cuir.; Charpentier, au 12e d'art.

LE SERVICE DE LA RÉPRESSION DES FRAUDES AU MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE. — Un décret décide que le service d'inspection des laboratoires et établissements de vente de denrées et produits pharmaceutiques et alimentaires prend le nom de « service de la répression des fraudes ».

Le personnel comprend :

Un inspecteur général, quatorze inspecteurs qui prennent le nom d'inspecteurs de la répression des fraudes.

Un arrêté du ministre de l'agriculture, sur la proposition du chef du service de la répression des fraudes, fixera tous les ans le rayon d'action de chacun des inspecteurs, le lieu de leur résidence ainsi que les indemnités et frais de tournée qui leur sont alloués.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-cinquième semaine, 817 décès, au lieu de 823 pendant la semaine précédente et de 872, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

La fièvre typhoïde a causé 11 décès (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 49 au lieu de 33 pendant la semaine précédente (moyenne 45).

La variole n'a causé aucun décès depuis quatre semaines (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 3, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 10).

La rougeole n'a causé aucun décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 125 (au lieu de 75 précédemment et au lieu de 99, moyenne des quatre dernières années).

La scarlatine a causé 2 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 166; il s'élevait à 129 pendant la semaine précédente (moyenne 58).

La coqueluche a causé 3 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 2).

La diphtérie a causé 3 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 5); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 70, au lieu de 45 pendant la semaine précédente (moyenne 73).

La diarrhée infantile a causé 34 décès de 0 à 1 an, au lieu de 44 pendant la semaine précédente (moyenne 26).

En outre, 24 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 107 décès, au lieu de 94 pendant la semaine précédente et au lieu de 133, moyenne ordinaire de la saison

La phtisie pulmonaire a causé 107 décès (moyenne 190).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Renau, externe des hôpitaux de Paris.

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE (HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES, *149, rue de Sèvres*). — Le cours pratique de médecine infantile aura lieu du 18 novembre 1907 au 29 février 1908, sous la direction de M. le professeur HUTINEL et de M. NOBÉCOURT, agrégé.

Le cours comprendra 104 leçons faites tous les jours à cinq heures, et, en outre, les mercredis et vendredis à six heures, par MM. Nobécourt : Maladies de l'appareil digestif. Thérapeutique et hygiène infantile; — Jeanselme : Maladies de la peau; — Lereboullet : Tuberculose. Syphilis. Rhumatismes; — L. Martin et Darré : Maladies infectieuses; — Professeur Merklen : Maladies du foie et de l'appareil urinaire; — G. Leven : Maladies de l'appareil circulatoire; — L. Babonneix et R. Voisin: Maladies du système nerveux; — L. Tixier: Maladies du sang. Maladies de la nutrition; — Paisseau et Rivet : Maladies de l'appareil respiratoire.

Un programme détaillé est déposé au secrétariat de la Faculté et à la clinique.

Seront admis au cours : 1° les étudiants inscrits comme stagiaires à la clinique et les externes du service; 2° les docteurs et étudiants, français et étrangers, sur la présentation d'une carte d'immatriculation délivrée au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), moyennant un droit de 100 francs).

Un certificat d'assiduité sera délivré, sur leur demande, aux auditeurs qui auront suivi régulièrement le cours.

Un second cours semblable commencera au mois de mars 1908.

Pendant la durée du cours, tous les matins, visite dans les salles, à neuf heures, et ensuite :

Le lundi, à dix heures : Consultation générale, opérations d'oto-rhino-laryngologie (docteur Cuvillier).

Le mardi, à dix heures : Cours de M. le professeur Hutinel.

Le mercredi, à dix heures et demie : Consultation de nourrissons (docteur L. Guillemot).

Le jeudi, à neuf heures : Consultation d'oto-rhino-laryngologie (docteur Cuvillier).

Le vendredi, à dix heures et demie : Consultation des maladies de la peau (docteur Hallé).

Le samedi, à dix heures : Cours de M. le professeur Hutinel.

Les élèves sont invités à suivre les cours ou conférences faits par les médecins de l'hôpital.

Pendant le mois de juillet 1908 aura lieu un cours de vacances en quarante leçons (vingt le matin, de dix heures et demie à onze heures et demie; vingt le soir, de cinq à six heures). Le droit à verser est de 100 francs.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le docteur Béclère : *Radiologie médicale.* — En dehors de deux cours de vacances annuels qui sont annoncés par affiches spéciales, l'enseignement clinique de la radiologie médicale est donné journellement comme il suit :

Tous les jours, dimanches exceptés, à neuf heures du matin : Examen clinique des malades justiciables de la radiothérapie ou de la radiumthérapie (dermatoses, tuberculides, néoplasmes, adénopathies, leucémies, etc.).

Tous les jours, dimanches exceptés, à neuf heures du matin : Traitement de ces malades avec l'aide des assistants libres du laboratoire, M. le docteur Belot, M. le docteur Haret et M. Jaugeas.

Vendredi matin, à dix heures, examen radioscopique des malades du service.

Samedi matin, à dix heures, examen radioscopique des malades externes (exploration des poumons, des plèvres, des ganglions bronchiques, du cœur, de l'aorte, de l'œsophage, de l'estomac, etc.).

M. le docteur Lenoir : *Enseignement élémentaire*, destiné aux étudiants de première année, salle Axenfeld.

Jusqu'au 24 décembre, tous les matins à neuf heures, conférence d'une demi-heure par le chef de service ou l'un de ses assistants sur les premières notions de médecine (interrogatoire et examen des malades, séméiologie, éléments d'urologie et d'anatomie pathologique).

Après la conférence, visite dans les salles et clinique élémentaire au lit des malades.

M. le docteur Triboulet, à partir du 15 novembre, le samedi matin, à dix heures quinze, leçon théorique, au laboratoire Marjolin, sur la *nutrition générale* et la *tuberculose*.

— HOPITAL DE LA PITIÉ. — Le docteur Louis Rénon commencera le lundi 25 novembre, à dix heures du matin, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital et continuera les lundis à la même heure, une série de *sept* conférences sur le *traitement pratique de la tuberculose pulmonaire*, dans l'ordre suivant :

I. Les nouveaux traitements de la tuberculose et de la phtisiothérapie pratique. — II. La psychothérapie, l'hygiène individuelle et prophylactique. — III. La diététique. — IV. La médecine générale et symptomatique. — V. L'aérothérapie et les cures hydro-minérales. — VI. La tuberculose et les états physiologiques. — VII. Le traitement des tuberculoses associées.

REVUE GÉNÉRALE (1)

SYPHILIS DE L'ESTOMAC (2)

Par M. H. PATER,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin-adjoint du Sanatorium de Brévannes.

II. Syphilis tertiaire. — Les aspects cliniques revêtus par la syphilis tertiaire de l'estomac sont au nombre de trois (Fournier) :

Un type de gastrite de l'adulte, dont nous rapprocherons les lésions gastriques infantiles tributaires de l'hérédo-syphilis;

Un type d'ulcère ;

Un type de cancer avec ou sans sténose.

1° Gastrite. — On rencontre dans ce premier groupe, soit la gastrite aiguë, soit la gastrite chronique.

a. *Gastrite aiguë.* — De tels cas sont rares, et nous n'en connaissons guère que deux exemples assez peu probants, cités tous deux par Hemmeter. Ils concernent deux enfants issus de père syphilitique, chez lesquels des « symptômes de gastrite aiguë » disparurent sous l'influence du traitement mercuriel et ioduré.

b. *Gastrite chronique.* — La symptomatologie devient ici des plus variées, d'autant que dans ce groupe doivent rentrer les divers types de gastralgie et dyspepsie déterminés à coup sûr par les multiples médicaments absorbés par la voie buccale.

Les observations de ce groupe sont assez nombreuses (Andral, Trousseau, Domenici, Bartumeus, de Tullio, Gouzot, etc.). Tel malade n'a pour ainsi dire que des phénomènes douloureux, tel autre présente à la fois douleurs et vomissements, tel autre encore troubles de l'appétit, dilatation gastrique même. Ce qui domine donc, c'est l'extrême variabilité des signes constatés.

Les *douleurs* sont parfois objectives (douleur à la pression épigastrique), le plus souvent subjectives et plus ou moins intenses. Tantôt limitées à la région stomacale, tantôt irradiées dans le flanc droit et l'épaule droite (Domenici), elles peuvent revêtir dans quelques cas le caractère de crises paroxystiques suivies de vomissements.

Ces paroxysmes ont une particularité intéressante, c'est que chez les deux malades où ils sont notés, ils se produisaient toujours le soir (Trousseau, Bartumeus); c'est là peut-être le seul fait un peu particulier mettant le médecin en quête d'un diagnostic sur la voie de la spécificité.

Les *vomissements* sont d'ordinaire alimentaires; ils surviennent assez tôt après le repas, et peuvent contenir un peu de sang, revêtant ainsi les caractères des vomissements de la gastrite ulcéreuse.

L'*anorexie* est fréquente ; elle peut manquer, et plusieurs fois la conservation de l'appétit est soigneusement notée (Gouzot).

On a signalé aussi quelquefois des troubles intestinaux, diarrhée, météorisme, associés aux troubles gastriques.

L'intensité de tous ces symptômes est telle que presque toujours l'*état général* est fortement altéré. Parfois même l'affaissement, l'amaigrissement est tel que les auteurs insistent sur l'aspect cadavérique de leur malade (Andral, Bartumeus).

La *durée* de ces divers accidents est parfois fort longue (dix ans dans le cas de Trousseau, onze et douze ans dans deux cas de Gouzot).

Un dernier caractère, fort intéressant, est l'effet des médications employées. D'une façon à peu près constante les divers traitements mis en œuvre contre les troubles gastriques n'ont pu produire de guérison, ni même bien souvent d'amélioration ; parfois même sous l'influence des médications employées, on vit les douleurs et les vomissements s'exagérer, témoignant ainsi de l'intolérance considérable de l'estomac (Bartumeus, Gouzot). Par contre, le *traitement spécifique* a toujours été couronné de succès, et en général rapidement; l'estomac si irritable en présence de tout remède se montra subitement tolérant pour le mercure et l'iodure, et cela même dans quelques cas où apparurent des signes d'intoxication (salivation mercurielle, Andral et Trousseau). Cette tolérance fut telle chez un malade de Vergely qu'il put absorber, sans présenter le moindre trouble dyspeptique, près de 3 litres de liqueur de Van Swieten et plus d'un kilogramme d'iodure.

Quoi qu'il en soit, l'étude clinique de ces gastrites chroniques reste bien fruste, et il ne saurait pour le moment en être autrement; en effet, toujours terminés par la guérison, ces cas ne comportent pas d'étude anatomo-pathologique permettant de superposer dans une certaine mesure les symptômes aux lésions, et de confirmer ou à peu près un diagnostic qui, ne reposant que sur l'influence du traitement spécifique, n'est pas rigoureusement établi. Dans la seule observation d'Hemmeter publiée sous le nom de gastrite chronique syphilitique, avec protocole d'autopsie et examen histologique de l'estomac, il n'est malheureusement fait mention d'aucune étude clinique superposable.

A côté de ces gastrites chroniques de l'adulte, il convient de mentionner les troubles gastriques de l'*hérédo-syphilis*.

Les symptômes sont ici des plus banals, catarrhe intestinal, vomissements atteignant cinq à six par jour (Swimme). La plupart des auteurs qui ont étudié l'estomac des hérédo-spécifiques se placent à un point de vue anatomique et ne donnent aucun détail sur des symptômes cliniques qui ne paraissent guère avoir été étudiés (Chiari, Aristoff).

Ulcère. — Les cas d'ulcère stomacal syphilitique publiés ne sont pas rares, mais leur étude clinique est rarement poussée très loin. Un grand nombre d'entre eux sont de simples constatations nécropsiques; ils ne s'accompagnent d'aucune étude clinique superposable, ou seulement de quelques ren-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 128, p. 1527.

seignements brefs qui ne témoignent pas d'un passé gastrique appréciable. Tels sont les cas de Klebs, Weichselbaum, Birch-Hirschfeld, Fauvel, Wagner, etc. Dans beaucoup d'autres observations, l'étude des symptômes reste fruste; les auteurs ne font guère mention que des signes capitaux sur lesquels le diagnostic d'ulcère fut basé (observations de Chiari, Stolper, Flexner, Frænkel, Schreib, Langovoi, Murchinson, Capozzi, Drozda, Mackay, Tavernier).

Mais d'autres auteurs ont rapporté tout au long l'histoire de leurs malades, et les observations de Dujardin-Beaumetz, de Dieulafoy, de Fournier, d'Einhorn, d'Hayem, pleines de faits cliniques bien observés sont des plus instructives pour la symptomatologie de l'ulcère syphilitique de l'estomac.

Dans le détail de ces observations cliniques, il n'est pas un seul fait qui semble spécial à la syphilis; l'ulcère syphilitique revêt toutes les formes cliniques de l'ulcère rond de Cruveilhier. Comme lui il peut, après une longue période de troubles dyspeptiques, se révéler par la triade classique, douleur, vomissements, hématémèse; comme lui, il peut se manifester par un seul de ces symptômes; comme lui encore il peut rester latent, méconnu, jusqu'à l'apparition brutale et bien souvent mortelle d'une hématémèse profuse ou d'une perforation.

On peut ainsi répartir les observations d'ulcère stomacal syphilitique en trois groupes :

Dans un premier groupe, le *début* de l'ulcère est précédé de troubles dyspeptiques d'intensité et d'ancienneté variables, témoignant de la gastrite préexistante (observations de Dujardin-Beaumetz, de Fournier, de Max Einhorn).

Le second groupe renferme les ulcères débutant avec une certaine brusquerie et révélés par tout ou partie du complexus classique de l'ulcère rond. Chez des malades de Dieulafoy, de Fournier, de Schreib, de Drozda, de Rosanow, l'affection revêtit d'emblée la symptomatologie complète de l'ulcère rond : douleur épigastrique paroxystique, crises de vomissements, hématémèses, rien n'y manqua, non plus que l'allure habituelle de la maladie avec ses poussées et ses phases d'accalmie. D'autres fois, et c'est peut-être plus fréquent encore, l'ulcère syphilitique ne se révèle que par un seul de ces signes alarmants qui donnent à la maladie de Cruveilhier son caractère si souvent dramatique. Chez le malade de Flexner, c'est par une crise de vomissements avec intolérance gastrique absolue que débute le mal; chez le malade de Stolper, c'est par de vives douleurs gastriques avec inappétence; chez les patients de Cesaris-Demel, de Schreib, de Capozzi, de Chiari, etc., c'est un ensemble de douleurs gastriques et de vomissements qui ouvre la scène. Mais, bien plus souvent encore, c'est par une hématémèse que se révèle l'affection (Hayem, Dieulafoy, Fournier, etc.); ces hématémèses sont d'ailleurs vite accompagnées de symptômes variés, douleurs spontanées et à la pression, intolérance gastrique, etc.

Un troisième groupe enfin comprend les faits d'ulcères où la maladie, restant méconnue et latente pendant un temps variable, se révèle brusquement par une complication grave souvent même mortelle, hématémèse profuse par exemple, ou même, comme dans le cas de Langovoï, reste complètement méconnue jusqu'à l'intervention chirurgicale.

Rien n'est donc spécial à l'ulcère syphilitique dans son mode de début et dans son évolution. Si on analyse les divers symptômes en détail, on ne trouve pas non plus de particularités cliniques propres à la syphilis.

Les *douleurs* sont le plus souvent pongitives, très aiguës; il existe un point épigastrique souvent doublé d'un point rachidien correspondant, et la douleur est proprement « en broche ». La pression, l'ingestion des aliments exaspèrent les phénomènes douloureux, et ceux-ci revêtent assez souvent la forme de crises terminées par des vomissements.

Les *vomissements* ne sont pas plus caractéristiques : alimentaires le plus souvent, ou muqueux, ils se répètent avec une fréquence variable et constituent parfois de véritables crises avec intolérance gastrique complète.

Comme celles de l'ulcère rond, les *hématémèses* sont tantôt légères, tantôt si abondantes que le malade est exsangue et peut mourir. Uniques ou multiples, ces hémorragies peuvent se répéter pendant des semaines : une malade de Fournier en eut ainsi durant deux mois. Leur reproduction n'est soumise à aucune loi, et elles peuvent s'échelonner sur plusieurs mois et, de même que les vomissements ou les douleurs, se répéter à des années de distance (Fournier, Dujardin-Beaumetz, Dieulafoy, Rosanow).

Le *melæna* est quelquefois noté : il existait dans un cas d'Einhorn, dans celui de Schreib et dans une observation de syphilis bien probable signalée par Hayem, où un malade mourut d'anémie après avoir présenté, sans aucune hématémèse, un melæna presque incessant durant une douzaine de jours.

Il n'est pas enfin jusqu'à *la perforation*, accident classique et si redoutable de l'ulcère de Cruveilhier, qui ne se retrouve dans l'ulcère syphilitique et les deux malades de Schreib et de Flexner, porteurs d'un passé gastrique assez chargé, succombèrent à cette terrible complication de leur ulcère stomacal.

Dans tout ceci, un seul caractère un peu spécial peut être isolé; on le trouve signalé dans l'observation de Rosanow : c'est la fréquence des *douleurs gastriques le soir et surtout durant la nuit.* Nous avons déjà insisté sur les paroxysmes douloureux nocturnes dans les accidents gastriques de la syphilis secondaire; il convient d'en rapprocher le fait de Rosanow, mais cette observation est la seule où pareil caractère soit consigné et on ne saurait s'attarder sur une particularité clinique aussi rare.

Cancer. — La syphilis gastrique peut encore simuler le cancer et le professeur Hayem a particulièrement insisté sur ce fait : il n'existe pas moins d'une douzaine de malades qui, considérés comme cancéreux, guérirent parfaitement sous l'influence du traitement antisyphilitique.

Ces cas de pseudo-cancer gastrique présentent deux types différents suivant que, la tumeur occu-

pant le pylore ou un autre point de l'estomac, il existe ou non de la sténose.

Comme un vrai cancer gastrique, la syphilis détermine un ensemble de signes fonctionnels et généraux, physiques même. Ce sont d'abord des *troubles dyspeptiques* divers, de l'anorexie, des *vomissements*, puis des accidents hémorragiques, *hématémèses et melæna*, enfin des *altérations de la nutrition générale*, amaigrissement, pâleur, perte des forces, le tout aboutissant à une *cachexie* véritable, telle qu'on la rencontre dans le cancer stomacal.

Ces phénomènes sont tributaires de deux sortes de lésions anatomiques : ulcère et néoplasie syphilitique.

Dans le premier cas (Obs. de Buday, Langovoï, Zawadski et Luxenburg?), c'est un ulcère plus ou moins vaste qui donne au malade atteint l'aspect d'un cancéreux.

Mais le plus souvent il s'agit de néoformation syphilitique, gomme ou masse épaissie et fibroïde, envahissant les tuniques gastriques; une telle masse est susceptible de donner des signes physiques de tumeur et la main de l'observateur a pu ainsi sentir une tumeur nette à contours plus ou moins limités. Dans une observation d'Hayem on percevait « une sorte de plastron diffus répondant à la région de la vésicule biliaire ». Dans celle de Dubuc, on sentait « une large plaque indurée au-dessous de l'appendice xiphoïde, dans la région épigastrique, plaque de la dimension de près de la paume de la main ». Cette tumeur a la taille d'un œuf d'oie, de poule ou de pigeon (Max Einhorn), celle d'une orange (Freeman Ward) ou « d'une belle mandarine » (Fournier).

Le *siège* de la tumeur peut être la petite courbure (Einhorn); mais dans l'immense majorité des cas c'est le pylore, et une telle localisation ne manque pas d'entraîner de la sténose avec tout son cortège symptomatique : vomissements abondants à plusieurs jours d'intervalle, présence de résidus alimentaires dans le liquide stomacal retiré à jeun et après lavage, bruit de clapotage à jeun avec dilatation gastrique, ondes péristaltiques même, etc. Le substratum anatomique de cette sténose peut être un épaississement de la valvule pylorique (Lancereaux), une néoformation gommeuse (Buday), une infiltration fibroïde (Hayem), un épaississement des parois gastriques (Hemmeter et Stokes).

Les *dimensions* de l'estomac sont d'ordinaire augmentées en cas de sténose. Pourtant dans l'observation d'Hemmeter et Stokes l'estomac était petit, et pendant la vie même du malade cette petitesse de l'estomac se révèle par l'impossibilité d'en pratiquer l'insufflation.

Dans ces formes de syphilis gastrique simulant le cancer, avec ou sans sténose, il n'est pas un seul signe clinique, pas une particularité susceptible de révéler la nature intime du mal.

V

Pronostic. — Il dépend surtout d'un diagnostic suffisamment précoce sans lequel un traitement curateur ne saurait être institué.

Le polymorphisme des manifestations de la syphilis gastrique, qui simule les gastropathies les plus légères jusqu'aux plus graves, implique le polymorphisme de son pronostic, et à côté de la bénignité relative des troubles gastriques de la syphilis secondaire par exemple, on sait quelle gravité revêtent les formes sévères d'ulcère ou de néoplasme malin. Un certain nombre d'observations sont même des exemples frappants de la brutalité avec laquelle l'affection se révèle, et les cas de Fioupe, de Flexner, de Schreib, de Cesaris-Demel, où la mort fut le fait d'une hématémèse foudroyante ou d'ulcère perforant avec péritonite, témoignent de la sévérité du pronostic.

Mais ce sont là, il est vrai, des cas exceptionnels et si on envisage dans leur ensemble les manifestations de la syphilis stomacale, on voit que leur pronostic est rarement d'une sévérité immédiate; c'est peu à peu, après des mois et souvent des années que les troubles gastriques en s'aggravant entraînent l'atrophie complète de la muqueuse (Hemmeter et Stockes) ou la cachexie progressive. L'évolution des lésions est d'ordinaire assez lente pour qu'une intervention opportune basée sur la connaissance de la nature du mal vienne tirer d'affaire un malade considéré comme perdu.

Il existe même des cas où le processus curateur de la syphilis s'est exercé sans que la lésion gastrique se soit manifestée durant la vie, et certaines autopsies dévoilent ainsi tout à fait par hasard des lésions gastriques cicatrisées, que l'on doit avec beaucoup de vraisemblance rattacher par leurs caractères anatomiques à une syphilis ignorée et guérie spontanément.

Le pronostic est donc en réalité fonction du diagnostic et il n'est pour ainsi dire pas un seul exemple de syphilis gastrique bien traitée dont le pronostic ne soit devenu aussitôt meilleur, et cela jusqu'à la guérison habituellement rapide et totale.

VI

Diagnostic. — Il résulte de l'étude attentive des signes actuellement connus de la syphilis stomacale qu'aucun d'eux n'est pathognomonique et ne permet d'affirmer un diagnostic jusqu'ici rarement posé.

Les troubles dyspeptiques divers existant au cours de la syphilis secondaire sont dépourvus de caractéristique, sauf peut-être ce qui concerne les formes boulimique et dypsomanique de Fournier. C'est surtout sur l'influence favorable du traitement que sera basé le diagnostic, et cela d'autant plus que l'administration par voie gastrique d'un médicament quel qu'il soit, a pour habitude de déterminer des phénomènes préjudiciables de gastrite médicamenteuse.

Le diagnostic de la syphilis gastrique proprement dite, néoformations, ulcères, pseudo-cancers, sténoses, etc., est surtout d'un intérêt primordial, puisqu'un diagnostic erroné a pu conduire au chirurgien, et cela à plusieurs reprises, un malade qui n'était justiciable que du traitement spécifique. Or en présence des multiples tableaux cliniques que revêt cette forme, somme toute rare, de syphilis viscérale, nous ne trouvons aucun signe permettant

d'affirmer pendant la vie du patient la nature syphilitique du mal. Ni dans les troubles dyspeptiques, ni dans les gastrorragies, ni dans les signes tirés de l'examen objectif de l'estomac, palpation, insufflation, etc., il n'existe de symptôme diagnostique important. Tout au plus doit-on, semble-t-il, tenir grand compte de la fréquence et de l'intensité des paroxysmes douloureux vespéraux et nocturnes.

On est alors conduit à penser que dans l'étude du chimisme gastrique il serait possible de trouver ce signe caractéristique qui nous manque jusqu'à présent. Mais les notions concernant le chimisme gastrique de la syphilis stomacale sont peu étendues ; la plupart des observateurs ne mentionnent point une telle recherche ou s'y attardent peu.

Chimisme gastrique. — L'état du chimisme gastrique, si complètement étudié dans les diverses gastropathies par le professeur Hayem, a permis de résoudre bien des problèmes de diagnostic jusque-là en suspens. Mais dans les cas connus de syphilis gastrique nous ne trouvons mentionné qu'une dizaine de fois au plus cette étude, complément indispensable de l'examen complet d'une gastropathie.

Les recherches de de Tullio et de Gastou et Babon ont porté sur l'état du chimisme gastrique, en général, chez les syphilitiques et non sur des cas de syphilis de l'estomac.

De Tullio conclut à l'heureuse influence du protoiodure sur les troubles gastriques survenus au cours de la syphilis; ce médicament, dit-il, « rappelle la fonction des glandes peptiques ».

Gastou et Babon ont au contraire étudié les gastropathies déterminées par l'administration buccale du mercure et de l'iodure, et constaté une formule chimique de suc gastrique indiquant l'hypopepsie et même l'apepsie. Barbier, dans sa thèse, rapporte le résultat des recherches de Robin (de Varsovie). Cet auteur, étudiant le chimisme gastrique d'un certain nombre de syphilitiques tertiaires, a trouvé 6 fois un chimisme normal, 4 fois de l'hyperacidité, 3 fois de l'hypoacidité, 2 fois de l'anachlorhydrie complète.

Parmi les 6 malades du premier groupe, un seul présentait des troubles gastriques vagues et peu accentués ; le traitement ne modifia rien au chimisme.

Des 4 malades hyperacides, un seul se plaignait de douleurs gastriques telles que Robin pensa à un ulcère syphilitique de l'estomac et administra le traitement mercuriel : l'examen chimique donna avant le traitement 372 pour l'acidité totale A et 208 pour l'acidité chlorhydrique H, et après le traitement 288 pour A et 120 pour H. Le traitement donné aux trois autres cas d'hyperacidité ne modifia en rien celle-ci.

Les trois cas où le suc gastrique se montra hypoacide furent au contraire favorablement influencés par le traitement spécifique, et chez ces trois malades le taux de l'acidité totale et chlorhydrique s'éleva.

Les deux derniers cas où l'acide chlorhydrique était complètement absent ne furent pas influencés par le traitement.

Plus intéressants sont les résultats d'analyses chimiques gastriques faites dans des cas de syphilis stomacale avérée. Cet examen a été mentionné avec plus ou moins de détails par Frænkel, Domenici, Hemmeter et Stokes, Langovoï, Max Einhorn et surtout Hayem. Bien souvent il n'a porté d'ailleurs que sur la recherche de l'acide chlorhydrique libre.

Frænkel, dans un cas d'ulcères gommeux multiples, a noté l'absence d'acide chlorhydrique libre. Domenici, dans un cas de gastrite chronique qui guérit par le traitement spécifique nota la pauvreté du contenu gastrique en acide chlorhydrique pur. Hemmeter et Stokes, dans leur observation de gastrite chronique avec sténose du pylore, ont trouvé : absence d'acide chlorhydrique libre et combiné, de pepsine et de ferments, et conclurent à une gastrite chronique avancée. Langovoï, dans un cas d'ulcère gommeux pris pour un cancer et opéré comme tel, nota l'absence d'acide chlorhydrique libre. Max Einhorn, dans un cas de tumeur syphilitique signala l'absence d'acide chlorhydrique libre, d'acide lactique et de ferment lab ; par contre, dans un second cas de tumeur et dans deux cas de sténose syphilitique la présence d'acide chlorhydrique pur fut constatée avec une acidité totale de 90 et de 80.

Dans la belle observation du professeur Hayem où un homme de soixante ans présentant tout l'aspect extérieur et presque tous les signes gastriques d'une sténose pylorique d'origine cancéreuse subit une gastro-entérostomie et guérit par le traitement mercuriel, l'examen du suc gastrique fut pratiqué après repas d'épreuve et à jeun. Ces deux examens montrèrent une acidité totale très augmentée, atteignant respectivement 284 et 595, une diminution marquée de l'activité digestive, un coefficient α très élevé de 2,16 et de 3,76, enfin l'absence totale d'acide chlorhydrique libre et d'acide lactique, en somme des signes de sténose que l'on ne pouvait guère rapporter qu'au cancer, avec exagération très marquée des valeurs anormales dans le liquide à jeun, par rapport au liquide du repas d'épreuve.

Dans un autre cas du même auteur existaient des signes de sténose avec grande quantité de liquide à jeun, présence de débris alimentaires dans le liquide de lavage et impossibilité de vider complètement l'estomac par des lavages répétés. Les chiffres tirés d'analyses successives faites soit à jeun, soit en série après repas d'épreuve ne présentent rien de caractéristique pouvant être rapporté à la nature syphilitique de l'affection.

Toutes ces données, on le voit, n'ont aucune particularité permettant d'affirmer la syphilis. Le diagnostic de syphilis stomacale reste donc, dans l'état actuel de nos connaissances, un diagnostic d'exception, d'une réelle difficulté. Il reposera : sur la *notion de syphilis antérieure* du sujet; sur la *présence de stigmates divers* de syphilis chez le malade (cicatrices spéciales, éruptions tertiaires, gommes, périostites, signes de Σ héréditaire):

Sur l'*insuffisance ou l'inutilité absolue des divers traitements suivis*;

Sur l'*action bienfaisante et en général rapide de la médication antisyphilitique*.

Sans doute peut-on joindre à tout cela l'allure parfois bizarre et déconcertante d'une gastropathie

sur laquelle l'observateur impuissant à mettre une étiquette banale placera volontiers celle exceptionnelle de syphilis. Le diagnostic de syphilis gastrique est donc un diagnostic d'exception et de probabilité, non de certitude. Plus on pensera à la possibilité de cette affection un peu nouvelle, plus les cas certainement s'en multiplieront. Leur étude attentive, les analyses minutieuses et répétées du suc gastrique, la recherche peut-être de l'agent pathogène, du spirochæte pallida dans le contenu gastrique, pourront sans doute permettre de fixer d'une façon nette et utile, c'est-à-dire suffisamment précoce, un diagnostic resté jusque-là d'une rare et exceptionnelle difficulté.

VII

Traitement. — Au cours de la syphilis gastrique. le traitement mercuriel et ioduré ne s'est jamais montré sans résultats. Tantôt, le mercure a été administré seul (Andral, Dieulafoy, Keser), tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, c'est au traitement mixte qu'on eut recours, le mercure et l'iodure de potassium étant donnés simultanément. Quant au *mode d'administration*, il comporte le plus souvent, dans les observations publiées, la voie buccale. Les frictions mercurielles ont été parfois employées avec un égal succès. Mais deux traitements paraissent surtout indiqués en cas de syphilis stomacale, parce que tous deux respectent soigneusement l'organe malade, tout en ne se montrant en rien inférieurs aux précédents par leur activité. C'est d'une part l'administration du mercure par *voie hypodermique* sous la forme de solutions aqueuses ou huileuses de produits mercuriels divers; c'est d'autre part l'administration de l'iodure de potassium par *voie rectale* : cette dernière médication a pour elle l'avantage de ne fatiguer en rien un estomac déjà malade et intolérant, et d'éviter l'action fâcheuse de l'iodure dans la genèse de la gastrite médicamenteuse, véritable malum medium combattu avec une si juste et inlassable insistance par M. le professeur Hayem. L'administration rectale de l'iodure fait même l'intérêt principal d'une observation de Topinard où un malade atteint de vomissements incoercibles, ne tolérant même pas une goutte d'eau par la voie buccale, fut radicalement et rapidement guéri par les lavements d'iodure.

Le *régime alimentaire* ne perd d'ailleurs pas ses droits ici, et, soit sous la forme de régime lacté absolu pendant un temps variable et limité, soit sous la forme plus élastique de régime antidyspeptique, il est un adjuvant précieux du traitement spécifique proprement dit.

Quant à la *thérapeutique chirurgicale*, son indication ne se pose plus dès que le diagnostic de syphilis est fait, sauf en des cas d'extrême urgence, tels que perforation ou hématémèse foudroyante. Des malades comme ceux de Langovoï, d'Hayem, de Freeman Ward ont bénéficié d'interventions chirurgicales, mais celles-ci, rendues obligatoires par le siège et les caractères de l'affection, ne furent pratiquées que dans l'ignorance où l'on était de la nature exacte du mal. Il est de toute évidence que le traitement spécifique institué à temps évite l'intervention chirurgicale, et le beau cas de Freeman Ward est le plus bel exemple qu'on puisse donner de cette affirmation : un homme est arrivé au dernier degré de l'inanition et de l'anémie par troubles gastriques et hématémèses ; une intervention pour gastro-entérostomie montre une tumeur pylorique volumineuse et devant l'état de faiblesse extrême du malade, l'intervention est différée et le ventre est refermé, après quoi on prescrit empiriquement de l'iodure. Or, l'état s'améliora au point qu'au cours d'une seconde intervention chirurgicale faite six semaines plus tard, la tumeur pylorique avait totalement disparu.

PUBLICATIONS A CONSULTER

ANDRAL. *Clin. méd. de Paris*, 1834, t. II, p. 201, et 4e édit., 1839, t. II, p. 191. — ARISTOFF. Zur Kenntniss der syphil. Erkrankungen des Magens bei hereditaerer Lues, *Zeist. f. Heilk.*, Berlin 1898, XIX, s. 393.

BARTUMEUS. Gastralgia intermitente sifilitica accompanada de vomitos vespertinos y otros acidentes especificos dolorosos, *Revist. de cien. med.*, Barcelone 1899, V, p. 348. — BAYLAC et CHAMAYOU. Syphilis de l'estomac et pseudo-péritonite par perforation, *Arch. méd. de Toulouse*, 1901, VII, p. 145, et *Echo méd. de Toulouse*, 1901, nos 12 et 13. — BIRCH-HIRSCHFELD. *Lehrb. d. Path. Anat.*, 1887, 3e éd., Bd. II, p. 518, 537, 589. — BITTNER. Zur Kenntniss des gummœsen Magensyph., *Prag. med. Wochens.*, 1893, XXIII, p. 581, et *Centralbl. f. allgem. Path.*, 1894, V, p. 175. — BOAS. *Diagn. u. Therap. d. Magenkrank.*, Leipzig 1901, p. 231. — BOUVERET. *Traité des maladies de l'estomac*, art. SYPHILIS, 1893, p. 715. — BRINTON. *Ulcer of the stomach*, *Diseases of the stomach*, London 1864. — BUDAY. Ueber einem ungewohnlichen Full von syphilis, *Virchow's Archiv*, B. 141, s. 514.

CAPOZZI. Storia di un ulcera chronico dello stomacho, *Morgagni*, 1867, p. 89. — CESARIS-DEMEL. Sulla sifilide gastrica a tipo ulcerativo, *Archiv. per le scienze med.*, Turin 1899, vol. XXIII, n° 14. — CHIARI. Lues hereditaria mit gummœser Erkrankung des galleleitenden Apparates und des Magens, *Prag. med. Wochens.*, 1885, X, 461 ; — *Centralbl. f. med. Wissens.*, 1886 ; — Ueber Magensyphilis, *Intern. Beit. f. Wissens. med.*, Bd. II, 1891, p. 295 ; — Ueber Cystenbildung in der menschl. Thymus, Zugleich ein Beitr. z. Lehrer. d. « Dubois'chen Abescessen », *Zeits. f. Heilk.*, 1894, Bd. XV. — CORNIL. Soc. méd. des hôpit., Paris, 28 mai 1874 ; — *Leçons sur la syphilis*, Paris 1879, p. 406. — CORNIL et RANVIER. *Manuel d'anat. path.*, t. II, p. 296. — COYNE. *Leçons de la Faculté de médecine de Bordeaux sur les lésions anatomopathologiques du tube digestif*, 1885-1886. — CRUVEILHIER. *Revue de méd.*, 1838.

DIEULAFOY. *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, 1897-1898, 4e leçon ; — *Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 17 mai 1898 ; — *Bull. méd.*, 18 mai 1898, n° 40 ; — *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 déc. 1902 ; — *Manuel de pathol. int.*, 1904, 14e édit., art. SYPHILIS DE L'ESTOMAC, t. II, p. 367. — DOMENICI. Contributo alle rarissime local. della sifilide terziaria, *Gaz. d. osped.*, Milan 1902, XXIII, p. 185, et *New York med. Journ.*, 3 mai 1902. — DROZDA. *Wien. med. Presse*, 1880, n° 31. — DUBUC. Soc. méd. de Paris, 25 juin 1898, et *France méd.*, 1er juillet 1898. — DUJARDIN-BEAUMETZ. *Gaz. des hôpit.*, 1866, n° 16.

EINHORN. Syph. of the stomach, *Phil. med. Journ.*, 1900, V, p. 262.

FAUVEL. *Bull. de la Soc. anat.*, 1858. — FIOUPE. Ulcère simple de l'estomac à marche foudroyante, syphilis probable, *Progrès méd.*, 1874. — FLEXNER. Gastric syph. with the

report of a case of perf. syph. ulcer of the stomach, *Amer. Journ. of the med. sc.*, Philadelphie 1898, p. 424. — FOURNIER. Note sur certains cas curieux de boulimie et de polydypsie d'origine syphilitique, *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, fév. 1871; — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 18 janv. 1898; — *La syphilis*, 1er juillet 1903, t. I; — *Traité de la syphilis*, t. I, p. 710. — FRÆNKEL. *Munch. med. Wochens.*, 1898, p. 162. — FREEMAN WARD. *La syphilis* (Fournier), juillet 1903. — FRERICHS. *Traité des maladies du foie*, traduction, Paris 1866, p. 329.

GAILLARD. Syphilis gastrique et ulcère simple de l'estomac, *Arch. gén. de méd.*, janv. 1886. — GASTOU et BABON. Du chimisme gastrique chez les syphilitiques traités, *Bull. de la Soc. de dermatol. et de syphil.*, Paris 1896, p. 205 et 357. — GOUZOT. *Contribution à l'étude des maladies syphilitiques de l'estomac*, Th. de Bordeaux, 1886, n° 47.

HASTINGS. Gastro-enteritis complicating cong. syph., *Ann. de gynécol. et de pédiat.*, Boston 1900, 281. — HAYEM et TISSIER. De la syphilis de l'intestin, *Revue de méd.*, 1899, p. 231. — HAYEM. De la syphilis stomacale, *Presse méd.*, 18 fév. 1905, n° 14; — Sur un nouveau cas de syphilis stomacale, *Presse méd.*, 2 mai 1906, n° 35. — HEMMETER. *Diseases of the Stomach*, London 1901, 2e édit., p. 596. — HEMMETER et STOKES. Chronic hypert. gast. of syphil. orig. associated with hyperplastic stenosis of the pylorus, *The Johns Hopkins Hosp. Reports*, Baltimore 1900, IX, 773. — HILLER. Hemat. in Folge von visceral Syph., *Monats. f. prak. Derm.*, Hambourg 1882, I, 97.

JACOBS. Les troubles gastro-intestinaux de la syphilis, *Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1896, VIII, 235. — JULLIEN. De la dilatation de l'estomac dans ses rapports avec la syphilis et son traitement, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, Paris 1889.

KESER. Syph. and gast. ulcer, *Brit. med. Journ.*, London 1891, II, 696. — KLEBS. *Handb. d. path. Anat.*, 1869, I, 261. — KRIENITZ. Ueber das Auftreten von Spirochæten verschied. Form un Magen inhelt bei Carcin. ventr., *Deuts. med. Wochens.*, 1906, n° 22, p. 872. — KUZMIK. Spont. Magen Banckwand Fistul bei Lues, *Beit. z. klin. Chir.*, 1906, Bd. XLVIII, p. 586.

LANCEREAUX. Etude sur les lésions viscérales susceptibles d'être rattachées à la syphilis constitutionnelle, *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 26 août 1864, et *Traité de la syphilis*, 1866, p. 310. — LANGOVOÏ. *Médecine mod.*, 5 fév. 1902. — LEVADITI. Syphilis congénitale et spirochæte pallida, *Presse méd.*, 31 mai 1905. — LUBLINSKI. Syph. of the stomach, *The Journ. of the Amer. Assoc.*, Chicago 1900, XXXII, 755.

MACKAY. The role of syph. in the etiology of simple ulcer of the stomach, *The Lancet*, 24 déc. 1898, vol. II, p. 1701. — MALHERBE. Syphilis secondaire et accidents nerveux, *Journ. des mal. cut. et syphil.*, 1902, XIV, p. 323. — MAMULEA. A supra unni laz de sif. gast. secund., *Spitalul. Revist. med.*, 1901, XXI, p. 103. — MARFAN. Les ulcères gastriques, *Gaz. des hôpit.*, avril 1887. — MRACEK. *Lehmans Atlas : Syph. und vener. Krank.*, 1898, p. 52; — Trad. Emery, Paris 1900, p. 103. — MURCHISON. *Trans. of pathol. Soc.*, 1870, t. XXI.

NEUMANN. *Nothnag. spec. Path. und Ther.*, Bd. XXIII, *Syphilis*, 1896, p. 351. — NORDEN. Over Maagsyph., *Acad. Præschrift*, Amsterdam 1897.

OBERNDORFER. Ueber die viscerale Form der congen. Siphil. mit speciellerBerücksicht. des Magen Darmkanales, *Virchow's Archiv*, 1900, 159. — OSER. Drei Falle von enterit. Syph., *Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, 1871, p. 27.

PATER. *Sur la syphilis de l'estomac*, Th. de Paris, 1907.

ROBIN. Recherches sur l'état des fonctions de l'estomac dans la syphilis, *Gaz. lek. Warszawa*, 1902, XXII, p. 738. — ROSANOW. *Med. Obozr.*, Moscou 1890, n° 7, et *Semaine méd.*, 1890, n° 43. — RUDNEW. Ueber syph. Stricturen des Magens, *Journ. f. normale und path., hist., pharmac. und klin. Med.*, 1870, et *Virchow-Hirsch Jahr.*, 1870, II, p. 464.

SCHREIB. *Syph. mit gummœser Affection d. Magens und Darmes sowie d. Lungen bei einem*, 51 *jahr. Manne*; — *Prag. med. Wochens.*, 1890, p. 537 et 551. — SCHWIMME. *Archiv f. Derm. u. Syph.*, 1873. — SOUPAULT. *Traité des maladies de l'estomac*, art. STÉNOSE DU PYLORE, p. 343, et art. SYPHILIS, p. 617. — STAUB. Polydips. bei Syph., *Monats. f. prakt. Derm.*, Hambourg 1896, XXII, p. 11. — STOLPER. *Beit. z. syph. viscer. Magen, Lungen, Herzsph*; — *Bibliot. méd.*, Cassel 1896, Heft 6.

TOPINARD. Vomissements incoercibles, *Gaz. des hôpit.*, 5 déc. 1885. — TOULMOUCHE. Des ulcères de l'estomac, *Arch. de méd.*, sept. 1869, p. 272, et oct., p. 385. — TROUSSEAU. *Traité de thérapeutique*, 1875, t. I, p. 295. — TULLIO (DE). Contributo all. stud. delle lezioni funz. gastr. per sifil. e dei lore mezzi curat., *Policlinica*, Roma 1893, p. 274.

VIRCHOW. *La syphilis constitutionnelle* (trad. Picard), Paris, 1860.

WAGNER. Das Syphil. oder die constit. syph. Neubildung, *Arch. f. Heilk.*, 1863, IV, p. 225, et *De syphil. ventriculi*, Dissertatio Leipzig, 1863. — WEICHSELBAUM. *Berich. d. Krank. Rudolf.*, Wien 1883, p. 383.

ZAWADZKI et LUXENBURG. Contrib. to case of round ulcer of the stom. with alter. of syph. nature of the blood vessels, *Gaz. lek. Warszawa*, 1893, XIII, 1233. — ZEISSL. Ueber die Syph. des Magens und Darmes, *Wien. med. Presse*, 27 avril 1902, et *Médecine mod.*, 18 juin 1902.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1907)

Coups de feu de l'oreille. — M. SIEUR reconnaît, avec plusieurs de ses collègues, que l'appareil Trouvé est infidèle pour la recherche des balles dans l'oreille. Il pense qu'avec la radioscopie, l'appareil de Contremoulin et l'aiguille exploratrice, on peut arriver à déterminer exactement le siège de la balle. Il faut, comme l'a dit un auteur allemand, ponctionner, pour ainsi dire, la balle avec l'aiguille. On a, de cette façon, un guide précieux pour intervenir.

M. DELBET admet, en principe, la nécessité de l'extraction de ces balles, parce qu'elles sont toujours en communication avec des cavités septiques. Elles s'infectent donc elles-mêmes et doivent être extraites. C'est d'ailleurs la règle qui a été posée, dès 1888, par M. Berger, et rappelée, dans cette discussion, par MM. Picqué et Sébileau. Toutefois on se trouve en présence de certaines difficultés. A quel moment faut-il aller à la recherche de la balle? Comment y arriver? Ce sont là les points à discuter. M. Picqué pense qu'il faut intervenir immédiatement. A l'appui de cette opinion, il nous apporte deux cas, l'un dans lequel il n'a pas trouvé la balle, l'autre dans lequel il l'a trouvée, mais dans lequel le malade a succombé.

Ces faits ne sont donc pas absolument en faveur de l'intervention immédiate. M. Delbet estime qu'il n'est pas toujours nécessaire de recourir à l'intervention immédiate. D'accord avec M. Sébileau il pense qu'il faut d'abord procéder à l'examen au spéculum, à la désinfection du trajet, il ne croit pas qu'il faille aller tout de suite à la recherche de la balle. Alors que faut-il faire? Il faut avoir recours à tous les moyens possibles pour bien la localiser avant d'en tenter l'extraction.

M. Delbet rapporte l'histoire d'une jeune femme qui s'était tiré un coup de revolver dans l'oreille. Elle perdit connaissance pendant seulement quelques instants; elle fut amenée à l'hôpital. Il n'y avait pas chez elle de paralysie faciale, pas même de perte de l'audition; la paroi antérieure du conduit auditif était éclatée; la paroi supérieure était mise à nu.

On donna du chloroforme, on procéda à la désinfection du foyer, une première exploration mit le stylet en contact avec du tissu osseux. L'appareil Trouvé ne donna rien; la radio-

graphie ne montra pas de corps étranger, pas plus que l'appareil de Contremoulin. En réalité, il n'y avait pas de balle. Si M. Delbet, dans ce cas, s'était mis en demeure de faire immédiatement l'évidement rétro-mastoïdien, il aurait fait une opération inutile en laissant une vaste plaie pénible. Qu'était devenue la balle? On n'en sait rien. La malade ne l'avait pas avalée, puisqu'il n'y avait aucune plaie du côté du pharynx.

En général, les balles occupent surtout deux sièges principaux : un siège prépétreux ou un siège rétro-mastoïdien.

Par quelle voie faut-il aller à leur recherche? M. Delbet donne ses préférences à la voie postérieure, la voie rétro et supéro-auriculaire.

Chez un malade qui s'était tiré, à Monaco, une balle dans l'oreille, M. Delbet fit une trépanation franche postérieure : il décolla la dure-mère, put ainsi extraire une vaste esquille et arriva directement sur la balle, ainsi que l'indiquait l'appareil Contremoulin. Il lui a semblé que c'était là un chemin plus direct, plus simple, plus facile, et le malade guérit plus rapidement que si on lui avait fait l'opération rétro-auriculaire.

MM. Quénu et Guinard citent des cas où la balle avait passé dans le pharynx et avait été avalée.

M. Delorme, au cours de cette discussion, a entendu dire que l'appareil Trouvé, dans un cas, n'avait pas fonctionné parce que la balle était entourée d'une partie de cuivre. C'est là une erreur. L'appareil Trouvé fonctionne régulièrement chaque fois que l'aiguille est en contact avec un métal quelconque.

Parotidites. — M. Picqué fait une communication sur les parotidites. Il pense qu'il faut étudier les parotidites post-opératoires par comparaison avec les parotidites spontanées.

La parotidite post-opératoire est très rare, puisque, sur 7200 opérations, M. Picqué ne l'a observée que 3 fois, une fois après une opération d'appendicite aiguë, une fois après une opération de grossesse extra-utérine infectée, et une troisième fois après une opération sur les voies génitales de la femme.

Pour M. Picqué, la parotidite spontanée et la parotidite post-opératoire se présentent avec les mêmes caractères, et reconnaissent la même origine buccale. C'est par le canal de Sténon que le processus se propagerait de la bouche à la parotide. Il s'agit toujours de formes microbiennes streptococciques ou staphylococciques. Il y a deux formes principales : la forme purulente et la forme gangréneuse ou véritable phlegmon gangréneux.

M. Picqué passe en revue la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement des parotidites.

Traitement de la tuberculose du rectum à l'aide de la radioscopie. — M. Chaput fait un rapport sur une intéressante observation de M. Avrand sur un cas de tuberculose recto-sigmoïdienne traitée avec succès à l'aide de la radioscopie. Il s'agissait d'un homme de trente-quatre ans qui présentait tous les symptômes de cette affection. M. Avrand, habitué aux examens laryngoscopiques, pratiqua la radioscopie et trouva à 25 centimètres de profondeur une ulcération remontant jusque dans l'S iliaque. Il y avait une fistule au voisinage de l'anus. Il fit des lavages journaliers au sérum, des cautérisations avec une solution d'acide lactique au centième. La fistule fut opérée. Le malade a bien guéri.

M. Chaput fait ressortir tous les avantages de la radioscopie dans ces cas.

Bien que la région soit quelque peu éloignée du larynx, on conçoit qu'un médecin bien habitué au maniement du laryngoscope puisse appliquer la même recherche au rectum.

M. Faure emploie la radioscopie depuis longtemps. Pour la pratiquer, il préfère la position déclive ou Trendelenbourg à la position genu-pectorale employée par M. Avrand.

M. Sébileau se félicite qu'on s'applique à faire pénétrer la lumière, sans métaphore, dans toutes les cavités profondes.

M. Quénu fait observer que cette exploration n'est pas également facile chez tous les malades.

Contusion de l'abdomen, rupture du pancréas. — M. Robert Picqué communique une observation de contusion de l'abdomen à la suite d'une chute de bicyclette. La laparotomie montra qu'il y avait eu contusion avec déchirure du corps du pancréas. Il dut donc faire une pancréatectomie partielle. Le blessé a bien guéri.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 7 novembre 1907)

Apoplexie bulbaire circonscrite post-émotive, à la suite d'un traumatisme léger. — MM. Rose et Lemaitre. A la suite d'une légère blessure de l'anthelix gauche qui l'émotionna beaucoup, un névropathe de trente-deux ans fut pris aussitôt de paralysie faciale du même côté. Huit jours après, on constatait en outre l'atteinte des neuvième et dixième paires gauches (paralysie pharyngo-laryngée, avec anesthésie) et l'exagération du réflexe olécrânien droit. Les auteurs émettent l'hypothèse d'une apoplexie bulbaire circonscrite.

Amyotrophie diffuse des membres supérieurs. — MM. Français et Rose. Elle a débuté voici un an; au bout de deux mois les muscles présentaient la réaction de dégénérescence. Actuellement, amyotrophie diffuse des membres supérieurs et du thorax : les auteurs écartent l'idée d'une poliomyélite antérieure subaiguë, ou d'une sclérose latérale, et penseraient plutôt à une syringomyélie anormale, actuellement sans troubles de la sensibilité.

Deux cas de paralysie pseudo-bulbaire infantile. — M. A. Delille et Mlle Giry. Il s'agit d'un garçonnet de quatre ans et d'une fillette atteinte de diplégie spasmodique, avec conservation de l'intelligence, et, en plus, le syndrome pseudo-bulbaire (spasme labio-glosso-pharyngé, avec gêne de la parole et de la mastication).

Paralysie de l'élévation volontaire des globes oculaires avec conservation des mouvements automatico-réflexes. MM. Cantonnet et Landolt. Un homme de cinquante-quatre ans, hystérique, ne peut élever les globes oculaires, mais il suit, jusqu'aux limites normales, le doigt progressivement élevé au-devant de ses yeux. Il y a donc paralysie supra-nucléaire. Sur une question de M. Rochon-Duvigneaud, demandant quelle pourrait être, en semblable cas, l'influence de la rééducation, M. Ballet répond qu'elle doit être nulle, puisque la coordination sur laquelle agit la rééducation est parfaitement conservée, tandis qu'il y a interruption entre le centre volontaire et le noyau chargé d'exécuter ses ordres.

Torticolis mental. Discussion du traitement chirurgical. — MM. Sicard et Descomps. L'injection d'alcool dans le spinal, après incision cutanée, avait amené une amélioration de trois semaines, puis le spasme était reparu à la nuque. A la requête du patient, un chirurgien sectionna les muscles contracturés; il en résulte une attitude vicieuse en extension, peut-être définitive. — M. Babinski montre au contraire une femme qui était atteinte depuis un an d'un torticolis gauche : devant l'inutilité de la rééducation et des sédatifs, l'auteur fit réséquer 1 centimètre du spinal, à son entrée dans le sterno-mastoïdien. A l'ablation du pansement, l'amélioration était nette : elle s'est accentuée progressivement, il y a maintenant quatre mois, le sterno-mastoïdien et le trapèze s'atrophient et ne sont plus contracturés. — M. Brissaud fait remarquer qu'il faut distinguer le spasme vrai, qu'on ne peut vaincre manuellement, que très difficilement, et le torticolis mental, dans lequel il suffit, comme chez le malade de M. Babinski, d'une simple pression avec le doigt pour faire cesser le torticolis. Dans le deuxième cas, la section des muscles n'amène qu'une sédation passagère : un malade de de Quervain avait subi la section de tous les muscles du cou; les tics réapparurent dans le bras; l'amélioration obtenue par l'intervention est un phénomène suggestionnel, ce que nie M. Babinski. — M. Meige déclare qu'il a vu, cependant, une sédation de quelques jours, dans un cas, à la suite d'une émotion. Il connaît également des récidives après une intervention chirurgicale. — Chez sa malade, répond M. Babinski, l'intervention a déjà procuré quatre mois de tranquillité : c'est déjà un résultat. — M. Ballet voudrait qu'on substituât à la section nerveuse l'élongation qui n'empêcherait pas la régénération du nerf.

Epilepsie tardive. — M. Ballet. Elle a débuté il y a deux ans, chez un ancien syphilitique, actuellement âgé de soixante-trois ans, et représenterait la manifestation isolée d'une méningite spécifique localisée, survenue quarante ans après l'infection.

Paraplégie myélopathique sénile. — MM. Dupré et Lhermitte apportent l'étude histologique du névraxe d'un vieillard paraplégique présenté l'an dernier à la Société. La voie pyramidale n'est atteinte que dans la région lombaire où on trouve une méningite chronique avec sclérose sous-jacente.

Injections intra-rachidiennes de fibrolysine chez un tabétique. — MM. Lhermitte et Lévi. Après quatre injections intra-rachidiennes de fibrolysine, le malade présente une amélioration nette de l'ataxie et des troubles de la sensibilité subjectifs et objectifs. — M. Sicard a obtenu les mêmes résultats en employant, au lieu de fibrolysine, 1 à 2 centimètres cubes d'alcool à 10 degrés contenant 1 p. 100 de stovaïne. Les deux substances provoquent les jours suivants une réaction leucocytaire céphalo-rachidienne.

Arthropathies tabétiques sur les articulations anciennement traumatisées. — M. Claude. Un tabétique de quarante-huit ans a eu autrefois, à quatorze ans, une luxation de la hanche bien réduite; à dix-huit, une entorse du pied gauche; à trente, une luxation du genou gauche. Les trois jointures sont actuellement le siège d'arthropathies tabétiques.

Malformations congénitales, syringomyélie congénitale probable. — M. Dufour présente une malade atteinte de malformations (division du voile du palais, atrophie d'un sein); on constate, en outre, à droite de la spasmodicité, à gauche de la paralysie, avec troubles de la sensibilité remontant jusqu'au sein. Il s'agit probablement d'une syringomyélie congénitale.

Amyotrophie myélopathique simulant la myopathie. — MM. Huet et Lejonne. L'amyotrophie atteint les muscles de la ceinture pelvienne de la région dorso-lombaire et, légèrement, ceux de la ceinture scapulo-thoracique, d'où une certaine ressemblance avec la myopathie Leyden-Mœbius. Mais l'apparition des accidents à dix-sept ans, leur évolution et les réactions électriques démontrent la poliomyélite.

Deux cas de lésions de la zone rolandique. — M. Long. Le premier est une monoplégie crurale, par ramollissement du lobule para-central; le second est un cas d'atrophie congénitale de la main et de l'avant-bras par lésion de la région rolandique inférieure. L'auteur fait remarquer que, dans les cas de lésion du faisceau pyramidal congénital et infantile, les fibres voisines peuvent se tasser et remplacer la perte de substance sans cicatrice scléreuse.

Monoplégie brachiale droite : dysarthrie, troubles intellectuels, autopsie. — MM. Alquier et Ciovini. L'autopsie révéla un ramollissement de la partie moyenne de la frontale ascendante, empiétant sur la deuxième frontale et sur la pariétale ascendante. Malheureusement des lésions diffuses (urémie) et des lacunes des noyaux gris centraux enlèvent à ce fait une grande partie de sa valeur, pour l'étude du faisceau pyramidal. Celui-ci est, à partir du pédoncule, pris en entier ainsi que le géniculé. La dégénérescence pyramidale s'atténue vers la région dorsale moyenne.

Myélomalacie chez un sujet opéré d'un néoplasme ulcéré de la verge. — MM. Alquier et Mendicini. Deux ans après l'opération, le malade eut une paraplégie des membres inférieurs avec anesthésie, incontinence des sphincters, amyotrophie. L'autopsie révéla une myélomalacie du huitième au dixième segments dorsaux, sans compression ni méningomyélite. La myélomalacie paraît due à l'infiltration de petites cellules (probablement conjonctives) autour des vaisseaux sanguins avec, par place, sclérose étouffant ces derniers.

Myxosarcome de la queue de cheval. — MM. Ardin-Delteil et Dumollard relatent l'observation suivie d'autopsie d'un cas de myxosarcome survenu chez une femme de trente-quatre ans, et comprimant, outre les racines lombo-sacrées, les deux dernières paires dorsales. La ponction lombaire ne peut ramener de liquide céphalo-rachidien.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS LES PALPITATIONS ET LA TACHYCARDIE

(Symptomatiques d'insuffisance du muscle cardiaque et de désordres nerveux, plus rarement du goitre exophtalmique.)

Un granule à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou v gouttes de la solution au millième pendant 10 jours.

LIVRES NOUVEAUX

La responsabilité. Etude psycho-physiologique (1), par le professeur A. Mairet.

Jusqu'ici la responsabilité fut envisagée comme appartenant exclusivement au domaine de la métaphysique, comme l'effet d'une pure abstraction : le libre arbitre ou la liberté morale. Elle échappait ainsi à toute analyse scientifique.

Lorsqu'on se limite à l'étude des faits, c'est-à-dire des manifestations et des modes d'action de cette faculté hypothétique, on voit s'ils sont intimement liés au fonctionnement cérébral, qu'ils sont d'ordre biologique et par conséquent appartiennent au médecin.

Dans cette étude, toute d'observation, l'auteur s'attache à dégager les éléments constitutifs de la responsabilité. A l'aide de faits cliniques normaux et pathologiques, il montre que ces éléments sont d'ordre intellectuel et sentant : connaissance de la valeur de l'acte et de ses conséquences d'une part, état émotionnel de la sensibilité morale d'autre part. Ces éléments sont des moyens de défense s'opposant naturellement aux mobiles normaux ou anormaux qui entraînent l'individu aux actes délictueux ou criminels. Montrer que chez l'homme normal ces éléments sont assez forts pour lui permettre de résister aux mobiles les plus puissants, c'est, écrit le professeur Mairet, démontrer par là même la réalité et expliquer le pourquoi de la responsabilité.

Dans l'état pathologique, l'atteinte de la fonction responsabilité est sous la dépendance des altérations cérébrales. Elle peut porter sur l'un ou les deux éléments, intellectuel et sentant; elle se traduit par des symptômes que le médecin et particulièrement l'expert doit rechercher et exposer, comme il note et met en valeur les symptômes qui traduisent le trouble de toute autre fonction.

Ces notions psycho-physiologiques sur la responsabilité ont une utilité pratique considérable; elles doivent servir de base à la médecine légale des aliénés. Elles entraînent naturellement aussi des conséquences philosophiques de la plus haute importance, en montrant que les principes de la morale ne sont pas innés chez l'homme et en indiquant le rôle prépondérant que joue l'éducation dans le développement de l'intelligence et de la sensibilité morale des différents individus.

P. CAMUS.

(1) In-8°, 132 pages. — Montpellier, Coulet, édit.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

HIVER 1907-1908. — *Relations rapides entre Paris et l'Italie.* — *Par le Simplon* : par le train de luxe « Simplon-Express » V-L, VR); départ de Paris P.-L.-M., lundi, mercredi, samedi, à 8 h. 05 soir, du 4 nov. au 29 fév., et tous les jours à partir du 1er mars.— Paris-Milan en 15 h., Londres-Milan en 24 h. 30.

Par le Mont-Cenis : par le train de luxe « Paris-Rome » (V-L; V-R); départ de Paris P.-L-M., mardi, jeudi, samedi (3 déc.-19 mai, 11 h. 20 m.; départ de Rome, lundi, mercredi, samedi (7 déc.-23 mai), 1 h 40 soir (H. E. C.).

Nota. — Le nombre des places est limité.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 15 novembre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire. »

MM. Thibon de Courtry, 11 ; Usse, 19; Virenque, 15 1/2; Sorel, 8; Sabatier, 5; Mlle Trélat, 17 1/2; Turnesco, 14; Tournadour d'Albay, 5; Stréhaiano, 15; Parisi, 14; Touchard, 13 ; Stépanoff, 7; Lubetzki (Albert), 12; Jamin, 16; Lambert, 14.

Anatomie. — Séance du 16 novembre. — Question donnée : « Anatomie du muscle diaphragme. »

MM. Feret et Feuillet (Raoul), 9 ; Delavierre, Chaisemartin et Parisi, 10; Coulon, 15; De Carvalho, 7; Devaux, 13; Fay, 6; Détape, 9; Devilliers, 15 ; Desvignes, Mlle Celnik et M. Chassin, 12; Chardon, 9.

La prochaine séance aura lieu le mardi 19 novembre. Il y aura deux séances : première séance à quatre heures, deuxième séance à huit heures et demie du soir, première moitié, deuxième série.

— Amphithéâtre des hopitaux. — *Concours du prosectorat.* — *Lecture :* Séance du 16 novembre. — MM. Bréchot, 26; Mathieu, 28; Heitz-Boyer, 26.

La prochaine séance (épreuve de dissection) aura lieu le mercredi 20 novembre, à huit heures du matin, à l'amphithéâtre d'anatomie.

— Concours d'aliéniste adjoint. — Le jury du concours d'aliéniste-adjoint des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière est ainsi composé : MM. les docteurs Charpentier, Bourneville, Roubinovitch, Rénon, Boulloche, Letulle et Lwoff.

Les candidats sont : MM. Vurpas, Juquelier et Leroy.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — *Concours de l'externat.* — Sont déclarés admissibles : MM. Chevalier, Papin, Dubourg, Montpellier, Cluseau, Secousse, Beyly, Casedevant, Perruchot, Heidenreich, Fromaget, Chaigne, Sidaigne, Beauvalais, Lassalle, Molin-Teyssieu, Hourcade, Cousset, Laraillet, Junca, Queyroi, Jammont, Pujol, Duponchel, Laffont, Savin, Plantier, Jiacquetty, Dautin, Philippot, Régis, Capdeville, Froustay, Frimandeau, Ducassé, Troussel; Henri Lavielle, Lousteau, Gilard, Beurois, Bajac, Cazaux, Fouquet, Bosc, René Lavielle, Faure Bijon, Noguiès, Cayla, Fabre, Heugas, Duffieux, Colombier, Bernard, Jayle, Loumaigne, Soulard, Piganneau, Segui et Bonnin.

— Lille. — Le 28 janvier 1908, il sera ouvert un concours public pour la nomination de deux chirurgiens-adjoints des hôpitaux et hospices de Lille.

S'inscrire avant le 27 décembre au secrétariat des hospices, 41, rue de la Barre, à Lille, où l'on trouvera tous les renseignements.

— Toulouse. — Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Bosq, Trémollières, Castets, Mireaux et Olive, internes titulaires.

MM. Lambert, Simacourbe, Sengès et Ayguebère, internes provisoires.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Burlot (de Marseille) est nommé chevalier du Mérite agricole.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE. — Dans sa dernière séance, l'Association a voté par 16 voix contre 2 l'ordre du jour suivant :

« L'Association de la presse médicale française,

Voulant garantir à tous ses membres l'indépendance et la liberté d'écrire qui sont l'honneur de la presse,

Proteste énergiquement contre l'*avis* envoyé par le Comité de vigilance issu du Congrès des praticiens à divers journaux médicaux et inséré par eux, et qui, évoquant un faux prétexte de solidarité, prétend, sous menace de boycottage, obliger toute la presse à défendre certaines idées déterminées. »

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 1581.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU DE LYON
(M. le professeur A. Poncet)

UN CAS DE NANISME THYROIDIEN

Par Joseph CHALIER,
Interne des hôpitaux de Lyon.

En juin dernier, à la clinique de notre maître le professeur Poncet, nous avons examiné un nain dont l'observation mérite d'être rapportée, en raison de certaines particularités intéressantes.

H. H..., cinquante et un ans. Est né en Macédoine, à Salonique, où, dit-il, les goitreux ne seraient pas très rares.



Fig. 1. — *H... H..., âgé de cinquante ans, longueur 0m90, poids 20 kilos*

Aucun antécédent héréditaire à signaler. N'a pas connu son père. Sa mère était de taille normale.

Personnellement, il se souvient avoir fait, à l'âge de quatre ans, une chute assez sérieuse. Cet accident mis à part, il n'a jamais eu de maladie d'aucune sorte.

Il vient d'Allemagne et a l'intention de visiter les principales villes de France. Il gagne sa vie en se montrant dans les cafés, dans les lieux publics, etc., et entre autres bénéfices, il a celui de la vente de sa photographie, que nous reproduisons ici (voir fig. 2).

On le fait déshabiller et on l'examine nu.

De taille très exiguë (90 centimètres), on est frappé de prime abord par un certain aspect de myxœdémateux fruste qu'il réalise assez bien.

La tête est trop grosse pour un si petit organisme. Le front est assez large, mais bas et aplati. Les fosses temporales sont aplaties, l'occiput bombe en arrière. Les apophyses mastoïdes paraissent assez bien développées.

Le périmètre de la tête est de 49 centimètres.

La longueur transversale bimastoïdienne = 35 centimètres et demi.

Les cheveux prennent naissance à 3 centimètres environ au-dessus de la racine du nez. Ils sont châtains, secs et droits, sans aucune tendance naturelle à l'ondulation.

Les sourcils sont disposés en accent circonflexe, ce qui donne au visage un aspect un peu étonné. Ils sont très peu fournis.

Le front est fortement ridé.

Les arcades sourcilières sont peu accusées et ne font guère saillie au-dessus des globes oculaires.

Les paupières sont légèrement bouffies et ridées, particulièrement la paupière inférieure et dans les angles.

Regard alourdi. Les yeux présentent des pupilles normales. A signaler une taie de la cornée de l'œil droit.

Le nez est fortement aplati à sa racine. Il est camus avec lobule épais, narines assez largement dilatées. A cause de l'ensellure de la racine, il rappelle un peu le nez des hérédo-syphilitiques.



Fig. 2.

Les joues paraissent nettement bouffies; elles sont pendantes. Les lèvres sont épaissies, particulièrement la lèvre inférieure qui est proéminente.

La face est absolument glabre.

Le cou est court; il paraît élargi à sa base où l'on a l'impression très nette, particulièrement au niveau des creux sus-claviculaires, d'un état myxœdémateux des téguments. En tout cas, il n'y a certainement pas d'hypertrophie des lobes latéraux du corps thyroïde. Il y a plus : on n'arrive même pas à percevoir au-devant de la trachée l'isthme thyroïdien.

Le thorax ne présente aucune manifestation rachitique. Il est légèrement bombé en avant, arrondi, et a un périmètre de 56 centimètres.

Le périmètre du corps à hauteur des crêtes iliaques est de 59 centimètres.

Poids = 20 kilos.

Le ventre est un peu gros, légèrement tombant. L'ombilic est plus bas que normalement. Le ventre bombe à sa partie inférieure, si bien qu'il existe un pli de flexion assez prononcé au niveau du pubis.

Dans la station debout, les membres supérieurs arrivent jusqu'à mi-cuisse. Ils ont 38 centimètres et demi de long; l'hu-

mérus, 15 centimètres et demi ; le cubitus, 15 centimètres et demi. Ils sont ainsi que les membres inférieurs (40 centimètres de l'épine iliaque à la pointe de la malléole externe) assez développés par rapport à la taille.

La peau est assez souple et recouvre notamment au niveau de l'abdomen un pannicule adipeux bien développé. En d'autres régions, les téguments paraissent légèrement infiltrés.



Fig. 3.

Le système pileux ne s'est pas développé. Les cheveux ne sont pas épais, ils sont raides, sans ondulation naturelle aucune, et peu souples. Absence totale de moustache et de barbe. Manque complet de poils dans les creux axillaires et au pubis. La peau est complètement glabre.

Les muscles sont relativement bien développés.

Les os, à la palpation, paraissent normaux. Il n'existe pas de nouures, pas de déformations appréciables ni sur le thorax, ni sur les tibias. Les mains sont un peu larges, mais les doigts gardent entre eux leurs proportions normales.

On n'a pu pratiquer d'examen radioscopique, le nain n'ayant pas voulu s'y prêter.

L'examen viscéral est négatif. Rien d'anormal à signaler aux poumons, ni au cœur, ni aux organes abdominaux.

L'état des organes génitaux est très important à rappeler. Ils existent à peine. Les bourses ont des dimensions très réduites. A noter toutefois la persistance du réflexe crémastérien. Les testicules très atrophiés ne dépassent pas le volume d'un gros pois. Ils possèdent cependant la sensibilité normale.

La verge est très petite. A l'état normal on voit à peine émerger au-dessus du scrotum un bourrelet circulaire représentant le prépuce, le gland étant à peine visible. Le nain a des érections. Dans ces conditions, la verge a environ 2 centimètres de longueur. N'éjacule pas et n'a jamais pu copuler. Il a cependant quelques appétits sexuels et dit aimer les femmes.

L'état mental de ce nain était intéressant à connaître. Il dit être comme tout le monde tantôt triste, tantôt gai. Il paraît en tout cas assez intelligent et l'on peut le faire causer sur tout. Il donne volontiers ses impressions.

Il ne manque pas de s'enorgueillir de sa petite taille qui provoque, prétend-il, une certaine admiration. Il est assez fier des cartes postales qui le représentent coiffé d'une toque égyptienne, une canne à la main et fumant la cigarette.

En tout cas, il jouit d'une excellente mémoire. Polyglotte, il s'exprime très bien en français, connaît surtout le turc et l'allemand et peut se faire comprendre en grec, en espagnol et en italien.

Sans vouloir revenir à propos de ce cas sur les diverses variétés de nanisme dont plusieurs ont été étudiées dans ce journal (1) par MM. A. Poncet et R. Leriche, nous rappellerons que l'on en distingue d'ordinaire cinq espèces différentes : *nanismes simple ou essentiel, achondroplasique, rachitique, infantile et thyroïdien.*

A la lecture de l'observation qui précède, il est facile de choisir entre tous ces types. De toute évidence, il s'agit ici d'un nanisme d'origine thyroïdienne.

Certes, ce nain tient en partie au type infantile par le développement tout à fait restreint de ses organes génitaux et par l'absence complète de système pileux. Mais il a des appétits sexuels, bien qu'il ne puisse ni copuler ni éjaculer, et d'autre part, son aspect n'a rien d'enfantin.

Il ne saurait non plus s'agir d'un achondroplasique, ni d'un rachitique. Les os paraissent bien développés, ne présentent absolument aucune exostose, les membres supérieurs sont de dimensions normales par rapport au corps, il n'existe aucune des déformations craniennes, costales, tibiales des rachitiques.

On peut éliminer aisément le nanisme essentiel. L'humanité petit format, le lilliputien de Gulliver suivant l'expression imagée de Leriche, a des proportions harmoniques. Rien de tel sur le nain que nous avons observé. En particulier son aspect vieillot, ses téguments par place infiltrés, l'atrophie de ses organes génitaux, sont trop caractéristiques pour qu'il faille insister.

Et par contre, il présentait au maximum les marques de la tare thyroïdienne : l'aspect myxœdémateux et tous ces petits signes de l'insuffisance thyroïdienne, facies glabre, système pileux peu développé, aspect bouffi, voix à timbre aigrelet, etc.

Et pour signer tout cela, s'il en était encore besoin, il suffirait d'explorer la région thyroïdienne, son cou ridé où l'on ne perçoit au-devant de la trachée ni lobes latéraux, ni isthme médian, indique assez nettement le point de départ de l'arrêt de croissance chez notre nain pour qu'il faille insister davantage. Certes ce n'est pas un crétin, il est même plutôt intelligent malgré l'allure très spéciale de son psychisme. Mais la conservation des facultés intellectuelles peut parfaitement voisiner avec des troubles squelettiques intenses. Et les variations qualitatives de l'insuffisance thyroïdienne sont assez multiples pour que toutes les combinaisons symptomatiques puissent se voir.

(1) Poncet et Leriche. *Gaz. des hôpit.*, 1903 et 1904.

MÉDECINE PRATIQUE

LES AFFECTIONS GASTRIQUES AU COURS DU SATURNISME CHRONIQUE

L'étude des affections de l'estomac qui surviennent dans l'intoxication saturnine chronique ont une importance considérable tant au point de vue clinique qu'à celui de la pathologie du travail. On sait en effet que dès le début de l'intoxication chronique par le plomb se produisent des troubles gastriques, anorexie, nausées, vomissements, douleurs plus ou moins violentes de l'estomac.

Walko, médecin d'un hôpital de Prague, a observé en quelques années quarante-trois cas de saturnisme chronique chez des ouvriers travaillant dans des usines de produits chimiques, et il a exposé le résultat de ses observations dans un article du *Munchener medizinische Wochenschrift* (27 août 1907, n° 35).

Au début de l'affection, les malades ne présentaient pas tous des coliques saturnines typiques, lesquelles manquaient même dans les deux tiers des cas, mais il y avait des douleurs abdominales continues surtout vers les régions gastrique et ombilicale. Plus tard les symptômes gastriques peuvent s'atténuer ou être éclipsés par d'autres plus graves, mais ils ne manquent jamais complètement.

L'examen du contenu gastrique précédé du repas d'épreuve montre une diminution plus ou moins notable d'acide chlorhydrique libre, lequel peut manquer tout à fait; il révèle aussi la présence de quantités considérables de mucus qui est d'autant plus abondant qu'il y a moins d'acide chlorhydrique libre.

Ces faits ont été observés chez des ouvriers qui manipulent des produits pulvérulents et chez lesquels il y a eu par conséquent absorption facile de plomb en abondance; au contraire, chez les ouvriers qui manipulent le plomb métallique, on a observé quelquefois un certain degré d'hyperacidité au début de l'affection. Dans ces derniers cas, la quantité de pepsine et de ferment lab était généralement normale, tandis que dans les premiers ces deux ferments étaient absents. Ce n'est que dans des cas rares que les proferments manquaient également. Rares aussi étaient les sujets chez lesquels le pouvoir d'absorption de l'estomac était diminué.

Quant au pouvoir moteur de l'estomac, il n'est pas rare de rencontrer du spasme du pylore au début de la maladie, spasme d'où proviennent en grande partie les troubles gastriques d'intensité variable de cette période. Les cas graves s'accompagnent souvent d'atonie gastrique, mais en fait les troubles durables de la motricité gastrique ne sont pas fréquents. Dans quelques cas, Walko a pu observer un degré appréciable de dilatation stomacale pendant plusieurs mois, dilatation qui s'accompagnait de douleur à la pression dans la région pylorique. Il a constaté aussi quelquefois la présence du sang dans les matières vomies et les fèces. L'existence d'érosions ou d'ulcérations du pylore est donc probable.

Dans certains cas, on a pu songer à un cancer de l'estomac. Il existait en effet de l'atonie et de la dilatation gastrique, du sang en quantités variables dans les vomissements et les matières fécales révélé par la benzidine, et de l'anachlorhydrie coïncidant avec la présence d'acide lactique; mais il y avait surtout de l'anémie et de la cachexie progressive avec des œdèmes. Le diagnostic différentiel ne peut être fait que grâce aux signes certains du saturnisme et entre autres le liséré gingival et la dégénérescence granuleuse des érythrocytes.

D'une façon générale les phénomènes gastriques s'amendaient après un traitement de quelques semaines, et l'amélioration était d'autant plus rapide que la motricité de l'estomac était moins atteinte.

Cependant, dans certains cas graves, Walko a vu l'hypochlorhydrie persister plusieurs mois après la cessation des douleurs et quoique les malades mangeassent avec appétit et augmentassent de poids; il explique ces faits par une suppléance de l'intestin vis-à-vis du pouvoir digestif insuffisant de l'estomac.

Chez quelques malades, un certain temps après la cessation complète des symptômes d'empoisonnement et quoiqu'il n'y eût pas de cause nouvelle d'intoxication, il se produisit à l'improviste une autre attaque de saturnisme. Il faut donc admettre qu'il se fait dans certains organes, notamment dans le foie et le système nerveux, des accumulations de plomb qui peuvent ensuite passer dans la circulation sous l'influence de causes encore inconnues.

Le pronostic des gastropathies saturnines, même dans les cas graves, peut être regardé comme favorable. Il n'y a en effet généralement pas d'atrophie de la muqueuse stomacale, même lorsqu'on constate de l'absence de sécrétion puisqu'au bout de quelque temps la fonction sécrétoire se rétablit complètement. Il s'agit donc vraisemblablement d'altérations légères et transitoires de la muqueuse.

Deux causes principales président dans le saturnisme aux troubles gastriques dont la nature est en partie au moins fonctionnelle; ce sont les altérations toxiques de l'innervation gastro-intestinale et la coprostase. C'est donc aux moyens mis en œuvre pour combattre cette dernière qu'il faudra avoir recours, entre autres les grands lavages intestinaux et l'absorption d'atropine et d'opium, et l'on exercera ainsi indirectement une action bienfaisante sur les troubles gastriques.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

FORMULAIRE

NOUVELLE PRÉPARATION DE CALOMEL INJECTABLE

MM. Eudlitz, Lafay et Lévy-Bing ont présenté à la *Société française de dermatologie et de syphiligraphie* une nouvelle préparation de calomel injectable. Celle-ci diffère de celles actuellement en usage en ce qu'elle est une préparation *forte*, à 40 p. 100, obtenue d'après le même mode que l'huile grise classique à 40 p. 100. Comme pour l'huile grise, on se sert d'une seringue spéciale et on injecte un très faible volume. Les résultats, au point de vue tolérance, ont été des plus satisfaisants : 25 malades de la ville ou de l'hôpital ont reçu 138 injections, il n'y a jamais eu d'abcès, l'empâtement et les nodosités au niveau de la piqûre ont été exceptionnels et de peu d'importance; 86 fois la piqûre a été complètement indolore; dans les 52 autres cas, la douleur a été peu marquée et n'a jamais forcé les malades à garder l'immobilité ou à renoncer à leurs occupations habituelles. Les auteurs concluent qu'il y aurait lieu de substituer cette préparation forte aux anciennes formules de calomel, d'une part, et, d'autre part, de généraliser cette méthode en adoptant la même concentration pour toutes les injections mercurielles *insolubles* : huile grise, calomel, salicylate, oxyde jaune, protoiodure, etc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1907)

Influence des régimes alimentaires sur la marche de la tuberculose. — MM. LANNELONGUE, ACHARD et GAILLARD. De nouvelles expériences faites sur des cobayes confirment pleinement les premières recherches de MM. Lannelongue, Achard et Gaillard (Congrès international de la tuberculose, Paris 1905), en montrant la supériorité d'un régime fortement azoté.

Ces faits expérimentaux s'accordent avec la clinique humaine; l'azote entre pour une large part dans les régimes recommandés aux tuberculeux. Depuis que M. Debove a fait entrer dans le traitement de la phtisie le principe de la suralimentation, les thérapeutes en ont souvent varié la formule. Mais il n'en est guère de possible en dehors de la suralimentation azotée, ce qui, d'ailleurs, ne veut pas dire que l'azote puisse être donné indifféremment sous n'importe quelle forme.

Influence du climat d'altitude sur la déshydratation de l'organisme. — MM. H. GUILLEMARD et Aug. MOOG. Loin d'activer la déshydratation de l'organisme, le climat des grandes altitudes ne peut que la restreindre; cette conclusion s'accorde d'ailleurs avec l'augmentation du poids et de la masse sanguine constatée chez les animaux qui vivent dans l'air raréfié.

Autres communications :

Fonction diastasique des colloïdes. — M. J. DUCLAUX.

Sur la spartéine. Application de la réaction d'Hofmann à la spartéine. Méthylhémispartéilène. — MM. Charles MOUREU et Amand VALEUR.

Développement de l'énergie de la voix. — M. MARAGE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1907)

M. Paul LAURENS présente un cas de guérison de **méningite septique généralisée d'origine otique, due à l'entérocoque**. Il montre que cliniquement il faut associer à l'étude des symptômes objectifs, subjectifs et généraux l'examen méthodique et si possible quotidien du liquide céphalo-rachidien. La simple constatation de polynucléaires défigurés, crénelés, en histolyse, peut, avant toute culture, permettre d'affirmer la septicité du liquide. La disparition ou l'atténuation à peu près absolue des symptômes classiques de méningite n'impliquent pas la guérison complète. Le liquide céphalo-rachidien peut encore contenir des microorganismes d'une façon latente. Le retour du liquide céphalo rachidien à la normale constaté par l'examen histologique et bactériologique peut seul nous permettre d'affirmer la guérison. Comme thérapeutique : il faut réaliser le drainage céphalo-rachidien par des ponctions lombaires, quotidiennes, de 15 à 20 centimètres cubes. La ponction sera suivie d'une injection intra-rachidienne de 5 centimètres cubes d'électrargol.

Autopsie d'un cas de purpura à début pseudo-péritonitique. — MM. GRIFFON et LYON-CAEN présentent les pièces de l'autopsie du cas de scarlatine compliquée de purpura à accidents initiaux pseudo-péritonéaux qu'ils ont communiqué dans la dernière séance.

Les lésions, congestives et hémorragiques, offrent leur maximum au niveau de la muqueuse de la dernière portion de l'iléon. Le péritoine est indemne. La rate est volumineuse et farcie d'infarctus.

Rétrécissement cicatriciel infranchissable opéré et guéri par l'œsophagoscopie. — MM. GRIFFON et GUISEZ présentent un enfant de quatre ans qui était atteint de rétrécissement cicatriciel infranchissable de l'œsophage, consécutivement à l'ingestion de potasse caustique.

L'alimentation était devenue absolument impossible; la gastrostomie allait être faite et l'on sait l'aléa de cette opération chez les enfants.

Par l'œsophagotomie faite sous l'œsophagoscopie, on a pu amener le calibre de l'œsophage à la normale (n° 30 de la filière ordinaire) et guérir cet enfant qui était voué à une mort certaine.

Corps étranger bronchique extrait par la bronchoscopie. — M. GUISEZ montre un enfant de trois ans chez qui il a pu extraire de la bronche droite un clou de tapissier par la bronchoscopie. C'est le plus jeune enfant auquel il ait fait cette intervention.

Sclérose en plaques fruste, à forme spinale. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. — M. SIMONIN. Il s'agit d'un malade chez lequel la sclérose en plaques évolua pendant trois ans et demi avec le syndrome clinique du tabes dorsal spasmodique.

Des troubles vésicaux, puis un tremblement caractéristique des membres supérieurs ont affirmé récemment le diagnostic. La constatation d'une lymphocytose marquée du liquide céphalo-rachidien avait déjà permis d'éliminer l'hystérie, fait d'autant plus important qu'à l'origine de cette sclérose, on ne trouve aucune infection spécifique ou autre, aucune intoxication, mais un traumatisme, la parésie des membres inférieurs ayant débuté après une chute de voiture. Pas de troubles céphaliques, la parole est seulement un peu traînante.

Sténose hypertrophique du pylore chez un nourrisson de deux mois, traitée avec succès par la pyloroplastie. — MM. H. DUFOUR et FREDET présentent un nourrisson atteint de sténose hypertrophique du pylore, diagnostiquée et guérie par l'opération de la pyloroplastie. Cet enfant, né dans de bonnes conditions, élevé au sein par sa mère, bien portant jusqu'à trois semaines, se mit à vomir tout ce qu'il prenait; à partir de cette époque, au début, les vomissements se montrèrent après chaque tétée, puis ils s'espacèrent de telle façon que l'enfant ne rendait plus que deux à trois fois dans la journée, mais chaque fois en grande quantité. L'amaigrissement s'accentua; les traitements médicaux ayant échoué, on dut intervenir. M. Fredet pratiqua une double pyloroplastie sous-muqueuse. Les suites opératoires furent simples. L'enfant guérit.

Cholémies congénitales. — MM. GILBERT, LEREBOULLET et HERSCHER communiquent une note sur les cholémies congénitales qu'ils divisent en trois variétés : 1° cholémie physiologique; 2° cholémie familiale; 3° ictère chronique simple. Cette dernière forme pouvant à son tour être subdivisée en quatre sous-variétés : forme pure, forme spléno-mégalique, forme hépato-mégalique, forme hépato-spléno-mégalique.

M. THIROLOIX, à propos du procès-verbal, lit une note ainsi intitulée : **Bacille d'Achalme, sa plasticité physique et fonctionnelle.**

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1907)

La tuberculose dans l'armée et les pensions et gratifications de réforme. — La discussion sur ce sujet continue. M. Hussenet (de Lille) estime qu'en dehors des cas de contagion nettement démontrée il est difficile d'admettre le droit à la pension pour les soldats du contingent qui deviennent tuberculeux dans l'armée.

M. Véron (de Rouen) pense que l'hygiène de la caserne, les conditions générales de la vie militaire sont meilleures que beaucoup d'autres et ne sauraient être considérées comme une cause favorisante de la tuberculose; il propose, au lieu de réformer les tuberculeux de la première période, de les mettre en traitement dans des colonies horticoles-agricoles comme il en existe en Angleterre.

M. Simonin (de Paris) rappelle que les fatigues du service, l'exposition aux intempéries constituent un traumatisme médical et sont reconnues comme fait précis de service par le règlement; ils peuvent donc ouvrir des droits à une indemnité temporaire s'ils provoquent une aggravation ou une révélation d'une tuberculose latente et restée méconnue.

M. Lapasset (du Mans) partage cette opinion; les conditions spéciales de la vie militaire sont susceptibles, non de créer la tuberculose, mais de la révéler.

M. Niclot (d'Oran) montre combien est difficile la solution du problème; il importe, avant tout, de tempérer la rigueur des refus par des allocations à titre de secours.

M. Sieur (de Paris) pense qu'il ne faut pas trop engager la responsabilité de l'Etat et qu'il y a lieu de s'en tenir au règlement actuel qui se montre d'ailleurs très large en reconnaissant le droit à l'indemnité à tous les tuberculeux dont la maladie est attribuable à un fait de service.

Alimentation rationnelle du soldat. — M. Drouineau (d'Amiens) expose les principes fondamentaux de l'alimentation rationnelle du soldat; il démontre comment il est nécessaire et possible d'assurer au soldat une ration alimentaire proportionnelle à la taille et au poids de chacun, à la quantité du travail fourni et en rapport avec le climat et les saisons.

Suture tendineuse. — M. Dubujadoux (du camp de Châlons) communique une observation de suture au niveau du poignet, des tendons des fléchisseurs des doigts et du nerf cubital suivie de réintégration complète des fonctions physiologiques de la main intéressée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1907)

De l'influence des composés minéraux du phosphore sur la grandeur de la molécule élaborée moyenne. — M. Desgrez a continué, avec M. J. Posen, l'étude de l'influence exercée sur la nutrition par l'acide phosphorique et les phosphates mono et trisodiques. Chez les animaux témoins, ils ont trouvé une molécule élaborée moyenne de 68; elle était de 71 chez ceux qui ont reçu de l'acide phosphorique, de 64 et 65 chez ceux qui ont reçu les phosphates. Ces derniers améliorent donc les échanges au point de vue qualitatif, alors que, dans les mêmes conditions, l'acide phosphorique paraît les influencer en sens inverse. L'auteur a établi, avec Mlle Guende, que l'élaboration azotée est accrue par ces trois sortes d'agents, avec épargne relative des composés phosphorés et sulfurés. Ils ont cependant observé, avec tous les trois, cet abaissement du rapport azoturique. Ce résultat n'est confirmé, par la détermination de la molécule élaborée moyenne, qu'en ce qui regarde l'acide phosphorique.

Le chlorure de calcium dans l'eczéma. — MM. Parhon et Urechie (de Bucharest), ayant eu l'occasion de constater les bons effets de l'administration du chlorure de calcium dans deux cas d'urticaire et un de prurit essentiel, ont eu l'idée de l'employer dans un cas d'eczéma de la face.

Les résultats ont été très satisfaisants. Les auteurs proposent de répéter ce traitement.

Si les résultats se confirmaient, il y aurait lieu de se demander si l'eczéma n'est pas lié dans une certaine mesure à un trouble de métabolisme calcique.

Parhon et Papinion ont soutenu que l'assimilation des sels de calcium était sous la dépendance du corps thyroïde.

Ils ont obtenu, par la médication thyroïdienne, une amélioration notable d'un cas d'eczéma très étendu accompagnant l'hypothyroïdie. L'arthritisme qui se manifeste souvent sous forme d'eczéma est, d'après plusieurs auteurs, lié à un fonctionnement défectueux de l'appareil thyroïdien. Les préparations thyroïdiennes ont d'ailleurs été préconisées dans plusieurs dermatoses.

M. Arnold Netter emploie depuis plus d'un an le chlorure de calcium chez les eczémateux et n'a eu qu'à se louer de ses effets.

Le calcium est antagoniste du sodium. Or l'influence défavorable du sel marin et des aliments salés dans l'eczéma est de notion courante. Beaucoup de dermatologistes préconisent la déchloruration. L'administration de sels de chaux équivaut, dans une certaine mesure, à la soustraction de sels de sodium. L'usage du lait riche en chaux est très favorable aux eczémateux.

L'auteur profite de l'occasion pour attirer l'attention sur un autre mémoire de MM. Parhon et Urechie. Ces auteurs ont montré que la tétanie consécutive à l'ablation de l'appareil thyroparathyroïdien est aggravée par les injections de chlorure de sodium, atténuée par les injections de chlorure de calcium. Ces expériences justifient l'administration du chlorure de calcium dans la tétanie humaine, administration qui a donné à M. Netter des résultats excellents.

Sur l'introduction du soufre dans l'organisme par la voie sous-cutanée. — M. Louis Bory a recherché par quel moyen le soufre peut être introduit, à l'état simple, dans l'organisme par la voie sous-cutanée.

Les dissolvants ordinaires ne peuvent être utilisés. La glycérine dissout le soufre à l'ébullition, comme d'ailleurs l'huile d'olive; par refroidissement, l'huile d'olive seule garde le soufre à l'état dissous. La glycérine forme avec lui une véritable émulsion qui est facilement injectable, surtout quand on le dilue avec du sérum artificiel.

Ainsi l'auteur a obtenu un cas remarquable de guérison d'une broncho-pneumonie diagnostiquée caséeuse.

L'association du soufre et de la glycérine, deux médicaments respiratoires, permet d'espérer des résultats favorables dans les broncho-pneumonies infantiles.

Ce procédé pourrait également remplacer l'action adjuvante des eaux sulfureuses dans le traitement de la syphilis.

La dissolution dans l'huile est beaucoup plus concentrée, et par conséquent doit être plus active à doses moindres.

Sérum des cirrhotiques. — MM. A. Gilbert et M. Chiray montrent que dans le sérum sanguin des cirrhotiques ascitiques on constate de façon constante une diminution des substances albumineuses. Cette modification est en rapport avec les déperditions subies par le sang lors de la formation du liquide d'ascite.

Eosinophilie hydatique. — Pour M. Rossello, dans les cas où le parasite est vivant, l'éosinophilie est constante, mais peu accusée (4 p. 100); quand le parasite meurt, elle cesse; de même quand le kyste est enlevé chirurgicalement, ou simplement ponctionné. La localisation du kyste n'exerce aucune influence sur le degré de l'éosinophilie.

Sur la formation de substances précipitantes pour les sérums chez des lapins qui ont reçu une injection d'aleurone dans le péritoine. — M. Cantacuzène : 1° L'inoculation d'une substance chimiotactique telle que l'aleurone suffit souvent, quand la quantité injectée est assez grande, pour faire apparaître dans les organes lymphoïdes, ainsi que dans les exsudats leucocytaires, des anticorps précipitants pour le sérum de cheval. 2° Ces précipitines ne sont pas spécifiques; 3° Elles existent déjà au bout de vingt heures; il y a même parfois, à ce moment, déversement de traces de précipitines dans le sang.

De l'appendicite au cours de la syphilis secondaire. — M. B. Bord a pensé qu'il serait intéressant d'étudier l'état de l'appendice au cours de la syphilis secondaire, à ce stade de l'évolution de la maladie où se manifeste dans tout l'organisme une réaction si marquée du tissu lymphoïde (ganglions, amygdales, rate). L'appendice est en effet, lui aussi, un organe très riche en tissu lymphoïde.

Ses recherches lui ont donné des résultats intéressants. Sur 18 jeunes femmes du service de M. Thibierge, à Broca, prises parmi celles qui présentaient des accidents secondaires en activité, 12 ont été trouvées atteintes d'appendicite typique; chez les 6 autres il n'a été noté du côté de l'appendice aucune réaction cliniquement appréciable. Des 12 malades porteuses d'appendicite, 8 ont été présentées à M. Jalaguier qui a confirmé le diagnostic porté par l'auteur. L'affection, chez la plupart des sujets, revêt le type clinique de l'appendicite subaiguë ou chronique, et cela d'emblée; dans deux cas cependant elle a eu un début aigu franc.

Autres communications :

Action de quelques substances sur le virus fixe. — M. A. Marie.

Comparaison du poids encéphalique entre les deux sexes de l'espèce humaine. — M. Lapicque.

Étude expérimentale de l'intoxication par la fumée de tabac. Action sur la pression sanguine. — MM. Fleig et de Visme.

Sérum antityphique; propriétés bactéricides et antibactéricides. — MM. Rodet et Lagriffoul.

De l'action sur le cœur des ions cuivre, mercure, argent et fer introduits par l'électrolyse. — M. J. Gautrelet.

Indice de sulfo-conjugaison des albumines. — MM. H. Labbé et G. Vitry.

Morphologie du bacille de la tuberculose humaine dans les milieux salins. — MM. Péhu et Rajet.

PRATIQUE MÉDICALE

LES INJECTIONS INTRA-UTÉRINES EN OBSTÉTRIQUE

La plupart des auteurs s'accordent aujourd'hui pour proscrire le sublimé des injections utérines obstétricales. L'utérus gravide représente, en effet, une large substance absorbante et pour peu que les femmes soient affaiblies par des hémorragies répétées, ou simplement déprimées par la douleur excessive qui accompagne toute intervention, il est fréquent d'observer les phénomènes inquiétants de l'intoxication hydrargyrique.

On s'explique donc la vogue grandissante de l'eau oxygénée pour les injections utérines. L'oxygène est un puissant destructeur des germes morbides; il est un cicatrisant et un hémostatique véritable, surtout quand on l'utilise à l'état naissant.

Malheureusement l'eau oxygénée n'a que des effets transitoires; dès que son oxygène est mis en liberté — et il faut pour cela quelques secondes à peine — son action thérapeutique n'existe plus.

Si donc l'eau oxygénée ne saurait en aucun cas déterminer des troubles toxiques, elle possède le grand inconvénient d'être insuffisamment active. C'est pour remédier à cette faiblesse thérapeutique que l'on a préconisé récemment, à sa place, le trioxychlorométhyle de vanadium ou anios. Ce sel vanadique n'aurait, en effet, pas plus de dangers que l'eau oxygénée et posséderait une puissance antiseptique désodorisante, kératoplastique et hémostatique bien plus élevée, parce qu'il agirait à la façon d'un ferment producteur sans arrêt d'oxygène naissant. L'anios réalise ainsi l'antisepsie *prolongée* par l'oxygène et développe par ce moyen les propriétés bien connues de cette substance.

Depuis plus d'une année, nous utilisons constamment en gynécologie et en obstétrique la solution d'anios à 2 p. 100, soit en injections vaginales, soit pour les lavages intra-utérins, et véritablement elle est à ce point de vue l'antiseptique de choix. Peut-être, faut-il signaler une légère cuisson momentanée éprouvée quelquefois par des malades névropathes atteintes de vaginite aiguë. Tout autre antiseptique eût certainement dans ce cas entraîné la même sensation. Mais l'observation démontre que les injections d'anios à 2 p. 100 donnent toujours de très bons résultats dans les cas d'infection utérine ou bien encore à la suite des interventions obstétricales. Toutes les fois que nous avons dû procéder à la version par manœuvre interne, à la délivrance artificielle, à la recherche manuelle de débris placentaires, toutes les fois qu'il s'agissait de fœtus mort et putréfié, de lochies fétides, de suites de couches *post abortum* observées en clientèle, les lavages d'anios à 2 p. 100 ont eu de réels effets préventifs et curatifs. La température baisse, la sensibilité utérine diminue, la mauvaise odeur disparaît et surtout les troubles phlegmasiques utéro-annexiels rétrocèdent rapidement.

Dans ce dernier cas, il est vrai, nous avons très souvent ajouté à l'action germicide de l'anios les effets résolutifs et analgésiques du thigénol. Nous utilisons le thigénol soit en ovules à 30 p. 100, soit en solution glycérinée à 50 p. 100, dans laquelle nous trempons les tampons vaginaux.

Les effets curatifs de ces deux traitements combinés sont particulièrement remarquables dans les cas d'infection pelvi-péritonéale et l'on constate alors au bout de huit à dix jours une diminution très nette de l'empâtement péri-utérin.

Le fait que les injections intra-utérines d'anios sont capables d'empêcher l'apparition des phénomènes infectieux sur des utérus pourtant malmenés par des interventions forcément brutales, et d'en arrêter l'évolution quand elles existent déjà, est une preuve certaine de la puissance germicide particulière de ce sel vanadique. C'est pourquoi il nous a semblé nécessaire de préconiser ici pour les traitements gynécologiques et obstétricaux le trioxychlorométhyle de vanadium, qui, sans le moindre inconvénient, permet de compter sur les effets tout-puissants d'une production progressive et ininterrompue d'oxygène naissant. Dr EM. DERMOZ.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
(SUITE)

LA BIBLIOTHÈQUE CHARCOT. — La cérémonie de la remise à l'Assistance publique de la bibliothèque Charcot, donnée par le docteur Jean Charcot pour être placée à la clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière, aura lieu le 19 novembre 1907, à dix heures du matin, sous la présidence de M. Briand, ministre de l'Instruction publique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Sainte-Marie (de Paris) et Caron (du Havre).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — Sous la direction de M. P. Sébileau, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, une série de *dix-huit conférences pratiques d'anatomie pathologique* sera faite par le docteur Pautrier, sous-chef du laboratoire, à partir du 27 *novembre 1907*, les lundi, mercredi et vendredi, de deux à quatre heures.

I. Prélèvement des pièces. Technique et indications de la biopsie.

II. Méthodes générales de fixation, d'inclusion et de colorations.

III. Sang normal. Technique d'un examen du sang. Numération des globules rouges et des globules blancs. Equilibre leucocytaire.

IV. Le sang à l'état pathologique. Notions de diagnostic et de pronostic fournies par l'examen du sang. Le sang dans les infections. Les leucémies.

V. Examen des liquides organiques. Ponction lombaire. Le cyto-diagnostic.

VI. Inflammation aiguë. Types cellulaires. Inflammations nodulaires chroniques. Anatomie pathologique générale de la tuberculose.

VII. Anatomie pathologique générale de la syphilis.

VIII et IX. Les tumeurs. Les épithéliomas.

X. Les différents types de sarcomes.

XI. Autres types de néoplasmes : myxomes, fibromes, kystes, etc.

XII. Lésions du système vasculaire : myocardites, endocardites, artérites, phlébites.

XIII. Lésions des ganglions et de la rate.

XIV. Système respiratoire. Bronchites. Pneumonie. Tuberculose pulmonaire.

XV. Tube digestif. Cancer. Tuberculose. Syphilis de la langue. Cancer de l'estomac. Appendicite.

XVI. Lésions du foie : foie gras, foie cardiaque, les cirrhoses.

XVII. Anatomie pathologique du rein. Les néphrites.

XVIII. Anatomie pathologique des organes génitaux : ovaire, utérus et testicule.

Chaque séance est suivie d'une lecture de coupes et d'une distribution de coupes que les élèves colorent et gardent pour leur collection.

Le nombre d'auditeurs est limité à 20. L'accès des conférences est gratuit pour les internes des hôpitaux. Un droit d'inscription de 50 francs est dû par tous les autres auditeurs.

Se faire inscrire à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX — Hôpital Beaujon. — M. le docteur Gasne a commencé le samedi 16 novembre, à onze heures, à la salle de la consultation, un cours de *Clinique et de thérapeutique des maladies du système nerveux*, avec présentation de malades, et le continuera les samedis suivants à la même heure.

TOULOUSE. — M. le professeur Garrigou a commencé son cours d'hydrologie dans l'amphithéâtre de l'ancienne École de médecine le lundi 18 novembre et le continuera le lundi et le vendredi de chaque semaine, de dix heures et demie à onze heures et demie.

Programme des cours. — Origine de l'eau dans les diverses phases de l'évolution astronomique et géologique du globe terrestre. — Origine des sources froides et des sources thermominérales. Leur marche à travers les divers terrains. — Exposé de la nouvelle théorie de l'origine des eaux thermales. Les causes physiques et chimiques de l'action thérapeutique des eaux thermominérales.

A Pâques, si les circonstances le permettent, grande excursion hydrologique. (Visite des stations thermales de l'Ariège, de l'Aude, des Pyrénées-Orientales, de l'Hérault.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
DU 20 AU 23 NOVEMBRE 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Jeudi 21 novembre, à une heure. — 4e *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Chantemesse et Balthazard.

Vendredi 22 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* : MM. Segond, Lecène et Ombredanne.

Samedi 23 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* : MM. Hutinel, Castaigne et Nobécourt.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Brindeau et Jeannin.

THÈSES

Mercredi 20 novembre 1907, à une heure. — M. Vernier. Essais de traitement des tuberculoses locales par l'éther sulfurique. (MM. Roger, président; Segond, Marcel Labbé et Pierre Duval.) — M. Beix. Contribution à l'étude du traitement des rétro-déviations utérines par la laparotomie. (MM. Segond, président; Marcel Labbé et Pierre Duval.)

Jeudi 21 novembre 1907, à une heure. — M. Weil. Un nouveau traitement de la syphilis par un agent non mercuriel. (MM. Albert Robin, président; Gilbert Ballet, Carnot et Claude.) — M. Claverie. Essai sur le vanillisme professionnel. (MM. Gilbert Ballet, président; Albert Robin, Carnot et Claude.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 10, oct. 1907.) Bodin : Sur un nouveau champignon du favus achorion gypseum). — De Beurmann et Gougerot : Sporotrichoses tuberculoïdes.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 10, oct. 1907.) Caboche : Contribution à l'étude de la tuberculose de la pituitaire.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 224, 25 oct. 1907.) Congrès de physiothérapie de Rome.

Archives de médecine navale. — (N° 10, oct.) Hyadès : La conférence de la Croix-Rouge en 1907. — Machenaud : Kyste hydatique suppuré pleuro-pulmonaire. — Etourneau : Deux opérations de prostatectomie. — Lancien : Sur une combinaison molybdo-uranique. — Auché et Tribondeau : Sur un nouveau compte-gouttes.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVII, n° 10, 5 sept. 1907.) W. T. Councilman : Considérations générales sur les tumeurs. — Charles L. Scudder : Les sténoses du pylore dans l'enfance. — William N. Cowler : Empoisonnement par le plomb dans une famille à la campagne. — (N° 11, 12 sept.) John T. Bottomley : Le traitement opératoire des veines variqueuses du membre inférieur. — John H. Cunningham : De l'anesthésie générale par le rectum (avec une figure). — Edward O. Otis : Sur le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire pour le médecin praticien. — F. Greighton : Report d'une affection particulière de l'Afrique tropicale, appelée : Onyalal. — (N° 12, 19 sept.) Arthur L. Chute : Uretère surnuméraire suppurant ouvert dans l'urètre prostatique (avec 2 figures). — Charles Hunter Dunn : Nouvelles acquisitions de la science sur la tuberculose des nouveau-nés. — J. M. T. Finney et Julius Friedenwald : Description d'un cas anormal d'ulcère de l'estomac (avec 3 figures). — F. E. Kittredge : Deux cas d'abcès du cerveau. — F. P. Emerson : Lymphosarcome généralisé marqué surtout au niveau du pharynx. — (N° 13, 26 sept.) Percy Brown : La tuberculose pulmonaire et les rayons Röntgen. — Théobald Smith : Les voies d'infection dans la tuberculose, avec des réflexions et vues d'ensemble sur une thérapeutique spécifiqne. — Elliott P. Joslin et Charles L. Overlander : L'isolement et l'alimentation à part des typhiques. — Charles Greene Cumston : La question de l'homicide médical légitime. — John D. Adams : Description d'un cas de fracture de l'acétabulum avec dislocation de l'articulation sacro-iliaque sans signes cliniques (avec une radiographie). — (N° 14, 3 oct.) Mark. W. Richardson : Le traitement de la fièvre typhoïde par le sérum spécifique, produit de filtration et de réduction (Vaughan) [avec un tableau et 5 graphiques]. — Arthur Tracy-Cabot : Les opérations modernes pour l'ablation complète de la prostate (avec une figure et un tableau). — H. Tilloway : Etude sur les modifications du lait au moyen du suc gastrique. — Charles Greene Cumston : La question de l'homicide justifié (suite du n° 13, p. 432). — (N° 15, 10 oct.) Henry R. Stedman : Le besoin de conférences populaires sur la folie. — Philip Coombs Knapp : L'hérédité dans les maladies du système nerveux spécialement au sujet de l'hérédité dans l'épilepsie (un tableau). — Edgar F. Cyriax : Henrik Kellgren et ses méthodes de traitement manuel. — Charles Greene Cumston : La question de l'homicide médical légitime (suite du n° 14, p. 467).

Bulletin général de thérapeutique. — (23 oct. 1907.) Rochard : Appendicite et ulcère de l'estomac. — (30 oct.) A. Robin : Traitement de la péritonite tuberculeuse. — Maurice Bloch-Vormser : Traitement des hémorragies et écoulements hémorragiques d'origine génitale chez la femme (*suite*). — A. Barillé : Précipitation artificielle de cristaux d'oxalate de chaux dans une urine, à propos d'un cas d'oxalurie simulée.

Bulletin médical. — (N° 84, 26 oct.) Kuss : Comment on doit administrer le chloroforme d'après les récents travaux de physiologie. — (N° 85, 30 oct.) Kirmisson : Appendicite herniaire. — Plicque : Le traitement des albuminuries.

Riforma medica (N° 34, 24 août 1907). Professeur G. Rummo : Anémie splénique et spléno-hépato-cirrhose. Formes infantiles et variétés hématiques de l'anémie splénique. Cirrhose hypertrophique veineuse d'origine splénique (*suite*). — Queirolo : Ictère épidémique. — Ferdinando Gangitano : Contribution à l'étude des tumeurs du pénis. — (N° 35, 31 août.) Umberto Provinciali : Anémie splénique et spléno-hépato-cirrhose. Cirrhose hypertrophique veineuse d'origine splénique avec malaria. Contribution à l'étude de la synthèse des substances albuminoïdes. — Alberto Serra : Intéressante trouvaille bactériologique dans un ulcère mixte à caractères gangréneux. — Ferruccio Bindi : Un cas de polypes du rectum chez un enfant. — (N° 36, 7 sept.) Prof. G. Rummo : Anémie splénique. Spléno-hépato-cirrhose. Cirrhose hypertrophique biliaire hypersplénomégalique d'origine splénique. — Lœper et Boveri : L'influence des sels de calcium sur le cœur et les vaisseaux. — Fabris Pietro : A propos d'un cas de maladie de Erb. — (N° 37, 15 sept.) Prof. G. Rummo : Anémie splénique. Spléno-hépato-cirrhose. Anémie splénique paraleucémique avec cirrhose hypertrophique biliaire d'origine splénique. — Luigi Longo : Recherches cliniques sur l'acétonurie post-opératoire. — Urbano Alessi : Contribution séméiologique pour la localisation des lésions cérébelleuses. — Pascarolo et Quadrone : Résultats favorables de la röntgenthérapie dans la néphrite parenchymateuse chronique. — (N° 38, 21 sept.) Prof. G. Rummo : Anémie splénique. Spléno-hépato-cirrhose. Cirrhose hépatique mixte porto-biliaire d'origine splénique. — Massalongo : La paralysie périodique familiale. — Giovanni Marchetti : La pathogénie de l'ulcère gastrique. — Leonardo Girardi : Recherches sur le mécanisme par lequel s'obtiennent des cultures de bactéries anaérobies dans le mélange de bouillon et de suc d'organes en présence de l'air. — (N° 39, 28 sept.) Prof. G. Rummo : Résumé systématique et revision d'ensemble de l'anémie splénique et des cirrhoses hépatiques d'origine splénique (*fin*). — Umberto Gabbi : La pathogénie de la fièvre de Malte. — Armando d'Ottone : L'anesthésie locale par l'alypine. — Francesco Lasagna : Contribution expérimentale et clinique à l'étude de l'action antibactérienne et thérapeutique des métaux colloïdaux. — (N° 40, 5 oct.) Alfonso Calabrese : Observations cliniques et recherches expérimentales sur l'action de l'iode dans le traitement des exsudats tuberculeux. — Salvini Ezio : Un cas de tertiarisme précoce avec gommes des corps ciliaires. — Modesto De Vivo : Un nouveau signe pour différencier un kyste de l'ovaire à parois flasques de la présence de liquide libre dans la cavité péritonéale. — Giacomo Domenichini : Peut-on imposer des traitements déterminés à une victime du travail? Le refus de ces traitements par l'ouvrier entraîne-t-il la perte ou la diminution de l'indemnité?

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

LE VENDREDI 13 DÉCEMBRE 1907

à 2 heures et demie, il sera procédé publiquement, à la salle des concours de l'administration de l'Assistance publique, 49, rue des Saints-Pères, à l'adjudication, au rabais, et sur soumissions cachetées, en 84 lots, des fournitures *d'herboristerie, de produits chimiques et de substances pharmaceutiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des Hôpitaux et Hospices civils pendant l'année 1908.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 18 novembre. — Question donnée : « Symptômes des épanchements liquides de la plèvre. »

MM. Jay y Rinz, 10; Kœchlin et Lelongt, 17; Vernié et Lévêque, 7; Mazzoléni, 16; Vacher, 6; Mlle Kosloff, 11; MM. Sarrazin, 8; Luquet et Lacou Saint-Guilly, 15; Labbée, 6; Lamare, 17; Raphaël (Isaac), 8; Laplanche, 15; Leroy (Maurice), 8.

Anatomie. — Première séance du 19 novembre. — Question donnée : « Articulation de l'épaule. »

MM. Escalier, 11; Deron, 12; Chazalnoël, 10; Faveret, 9; Dioudonnat 14; Delmas (Léon), 6; Deville, 16; Cholard, 13; Déjardin, 14; Ducrotoy, 3; Mlles Condat, 14; Chasseray, 12; MM. Dufau, 4; Eudel, 13; Champeau, 6.

Deuxième séance du 19 novembre. — Question donnée : « Articulation du coude. »

MM. Farcy, 10; Delagrange, 9; Delotte, 16; Esmein, 14; Dagnan, 8; Dognon, 16; Corbineau, 15; Fleurot, 5; Courjon, 10; Couinaud, 18; Chabrol, 10; Escudié, 13, Gleisz, 17; Durand (Jacques), 14; Crussaire, 6.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 21 novembre. à quatre heures, première moitié, deuxième série, et s'il y a lieu, première moitié, troisième série.

— Concours de l'internat. — La composition écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le lundi 16 décembre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'Administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats devant, à leur entrée dans la salle, recevoir un numéro leur indiquant la place qu'ils doivent occuper, sont invités à se présenter dès onze heures et demie.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Tours. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Bruère, Vazeux et Hatry, internes titulaires; Jallet, du Souich et Guilbert, internes provisoires.

Le concours de suppléance (externat) s'est terminé par la nomination de MM. Dioclès, Bretegnier, Mlle Gadrat, MM. Roques, Moreau, Sainmont, Michel, Dubois, Mallet, Dejault, Salmon, Tarat, Badert, Palisson, Gaujard, Lefort, Pépin, Vérillotte, Monplaisir, Carro.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes en date du 18 novembre 1907, la chaire d'anatomie et la chaire d'histologie de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy sont déclarées vacantes.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le docteur Hamel, inspecteur de l'Assistance publique, passe du département de Maine-et-Loire dans le département de la Sarthe.

INAUGURATION DE LA BIBLIOTHÈQUE CHARCOT A LA SALPÊTRIÈRE. — Mardi matin a eu lieu, ainsi que nous l'avions annoncé, l'inauguration de la bibliothèque Charcot à la clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière.

Des discours ont été prononcés par le docteur Jean Charcot qui a fait la remise de la bibliothèque de son père à l'Assistance publique, par le professeur Raymond et M. Mesureur.

Le ministre de l'Instruction publique, a remis à l'issue de la cérémonie, les palmes académiques à notre collaborateur et ami le docteur Alquier, qui remplira désormais les fonctions de bibliothécaire de la bibliothèque Charcot.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — Une séance supplémentaire aura lieu le jeudi 21 novembre, à huit heures et demie du soir, 12, rue de Seine.

Ordre du jour. — 1° De l'autonomie des Facultés et Ecoles de médecine, MM. Le Fur et Jayle. — 2° Sur la création d'assistants dans les hôpitaux de Paris, MM. Jayle et Le Fur. — 3° Compte rendu de la Commission extra-parlementaire de réforme des études médicales, M. Vaquez. — 4° Projet d'impôt sur le revenu de la profession médicale, M. Wicart.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE. — Dans sa séance du 11 novembre 1907, la Société de médecine légale de France a déclaré deux vacances parmi ses membres titulaires, par suite du décès de M. le docteur Budin et de la démission de M. le docteur Jullien, devenu membre honoraire.

Les candidats doivent adresser leur demande, avec leurs titres, avant le 9 décembre prochain à M. Ch. Constant, secrétaire général de cette Société, 13, rue des Saints-Pères.

Aux termes des statuts, les anciens candidats doivent renouveler leur demande.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES DE PARIS ET DE LA SEINE. — La prochaine réunion de la Société aura lieu à la mairie du IVe arrondissement, le jeudi 28 novembre, à huit heures et demie du soir.

Ordre du jour. — De l'utilité de la fermeture des écoles en cas d'épidémie (discussion). — Compte rendu du Congrès international d'hygiène scolaire de Londres (docteur de Pradel). — Réponse à certaines allégations concernant la fiche scolaire (docteur H. Gourichon). — Les excursions scolaires de vacances [avec projections] (docteur Cayla). — L'examen de la vision des écoliers.

(*Voir la suite, page 1592.*)

Pathogénie du glaucome, par Albert TERSON (de Paris), rapport présenté à la Société belge d'ophtalmologie. In-8°. — Bruxelles, 1907. — Severeyns, édit.

LA

RÉTENTION D'URINE PAR COPROSTASE

Par MM. HIRTZ,
Médecin de l'hôpital Necker,
et BEAUFUMÉ,
Ancien interne des hôpitaux.

Ni les manuels, ni les traités, ni les dictionnaires médicaux contemporains ne mentionnent la coprostase parmi les nombreuses causes de rétention d'urine. Le professeur Guyon, dans ses *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires* n'en parle pas davantage dans le chapitre qu'il consacre aux rétentions d'urine extra-urétrales de cause mécanique. Et cependant, en parcourant les vieux traités et les dictionnaires médicaux anciens, on voit que la rétention urinaire figure dans la plupart comme une des complications de la constipation chronique. Jourdan, notamment, dans le *Dictionnaire en soixante volumes*, rappelle que Gooch l'a signalée dans les constipations opiniâtres et en rapporte un cas observé par Oliphant.

Mais, à la vérité, il faut avouer que les anciens auteurs doivent avoir mis sans aucun doute sur le compte de la coprostase des rétentions d'urine dues à des affections organiques qu'ils ne connaissaient pas, particulièrement certaines lésions de la prostate ou du rectum. Par contre, les modernes et les contemporains, dans leur réaction, sont dans l'erreur en rejetant d'emblée de leurs descriptions la possibilité d'une semblable étiologie et en faisant table rase complète du passé ; car, à notre avis, il existe manifestement des cas, assurément exceptionnels, où la rétention d'urine peut survenir à la suite d'une constipation chronique, soit chez l'homme, soit chez la femme, et cela sans aucune lésion organique concomitante, manifeste ou latente. L'accumulation énorme de matières fécales durcies dans le rectum agit alors par simple compression sur les parois de l'urètre ou le col de la vessie, comme le fait un corps étranger ou un tamponnement.

Voici trois observations qui ne laissent à cet égard aucun doute : la première se rapporte à un homme soigné en ville par l'un de nous ; la seconde a trait à une femme soignée par M. Oulmont qui a eu l'obligeance de nous la communiquer, ce dont nous le remercions; quant à la troisième, concernant une femme enceinte, nous l'empruntons à notre ami le professeur Hergott (de Nancy).

Observation I. — Homme de soixante-dix-huit ans, de prostate moyenne, n'ayant jamais nécessité de sondage, non rétréci, lithiasique rénal, porteur d'un calcul vésical mobile diagnostiqué depuis longtemps, mais qu'il n'a jamais voulu laisser enlever. Atteint de constipation depuis de longues années, mais allant néanmoins à peu près régulièrement chaque jour à la garde-robe. Un matin, sans cause apparente, impossibilité absolue d'uriner avec douleurs violentes dans le bas-ventre, irradiées à la région lombaire et dans le haut des cuisses. Un médecin, voisin du malade, est mandé aussitôt; il constate un ventre très ballonné avec un globe vésical sus-pubien volumineux ; il sonde immédiatement le malade avec une sonde molle ordinaire ; la sonde pénètre très facilement jusque dans la cavité vésicale et ne rencontre aucun obstacle sur le trajet de l'urètre, ni au niveau du col vésical : 2 litres d'urine environ.

Le soir du même jour, la rétention d'urine persiste; deuxième cathétérisme : 800 centimètres cubes.

Le lendemain matin, troisième cathétérisme : 600 centimètres cubes.

M. Hirtz, médecin habituel du malade, est d'avis que le calcul vésical n'explique pas suffisamment cette rétention persistante, car la sonde ne le rencontre pas. Il pratique le toucher rectal et trouve l'ampoule rectale remplie au maximum de matières dures comme de la pierre, et qu'il est presque impossible d'entamer avec le bout du doigt. Le rectum et le côlon sont aussitôt vidés avec le doigt, la curette et des lavages. Il se produit ainsi une débâcle extraordinaire de matières fécales très dures, qui remplissent *un seau*.

Le soir du même jour, quatrième cathétérisme : 500 grammes.

A partir de ce moment, les mictions redeviennent normales. Le professeur Guyon, appelé en consultation, a partagé en tous points l'opinion de M. Hirtz : pour lui, le calcul vésical n'expliquait pas la rétention d'urine, qu'il mit également sur le compte de l'énorme coprostase.

Depuis lors, c'est-à-dire depuis deux ans et demi, le malade, toujours porteur de son calcul vésical, a toujours eu des mictions régulières; la constipation a été traitée d'une façon très suivie et le malade est demeuré en bonne santé.

Obs. II (communiquée par M. Oulmont). — Femme de soixante-treize ans, ancienne hémorroïdaire et ancienne lithiasique rénale, en apparence très bien portante quoique atteinte de constipation depuis de nombreuses années, mais allant à la garde-robe tous les jours soit à l'aide de lavements, soit surtout à l'aide de laxatifs et spécialement de tamarin.

Un jour, sans cause apparente, elle est prise assez subitement de douleurs dans le bas-ventre en même temps que de besoins d'uriner impérieux, mais avec impossibilité de la miction. M. Oulmont, appelé dès le matin, trouve une forte saillie globuleuse dans la région sus-pubienne, simulant une grossesse arrivée au sixième mois; il diagnostique facilement une rétention d'urine. Par le cathétérisme pratiqué immédiatement il s'écoule plus de 2 litres d'urine. La malade ressent aussitôt un grand soulagement.

Pensant à une rétention par compression due à une tumeur latente jusqu'alors, M. Oulmont essaie de pratiquer, après évacuation vésicale, le toucher vaginal. Celui-ci est presque impossible, car les deux parois antérieure et postérieure du vagin sont fortement accolées l'une contre l'autre et le doigt est vite arrêté. Le toucher rectal révèle bientôt une énorme accumulation de matières fécales dans l'ampoule rectale.

Un chirurgien mandé pratique alors l'évacuation du rectum et de la partie terminale du côlon avec le doigt, la main et la curette en projetant de temps en temps un jet d'eau bouillie tiède pour ramollir et désagréger les scybales. Cette évacuation donne *plus de deux grands vases de nuit* de matières fécales dont certaines ont une consistance pétreuse.

Le soir du même jour, la malade n'éprouve pas le besoin d'uriner; deuxième cathétérisme : 800 centimètres cubes.

Le lendemain matin, troisième cathétérisme évacuateur : 500 centimètres cubes.

A partir de ce moment, les mictions redeviennent normales.

La plus grande attention a été portée depuis cet incident sur les fonctions de l'intestin; la constipation ne s'est jamais reproduite comme précédemment, et aucune lésion organique intestinale ni abdominale, n'a été constatée depuis plus d'un an. La santé de la malade est excellente actuellement.

OBS. III [résumée]. (A. HERGOTT. Soc. obstétr. de France, 8 avril 1899.) — Femme de trente-sept ans, ayant eu ses dernières règles le 4 janvier. Bien portante jusqu'au 13 avril où elle éprouve la première fois de violentes douleurs dans le bas-ventre; deux selles ce même jour. Le 16 avril, après une prise d'huile de ricin, plusieurs selles abondantes. En même temps que les douleurs, besoins impérieux d'uriner et suivis à chaque fois seulement d'une petite quantité d'urine. L'abdomen est volumineux comme au terme de la gestation. Le confrère qui la voit l'adresse à Hergott « en vue d'une intervention opératoire, sans diagnostic ferme, mais appréhendant une grossesse tubaire avec ses tristes conséquences, si on laisse les choses en cet état ».

La malade, examinée le 22 avril, présente une tumeur rénitente, avec légère sensation de flot, remontant à six travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On procède immédiatement à l'évacuation vésicale lente : 4430 centimètres cubes. Tumeur et douleurs disparaissent. On trouve alors une autre tumeur située légèrement à droite, correspondant bien au volume d'un utérus de trois mois, un peu au-dessus du rebord du bassin, c'est-à-dire sans incarcération d'un utérus gravide dans la cavité pelvienne. Donc la rétention d'urine a une autre cause.

Le toucher vaginal est difficile, car le doigt est serré au niveau de l'orifice vulvaire et dans le vagin; la paroi postérieure de celui-ci fait une forte saillie en avant, tendue, dure, arrondie et irrégulière. On prescrit alors et on donne successivement trois lavements purgatifs. Formidable débâcle dans la soirée, qui se renouvelle pendant la nuit. La malade remplit *huit vases de nuit !*

Dans le cours de cette même journée, deuxième cathétérisme, car la vessie n'a pas retrouvé sa tonicité : 2250 centimètres cubes.

Troisième cathétérisme dans le cours de la nuit : 1700 centimètres cubes.

A partir de ce moment, la miction se fait spontanément. De trois heures du matin à sept heures, la malade émet 1750 centimètres cubés.

Le lendemain, 23, femme transformée, ne souffrant plus; ventre normal et souple.

La guérison est dès lors complète.

Le 4 octobre, accouchement à terme.

En somme, l'utérus, augmenté de volume par la grossesse, avait comprimé le rectum et accentué mécaniquement la constipation. La partie inférieure du tube digestif s'encombrant de matières fécales a refoulé l'utérus en avant, et par ce fait, la miction est devenue de plus en plus difficile jusqu'à une rétention énorme, comme cela s'observe, par un mécanisme analogue, lorsque l'utérus gravide est en rétroflexion.

Ainsi les observations précédentes prouvent à l'évidence que la rétention d'urine par coprostase est incontestable. Elle se produit chez des individus constipés depuis longtemps, mais, fait important, qui vont encore à la garde-robe *en apparence assez régulièrement*, car ils défèquent par regorgement. Aussi est-ce là une cause d'erreur de diagnostic pour un médecin non prévenu. Du reste, nous avons déjà montré ailleurs que le toucher rectal, pratiqué systématiquement, était toujours le meilleur moyen de diagnostiquer la coprostase.

La rétention d'urine s'établit donc dans des cas d'accumulation énorme de matières fécales soit lentement, soit brusquement sans cause occasionnelle apparente. Une fois diagnostiquée, son traitement est des plus simples. Mais elle ne cède tout à fait que si sa cause réelle est découverte, c'est-à-dire après évacuation du contenu intestinal. Et encore la vessie peut-elle mettre quelque temps à retrouver sa tonicité perdue : auquel cas un ou plusieurs cathétérismes vésicaux évacuateurs seront encore nécessaires.

FISTULE ŒSOPHAGO-CERVICALE

Par le docteur MOTY,
Professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

L'analyse d'une observation de W. A. Downes (de New-York) relative à un cas de fistule œsophago-thoracique publiée dans la *Gazette des hôpitaux* du 30 octobre 1907 par le docteur Gardner, m'engage à publier à mon tour le résumé d'un cas analogue que j'ai eu l'occasion d'observer avec un médecin fort distingué d'une ville de la frontière de l'Est.

Il s'agissait d'une jeune fille de vingt ans ayant deux sœurs délicates, un frère et ses parents en bonne santé; elle avait remarqué dans le courant de janvier 1907 une grosseur à la naissance de son cou, et la lésion persistant, elle avait en mars consulté son médecin qui a bien voulu me donner les renseignements qui suivent : On trouve à cette époque une tuméfaction de la grosseur d'une noix, recouverte en partie par le chef sternal du sterno-mastoïdien droit; elle n'est donc pas complètement médiane, mais ne paraît pas se déplacer pendant les mouvements de déglutition, bien que la malade accuse une certaine gêne à cette occasion. Mon confrère s'arrête au diagnostic d'adénite profonde et prescrit sans résultats l'iode intus et extra. En avril, ponction donnant un liquide sanieux; la malade souffrait de plus en plus.

Le 3 mai, cocaïnisation et incision au bistouri donnant du pus et suivie de drainage; soulagement immédiat et déglutition plus facile. Ablation du drain huit à dix jours plus tard, mais le 17 l'inflammation et les douleurs locales reparaissent, tandis que la fièvre s'accuse oscillant entre 38 et 40 degrés; on se trouve en présence d'un phlegmon profond du cou qui est incisé le 29 mai sous le chloroforme; le doigt introduit dans la cavité de l'abcès parcourt toute la partie latérale droite du cou jusqu'au bord supérieur du sternum; large drainage, amélioration immédiate de tous les symptômes. La guérison semble prochaine. Mais sept jours après, on note qu'il s'écoule un peu de vin par la plaie au repas de midi, ainsi qu'on avait déjà cru le remarquer deux jours auparavant; pendant cette seconde semaine, le phénomène se reproduit tous les deux jours; quinze

jours après l'incision, il devient quotidien et les aliments solides commencent eux aussi à passer, en petite quantité d'abord, puis un peu plus abondamment et au point d'obturer les deux drains du volume du petit doigt. Un décollement se produit alors et nécessite une incision en arrière du sterno-mastoïdien, puis une seconde à la partie supéro-interne du pectoral.

L'état général de la malade déclina rapidement à partir de ce moment, et quand je la vis le 12 juillet avec mon distingué confrère, nous constatâmes la persistance d'une large fistule sus-sternale à bords décollés et laissant toujours suinter une partie des liquides ingérés par la bouche.

L'orifice était légèrement déjeté à droite de la ligne médiane, il n'y avait pas d'induration profonde sous-jacente, mais un vaste décollement occupait la région rétro-claviculaire droite et fusait jusqu'à la partie antérieure de la troisième côte; la peau présentait une teinte rosée sub-érysipélateuse sur toute l'étendue du décollement; l'état général était des plus graves : pâleur extrême, pouls à 140, respiration précipitée, sueurs profuses, menaces de syncopes; les sommets des deux poumons étaient indurés et très probablement tuberculeux, bien que l'examen des crachats n'ait pas révélé de bacilles.

Dans ces conditions, nous tombâmes facilement d'accord qu'aucune intervention n'était possible et la malade s'éteignit en effet deux jours plus tard.

Nous fûmes également tous deux d'avis qu'il s'agissait d'un foyer tuberculeux profond du cou ouvert dans l'œsophage après avoir été ouvert à la peau. Si la situation eût été meilleure, il eût été indiqué, selon moi, de débrider largement le foyer, de le cureter sous chloroforme et de le tamponner soit à la gaze iodoformée, soit avec des tampons au naphtol camphré bien exprimés, et de soumettre en même temps la malade à des doses d'arséniate de soude progressivement élevées jusqu'à la limite de la tolérance et accompagnées d'une alimentation aussi réparatrice que possible.

Il n'en reste pas moins certain que les fistules œsophagiennes cervicales ou thoraciques sont d'une extrême gravité et que si leur guérison ne peut être envisagée comme absolument impossible, elle est néanmoins très rare. Il nous paraît probable que le pronostic serait sensiblement amélioré par une intervention précoce aussi complète que possible, et que l'on éviterait la fistule en opérant largement dès que le diagnostic de suppuration ganglionnaire serait établi; mais il faut reconnaître que les conditions anatomiques dans lesquelles est placé l'œsophage, rendent ses fistules infiniment plus graves que celles de l'anus, et qu'il n'y a pas à compter beaucoup sur les injections de naphtol camphré qui réussissent souvent si bien dans ces dernières.

Je note enfin que l'absence de tout symptôme avant l'apparition du foyer cervical profond et pendant ses premiers stades ne permet guère d'admettre une adénite secondaire à une ulcération tuberculeuse de l'œsophage, et que notre observation vient, comme celles du docteur Gardner, à l'appui d'une adénite tuberculeuse primitive s'ouvrant secondairement dans l'œsophage comme elle s'ouvre quelquefois dans les gros vaisseaux du cou.

La rareté des faits de ce genre donne un certain intérêt à celui-ci, malgré la brièveté de l'observation et l'absence de nécropsie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1907)

L'alcoolisme. — Conformément au vœu exprimé par l'Académie, il y a deux ans, M. FERNET apporte le résultat de l'enquête établie dans un certain nombre d'hôpitaux, d'hospices, d'asiles d'aliénés, relativement à la mortalité causée par l'alcoolisme.

De ce rapport très documenté, voici les conclusions :

L'alcoolisme, qui est, en France, une des plaies constantes de notre époque, est aussi une des principales causes de mort. Il intervient comme cause efficace de mort dans le tiers de la mortalité générale. Il est la cause principale et même unique de la mort dans le dixième des décès (10,20 p. 100). Il en est la cause accessoire et même adjuvante dans plus de deux autres dixièmes (23,61 p. 100). Il intervient dans la moitié de la mortalité chez les aliénés. L'alcoolisme est donc un véritable péril social. Tous ceux qui ont quelque souci de la santé publique ont le devoir de le dénoncer et de le combattre.

Ces conclusions sont des plus sages, et M. Fernet n'a fait que répéter, en fort bons termes, ce que nous savons tous et disons tous depuis bien longtemps. Malheureusement, tant qu'il y aura des marchands de vin, il y aura de l'alcoolisme, et tant qu'il y aura des électeurs, il y aura des marchands de vin.

Malformation cardio-vasculaire chez les hérédo-syphilitiques. — M. LANDOUZY a déjà communiqué un cas de ce genre à l'Académie. Il en apporte un second. Il s'agit d'un enfant nouveau-né manifestement syphilitique, porteur d'ulcérations spécifiques péri-anales, de coryza, d'un gros foie et d'un gros rein, ne présentant d'ailleurs, de son vivant, aucun souffle ni frémissement cardiaque, et à l'autopsie duquel on a trouvé une persistance du canal artériel et une atrésie aortique.

Il s'agissait donc là d'une malformation par arrêt de développement, d'une survivance d'un état fœtal. Chez cet enfant, la loi naturelle d'évolution a été troublée par l'hérédo-syphilis.

M. FOURNIER a observé assez fréquemment des exemples de cette dystrophie d'origine syphilitique. Aucune maladie n'est, à ses yeux, plus dystrophiante que la syphilis. Il a souvent constaté de ces lésions cardiaques ou cardio-vasculaires. Il lui a semblé que, dans ces cas, l'hérédité syphilitique était plutôt paternelle.

Election. — M. MOUREU a été élu membre titulaire dans la section de pharmacie par 56 suffrages sur 80 votants.

ANALYSES

MÉDECINE

La rétraction du caillot sanguin et les hématoblastes. Etude expérimentale. (MM. L. Le Sourd et Ph. Pagniez. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1907, n° 4, p. 579-592.) — A l'état normal, le caillot qui s'est formé après l'issue du sang hors des vaisseaux se rétracte et laisse transsuder une certaine quantité de sérum. Ce phénomène, bien qu'il ait attiré l'attention des physiologistes et des médecins depuis de longues années, n'a pas encore reçu d'explication pleinement satisfaisante. La participation d'éléments figurés du sang paraît cependant à la plupart des auteurs nécessaire à la production de la rétraction du caillot, et M. Hayem s'est attaché à démontrer que le rôle principal était dévolu aux hématoblastes. Mais cette opinion n'est pas admise sans conteste, et c'est en raison de l'obscurité qui entoure encore le mécanisme de la rétraction du caillot que MM. Le Sourd et Pagniez ont entrepris de préciser la réalité et le mode d'intervention des hématoblastes dans la production de ce phénomène.

MM. Le Sourd et Pagniez ont pu obtenir à l'état de pureté des hématoblastes en centrifugeant du sang rendu incoagulable par différents agents, en particulier par l'oxalate de potasse. Les hématoblastes isolés par ce procédé peuvent être manipulés comme des hématies, soumis à des lavages, débarrassés de leur plasma et se prêtent parfaitement à des expériences précises.

On sait que le plasma oxalaté, spontanément incoagulable, coagule lorsqu'on lui ajoute une proportion déterminée de sels de chaux; seulement le caillot ainsi formé ne se rétracte pas. Mais si avant l'addition de sels de chaux on ajoute au plasma des hématoblastes rigoureusement purs, le liquide coagule et le caillot se rétracte; l'intensité de la rétraction est même proportionnelle à la quantité d'hématoblastes ajoutée.

L'expérience donne des résultats identiques quand on opère avec du plasma salé ou du liquide d'hydrocèle.

Les hématoblastes paraissent bien être les seuls éléments figurés du sang doués de la propriété rétractile : on peut, dans les conditions précitées d'expérience, remplacer les hématoblastes par des hématies ou des leucocytes sans produire la moindre rétraction.

Mais on peut aller plus loin, et les auteurs montrent qu'il s'agit là d'une action analogue à celle des ferments : cette propriété rétractile des hématoblastes est en effet thermolabile, et le chauffage à 58 degrés pendant dix minutes le fait disparaître rapidement.

MM. Le Sourd et Pagniez ont encore réalisé une série d'expériences très démonstratives du rôle des hématoblastes dans la rétraction du caillot, basées sur l'action d'un sérum cytotoxique pour ces éléments. c'est-à-dire d'un *sérum hématoblastolytique*, obtenu par des injections répétées d'hématoblastes de lapin dans la cavité péritonéale du cobaye. Ils ont réussi à produire avec ce sérum *in vitro*, et fait plus remarquable chez l'animal, une irrétractilité du caillot tout à fait comparable à celle que l'on observe en clinique au cours de certains purpuras. En recueillant en effet dans une quantité déterminée de sérum anti-hématoblastique soit du sang de la carotide dès sa sortie du vaisseau, soit du sang pris par ponction du cœur, on observe que ce sang donne un caillot qui ne se rétracte pas.

Mieux encore, si on injecte à un lapin une certaine quantité de sérum anti-hématoblastique, le sang de l'animal en se coagulant ne donne plus de caillot rétractile; cette irrétractilité, manifeste dix minutes après l'injection, persiste pendant plusieurs heures, et, fait qui montre bien l'action spécifique du sérum hématoblastolytique, s'accompagne constamment de la disparition ou de la diminution considérable des hématoblastes du sang circulant.

Les expériences que nous venons de résumer, s'ajoutant aux faits antérieurement connus, démontrent d'une manière pleinement évidente le rôle des hématoblastes dans la rétraction du caillot.

A. LEMIERRE.

VOIES URINAIRES

Uretérite kystique chronique. (Bond Stow. *Ann. of surg.*, vol. XLVI, n° 2, août 1907, p. 233-243.) — A propos d'un cas personnel trouvé à l'autopsie d'une Hongroise de quarante ans, morte d'insuffisance mitrale et chez qui, en outre, l'uretère était dédoublé de chaque côté, l'auteur passe en revue les travaux récents sur la question. Chacun des quatre uretères, depuis le bassinet qui contenait, lui aussi, quelques kystes, jusqu'à un point situé environ à 4 centimètres au-dessus de l'orifice vésical, était littéralement farci de kystes variant de la dimension d'un grain de millet à celle d'un pois. Les reins étaient le siège d'un pyélonéphrite suppurée.

La maladie est rare. Il n'y a pas plus de 50 cas publiés dans la littérature. Lubarsch n'en trouva que 4 cas sur plus de 3000 autopsies et Stow lui-même ne l'a trouvé qu'une fois sur plus de 700 nécropsies. Son cas est le seul coïncidant avec des uretères doubles. La malformation congénitale a-t-elle quelque rapport étiologique avec la maladie?

Bien que rare, l'affection n'en a pas moins soulevé de vives discussions pathogéniques. Virchow et Litten la considéraient comme des kystes par rétention. Plus tard, les auteurs anglais, se basant sur la présence fréquente de corps ovoïdes et arrondis, la jugèrent parasitaire. Récemment Giani, se fondant sur les études d'histologie normale des Allemands, a confirmé une théorie déjà esquissée en 1887 par von Limbeck. Accidentellement, au cours d'expériences sur la tuberculose de la vessie, il trouva des formations kystiques chez des lapins dans la vessie desquels il avait inclus une capsule de gélatine contenant une culture pure de bacille de Koch. Etudiant les kystes histologiquement, il trouva qu'ils résultaient de la liquéfaction du centre de bourgeons épithéliaux qui s'étaient enfoncés de la surface dans la profondeur. Or ces bourgeons avaient été vus par Brünn et Lubarsch dans l'uretère atteint de maladie kystique et ces bourgeons liquéfiés au centre sont ce que les Anglais avaient pris pour des protozoaires. Il s'agit donc là d'une réaction d'infection chronique lente. L'existence de glandes uretérales, sur lesquelles Virchow avait étayé sa théorie, est très problématique. Les constatations de Stow dans son cas sont tout à fait pareilles à celles de Giani.

F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Paraplégie spasmodique familiale. (V. Courtellemont. *Revue neurol.*, 30 oct. 1907, p. 1065-1070.) — Observation d'un homme de cinquante et un ans atteint de paraplégie spasmodique, limitée aux membres inférieurs, sans atrophie musculaire, ni troubles de la sensibilité, ni troubles des réactions électriques. Les organes des sens et l'intelligence sont intacts. Il s'agit d'une paralysie spasmodique familiale ayant débuté il y a quinze ou seize ans, et à marche lentement progressive : la mère du malade a présenté la même affection à l'âge de cinquante ans; il a une sœur plus âgée qui est paraplégiée depuis quarante-neuf ans, un frère plus jeune, atteint

à l'âge de quinze ans. Chez le malade, on ne relève aucune cause de paraplégie acquise.

Il faut remarquer dans cette observation la parésie de l'orbiculaire gauche: l'existence d'amoindrissement des facultés génitales et de troubles urinaires; besoin impérieux, alternatives de rétention et d'incontinence d'urine. La ponction lombaire a montré l'absence de leucocytose céphalo-rachidienne.

L. ALQUIER.

PRATIQUE MÉDICALE

LE SANGUINAL EN THÉRAPEUTIQUE

(EFFETS, INDICATIONS, MODE D'EMPLOI)

Par Edouard BUBE.

On connaît la composition chimique du sanguinal. Il contient 10 p. 100 d'hémoglobine cristallisée, chimiquement pure, 46 p. 100 de sels naturels du sang, 44 p. 100 d'albumine musculaire peptonisée, fraîchement préparée, et des traces de manganèse. Le sanguinal se distingue fort avantageusement des préparations ferro-hématiques similaires en ce qu'il renferme, en plus de l'hémoglobine, d'autres éléments constituants du sang, indispensables à l'hématopoïèse.

C'est particulièrement le cas des sels sanguins dont le rôle important fut, dans ces dernières années, mis en évidence par Coenen, Biernacki, Gurber, von Moraczewska, Rumpf et d'autres.

L'albumine musculaire peptonisée qui entre, ainsi qu'il l'a été dit, dans la composition du sanguinal, s'est trouvé être également un agent thérapeutique précieux. Le sanguinal agit surtout par son hémoglobine; il permet d'introduire dans l'organisme, sous une forme directement assimilable et résorbable, le fer hématique dont le sang du malade a si grand besoin. Il serait banal de vouloir insister sur l'importance du fer dans l'hématopoièse, mais il y a lieu, cependant, de faire ressortir les résultats des recherches chimiques récentes sur les pigments sanguins, recherches qui débutèrent par l'étude de l'hémoglobine pour aboutir à la constatation de la parenté de ce corps avec l'hématine, produit de dissociation de l'hémoglobine. Tous ces travaux dont l'exposition détaillée ne saurait, sans doute, prendre place ici, sont riches en conséquences pour la science biologique, et ils battent en brèche le mur qu'on a voulu élever entre le règne animal et le règne végétal.

Cela étant, toute controverse au sujet des voies de résorption du fer paraît chose assez secondaire, le rôle de ce métal dans l'hématopoièse étant démontré aussi bien théoriquement que par expérience. Il ne s'agit donc plus, en définitive, que d'offrir à l'organisme une préparation ferrugineuse dont la composition même assurerait une assimilation aussi rapide et massive que possible par le malade.

Le corps humain est également susceptible d'assimiler des préparations ferrugineuses de provenance minérale, mais cela n'infirme d'aucune façon le fait que les produits organo-ferro-hématiques sont plus utiles au malade et amènent plus rapidement la guérison. L'expérience est là pour prouver le bien-fondé de cette thèse, quel que soit, d'ailleurs, le point où le fer est résorbé. L'opinion d'après laquelle cette résorption ne s'effectuerait que dans le duodénum, fut combattue, comme on sait, déjà par Hurinet, récemment encore, par S. Tartakowsky. Se fondant sur des recherches personnelles, ce dernier, à l'encontre de la plupart des auteurs précédents, admet la participation de la totalité du tube gastro-intestinal à la résorption du fer par l'organisme. D'après lui, on trouverait ce métal dans l'épaisseur de la muqueuse gastrique, et son accumulation dans les ganglions mésentériques laisserait supposer qu'il est résorbé par les lymphatiques. (*Arch. f. Physiol.*, CI, 11 et 12, p. 586, 1903.)

Pour ce qui en est du manganèse dont le sanguinal renferme des traces, il y a lieu de rappeler que les préparations manganiques furent employées, de tout temps, dans le traitement de divers états morbides, en particulier des troubles de la sécrétion hépatique, de la lithiase biliaire, des affections rhumatismales, scrofuleuses, névralgiques, etc.

Le sanguinal est employé, de préférence, sous la forme pilulaire. Il serait superflu de s'arrêter aux avantages de ces pilules d'aspect appétissant, sucrées et indéfiniment stables. Une préparation martiale, administrée sous cette forme, exclut toute action nuisible du fer sur les dents. Cela se rapporte en particulier aux pilules de sanguinal. Leur usage, même prolongé pour des mois, ne provoque jamais de troubles digestifs ni aucun effet secondaire fâcheux, à l'encontre de ce qu'on observe avec d'autres préparations ferrugineuses.

La teneur de chaque pilule de sanguinal correspond à 5 grammes de substance active du sang humain.

On emploie le sanguinal chez les anémiques, plus particulièrement contre les manifestations si variées de la chlorose à l'égard desquelles l'effet thérapeutique de ce produit est aussi complet que possible.

L'action thérapeutique du sanguinal se manifeste rapidement, dans tous les cas, par l'amélioration du facies, en même temps que se modifie favorablement l'état subjectif, qu'augmente le nombre des hématies et que s'accroît le poids du corps.

L'idée s'imposait d'elle-même de combiner le sanguinal à d'autres médicaments pouvant le seconder dans son action spécifique.

Dans les troubles digestifs, on aura avantage à associer le sanguinal à l'extrait de rhubarbe. Les pilules de sanguinal et rhubarbe réussissent bien dans les cas d'anémie ou de chlorose avec atonie des organes de la digestion.

Les pilules de sanguinal et arsenic ont aussi une action thérapeutique spéciale. L'association du sanguinal avec l'acide arsénieux est indiquée dans la neurasthénie, l'impaludisme chronique, la chorée, les névralgies diverses, le psoriasis, les eczémas invétérés, le diabète, les lymphomes malins et les états leucémiques.

Les pilules de sanguinal et iode trouvent un emploi étendu, notamment contre les vomissements incoercibles de la grossesse, les fermentations gastro-intestinales, l'entérite, la dysenterie et les adénites scrofuleuses des anémiques. Ces pilules unissent l'action hématopoiétique et tonique du sanguinal aux effets spécifiques de l'iode sur le métabolisme général des tissus ou sur les processus morbides locaux.

Dans les cas d'anémie extrême, après les hémorragies graves (post-partum ou autres), dans les états d'affaiblissement par abus d'exercices sportifs ou par excès sexuels, l'association du sanguinal au chlorhydrate de quinine a donné, dans ces derniers temps, les résultats les plus encourageants. Les pilules de sanguinal et quinine sont, d'autre part, un tonique et un roborant d'un effet sûr et rapide; elles rendent de signalés services aux convalescents.

Les pilules de sanguinal simples (sans adjonction d'autre médicament), tout comme les pilules de sanguinal composées (additionnées de rhubarbe ou d'arsenic, d'iode ou de chlorhydrate de quinine), sont prescrites, d'habitude, à la dose de neuf pilules par jour, ingérées en trois prises de trois pilules chaque.

Pour une cure, 200 à 300 pilules suffisent généralement.

Le « mauvais mal », par le docteur JULLIEN. In-8°.— Paris, librairie médicale et scientifique, Coccoz, Boulangé successeur, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

MÉDECINS DE COLONISATION POUR L'ALGÉRIE. — Un concours pour le recrutement de dix médecins de colonisation s'ouvrira à Alger en mars 1908. Le jury sera présidé par un conseiller ou un conseiller adjoint du gouvernement, assisté de trois professeurs de l'Ecole de médecine désignés par le gouverneur général, et de l'inspecteur des services d'assistance. Les candidats devront être Français, docteurs en médecine d'une Faculté française et âgés de moins de trente-cinq ou de moins de quarante ans, s'ils ont fait cinq ans de service militaire. Les pièces nécessaires à l'inscription devront être parvenues au Gouvernement général avant le 1er février 1908.

Les épreuves du concours comprennent : 1° une épreuve écrite sur un sujet d'hygiène ou de clinique intéressant plus spécialement l'Algérie (quatre heures); 2° une épreuve pratique de microscopie clinique; 3° l'examen clinique de deux malades, l'un atteint d'une affection oculaire, l'autre d'une maladie particulière à l'Afrique du Nord; 4° des interrogations sur un programme comprenant l'hygiène, l'assistance publique, la médecine légale, les maladies plus communes à l'Afrique du Nord, des éléments de zoologie appliqués à la médecine et la pharmacie pratiques. Le programme est envoyé aux candidats sur leur demande, adressée à M. le gouverneur général de l'Algérie.

IVe CONGRÈS DE CLIMATOTHÉRAPIE ET HYGIÈNE URBAINE (*Biarritz, 20-25 avril 1908*). — Nous avons précédemment annoncé les rapports qui seront présentés à ce Congrès.

Voici quelle est la composition de son bureau :

Président : M. le professeur Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux ;

Vice-présidents nationaux : MM. les professeurs Arnozan (de Bordeaux); Netter (de Paris) ; Olive (de Nantes);

Vice-présidents régionaux : MM. les docteurs Festal et Lalesque (d'Arcachon);

Vice-président local : M. le docteur Lavergne (de Biarritz).

Le programme du Congrès sera bientôt complètement élaboré; il comprendra des excursions aux stations climatiques voisines du Pays basque et du golfe de Gascogne, tant en France qu'en Espagne.

Les démarches sont faites pour obtenir, comme à l'ordinaire, le voyage à demi-tarif pour les congressistes.

Les auteurs de communications voudront bien adresser le plus tôt possible le titre de leur travail au docteur Gallard, secrétaire général, à Biarritz, qui répondra d'ailleurs à toute demande de renseignements.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant. Prière d'envoyer les cotisations (20 francs, membres titulaires; 10 francs, membres adjoints) au docteur Berne, trésorier, à Biarritz.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (service de M. le professeur DIEULAFOY). — MM. les docteurs O. Crouzon et Le Play, chefs de clinique, feront tous les mardis et vendredis, à cinq heures du soir (à partir du 26 novembre 1907), dans le salon de la salle Saint-Christophe, une conférence clinique avec examen de malades.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX. — HOPITAL COCHIN-ANNEXE (RICORD). — M. le docteur Hudelo fera, à la salle de consultation, tous les lundis, à neuf heures du soir, à partir du 18 novembre, une conférence clinique, avec examen de malades et présentation de moulages, sur la *syphilis primaire et secondaire* (chancrelle, herpès, blennorragie aiguë et chronique).

— HOPITAL DE LA PITIÉ. — *Gynécologie médicale.* — Le docteur Dalché commencera ses leçons cliniques sur les maladies des femmes, le jeudi 21 novembre, à dix heures, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure (laboratoire de la salle Serres).

— M. le docteur Robineau (*service de la consultation de chirurgie*) fera, à partir du 25 novembre, à la consultation, des *leçons de petite chirurgie pratique*, les mardis et samedis à dix heures et demie.

Tous les jours à dix heures, examen de malades.

Prière de s'inscrire à la consultation. Maximum : dix élèves. Prix d'inscription : 50 francs.

— HÔPITAL BRETONNEAU. — Le docteur Villemin, chirurgien de l'hôpital Bretonneau, fera à partir du 1er décembre 1907, tous les jeudis, à neuf heures et demie du matin, au pavillon Marjolin, une leçon clinique sur un sujet de chirurgie d'enfants et d'orthopédie alternativement.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMITÉ DE VIGILANCE DU CONGRÈS DES PRATICENS

Séance du 16 octobre 1907. — La discussion continue au sujet de l'autonomie des facultés dont le besoin est de moins en moins contesté. On décide de continuer la propagande en sa faveur.

Séance du 16 novembre. — Le comité vote un ordre du jour félicitant les professeurs de la Faculté d'avoir nommé aux chaires d'anatomie et d'histologie des professeurs spécialisés dans ces branches de la science médicale et ne faisant pas de clientèle; il regrette les manifestations faites à l'Ecole de médecine à cette occasion.

Il décide de poursuivre par tous les moyens la suppression du certificat d'aptitude à l'agrégation, ainsi que de tous les diplômes spéciaux.

Il vote une motion en faveur de l'institution d'un conseil supérieur de médecine au ministère de l'Instruction publique.

Enfin, il décide l'organisation d'un nouveau Congrès qui se tiendra à Lille en 1908.

RENSEIGNEMENTS

BON POSTE MÉDICAL A PRENDRE. — S'adresser au bureau du journal.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales médico-psychologiques. — (N° 3, nov.-déc. 1907.) Lagriffe : Stigmates anatomiques de dégénérescence dans un groupe d'aliénés de Clérambault. Ivresse psychique avec transformation de la personnalité d'après le docteur Paul Garnier (*suite et fin*). — Schlub : Un cas d'épilepsie larvée (*suite et fin*). — Hospital : Etablissements d'aliénés : le registre d'observations.

Archives de médecine des enfants. — (N° 11, nov. 1907.) D'Espine et Jeanneret : Anémie pseudo-leucémique. — E. Weill et Thévenot : Rhumatisme viscéral. — Nobécourt et Tixier : Rythme respiratoire dans la fièvre typhoïde. — Arraga : Myxœdème thyroïdien.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 10, oct. 1907.) Mayor : Sigmoïdite et périsigmoïdite. — Leven et Barret : Radioscopie gastrique. L'estomac des aérophages.

Archives générales de chirurgie. — (N° 4, oct. 1907.) Lefort : Le genu recurvatum acquis. — Dreyfus : Les tumeurs malignes primitives de l'ovaire. — Denéchau : Les suites réelles de la gastro-entérostomie au cours de l'ulcère d'estomac et de ses complications.

Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris. — (N° 3, mars 1907.) Laignel-Lavastine : Deux cas d'hémiatrophie de la langue par lésion de l'hypoglosse.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 40, 3 oct. 1907.) Freund : Le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. — Baudler et Kreibich : Expériences sur la cuti-réaction avec la tuberculine chez l'adulte. — Nagelschmidt : Diagnostic et traitement des tuberculoses cutanées. — Schellenberg : Accès de goutte survenant en même temps que glycosurie dans un cas de tuberculose pulmonaire. — Engelen : Un cas d'érythromélalgie combinée avec la maladie de Basedow. — Papaïoannou : Un cas rare d'échinocoque du nerf optique. — Wederhake : Contribution à la prothèse par la paraffine. — Wusch : Un appareil pour scoliose. — (N° 41, 10 oct.) Riedel : Sur les déplacements et les fixations en un endroit anormal du rein droit par des néoformations. — Hochhaus : Cholélithiase et glycosurie. — Fornet : Schereschewsky, Einzimmer et Rosenfeld : Précipités spécifiques dans la syphilis, le tabes et la paralysie. — Conradi : Quand le typhique est-il infectant? — Rœder : Résection de gros troncs nerveux sans paralysie. — Mintz : Extraction d'un bouton hors d'une bronche de deuxième ordre. — Schæffer : Le massage comme traitement des pseudarthroses. — (N° 42, 17 oct.) Tillmans : Le traitement général des fractures. — Riedel : Sur le déplacement et la fixation en position anormale du rein droit par des néoformations. — Martens : Sur la pyléphlébite purulente dans la pérityphlite. — Ribbert : Les portes d'entrée de la tuberculose pulmonaire. — Pal : Sur la présence dans l'urine de substances mydriatisantes. — Klieneberger : Nouvelle contribution à la présence saprophytique de bacilles hémoglobinophiles dans les voies urinaires. — Heymann : Expériences avec la lampe de quartz. — Schumm : Sur l'épreuve de la benzidine.

Écho médical du Nord. — (N° 43, 27 oct. 1907.) Potel : Les abcès froids non tuberculeux. — (N° 44, 3 nov.) Toussaint : De l'ostéome mixte du coude, consécutif à la réduction de sa luxation en arrière, à l'état de veille. — Calmette, Breton et Petit : Influence de la tuberculine sur la phagocytose *in vivo* du bacille tuberculeux. Etude expérimentale de l'ophtalmo-réaction à la tuberculine. — Potel : Les abcès froids non tuberculeux (*suite et fin*).

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 43, 27 oct. 1907.) Petit de la Villéon : Fumeurs d'opium. — (N° 44, 3 nov.) Sabrazès : Episodes pseudoleucémiques hémorragiques, suraigus et à rechutes, au cours d'une lymphadénomatose chronique.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 43, 27 oct. 1907.) Pitres : Sur l'état des réflexes et des sensibilités viscérales profondes dans un cas de paraplégie consécutive à une fracture de la colonne vertébrale, avec écrasement traumatique de la moelle dorsale. — (N° 44, 3 nov.) Bergonié : Pression artérielle et courants de haute fréquence. — Coyne et Auché : Le sérum antidysentérique polyvalent.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 43, 26 oct. 1907.) Thilliez : Névrite optique double à la suite d'une grippe.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 43, 24 oct. 1907.) Stordeur et Cohen : Un cas de lymphangiome caverneux du cou. — Steinhaus : Les tumeurs hypernéphroïdes. — Piérart et Stordeur : Un cas de laryngotyphus. — (N° 44, 31 oct.) Henrotin : Ce qui manque à nos Gouttes de lait pour être efficaces dans la lutte contre la mortalité infantile.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 10, 25 oct. 1907.) Vidal : De l'influence qui résulte d'une crise économique soudaine, aiguë et persistante d'un pays sur l'évolution et la terminaison des maladies de ses habitants.

Lyon médical. — (N° 43, 27 sept. 1907.) Durand et Nicolas : Sur l'ostéopériostose hypertrophiante, blennorragique des grands os des membres. — Jacques : Lithiase biliaire; parotidite suppurée; sténose pylorique. — (N° 44, 3 nov.) Mouisset et Bourret : Abcès du poumon et pneumothorax. — Drivon : Pages d'histoire médicale lyonnaise. — Bonnet : Lésions tertiaires survenues cinquante-quatre ans après le chancre.

Medizinische Blætter. — (N° 40, 5 oct. 1907.) Delbrück : Rapports entre l'alcool et la paralysie. — (N° 41, 12 oct.) Meyer : Contribution au traitement des inflammations pulmonaires. — (N° 42, 19 oct.) Meyer : Contribution au traitement de l'inflammation pulmonaire (*suite*).

Pédiâtrie pratique. — (N° 21, 1er nov. 1907.) Giliberti : Un cas d'ostéomyélite du maxillaire inférieur consécutive à une stomatite ulcéro-membraneuse (Vincent). — Armand-Delille et Berthaux : Etude des organes hématopoiétiques dans un cas d'anémie infantile pseudo-leucémique. — Bocquel : Un cas de convulsions du nouveau-né guéri à la suite d'une ponction rachidienne. — Nauwelaers : Etiologie de la tuberculose des nourrissons et l'ophtalmo-réaction. — Bosc : L'ophtalmo-réaction à la tuberculine chez l'enfant.

Presse médicale. — (N° 84, 15 oct. 1907.) Roger : Les variations de l'eau dans l'organisme des inanitiés. — (N° 85, 19 oct.) Boidin et Weil : Méningite syphilitique secondaire aiguë (méningite précoce, préroséolique). — (N° 86, 23 oct.) Josué : Les petits signes de l'artério-sclérose. — Tuffier et Mauté : La ponction exploratrice des tumeurs solides. — (N° 87, 26 oct.) Roger et Simon : Action du suc gastrique chez les féculents. — (N° 88, 30 oct.) Lemierre et Abrami : Fièvre typhoïde et infection descendante des voies biliaires. — (N° 89, 2 nov.) Bazy : Pathogénie des épididymites à répétition. Résection des canaux déférents comme moyen de les prévenir. — Lemaire : Quelques points particuliers de la cuti-réaction à la tuberculine.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DES CAVERNES PULMONAIRES

Dans plusieurs maladies subaiguës ou chroniques du poumon, il arrive qu'une portion plus ou moins considérable de parenchyme pulmonaire subisse diverses modifications caractérisées macroscopiquement par le ramollissement et soit finalement évacuée par les bronches; il en résulte la formation dans le poumon d'une excavation, d'une caverne. Les plus fréquentes, et de beaucoup, sont les cavernes tuberculeuses; viennent ensuite les cavernes de la gangrène pulmonaire, des abcès, de la syphilis, de l'apoplexie pulmonaire et du cancer. On en peut rapprocher, pour les symptômes et le diagnostic différentiel, la caverne par ouverture d'un kyste hydatique du poumon dans les bronches, mais en faisant remarquer que, dans ce dernier cas, la caverne n'est plus, comme les précédentes, creusée aux dépens du parenchyme pulmonaire ramolli et éliminé; c'est la poche kystique elle-même en communication avec une bronche qui constitue la caverne.

SYMPTOMES. — La présence d'une caverne dans un poumon entraîne l'apparition d'un certain nombre de symptômes fonctionnels et de signes physiques, communs à toutes les variétés étiologiques des cavernes; l'état général du malade est aussi toujours atteint. Après avoir étudié cette symptomatologie générale, qui ne peut que faire aboutir au diagnostic de caverne, on verra quelles particularités, fournies beaucoup plus par l'étude des symptômes fonctionnels et de l'état général que par celle des signes physiques, permettent de reconnaître la nature de la lésion.

SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — La *douleur* thoracique peut ne pas être très intense; elle manque même parfois. Si les lésions pulmonaires s'accompagnent de pleurésie sèche, la douleur devient assez vive.

La *dyspnée* est plus ou moins prononcée. Elle ne dépend pas uniquement d'ailleurs de la présence d'une caverne, car seules des cavernes nombreuses et volumineuses réduisent beaucoup le champ de l'hématose. Mais en même temps que les cavernes il existe très souvent des lésions tuberculeuses, en cas de caverne tuberculeuse, congestives ou broncho-pneumoniques, en cas de gangrène pulmonaire, d'apoplexie pulmonaire, lésions qui sont la principale cause de la dyspnée.

Les deux grands symptômes fonctionnels sont la toux et l'expectoration. La *toux* est intense, pénible; elle aboutit à l'expulsion de *crachats* dont les caractères sont trop variables pour être décrits à ce chapitre des symptômes en général: ils seront du plus grand secours pour le diagnostic étiologique. Assez souvent, ces crachats sont striés de sang ou même le malade peut avoir une *hémoptysie* plus ou moins abondante.

SIGNES PHYSIQUES. — A l'*inspection* du thorax, on constate parfois une dépression de la paroi au niveau de la caverne, dépression due à la rétraction de néo-membranes pleurales et à l'action de la pression atmosphérique. C'est surtout en cas de caverne tuberculeuse d'un sommet qu'on observe la dépression sous-claviculaire unilatérale; Hérard, Cornil et Hanot ont indiqué l'importance de ce signe. On peut encore noter l'immobilité presque absolue des côtes supérieures dans les mouvements respiratoires, et chez certains malades, l'atrophie des muscles pectoraux et du trapèze.

A la *palpation*, on constate une augmentation des vibrations vocales par suite de la condensation du parenchyme pulmonaire, de la sclérose qui entoure souvent les cavernes et des néo-membranes de la plèvre. C'est très exceptionnellement qu'au niveau d'une caverne grande et à parois minces, on pourrait trouver une abolition des vibrations vocales.

Les résultats fournis par la *percussion* peuvent être très différents : a. *Matité*. C'est le cas le plus habituel. b. *Son tympanique*. Une caverne très spacieuse et superficielle peut donner un son tympanique, dont la tonalité varie dans certaines conditions. Ce son disparaît et réapparaît, parfois dans le courant d'une journée, suivant que la caverne est remplie de sécrétions liquides ou d'air. Ce son s'élève quand la bouche du malade est ouverte et s'abaisse quand la bouche est fermée (signe de Wintrich); ce signe de Wintrich peut disparaître et réapparaître suivant l'attitude du malade; dans certaines attitudes, le liquide de la caverne bouche l'orifice et le signe de Wintrich ne peut plus être perçu. La hauteur du son tympanique varie suivant l'attitude du malade (signe de Gerhardt); le son est plus grave dans la position assise que dans la position couchée. Cette variation de tonalité suivant l'attitude dépend de ce que la portion de caverne remplie d'air change de forme par le déplacement du liquide. La recherche du signe de Gerhardt peut servir à apprécier la forme de l'excavation, à reconnaître si le plus long diamètre est vertical ou horizontal, ce qui peut être utile en cas d'intervention chirurgicale (Marfan). Au contraire, d'après Barth et Roger, ces variations de tonalité n'ont aucune utilité pour le diagnostic; leur recherche est fort pénible et leur interprétation obscure. c. *Son amphorique*. Une caverne spacieuse, à parois lisses et résistantes, ayant un orifice étroit, peut donner à la percussion un son amphorique ou à consonance métallique, ressemblant à celui qu'on produit en choquant une cruche vide. d. *Bruit de pot fêlé*. Ce bruit est un bruit peu sonore, bref, à tonalité élevée; c'est une variété de la matité (Faisans); mais son caractère propre, c'est son timbre assez analogue à celui que l'on obtient en frappant avec le doigt sur un vase fêlé. Pour rechercher ce signe, il faut que le malade garde la bouche ouverte, que le choc de percussion soit fort, brusque et unique. On attribue ce bruit à la vibration d'une colonne d'air s'échappant brusquement par un orifice étroit; on l'obtient en cas de caverne superficielle, grande, pleine d'air et communiquant avec les bronches par un orifice étroit.

A l'*auscultation*, le murmure vésiculaire est supprimé et remplacé par un souffle dit *souffle caverneux ;* on désigne souvent ce phénomène d'auscultation par le terme « respiration caverneuse » ; mais le mot « souffle » est préférable, il indique mieux qu'il s'agit d'autre chose que d'un murmure vésiculaire plus ou moins modifié (Faisans). Le souffle caverneux a un caractère creux, un ton grave; on l'imite en inspirant et en expirant avec force dans les deux mains disposées en cavité (Barth et Roger). Le souffle caverneux est en général plus intense à l'inspiration; il peut manquer si la caverne est remplie de liquide ou si la bronche qui y aboutit est oblitérée par du muco-pus; dans ce cas, le silence respiratoire est complet au niveau de la caverne muette (Marfan). Le souffle caverneux est le retentissement du bruit laryngo-trachéal altéré par son passage à travers une cavité à ouverture étroite et à parois vibrantes. Une excavation pulmonaire, très grande, à peu près vide et communiquant largement avec les bronches peut donner naissance au *souffle amphorique*, bruit retentissant, à timbre métallique, qu'on imite en soufflant dans une carafe à goulot étroit.

En même temps que le souffle, on entend, surtout si le malade tousse ou respire fortement, un *râle caverneux*, composé de bulles très grosses et très humides, inégales; ces bulles peuvent être nombreuses ou rares. Quand les bulles sont rares et isolées, le râle caverneux n'est que l'exagération du craquement humide; quand elles sont nombreuses et grosses, c'est un véritable *gargouillement*. Ce râle caverneux est inconstant, car il se produit quand l'air inspiré pénètre dans le liquide de la caverne : aussi, après une expectoration abondante quand le malade a vidé sa caverne, le râle peut disparaître complètement pendant un certain temps. Quelquefois, le râle prend les caractères du *tintement métallique*, bruit argentin, comparable à celui que produit une perle tombant dans une coupe de cristal. Ce tintement métallique coïncide généralement avec le souffle amphorique. Ces bruits à caractère métallique indiquent une caverne très vaste, ayant un diamètre d'au moins 6 centimètres, une forme régulière, des parois lisses et sèches, une situation superficielle et un orifice étroit (Marfan).

Le *râle post-expiratoire*, décrit par Baas comme caractéristique des cavernes, consiste en une série de râles expiratoires, une pause, et une seconde série de râles expiratoires distincte des râles inspiratoires. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 134. — SAMEDI 23 NOVEMBRE 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 23 NOVEMBRE 1907. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Anatomie.* — Séance du 21 novembre. — Question donnée : « Artère axillaire. »

MM. Decrop, 12; Chavrier, 20; Chevellereau, 7; Dragatzis, 14; Ecaille, 20; Fischer, 7; Faige, 13; Feuillet (Gustave), 11; Dietz, 18; Chanilian, 8; Conte et Eissen, 9; Chatelin, 13; Doyen, 10.

La prochaine séance aura lieu le samedi 23 novembre, à quatre heures, première moitié, deuxième série, et s'il y a lieu, première moitié, troisième série.

— Amphithéatre des hopitaux. — *Concours du prosectorat. — Dissection :* Séance du 20 novembre. — MM. Muret et Mathieu, 17; Desmarest, 17 1/2; Sauvé, 16; Heitz-Boyer, 17; Descomps, 20; Bréchot, 16 1/2.

Pièces anatomiques : Deuxième séance du 20 novembre. — MM. Descomps, 30; Desmarest, 26; Mathieu, 26 1/2; Hertz-Boyer, 24; Bréchot, 25; Sauvé, 23; Muret, 26.

Epreuve opératoire : Séance du 22 novembre. — MM. Sauvé, 24; Muret et Desmarest, 26; Descomps, 27; Heitz-Boyer, 28; Bréchot, 29; Mathieu, 25.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Descomps et Desmarest.

— Concours de la médaille d'or. (Médecine.) — Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1907-1908) aura lieu le lundi 9 mars 1908, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 2 au 11 janvier 1908 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le samedi 11 janvier 1908, à trois heures, dernier délai.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Election du Doyen. — L'assemblée de la Faculté de médecine réunie jeudi pour désigner un successeur à M. le doyen Debove, qui ne se représente pas, a décidé, à la presque unanimité, de présenter en première ligne M. le professeur Landouzy, en seconde ligne M. le professeur Pouchet.

M. le professeur Landouzy entrera en fonctions le 15 décembre. Le choix de la Faculté est particulièrement heureux et sera unanimement approuvé dans le corps médical où M. Landouzy ne compte que des sympathies.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Alger. — Le concours ouvert devant la Faculté de Montpellier pour une place de professeur suppléant de chirurgie à l'Ecole d'Alger s'est terminé par la nomination de M. le docteur Fuster (de Montpellier).

— Le concours du clinicat d'ophtalmologie s'est terminé par la nominatton de M. Bentami (Ould Ahmida).

M. Bentami sera le premier indigène remplissant une fonction enseignante à l'Ecole de médecine.

ASSOCIATION DES MÉDECINS LÉGISTES. — L'Association des médecins légistes de l'Université de Paris a tenu son assemblée générale le samedi 16 novembre à la Faculté de médecine. Le soir eut lieu le banquet annuel sous la présidence de M. le professeur Joffray et de M. le professeur Thoinot.

Le bureau de l'Association pour l'année 1908 est composé de la manière suivante : président, le docteur Pierreson; vice-président, le docteur Leddé ; secrétaire général, le docteur Dabout; trésorier, le docteur Poisson; secrétaires des séances, les docteurs Grosset et J. Thiercelin.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Le bureau est ainsi composé pour l'année 1908 : M. Nuel est nommé président; M. Mœller, premier vice-président; M. Debaisieux, deuxième vice-président.

SOUSCRIPTION. — Les élèves et les amis du docteur Guinard, à l'occasion de sa récente nomination dans l'ordre de la Légion d'honneur, ont l'intention de lui offrir un objet d'art.

Les souscriptions seront reçues jusqu'au 20 décembre par le docteur Pécharmant, 7, rue du Bac, et par MM. Raymond et Hautefort, internes à l'Hôtel-Dieu.

HOPITAL-HOSPICE DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE. — CONCOURS POUR L'INTERNAT. — Le jeudi 19 décembre prochain, à neuf heures du matin, un concours aura lieu pour trois places d'internes titulaires et quatre places d'internes provisoires. Les épreuves de ce cours consistent en une composition écrite sur l'anatomie et sur la pathologie, vu la petite chirurgie et une question orale sur les mêmes sujets.

L'entrée en fonctions aura lieu le 1er janvier 1908.

Les internes titulaires et provisoires sont nommés pour deux ans. Ces derniers sont titularisés dès qu'ils sont appelés à remplacer définitivement un interne titulaire et peuvent se représenter au concours suivant.

Il est alloué aux internes un traitement annuel de 600 francs. Ils sont logés, nourris, chauffés et éclairés.

La Compagnie des chemins de fer de l'Ouest leur accorde une réduction de la moitié du prix du voyage entre Paris et Saint-Germain.

Les candidats devront justifier de leur qualité d'externe des hôpitaux ou de celle d'étudiants de troisième année. Ils ne doivent pas être âgés de plus de vingt-huit ans.

Sous le rapport du stage hospitalier, les internes de l'hôpital de Saint-Germain sont assimilés par la Faculté aux internes des hôpitaux de Paris et jouissent des mêmes avantages. Les internes provisoires jouissent des mêmes avantages que les internes titulaires pendant qu'ils en remplissent les fonctions.

On peut prendre connaissance du règlement tous les jours non fériés, de une heure et demie à cinq heures du soir, au secrétariat de l'hôpital.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Econome.

BANQUET. — Un banquet sera offert au docteur Leredde, par ses amis, à l'occasion de sa nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur, le 30 novembre, à huit heures du soir, sous la présidence du professeur Albert Robin, au restaurant Ledoyen.

Prière d'adresser les adhésions au docteur Laborde, avenue Trudaine, 16, avant le 26 novembre.

Prix du banquet : 13 francs. Tenue de ville.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-sixième semaine, 825 décès, au lieu de 817 pendant la semaine précédente et de 872, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès au lieu de 11 pendant la semaine précédente (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 55 au lieu de 49 pendant la semaine précédente (moyenne 45).

La variole n'a causé aucun décès depuis cinq semaines (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 6, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 10).

La rougeole a causé 1 décès (il n'y avait pas eu de décès la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 138 au lieu de 125 précédemment et au lieu de 99, moyenne des quatre dernières années).

La scarlatine a causé 1 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 196; il s'élevait à 166 pendant la semaine précédente (moyenne 58).

La coqueluche n'a causé aucun décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 2).

La diphtérie a causé 2 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 5); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 55, au lieu de 70 pendant la semaine précédente (moyenne 73).

La diarrhée infantile a causé 28 décès de 0 à 1 an, au lieu de 34 pendant la semaine précédente (moyenne 26).

En outre, 21 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 133 décès, au lieu de 107 pendant la semaine précédente (moyenne 133).

La phtisie pulmonaire a causé 177 décès (moyenne 190).

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX. — HÔPITAL NECKER. — M. le docteur Huchard : Tous les mardis matin, à partir de neuf heures et demie jusqu'à onze heures, à l'amphithéâtre Laënnec de l'hôpital Necker, consultation et présentation de malades cardiaques, avec *causeries cliniques et thérapeutiques* sur ces malades, à partir du premier mardi de novembre.

A partir du mois de mars 1908, tous les jeudis, leçons de clinique et de thérapeutique, par le docteur Huchard et plusieurs de ses collègues, sur des sujets de médecine les plus divers (au plus seize leçons).

M. le docteur Hirtz : A partir du mois de janvier 1908, tous les mercredis à dix heures, conférences sur la *thérapeutique des maladies des voies respiratoires*, à l'exception de la tuberculose.

M. le docteur Emile Sergent (*service de la consultation de médecine*). — Le matin, à dix heures, exercices de médecine pratique (interrogatoire et examen d'un malade, discussion du diagnostic et des indications thérapeutiques, manière de formuler et de rédiger une ordonnance).

Des conférences pratiques sur le *diagnostic et le traitement des maladies chroniques des voies respiratoires* seront annoncées ultérieurement.

— HÔPITAL TENON. — M. le docteur Boissard commencera le jeudi 9 janvier 1908, à dix heures et demie, une série de dix leçons (qu'il continuera les jeudis suivants) sur : *Délivrance abortive, avortement criminel, délivrance à terme, accidents et complications, traitement.*

M. le docteur Lamy : Tous les vendredis, à dix heures et demie, à partir du 1er décembre, consultation clinique sur les *maladies du cœur et des vaisseaux.*

Programme. — Sémiologie des affections cardiaques. Etude de différents types d'asystolie. Etude de la pression artérielle à l'état normal et dans les maladies. Sphygmomanométrie clinique. Traitement des maladies du cœur et des vaisseaux. Médicaments cardio-vasculaires. Présentation et examen des malades. Applications pratiques de la méthode graphique.

M. le docteur Brouardel : Les mardis et samedis, à dix heures du matin, conférences de *clinique élémentaire* avec examen de malades, à la salle de consultation.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Petite chirurgie et pratiques spéciales courantes, par MM. P. SOUBEYRAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, et ARDIN-DELTEIL, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger, avec une préface du docteur TÉDENAT, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier. In-8° (0,235 × 0,150) de 406 p. avec 326 fig., 1908. — Prix : cart. à l'anglaise, 9 francs. — Montpellier, Coulet et fils, éditeurs ; Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE (1)

COMPLICATIONS

DES

MÉNINGITES CÉRÉBRO-SPINALES AIGUËS

Par MM. PAUL SAINTON et ROGER VOISIN.

Les méningites cérébro-spinales, quelle que soit leur cause, ont en général une évolution variable, irrégulière, si bien qu'il est difficile d'en tracer un tableau clinique d'ensemble et d'en établir une forme absolument typique. Cette évolution est souvent coupée d'accidents, de complications qui viennent se superposer à la maladie, soit qu'elles dépendent du même agent pathogène, soit qu'elles trahissent une infection secondaire surajoutée, soit qu'elles soient la conséquence d'une localisation de la maladie en un point déterminé. Souvent même ces phénomènes surajoutés passent au premier plan et dominent les autres symptômes, au point de donner lieu à des formes particulières. Affectant une prédilection, comme il est logique, sur le système nerveux et sur les organes des sens, ils donnent lieu à des aspects cliniques qui relèvent souvent du spécialiste, mais qu'il est important de prévoir et de connaître au point de vue du pronostic définitif de la maladie. Frappant d'autres appareils que le système nerveux, ils peuvent assombrir singulièrement le pronostic et emporter le malade.

Ces phénomènes apparaissent parfois tardivement, alors que le processus irritatif méningé semble définitivement arrêté dans son évolution, et sont l'origine de troubles persistants, parfois de lésions irréparables qui constituent de véritables séquelles. Ainsi apparaît nettement le rôle de l'infection dans la genèse de certains syndromes nerveux, hydrocéphalie, épilepsie, affections spasmodiques, considérées autrefois comme des maladies autonomes.

Chaque jour, on publie des faits nouveaux qui tendent à élucider le rôle des infections du liquide céphalo-rachidien dans la pathologie générale ; ils sont assez nombreux et assez bien étudiés pour que l'on puisse à l'heure actuelle jeter un coup d'œil d'ensemble sur ces complications et séquelles des méningites.

La division en complications immédiates et en complications éloignées ou séquelles est celle que nous adopterons; elle répond à la réalité des faits tels qu'ils se présentent au cours de la marche de la maladie; mais elle est loin d'être absolue au point de vue pathogénique.

C'est ainsi que, dans les thèses de Dereure (2) et de Courtellemont (3), on voit considérer comme des suites des accidents qui font leur apparition dès le troisième ou le quatrième jour de la maladie ; ces incertitudes tiennent à ce que pendant longtemps la théorie de l'inflammation locale de la méninge a dominé la conception de la méningite cérébro-spinale; aujourd'hui le rôle du milieu céphalo-rachidien, ses connexions avec les espaces lymphatiques, les modifications de la substance cérébrale ou médullaire sous-jacente et peut-être même des racines sont mieux élucidées ; il en résulte que les symptômes considérés comme des complications ne sont que la traduction de modifications concomitantes. En réalité, il y a des méningo-encéphalites, des méningo-bulbites, des méningo-myélites, des méningo-radiculites, des neuro-méningites (Chauffard) s'accompagnant de modifications réelles, mais non irréparables de la substance sous-jacente. C'est pourquoi nous décrirons les complications en nous plaçant surtout au point de vue clinique.

Celles qui portent sur le système nerveux sont les plus importantes. Elles passent au premier plan dans toute cette étude.

I

Complications immédiates. — Complications nerveuses. — Par leur exagération, certains symptômes constituent une véritable complication. Ainsi en est-il du *délire* intense avec ou sans hallucination qui peut parfois survenir d'emblée ; il peut être d'une activité inouïe et nécessiter l'emploi de moyens de contention ; quand il atteint un tel summum, il est vraisemblable qu'il est sous la dépendance d'une prédisposition héréditaire ou d'un appoint alcoolique.

Les *convulsions épileptiformes* généralisées constituent aussi une complication d'une certaine gravité parce qu'elles indiquent un processus irritatif généralisé, qu'elles épuisent le malade et que par leur violence elles peuvent amener une issue fatale.

Certains auteurs rangent parmi les complications des méningites les *paralysies*; elles ne sont que l'indice d'une localisation de l'infection méningée; quand elles revêtent une localisation d'emblée, elles donnent lieu à des formes particulières à évolution lente et insidieuse. Il n'y a dans la méningite cérébro-spinale complication véritable que dans les cas où la paralysie est sous la dépendance d'une lésion non méningitique. Les observations en sont encore peu nombreuses. Faure-Villar (1) vit une parésie du bras droit dans laquelle il parut y avoir une relation entre ce symptôme et un ramollissement rouge de la couche optique gauche. Dans l'observation de Tourdes (2), l'hémiplégie était due à un épanchement de sang intra-ventriculaire; dans un cas de Courtellemont, il y avait eu apoplexie sous la dépendance d'une hémorragie ventriculaire.

Ceci nous amène à envisager une complication importante de la méningite cérébro-spinale : l'*hémor-*

---

(2) A. DEREURE. *Des suites éloignées des méningites bactériennes*, Th. de Paris, 1903.

(3) COURTELLEMONT. *Contribution à l'étude des accidents nerveux consécutifs aux méningites aiguës*, Th. de Paris, 1904.

(1) FAURE-VILLAR. Histoire de l'épidémie de méningite cérébro-spinale observée à l'hôpital militaire de Versailles en 1839. *Recueil des mém. de méd., chir. et pharm. mil.*, t. XLVIII, p. 1.

(2) TOURDES. *Histoire de l'épidémie de méningite cérébro-spinale observée à Strasbourg en 1840 et 1841.*

ragie méningée. Les cas en sont encore rares, nous signalerons ceux d'Achard et Grenet (1), de P. Sainton et Roger Voisin (2), de Gaussel (3). Dans notre observation, l'inflammation concomitante des méninges avait déterminé la coagulation du sang retiré par la ponction lombaire, contrairement à ce qui s'observe dans l'hémorragie méningée simple. Le cas de Buvat et Mallet (4) intéressait un aliéné alcoolique et syphilitique chez qui les auteurs trouvèrent à l'autopsie une méningite purulente avec double hématome méningé; il paraît y avoir eu suppuration secondaire des hématomes, du fait d'une bronchopneumonie coexistante.

Mais souvent l'hémorragie méningée est très minime, elle n'intéresse préalablement que des capillaires; ainsi se trouve expliquée la xantochromie de certains liquides céphalo-rachidiens retirés au cours des méningites aiguës.

Dans quelques cas, avec cette coloration coexistait une réaction fibrineuse très marquée, mais la pathogénie et la nature de tels faits ne sont pas encore élucidées, nous nous contenterons de signaler ces cas de méningite hémorragique dus à Bauer et Mauban (5), Lépine (6), Babinski (7), Froin (8), Marfan, Aviragnet et Detot (9), Cestan et Ravaut (10).

Enfin l'*abcès* du cerveau vient quelquefois compliquer la méningite; il peut même dans certains cas être considéré comme la cause de cette méningite.

Troubles des organes des sens. Troubles oculaires. — Les troubles oculaires dans les méningites cérébro-spinales peuvent atteindre tout l'appareil oculaire aussi bien dans ses membranes externes que dans les membranes internes; le fond de l'œil lui-même peut être le siège d'altérations, comme l'a montré Galezowski.

Tourdes et Corbin avaient depuis longtemps observé la *conjonctivite avec inflammation* purulente, habituellement curable. Elle est en général un épiphénomène au cours de la convalescence.

La *kératite* est assez fréquente; elle est souvent d'origine tropho-neurotique; sous la dépendance d'une irritation de la branche ophtalmique du trijumeau; elle peut être la conséquence d'une paralysie oculaire laissant à découvert la cornée, exposée aux infections extérieures.

L'*iritis*, l'*irochoroïdite suppurée* ont été signalées par Gillkrest, Luidstram, Wilson, Valbée.

Quant à la *panophtalmie*, que Bovier-Lapierre (1) a bien étudiée, elle reconnaît exceptionnellement pour cause les embolies bactériennes des vaisseaux rétiniens ou choroïdiens se produisant parallèlement à l'infection; habituellement, elle est consécutive à la méningite; la propagation se fait à travers les gaines du nerf optique dans les espaces sus et sous-arachnoïdiens jusqu'au globe oculaire. Se montrant le plus souvent dans le cours d'une méningite aiguë, elle peut être cependant le premier signe d'une méningite latente. Elle est caractérisée par l'apparition d'une injection conjonctivale et périkératique intense; l'iris est trouble, change de couleur, la pupille est irrégulière et louche. A l'examen ophtalmoscopique, la rétine et la choroïde ont un aspect œdémateux et la papille est difficile à apercevoir. Les troubles augmentent ensuite, la pupille a un reflet jaune verdâtre, les paupières s'œdématient, le cristallin lui-même peut s'opacifier. La lésion peut être bilatérale, et se terminer par la guérison. La panophtalmie pneumococcique la mieux connue a pour signes : le chémosis séreux précoce, la faible intensité des douleurs, l'unilatéralité des lésions, le peu de tendance à la perforation spontanée. Pour Bovier-Lapierre, l'œil est irrémédiablement perdu au point de vue fonctionnel.

Non moins importants sont les troubles du fond de l'œil (2); si les méningites s'accompagnent souvent des phénomènes légers de *stase* veineuse, la *névrite optique* paraît plus rare contrairement aux affirmations de Bouchut (3) et Quincke (4), puisque Randolph, sur 35 cas qu'il a examinés, ne l'aurait trouvée que 6 fois.

La plupart du temps, par suite de l'état du malade, incapable d'accuser des troubles fonctionnels, la névrite optique n'est diagnostiquée qu'à une période avancée de son évolution. Elle suit une marche descendante; elle est due, comme les complications irido-choroïdiennes, à une propagation par continuité le long des gaines du nerf, prolongements anatomiques de l'espace sous-arachnoïdien. Il y a au début périnévrite se traduisant par de l'hyperémie papillaire, puis apparaît l'œdème péri-papillaire ou papillaire, partiel ou total; il se révèle surtout par un aspect moiré de la papille, qu'il faut distinguer, pour Galezowski, de la stase papillaire, ob-

1) Achard et Grenet. Hémorragie méningée au cours d'une méningite cérébro-spinale, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*.

(2) Sainton et Roger Voisin. Méningite purulente et hémorragie méningée, *Bull. de la Soc. anat.*, 1905, p. 551-553 et 810.

(3) Gaussel. Hémorragie méningée et méningite purulente, Cong. de méd. alién. de Lille, 1906.

(4) Buvat et Mallet. Double hématome méningé avec méningite suppurée, *Bull. de la Soc. anat.*, 1902, p. 490.

(5) Bauer et Mauban. Méningite cérébro-spinale hémorragique aiguë terminée par la guérison, *Arch. gén. de méd.*, 1903, p. 2778.

(6) J. Lépine. Le liquide céphalo-rachidien dans les processus méningés subaigus d'origine rhumatismale, *Lyon méd.*, 23 août 1903.

(7) Babinski. Méningite hémorragique fibrineuse, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 23 oct. 1903.

(8) Froin. Inflammations méningées avec réactions chromatiques fibrineuse et cellulaire du liquide céphalo-rachidien, *Gaz. des hôpit.*, 3 sept. 1903.

(9) Marfan, Aviragnet et Detot. Méningite hémorragique subaiguë avec hydrocéphalie chez les nouveau-nés, *Bull. méd.*, 20 janv. 1904.

(10) Cestan et Ravaut. Coagulation en masse et xantochromie du liquide céphalo-rachidien, *Gaz. des hôpit.*, 6 sept. 1904.

(1) Bovier-Lapierre. *Panophtalmie et méningite cérébro-spinale*, Th. de Lyon, 1901-1902.

(2) Jean Galezowski. *Le fond de l'œil dans les affections du système nerveux*, Th. de Paris, 1904.

(3) Bouchut. Du diagnostic de la méningite par l'ophtalmoscope, *Gaz. méd.*, 1868.

(4) Quincke. Ueber meningitis serosa und verwandts Zustände, *Deuts. zeit. f. Nervenh.*, t. IX, 1896.

servée dans les tumeurs cérébrales et dans la méningite tuberculeuse. Si la névrite est peu marquée, elle suit habituellement les oscillations de l'infection méningée et peut se terminer par la guérison; Courtellemont et Galezowski ont observé un cas démonstratif de ce fait; il y eut au début double névrite optique avec stase; pendant un mois cette névrite qui avait laissé intacte la vue de l'œil droit et avait amené la cécité de l'œil gauche, est restée stationnaire; puis tout trouble a disparu.

Mais la terminaison habituelle est l'atrophie définitive avec papille déchiquetée et irrégulière, se traduisant par la diminution progressive de l'acuité visuelle.

Les ophtalmologistes ont parfois l'occasion d'observer (Jean Galezowski) des méningites très frustes qui ne se traduisent que par des symptômes oculaires; si cependant on interroge les malades, il est possible de retrouver dans leurs antécédents de la céphalalgie et des vomissements quelque temps auparavant.

Assez souvent, pour Randolph (1) dans 11 cas sur 35, il y aurait de la thrombose de la veine centrale de la rétine avec de nombreuses hémorragies rétiniennes. C'est à ce mécanisme que Pflüger attribue une cécité survenue chez une jeune fille de douze ans.

Parfois il y a des troubles de la vue sans aucun signe objectif appréciable.

Troubles auditifs. — L'otite initiale, origine de la méningite, ne rentre pas dans le cadre de notre étude; aussi il ne sera question ici que des troubles de l'ouïe, conséquences de l'infection. Deux cas peuvent se présenter :

A. Il n'existe pas de lésion de l'oreille;

B. Il existe une lésion constatable par les moyens d'investigation ordinaire.

Lorsqu'il n'existe pas de lésion appréciable, Tröltsch (3) cherche la cause de la surdité dans une lésion du ventricule ; mais si l'on relit les observations récentes de Léri, Moizard et Grenet (4), Babinski (5), il est vraisemblable qu'il s'agit d'une lésion labyrinthique. Il existe cependant des cas où la surdité disparaît, et Courtellemont se demande s'il ne faut pas faire une place à l'hypertension intra-cranienne dont Steinbrugge (6), Babinski (7), Souques (8) ont montré le rôle dans la production de la surdité.

(1) Randolph. A clinical study of the etge symptoms of cerebro-spinal meningitis, *Ophtalmie Review*, 1893, p. 374.

(2) Pflüger. *Comptes rendus de la Société d'ophtalmologie d'Heidelberg*, 1892, p. 201.

(3) Tröltsch. *Lehrbuch der Ohrenh.*, Leipzig 1881.

(4) Moizard et Grenet. Méningite cérébro-spinale accompagnée d'une surdité temporaire et terminée par la guérison après une évolution de deux mois, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 19 déc. 1902, p. 1126.

(5) Babinski. Méningite cérébro-spinale subaiguë à polynucléaires. Ponctions lombaires. Guérison, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 31 oct. 1902, p. 907.

(6) Steinbrugge. Report of a post mortem examination of the auditory organes of a patient who died of cerebro-spinal meningitis, *Arch. of otol.*, 1886, vol. XVI, p. 14.

Habituellement il existe une lésion de l'oreille; l'otite alors ne se traduit pas par des symptômes nets. Il est fréquent que seule la surdité attire l'attention.

Etudiée par Moss et Steinbrugge (1), Knapp (2), Schultze (3), Schwabach (4), Gradenigo (5), Collet (6), Castex (7) et Gassot, elle est plus souvent bilatérale qu'unilatérale, elle apparaît dans le courant de la première semaine de la méningite. Castex fixe le troisième et le quatrième jour, comme la date la plus fréquente.

Le mécanisme de l'otite, quoique un peu plus varié, est tout à fait comparable à celui de l'atrophie du nerf optique. Comme l'ont montré les examens anatomo-pathologiques de Gradenigo, Steinbrugge, Habermann, l'infiltration purulente méningée suit la voie anatomique toute tracée par le conduit auditif interne, le limaçon, les canaux semi-circulaires et le ventricule, en circonscrivant son action à l'auditif divisé en filets; il en résulte au début une compression des branches acoustiques et plus tard une infiltration conjonctive étouffant le nerf acoustique, à une phase ultime le tissu osseux envahit le vestibule et le labyrinthe. Quand la méningite est séreuse, l'inflammation pourrait se faire par la voie artérielle, thrombose des artères nourricières (Moos) par propagation par l'aqueduc du limaçon et les espaces péri-lymphatiques.

Complications respiratoires. — Elles comptent parmi les plus fréquentes, et cela est facile à concevoir, lorsqu'on songe aux agents pathogènes, causes de la méningite.

La *congestion pulmonaire* (Achard et Grenet), la *bronchite*, ont été observées. La *pneumonie* secondaire souvent latente n'a aucun caractère particulier; elle ne se révèle que par des signes physiques. Elle est grave, sur onze malades observés par Faure, Lévy, Tourdes, trois seulement guérirent.

Les *pleurésies* sont fréquentes, elles sont en général purulentes, et apparaissent tantôt vers le début, tantôt vers la période d'état, tantôt vers la convalescence. Comme la pneumonie, elles doivent être recherchées avec soin; sur six malades, il y eut mort dans quatre cas.

Suite des notes de la colonne précédente :

(7) Babinski. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 31 oct. 1902.

(8) Souques. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*. 1902.

(1) Moos et Steinbrugge. Histological labyrinth changes in a cases of deaf mutism, *Arch. of otol.*, 1883, vol. XII, p. 304.

(2) Knapp. Zwei fälle von Ertaubung nach cerebro-spinalis meningitis, *Zeits. f. Ohrenh.*, XIV, 1885.

(3) Schultze. *Münch. med. Woch.*, 1898, p. 1197.

(4) Schwbach. Uber Gehörstörungen bei Meningitis cerebro-spinalis epidemica, *Zeits. f. klin. med.*, 1890, XVIII, p. 273.

(5) Gradenigo. Surdité consécutive aux méningites, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1899, p. 153.

(6) Collet. *Les troubles auditifs dans les maladies nerveuses*, Cong. de Moscou, 1897. — *Encyclopédie des aide-mémoire Léauté.*

(7) Castex. Surdité d'origine centrale, *Bull. de laryng.-otol.-rhinol.*, mars 1900.

Complications cardio-vasculaires. — La *péricardite* toujours mortelle est habituellement purulente; Vital, Tourdes, Canuet, en ont cité des exemples.

Elle peut exister seule: l'*endocardite* est moins rare. H. Claude et Bloch en ont donné un récent exemple; pour Bernard, elle existerait dans un tiers des cas. Cette proportion est évidemment très exagérée. Due à des embolies, elle peut être contemporaine de l'inflammation méningée; parfois le micro-organisme se localise à la fois sur les méninges et sur l'endocarde. Parfois même l'endocardite précède la méningite : Josserand et Lesieur ont observé une méningite cérébro-spinale à pneumocoques au cours d'une endocardite infectieuse subaiguë de longue durée.

Les complications vasculaires sont assez mal connues; l'*artérite* peut avoir été la cause d'une gangrène unilatérale dans un cas de Faure-Villar.

La *thrombophlébite* des sinus peut aussi se rencontrer par lésion de voisinage [Nobécourt, Vitry et Roger Voisin (1)].

Complications articulaires. — Comme dans toutes les grandes infections, il n'est point rare d'observer comme Osler l'a signalé, des arthrites et des périarthrites, voire même des arthralgies (environ un dixième des cas d'après la statistique de cet auteur). Parfois elles peuvent simuler le rhumatisme articulaire aigu (Daga, Galliard, Fronz), épidémie de Chypre, 1888) et se résorber assez rapidement.

Mais dans l'immense majorité des cas, il y a arthrite purulente. Tantôt elle se localise sur une seule articulation, le genou (Tourdes, Simonin), le coude (Netter), l'épaule (Josias); tantôt elle atteint plusieurs jointures qui sont remplies de pus ; il en était ainsi dans le cas d'une méningite à méningocoques observé par Fronz, où le pus siégeait dans plusieurs jointures après avoir envahi la tibio-tarsienne; l'autopsie fut faite et cette dernière articulation était en voie de guérison. Car il ne faut point croire que celle-ci ne soit possible qu'après intervention chirurgicale.

En général, cependant, l'arthrite constitue une complication importante parce qu'elle est le stigmate évident de l'infection par la voie sanguine. Elle reconnaît la même cause que la méningite ; parfois il y a une infection secondaire (Zuber).

Complications digestives. — Dans les cas généralisés, on peut observer la *stomatite*, les *aphtes*, les *abcès amygdaliens*.

Les *vomissements*, symptôme habituel de la maladie, peuvent par leur abondance et leur répétition incessante être une cause de mort. La *diarrhée* au lieu de la constipation peut s'observer, et il semblerait qu'elle fut un signe de mauvais augure. Il en était ainsi dans les cas d'Heubner, de Lair (2), de Renaud (3), où elle a semblé se manifester comme un signe d'infection générale plutôt que comme un signe de méningite. Que doit-on penser des cas de Lévy où il y eut hémorragie intestinale, et de ces cas fort anciens décrits par Forestus, revus par Faure Villar, Tourdes, Laveran, qui ont fait donner à la maladie le nom de fièvre pernicieuse?

(1) NOBÉCOURT, VITRY et Roger VOISIN. Deux cas de thrombose des sinus avec méningite suppurée, *Bull. de la Soc. anat.*, nov. 1903, p. 874.

(2) LAIR. *Eléments de diagnostic et de pronostic des méningites cérébro-spinales*, Th. de Paris, 1903.

(3) RENAUD. *Complications des méningites cérébro-spinales aiguës non tuberculeuses*, Th. de Paris, 1904.

Complications urinaires. — La *rétention d'urine* constitue plutôt un symptôme qu'une complication. La seule complication vraiment importante est l'*albuminurie*, transitoire habituellement. Béclère (1) a rapporté à la Société médicale des hôpitaux un cas mortel de néphrite avec albuminurie et hématurie. Crouzon (2) a insisté sur la difficulté que peut apporter la constatation d'une albuminurie pour distinguer la méningite cérébro-spinale de l'urémie. Nous avons pu observer un malade atteint de méningite cérébro-spinale au cours de la fièvre typhoïde, qui présenta une albuminurie persistante ne cédant à aucun traitement. Cinq mois après le début des accidents méningitiques, son urine contenait encore 80 centigrammes d'albumine. S'agissait-il d'une complication post-typhique ou d'origine méningitique? Il est bien difficile de trancher la question.

Complications cutanées. — Certaines épidémies plutôt que d'autres s'accompagnent de *purpura*; les Américains appellent la méningite cérébro-spinale « spotted fever », fièvre tachetée, « purpuric fever »; les Ecossais l'appellent « febris nigra » à cause de l'abondance des suffusions sanguines sous-cutanées; certains auteurs décrivent une *forme hémorragique purpurique* de la méningite cérébro-spinale. En France, les cas où le purpura a été observé sont assez rares. Giroux en cite dans sa thèse sur le purpura, Rist et Paris (3) en ont récemment rapporté une très belle observation; dans ce cas, le purpura a précédé la méningite, les seuls symptômes nerveux coexistant avec lui consistaient en mydriase et vomissements sans effort; ce n'est que plus d'un mois après que se développèrent les symptômes caractéristiques de la méningite. Pour les auteurs, et c'est l'hypothèse la plus admissible, purpura et méningite relèvent de la même infection.

Les autres accidents cutanés qui peuvent survenir sont en général le fait d'infections secondaires. En premier lieu, il faut placer les *escarres*; elles sont parfois le fait de la maladie et reconnaissent un mécanisme analogue au décubitus acutus, d'autres fois elles sont favorisées par l'état du système nerveux, mais elles reconnaissent pour cause déterminante l'amaigrissement extrême du malade reposant sur ses saillies osseuses, le repos prolongé au lit et dans la même position, parfois les pressions prolongées en certains endroits par suite de la contracture. Elles siègent en général au niveau de la région lombo-sacrée; il peut en exister une ou plusieurs. Exceptionnellement, elles apparaissent aux talons, aux

(1) BÉCLÈRE. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris.*

(2) CROUZON. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1906.

(3) RIST et PARIS. Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la méningite cérébro-spinale à diplocoques de Weichselbaum, *Arch. gén. de méd.*, 1904, p. 449.

genoux et n'ont pas de valeur pronostique spéciale. Il n'est pas rare de voir chez ces malades survenir des menaces d'excoriation en raison de l'excitabilité extrême de leur système vaso-moteur, comme le traduit normalement la présence de la raie méningitique. Maintes fois on voit aux endroits des pressions, des plaques rouges, des taches rouges longtemps persistantes qui peuvent en imposer pour un érythème et ne sont que la traduction de l'état du système vaso-moteur.

On comprend qu'une hygiène même soigneuse de la peau, altérée dans sa vaso-motricité et dans son trophisme, soit impuissante à éviter les *infections secondaires staphylococciques* ou même *streptococciques*.

L'*herpès*, symptôme fréquent de méningite cérébro-spinale épidémique, peut par sa confluence constituer une complication. Il en est de même des *érythèmes infectieux* d'aspect variable, scarlatiniforme, mais surtout polymorphe.

Signalons enfin qu'Evans (1) a cité dans quelques cas le *zona* comme complication possible de la méningite. Dans un d'eux, il s'agissait d'un zona ophtalmique au cours d'une méningite d'origine otitique.

II

Séquelles. — Les accidents consécutifs aux méningites cérébro-spinales sont encore très mal connus; limités aux organes des sens, ils avaient fait l'objet de travaux spéciaux, mais la question vraiment moderne qui se pose et qui n'est pas encore complètement résolue est celle de l'avenir cérébro-spinal des méningitiques. Cette question fut indiquée pour la première fois dans son ampleur par Chauffard à la Société médicale des hôpitaux le 22 mars 1901 (2) et il faut bien reconnaître que la plupart des médecins qui prirent part à la discussion furent obligés d'avouer l'insuffisance de leur documentation. Il paraissait inadmissible qu'une maladie portant ainsi sur les parties essentielles du système nerveux pût ainsi disparaître sans trahir sa présence par un reliquat pathologique proche ou éloigné. C'est à la suite de cette discussion que les recherches ont été faites dans les asiles et que des observations prises avec soin ont permis d'avoir une notion des séquelles de la méningite.

Un certain nombre de facteurs interviennent évidemment pour favoriser l'apparition de ces accidents; il en est un de premier plan, c'est l'âge du sujet, toute inflammation méningée chez un enfant en voie de développement peut agir sur l'évolution ultérieure de l'individu, toute localisation nettement affirmée peut donner lieu à des symptômes plus tenaces et plus durables, toute forme fruste à réaction lente ne peut qu'impressionner de façon durable le système nerveux, si facilement réparable quand les processus sont rapides.

(1) Evans. *Brit. Journ. of dermatol.*, mars 1900.

(2) Chauffard. Des suites éloignées des méningites cérébro-spinales aiguës, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 22 mars 1901, p. 306.

Quelles sont les probabilités pour qu'une méningite soit suivie d'accidents? On comprendra que cette question de statistique soit insoluble. Telle épidémie sera plus que telle autre suivie de séquelles? Si nous n'en sommes point réduit à incriminer le génie épidémique, il nous faut invoquer la virulence et la nature du microbe. Les notions sur le terrain sont la plupart du temps trop imprécises pour que nous puissions en tenir compte.

Quant à la fréquence comparative des accidents, s'il nous est impossible de fournir des données précises, il est certain cependant que les séquelles portant sur les organes des sens sont les plus importants. Viennent ensuite les troubles moteurs, les troubles mentaux et les troubles sensitifs.

Organes des sens. — A. *Ouïe*. — La *surdité* est une des séquelles habituelles de la méningite cérébro-spinale; il est évident qu'il ne saurait être question que des cas où l'organe de l'ouïe n'est point primitivement lésé, et où la méningite est consécutive à une otite.

Le mécanisme d'une telle affection découle de ce que nous avons déjà signalé dans les complications immédiates. La surdité paraît être consécutive à des phénomènes d'atrophie du nerf acoustique, de destruction incomplète du limaçon, dus à l'organisation des exsudats fibrino-purulents. Peut-être intervient également l'hypertension intra-cranienne consécutive.

Cette surdité a tous les caractères de la surdité par lésion de l'oreille interne; elle est souvent unilatérale; elle peut être partielle, c'est-à-dire que la perception de certains sons peut être conservée; il y a, suivant les recherches de Bezold (1), des îlots auditifs et des trous auditifs. Le fait a une importance considérable pour le pronostic, car la conservation de certains sons peut être le point de départ de rééducation.

Chez l'enfant, la surdité bilatérale amène la *surdi-mutité* [Gassot (2)]. Chez les enfants en bas âge, la méningite, d'après Saint-Hilaire (3), Denker (4), Habermann (5), serait la cause de la moitié des cas de surdi-mutité. Moins affirmatif, Castex (6) n'en attribue pas moins comme cause à la surdi-mutité acquise 40 fois la méningite sur 178 cas. Si quelques sons sont encore perçus, il y a là un point de départ pour l'instruction phonétique de l'enfant. Il résulte donc, de ce qui précède, que la surdité est une des séquelles les plus redoutables et des plus à craindre chez les méningitiques guéris.

B. *Vue*. — L'œil à la suite des méningites peut

(1) Bezold. *Das Hervormögen der Taubstummer*, Wiesbaden 1896.

(2) Gassot. *De la surdi-mutité consécutive aux méningites*, Th. de Paris, 1903.

(3) Saint-Hilaire. *La surdi-mutité*, Paris 1900.

(4) Denker. The ithnates of the westphalian provincial deaf-mute Institute, *Arch. of Otology*, 1902.

(5) Habermann. Zur kenntniss der Otitis interna, *Prag. Zeits. f. Heilk.*, 1886, p. 27.

(6) Castex. Causes de la surdi-mutité, *Bull. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 30 juin 1906.

être atteint dans sa *musculature externe*. Habituellement passagères, les paralysies oculaires peuvent donner lieu à du strabisme, à des paralysies des troisième et sixième paires; mais plus fréquents sont les troubles de la musculature interne; le myosis unilatéral (Courtellemont). La mydriase, habituellement bilatérale [Soulié et Cabannes (1)], Raybaud (2), la paresse de la pupille aux excitations lumineuses [Raybaud, Clavelin (3)], la diminution des réflexes pupillaires (Chauffard) persistent souvent longtemps après la disparition de la maladie. Un sujet que nous avons pu suivre pendant longtemps, atteint d'une méningite typhique, présentait encore au bout de cinq mois une dilatation excessive des pupilles, perceptible à un œil peu exercé. Widal (4) signale l'inégalité pupillaire.

Ce n'est point seulement la musculature oculaire, c'est encore le *nerf optique*, l'organe de la vision lui-même, qui peut être le siège de lésions indélébiles post-méningitiques. La cécité permanente est une des complications les plus redoutables; son mécanisme est variable : la névrite optique, si fréquente dans les méningites, avec ou sans stase papillaire, peut être suivie d'*atrophie papillaire* et dans d'autres cas la compression du nerf optique par les exsudats organisés peut amener le même résultat avec hémianopsie, sans que l'on ait antérieurement constaté de lésions du fond de l'œil. Ces cas brusques de cécité sont souvent dus à des méningites frustes dont on ne fait le diagnostic que rétrospectivement (Jean Galezowski); beaucoup plus rarement [Pflüger (5)] la cécité reconnaît une origine vasculaire et est consécutive à une thrombose des artères rétiniennes. L'iridochoroïdite peut laisser après elle des traces, mais le fait est plus rare.

Odorat. — L'odorat peut disparaître à la suite de la méningite. Auris (6) en a signalé un cas, Hinse l'a vu survenir d'un seul côté.

Troubles moteurs. — Conséquence naturelle des troubles observés à la période d'état, la persistance de troubles moteurs, consécutivement aux méningites, est assez fréquente. Il semble que la forme de la méningite ne soit pas indifférente, lorsqu'on veut rechercher l'étiologie des accidents. C'est ainsi que les méningites séreuses sont plus souvent suivies de paralysies, soit que la lenteur du processus, facteur de son innocuité relative, soit en même temps une des raisons de l'apparition des séquelles, soit que le processus infectieux se soit dans ces cas localisé d'une manière particulière sur les centres nerveux.

(1) Soulié et Cabannes, in Cochez et Lemaire, *Arch. gén. de méd.*, 1902, t. I, p. 711.

(2) Raybaud. *La méningite cérébro-spinale épidémique à Marseille*, Th. de Lyon 1901, p. 46.

(3) Clavelin. *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1891, t. XVII, p. 149.

(4) Widal et Philibert. Séquelles nerveuses consécutives à un état méningé de nature indéterminée, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 19 juillet 1907, p. 839.

(5) Pflüger, *C.-r. de la Soc. d'ophtalm. d'Heidelberg*, 1892, p. 201.

(6) Auris. In art. méningite, *Dict. encyclop. de Dechambre.*

Les phénomènes peuvent être spasmodiques ou flasques.

Spasmodiques, ils peuvent revêtir le type de *quadriplégie* avec contracture sans adjonction d'autres symptômes [Dickinson (1)], Sicard et Huet (2). Dans ce dernier cas, la participation des muscles inférieure de la face au processus donne le type pseudo-bulbaire. Mais le plus souvent on observe des troubles des sphincters, des douleurs, et de l'atrophie musculaire [Seifert (3), Courtellemont (4)]. Ces cas relativement rares peuvent survenir chez des enfants comme chez des adultes.

Plus souvent il y a *diplégie* spasmodique et non quadriplégie. Le cas le plus typique à ce point de vue est celui de Hobhouse (4) où une méningite survenue à neuf ans fut suivie à très longue échéance (six ans après) d'une paralysie ayant duré neuf ans et ayant régressé.

Parfois le type clinique observé se modifie. C'est ainsi que Claude et Lejonne ont vu apparaître chez une malade spasmodique observée par Courtellemont de l'athétose, de l'ataxie, du tremblement intentionnel, du nystagmus, etc., de sorte qu'il nous faut signaler, suivant toute vraisemblance, le rôle possible des méningites dans la production de certains cas de *sclérose en plaques*, de *sclérose latérale amyotrophique*, de *sclérose combinée* à type tabétique (Crouzon).

L'*hémiplégie* est plus fréquente [Netter (5), Achard et Grenet (6)]; dans sa localisation droite, elle peut être accompagnée d'*aphasie*, mais dans certains cas, comme celui de Florand (7), l'aphasie initiale peut disparaître et l'hémiplégie persister seule.

Les troubles paralytiques *flasques* appartiennent en général à des formes cliniques, dites à forme de paralysie infantile ou de poliomyélite. Ces accidents de la période d'état peuvent guérir rapidement ou bien persister et causer des séquelles. Des 16 cas réunis par Courtellemont dans sa thèse, les uns doivent être considérés comme incurables, car ils avaient donné lieu à des atrophies persistantes comme dans les observations de Netter et Sevestre (8), Triboulet et Lippmann (9), Brissaud et Londe (10), Pierre Marie;

(1) Dickinson. *Brit. med. Journ.*, London 14 oct. 1882, t. II, p. 788.

(2) Sicard et Huet. Méningite cérébro-spinale à forme de syndrome de Little et de pseudo-bulbaire, Soc. de neurol., 6 nov. et *Revue neurol.*, 1902, p. 1065.

(3) Seifert. Myelitis nach meningitis cerebro-spinalis, *Wien. med. Wochens.*, 1882, t. XXXII, p. 785 et 821.

(4) Hobhouse. Chronic meningitis as a sequale of cerebro-spinal meningitis, *Lancet*, 6 nov. 1897, p. 1185.

(5) Netter. *Semaine méd.*, 1898, p. 281 et *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 11 mai 1900, p. 565.

(6) Achard et Grenet. Méningite pneumococcique terminée par la guérison avec persistance d'une légère parésie brachiale, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 7 nov. 1902, p. 926.

(7) Florand. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 24 juin 1898, p. 535.

(8) Netter. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 11 mai 1900, p. 565-571.

(9) Triboulet et Lippmann. Poliomyélite antérieure aiguë. Ponction lombaire. Mononucléose, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 17 janv. 1902, p. 25.

(10) Brissaud et Londe. Diagnostic de poliomyélite et de névrite

mais en général ils ont tendance à la régression. Cette régression peut avoir une marche très lente, on ne doit pas l'oublier. Huet (1), qui a pu suivre 7 des 16 cas de Courtellemont, a vu la régression suivre une marche lente mais progressive, c'est-à-dire que des années après l'apparition des symptômes la maladie persistait encore. Mais une longue période de régression ne met pas à l'abri d'une infirmité définitive; c'est ainsi que parmi les cas réunis par Courtellemont et observés longuement [Parmentier (2), Raymond et Sicard (3), Schmidt (4), Schultze (5), Guinon et Paris (6), Froin (7)], un seul avait complètement guéri (Netter et Diamantberger).

On ne peut ne point être frappé des traits qui font ressembler certaines méningites à la *paralysie infantile* et de la parenté qui existe entre les deux affections. D'autre part, la possibilité de constater des formes de paralysies flasques soulève la possibilité de l'origine névritique possible de cette lésion, d'autant plus que l'on a pu constater des paralysies localisées à un seul territoire nerveux, comme le nerf facial dans un cas rapporté par Camiade. Dans celui de Mandoul (8), par contre, seul le facial inférieur était intéressé.

Aussi, dans ces tout derniers temps, est-on revenu sur l'origine de ces accidents nerveux que l'on constate au cours de méningites ou d' « états méningés ». On a montré qu'il pouvait y avoir indépendance de ces troubles nerveux et des accidents méningés. L'étude approfondie de quelques observations faites par Claude et Lejonne (9) a montré en effet que les accidents nerveux pouvaient précéder l'apparition des phénomènes méningés; il s'agissait d'ailleurs dans leurs cas, de par les caractères objectifs des paralysies et atrophies constatées et la marche de l'affection, plutôt de lésions radiculaires et névritiques que de lésions médullaires; la méningite n'était qu'un épisode au cours de la maladie infectieuse des centres nerveux : par suite, ces accidents ne sont pas en réalité des séquelles des méningites.

Ces conclusions ne viennent d'ailleurs que confirmer les recherches effectuées récemment sur l'état des centres nerveux et de leurs enveloppes dans les infections. En particulier dans les broncho-pneumonies l'un de nous (1) a montré qu'il ne fallait pas séparer la méningite de l'encéphalite, et que dans l'encéphale infectieux la localisation sur les centres nerveux n'est pas secondaire aux lésions méningées, qu'il y avait coexistence de lésions.

La méningite n'a en réalité une importance pronostique que du fait de la concomitance habituelle des lésions des centres sous-jacents.

Si dans certains cas la lésion encéphalique est nettement visible (cas de Courtellemont où des accidents apoplectiques ont été causés par une hémorragie ventriculaire), dans d'autres, il s'agit d'un processus d'encéphalo-méningo-radiculo-myélite, dont le point de départ peut passer inaperçu, ou ne peut être reconnu immédiatement; ces foyers ne sont souvent reconnus ultérieurement que par les cicatrices qu'ils ont déterminées.

Il y a donc là toute une pathogénie encore à l'étude et qui mérite des recherches ultérieures.

Troubles sensitifs. — Si les troubles moteurs sont assez fréquents, par contre les troubles sensitifs sont rares et l'on ne peut citer que le cas de Widal et Lemierre (2) où une *sciatique* persistante fut la conséquence de la méningite et s'accompagna encore de lymphocytose, trois ans après le début des accidents.

Les *troubles des réflexes* consécutifs aux méningites sont peut-être un peu moins rares : ordinairement il y a exagération, mais on peut également trouver de la diminution des réflexes, constituant ainsi un syndrome pseudo-tabétique.

Troubles psychiques. — Laveran a noté des cas dans lesquels les malades ont succombé à l'*idiotie* et au marasme (3). Bernard (4) a signalé l'irritabilité persistante après la maladie. Chailly (5) a observé des phénomènes analogues. P. Sainton et Roger Voisin (6) ont résumé les données acquises sur la question. Les données positives sur l'idiotie et l'*hydrocéphalie* post-méningitiques sont rares; Voisin a observé un cas d'*épilepsie* qui semblait dû à une méningite cérébro-spinale. Moizard et Grenet (7) ont vu chez un enfant des troubles des caractères, mais qui paraissent relever plutôt du nervosisme simple; Eyriès a signalé une diminution de l'intelligence.

---

aiguë à propos de deux cas de monoplégie énucl. Soc. de neurol., 7 nov. 1901, in *Revue neurol.*, 1901, p. 1029.

(1) Huet. In Th. Courtellemont.

(2) Parmentier. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1er fév. 1901.

(3) Raymond et Sicard. Méningite cérébro-spinale à forme de paralysie infantile. Cyto-diagnostic, Soc. de neurol., in *Revue neurol.*, 30 avril 1902.

(4) Schmidt. Zur kenntniss der Lähmungen bei der Meningitis cerebro-spinalis epidemica, *Deuts. Zeits. f. Kinderh.*, 1903, nº 23, p. 137.

(5) Schultze. *Münch. med. Wochens.*, 1898, p. 1197.

(6) Guinon et Paris. Paralysie infantile avec réaction méningée. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 juin 1903, p. 673.

(7) Froin. Inflammation méningée avec réaction chromatique fibrineuse et cytologique du liquide céphalo-rachidien, *Gaz. des hôpit.*, 3 sept. 1903.

(8) Mandoul. Un cas de paralysie faciale consécutive à une méningite cérébro-spinale ayant évolué favorablement, *Arch. gén. de méd.*, 1906, p. 152.

(9) Claude et Lejonne. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, juillet 1907.

(1) Roger Voisin. *Les méninges au cours des infections aiguës de l'appareil respiratoire*, Th. de Paris, 1903.

(2) Widal et Lemierre. Les suites éloignées de la méningite cérébro-spinale épidémique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 26 déc. 1902, p. 1154.

(3) Laveran. *Dict. Dechambre*, t. LI, 2e série.

(4) Bernard. *Du pronostic immédiat et éloigné des méningites cérébro-spinales*, Th. de Paris, 1903.

(5) Chailly. *Séquelles nerveuses de la méningite cérébro-spinale épidémique*, Th. de Lyon, déc. 1905.

(6) P. Sainton et Roger Voisin. Les séquelles psychiques des méningites cérébro-spinales aiguës, *L'Encéphale*, 1906.

(7) Moizard et Grenet. Méningite cérébro-spinale accompagnée d'une surdité temporaire et terminée par la guérison après une évolution de deux mois, Soc. méd. des hôpit., 19 déc. 1902.

Dans un cas de Camisade, la démence était apparue nettement à la suite de la méningite ; dans le cas de Sainton et Voisin, il s'agissait d'un malade chez lequel apparut progressivement, en même temps que des symptômes démentiels, une hydrocéphalie progressive ayant abouti à l'atrophie des hémisphères cérébraux.

LIVRES NOUVEAUX

La chirurgie de champ de bataille d'après les enseignements modernes (1), par le docteur DEMMLER.

Le petit livre que fait paraître M. Demmler voit le jour en son heure, à un moment où les guerres récentes viennent d'ouvrir des voies nouvelles sur la chirurgie de guerre. Il traite de la chirurgie du *champ de bataille*, la restreignant par conséquent au poste de secours, à l'ambulance et à l'hôpital de campagne.

Une première partie de l'ouvrage traite des actes chirurgicaux qui peuvent être entrepris dans ces conditions déterminées, c'est-à-dire les pansements dont il précise les méthodes et les interventions d'urgence.

La deuxième partie a trait aux interventions qu'il ne faut pas entreprendre et qu'il faut laisser aux formations sanitaires du service de l'arrière ou même du territoire.

Ce livre sera lu avec fruit par les médecins militaires de profession, mais aussi par les médecins de réserve qui seront appelés un jour à en appliquer les données quand ils viendront prêter leur précieux concours à leurs confrères de l'armée.

C. DOPTER.

(1) In-8. Collection Léauté. — Paris, Masson.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 41, 8 oct. 1907.) STRAUSS : Sur la concentration moléculaire et ionique et sur la radioactivité des eaux minérales. — HEDINGER : Nouvelles communications sur le traitement par la strophantine en injections intraveineuses. — BENEKE : Sur l'ictère nucléaire des nouveau-nés. — SCHMOLL : Symptômes moteurs, sensitifs et vasomoteurs causés par la sclérose des coronaires et les maladies du cœur gauche. — VEIL et WEDERHAKE : Sur la morphologie de l'urine et de la bile. — FUKALA : Sur la guérison de l'iritis et de l'iridocyclite ; guérison de la blennorragie des nouveau-nés. — PHILIP : L'emploi de l'ichtyol pur dans l'épididymite blennorragique. — FRIEDMANN : Le collargol et son emploi dans les affections des oreilles, du nez et du cou. — FLÖRCKEN : Le processus vermiforme comme contenu d'une hernie ombilicale. — HOHMEIER : Déchirure sous-cutanée isolée du pancréas guérie par intervention. — BAUER : Deux cas de démence paralytique avec grossesse et accouchement. — SCHNEIDER : Un cas d'opération césarienne répétée à cause de rupture de la cicatrice utérine. — LENGFELLNER : Sur l'emploi du celluloïd dans les appareils pour pied plat. — KRÖNIG et GAUSS : Observations anatomiques et physiologiques dans les mille premières anesthésies lombaires. — (N° 42, 15 oct.) ESCHERICH : Sur les états tétaniformes chez les enfants. — CURSCHMANN : Douleur et pression sanguine. — HAECKER : Contribution au traitement des corps étrangers de l'œsophage. — LUNZER : Sur le traitement des corps étrangers siégeant profondément dans l'œsophage. — NAAB : Contribution à l'étude de la pérityphlite. — SCHÖNWERTH : Rapport sur 100 opérations d'appendicite. — GRASSMANN : Tentatives de désinfection des mains avec la méthode de l'iode-benzine recommandée par Heusner. — SCHMIDT : Sur l'emploi de la somatose liquide chez les accouchées. — BENNECKE : Un cas de mort par anurie réflexe après cathétérisme des uretères chez un homme avec sclérose rénale accentuée. — KREUCKER : Le bacterium coli commune comme agent de septicémie dans deux cas d'affections abdominales. — ROSENTHAL : Sur un nouvel appareil à rayons Röntgen et sur quelques résultats obtenus avec lui. — (N° 43, 22 oct.) NAUNYN : La pharmacologie expérimentale. — FREUND : Le traitement de la dysménorrhée en s'adressant aux mamelles. — RITTER : Traitement des tumeurs inopérables par l'hyperémie artificielle. — SCHEUKER : Mes observations sur le traitement de la tuberculose par le sérum de Marmorek. — UFFENORDE : Sur la plastique des malformations du pavillon de l'oreille. — ADAM : Une nouvelle méthode de traitement de la blennorrhée des adultes au moyen de la pommade au bleno-lenicet. — DEHLER : Sur le traitement des porteurs de bacilles typhiques. — MELCHIOR : Nécrose presque totale du parenchyme hépatique dans une hépatite interstitielle syphilitique. — BARTSCH : Intoxication mercurielle mortelle. — GRÜNWALD : Sur la question de la recherche du sang dans les fèces. — GRASSMANN : Recherches sur la désinfection des mains et particulièrement sur la méthode par l'iode-benzine de Heusner.

Nord médical. — (N° 314, 1er nov. 1907.) LEMOINE et GÉRARD : Essais sur une thérapeutique nouvelle de la tuberculose basée sur l'action antitoxique du foie.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 40, 6 oct. 1907.) TORÖK : Sur la nature de la sensation de prurit. — (N° 41, 13 oct.) TORÖK : Sur la nature de la sensation de prurit (*suite*). — MARER : Hyperthermie excessive chez un nourrisson. — (N° 42, 20 oct.) DOBROVITS : Sur le charbon et son traitement par le sérum anticharbonneux.

Province médicale. — (N° 43, 26 oct. 1907.) RISPAL : De la péritonite terminale des brightiques. — PLAUCHU et GARDÈRE : Le nourrisson prématuré né de mère tuberculeuse. — (N° 44, 2 nov.) RAUZIER : La tuberculose sénile. — BLANC : Contribution à l'étude du traitement chirurgical des ruptures traumatiques de l'urètre périnéal postérieur (portions membraneuses et prostatiques).

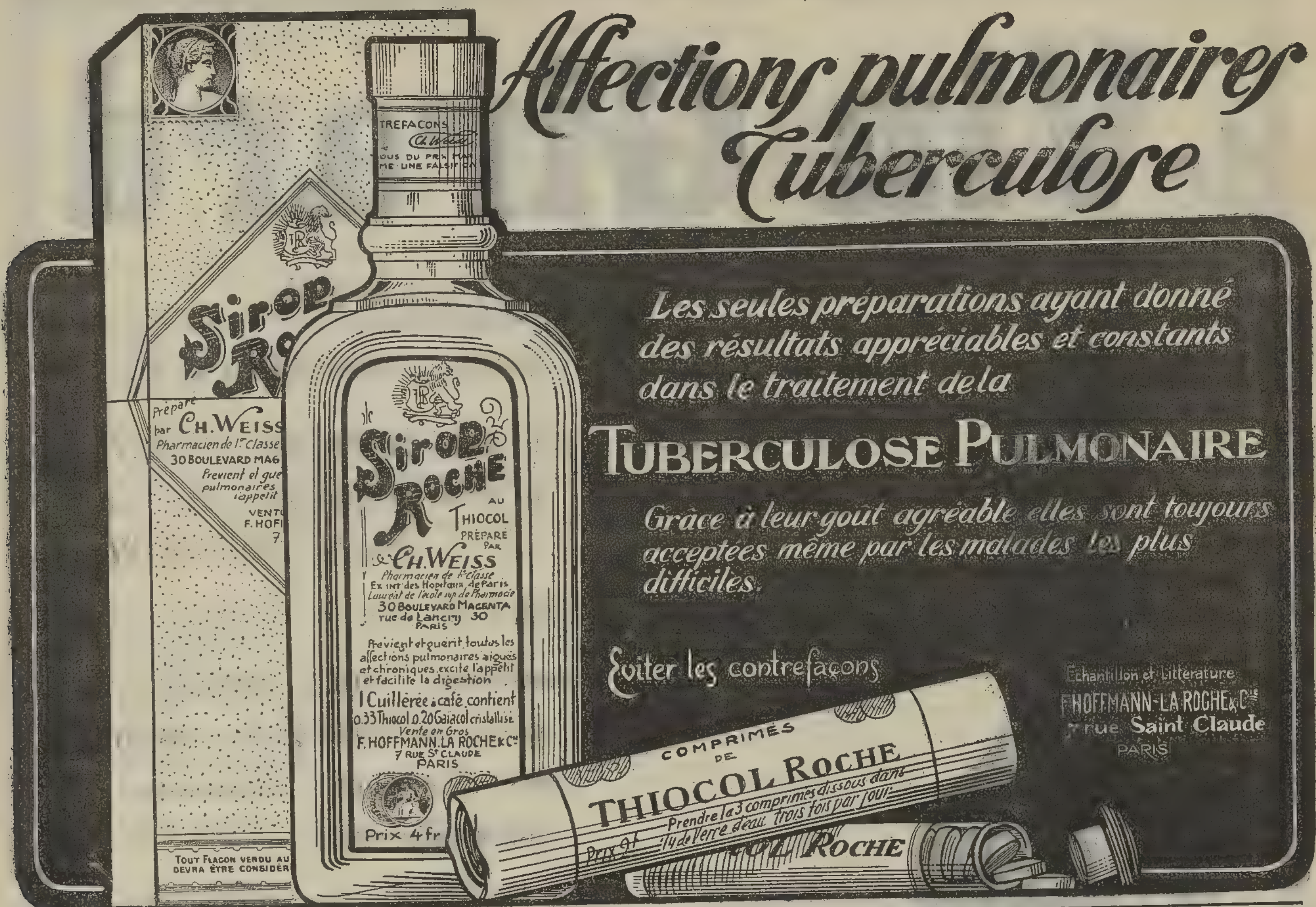
Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Nov. 1907.) BRETON : Une épidémie de grippe infantile. — LEMAIRE : Recherches sur les accidents séro-toxiques. — GUINON et TEUBSAET : Un cas de maladie de Recklinghausen fruste.

Semaine gynécologique. — (N° 44, 29 oct. 1907.) Paul PETIT : Un cas de septicémie péritonéale à marche très rapide traité et guéri par l'injection intra-veineuse de collargol.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 20, 30 oct. 1907.) SÉJOURNET : Traitement médical de l'appendicite.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



Synonymick der dermatologie, par le docteur Johannes FICK (de Vienne). Un vol. in-8° broché. — Prix 1 mark 40. — Vienne et Leipzig, 1908; Alfred Hölder, édit.

Le Vin Girard

DE LA CROIX DE GENÈVE

IODO-TANNIQUE PHOSPHATÉ



EST ORDONNÉ par plus de 30,000 *MÉDECINS*, et cela s'explique si l'on songe que le *VIN GIRARD*

REMPLACE l'huile de foie de morue,

EST exatement dosé, agréable au goût, *EUPEPTIQUE*; il stimule les fonctions digestives et d'assimilation,

FACILITE la résolution des tubercules et leur transformation crétacée,

CALME la toux et l'oppression,

COMBAT la misère physiologique,

EST considéré par beaucoup comme le spécifique du lymphatisme et de la scrofule.

EN RÉSUMÉ c'est la meilleure façon de faire absorber l'iode : aux *FEMMES*, aux *ADULTES*, aux *ENFANTS*.

SIROP GIRARD

MÊME COMPOSITION

S'ORDONNE PLUS SPÉCIALEMENT EN MÉDECINE INFANTILE

N° 135. — MARDI 26 NOVEMBRE 1907. 80e ANNÉE. MARDI 26 NOVEMBRE 1907. — N° 135

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 22 novembre. — Question donnée : « Fracture de l'extrémité inférieure du radius. »

MM. Lucas-Championnière, 17 1/2; L'Hirondel, 18 1/2; Leblan (Eugène), 11; Léonetti, 9; Mégnin, 13; Larrieu, 8; Marqueste, 14; Lenormand, 13; de Lafargue-Barès, 14; Leblanc (Albert), 15; Lavedau, 18; Jeannest, 14; Mlle Konichowski, 13; MM. Meurisse, 16; Ledoux, 7; Lafage, 10.

Anatomie. — Première séance du 23 novembre. — Question donnée : « Rapports de la trachée. »

MM. Cheyron-Lagrèze, 12; Chomanet, 10; Derancourt, 16; Guillemin et Guillemain, 11; Grisoni, 4; Guerche, 10; Fourquier, 4; Raphaël (Isaac), 9; Ginsoulphe, 5; Guillaumot, 4; Floquet, 14; Gommès, 17; Françon, 19; Mme Henri, 9; M. Guinet, 10.

Erratum. — A la première séance d'anatomie du 19 novembre, au lieu de « MM. Dufau, 4; Eudel, 13, » etc., lire : « MM. Dufau, 12; Deffaux, 4; Eudel, 13, etc. »

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lille. — Après concours, M. le docteur Huyghe est nommé médecin-adjoint des hospices de Lille.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. Teulières est nommé après concours chef de clinique ophtalmologique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — Le concours du prosectorat vient de se terminer par la nomination de M. Granval. M. Thouvenin est nommé aide-prosecteur.

— Clermont-Ferrand. — M. Piollet, chargé d'un cours d'histologie, est nommé professeur d'histologie.

M. Maurin, chargé d'un cours de pathologie médicale, est nommé professeur de clinique médicale.

M. Vigenaud, chargé d'un cours complémentaire d'hygiène, est chargé, pour l'année scolaire 1907-1908, d'un cours de pathologie interne.

HOMMAGE A M. LE PROFESSEUR LANDOUZY. — On nous communique l'ordre du jour suivant : « Les anciens élèves de l'École de médecine de Reims, réunis à Paris, en un banquet amical le 24 novembre 1907, adressent leurs respectueux hommages à M. le professeur Landouzy, fils de l'ancien directeur de leur école. Dans la personne du nouveau doyen de la Faculté de médecine de Paris, ils saluent le Rémois qui, par son talent et sa science, a su gravir tous les degrés de la hiérarchie universitaire. »

HOPITAL SAINT-LOUIS. — Le nouveau laboratoire de photothérapie, installé dans le service de M. de Beurmann, a été inauguré ce matin. Le chef du laboratoire est le docteur P. Degrais.

LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE MONTPELLIER vient de se réunir pour la première séance et a élu son bureau pour l'année 1907-1908. Il est composé comme suit :

Président : M. le professeur Carrieu ; vice-président : M. le professeur-agrégé E. Grynfeltt; secrétaire général : M. le docteur Jacquemet; secrétaire des séances : M. le docteur Massabuau.

LIGUE NATIONALE CONTRE L'ALCOOLISME. — Hier ont été décernées les récompenses accordées par la Ligue nationale contre l'alcoolisme. M. Charles Dupuy, sénateur, présidait la cérémonie, à la Sorbonne.

M. Charles Dupuy a prononcé un important discours, félicitant la Ligue de ses campagnes, utiles à la grandeur et à la prospérité du pays, contre l'alcool, qui est « l'ennemi de l'épargne, la ruine du commerce et de l'industrie, la destruction de la famille et l'auxiliaire criminel de la tuberculose. »

1775 lauréats ont été nommés. Le grand diplôme d'honneur revient à M. Donati, capitaine au 163e de ligne, à Bonifacio.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs E. Burgade (de Talence), Clément (de Lyon) et Rioufol (de Valence-sur-Rhône).

LABORATOIRE DE L'HOPITAL DE ROTHSCHILD. — Il sera fait du 2 au 21 décembre 1907 une série de démonstrations et d'exercices pratiques sur les méthodes de laboratoire applicables à la clinique, sous la direction de MM. Troller et

Javal, chefs de laboratoire, et de M. Adler, pharmacien de l'hôpital.

Il sera consacré 9 leçons à la bactériologie, à l'hématologie et à la cytologie. Elles auront lieu les mardi, jeudi et samedi, de deux à quatre heures.

Neuf autres leçons traiteront de l'urologie et toutes les notions élémentaires de chimie nécessaires au médecin. Elles auront lieu les lundi, mercredi et vendredi, de deux à quatre heures.

On pourra suivre l'une ou l'autre des deux parties. Les droits à verser seront de 30 francs pour chacune.

Prière de se faire inscrire au laboratoire de l'hôpital de Rothschild, 76, rue de Picpus, où on pourra également demander le programme détaillé.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 44, 2 nov. 1907.) CHEVALIER-JACKSON : Perforations de la cloison; leur fermeture par une opération plastique. — JACQUES : L'infection du sinus maxillaire par les kystes paradentaires.

Revue médicale de l'Est. — (N° 20, 15 oct. 1907.) FRUHINSHOLZ : Opération césarienne conservatrice dans un cas de bassin rétréci. — Lucien et J. PARISOT : De l'érysipèle chez le vieillard (*suite et fin*).

Semaine médicale. — (N° 43, 23 oct. 1907.) JACOD : Des laryngites aiguës à fausses membranes non diphtériques. — (N° 44, 30 oct.) NOBÉCOURT et RIVET : Les états bactériens des fèces des nourrissons à l'état normal et dans les affections gastro-intestinales; leurs variations suivant les régimes.

Tribune médicale. — (N° 42, 19 oct. 1907.) LAIGNEL-LAVASTINE et TROISIER : Méningo-myélite syphilitique avec hémianopsie et réaction hémiopique. — (N° 43, 26 oct.) SAINTON et VOISIN : Le signe de Kernig d'origine cérébrale.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 40, 3 oct. 1907.) FRISCH : Coup d'œil historique sur l'évolution du diagnostic urologique. — ZUCKERKANDL : Sur l'extirpation totale de la prostate hypertrophiée. — SCHUR et WIESEL : Contribution à la physiologie et à la pathologie du tissu chromaffine. — FRISCH : Rapport sur 300 tumeurs de la vessie opérées. — KAPSAMMER : Sur l'hypertrophie compensatrice des reins. — BLUM : Importance du réflexe rénorénal pour la pathogénie et le diagnostic des affections rénales. — CRISTOFOLETTI : Sur une nouvelle uréthroplastie. — LICHTENSTERN : Sur la cystite diffuse incrustante. — NECKER : Paracystite chronique sclérosante; phlegmon ligneux paravésical. — PASCHKIS : Sur une complication de la lithiase vésicale. — FLUSS : Contribution à la clinique des tumeurs papillaires étendues des voies urinaires. — RICHTER : Hydronéphrose infectée d'un rein dystopique congénital.

CONGESTIONS THYROIDIENNES (1)

Par M. L. BÉRARD,
Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Lyon.

Véritable éponge vasculaire, la glande thyroïde réagit, plus fortement que les autres organes, à toutes les causes de congestion : soit que ces causes déterminent un afflux plus considérable de sang artériel (*congestion active*), soit qu'elles agissent en gênant la circulation de retour (*congestion passive*).

Longtemps on a réuni, dans le même chapitre, toutes les congestions *physiologiques*, *traumatiques* et *pathologiques* [Magnien, Guyon (2)]. Parmi ces dernières, à la vérité, il en est qui traduisent de simples réactions vasculaires de la glande : telles les congestions liées à l'évolution des tumeurs du sein ou des maladies de l'ovaire, telles encore les poussées congestives à répétition, que l'on observe au début de la maladie de Basedow, et dont nous aurons à discuter la nature en étudiant la pathogénie de cette affection.

Par contre, on avait *confondu* dans ce groupe divers *processus réactionnels infectieux* de la glande au cours de maladies aiguës, comme on en voit dans la variole, la dothiénentérie (G. Marchant), le rhumatisme articulaire, ou au cours d'infections chroniques comme il en existe dans la tuberculose, la syphilis, le paludisme [Greco (3), A. Broca (4)]. En réalité, il s'agit là de localisations plus ou moins atténuées des micro-organismes ou des toxines de la maladie initiale. A l'exemple de Roger et Garnier (5), nous rangerons tous ces états congestifs infectieux dans le cadre des *thyroïdites*, en reconnaissant toutefois ce qu'il peut y avoir d'artificiel dans la distinction entre une congestion simple, qui prépare l'organe à l'infection, et une infection déjà réalisée, à son stade congestif.

Etiologie et pathogénie. — Les congestions dites *physiologiques* s'observent surtout chez la *femme*, à chacune des phases de la vie *génitale*. Les unes sont liées à un réflexe vaso-dilatateur, qui a son point de départ dans les organes génitaux, et qu'influencent surtout les sécrétions ovariennes. Heidenreich, Friedreich ont étudié ces congestions *prémenstruelles*, annonçant les premières règles, qui s'accompagnent de gonflement, de picotements dans les seins, qui gênent plus ou moins la respiration, la déglutition, et qui risquent d'être confondues avec la « boule hystérique ». Ce sont ces troubles bien connus des mères de famille, qui ont inspiré les vers de Gœthe : « Tranquillise-toi, mon enfant, Vénus t'a touchée de la main, etc. »

Les règles établies, ces poussées peuvent se répéter pendant plus ou moins longtemps, à chaque époque menstruelle, surtout chez les jeunes filles *dysménorrhéiques* par troubles de la nutrition générale (chlorose), ou par retard d'évolution des organes génitaux (inflexion de l'isthme, atrésie du col). Lorsque le flux utérin est insuffisant ou fait défaut, la thyroïde se gonfle encore davantage, comme s'il se produisait par sa congestion une action vicariante (Meckel l'appelait l'*utérus cervical*), ou comme si elle avait à détruire certains produits, mis en circulation par la sécrétion ovarienne : dans un cas de Steinberg, le gonflement du cou subsista deux mois, fut peu influencé par le traitement ioduré et ne rétrocéda qu'après le rétablissement des règles.

Plus encore que la menstruation, les *rapports* ou les *excitations sexuels* agissent sur la thyroïde : chez tous les animaux en rut, la glande se gonfle (1). Il est de notion courante qu'après le premier *coït* le cou grossit. Catulle, déjà, plaisantait sur le procédé au moyen duquel les matrones prétendaient reconnaître la virginité des jeunes épousées : c'est à la longueur du fil enroulé autour du cou de sa femme que le mari devait mesurer la vertu de celle-ci. De même, les peintres de tous les temps ont fait, de la courbe gracieusement proéminente du cou de cygne, un des attributs de la beauté féminine, après son épanouissement.

Pendant la *grossesse*, l'état congestif de la thyroïde s'observe presque toujours : quarante-cinq fois sur cinquante femmes, d'après Wolfang Freund (2). Il peut même compter parmi les premiers signes de présomption, quoique d'ordinaire il ne se manifeste nettement qu'à partir du troisième mois. Dubois, Tarnier, Lawson-Tait, Kocher en ont publié des cas curieux, où la circonférence du cou s'était accrue de 4 et même de 6 centimètres. En général, ce gonflement rétrocède aussitôt après la délivrance ; mais il subit préalablement, au moment de l'accouchement, une nouvelle poussée. Rarement le cou revient à son volume primitif ; à moins, ce qui est heureusement exceptionnel, que la glande ne subisse une atrophie progressive, capable d'entraîner un certain degré de myxœdème. Si la femme nourrit, tant que dure l'état de lactation, l'hypertrophie thyroïdienne subsiste ou même s'accentue.

Pendant l'*accouchement*, intervient un nouvel agent causal : l'effort. La *congestion par effort* relève à la fois d'une accélération initiale des mouvements du cœur, puis d'une gêne de la circulation veineuse, par augmentation de la pression intrathoracique : elle

(1) Cet article formera un chapitre du fascicule xx du *Nouveau Traité de chirurgie*, publié sous la direction de MM. Le Dentu et Delbet, qui va paraître prochainement chez MM. J.-B. Baillière et fils, éditeurs à Paris.

(2) F. Guyon. *Arch. de physiol. normale et pathol.*, 1868, t. I, p. 56.

(3) Greco. *Il Morgagni*, Naples 1872, t. XIV, p. 655.

(4) A. Broca. In *Traité de chir. de Duplay et Reclus*, 2e édit., 1898, t. V, p. 445.

(5) H. Roger et M. Garnier. La glande thyroïde dans les maladies infectieuses, *Presse méd.*, 19 avril 1899. — M. Garnier. *La glande thyroïde dans les maladies infectieuses*, Th. de Paris, 1899.

(1) Wagner. *Hand. der Physiol.*, Braunschweig 1853, Bd. IV, p. 113.

(2) Wolfang Freund. Die Beziehung der Schilddrüse zu den weiblichen Geschlechsts-organen, *Deuts. zeits. f. Chir.*, 1885, Bd. XVIII, p. 213.

est donc active et passive. On sait quel rôle protecteur à l'égard de l'encéphale fut attribué à cette congestion par effort : pour Liebermeister, la glande thyroïde est disposée sur le territoire des carotides, comme un réservoir de dérivation, où le sang peut s'accumuler; pour Guyon, elle constitue un tampon compresseur, qui ferme automatiquement la lumière des carotides, à mesure qu'il se gonfle : ainsi se trouvent protégés les vaisseaux et les organes encéphaliques contre toute augmentation brusque de pression. Il ne s'agit pas là de simples vues de l'esprit : on peut, en effet, constater facilement, quand la thyroïde se gonfle au cours d'un effort, que les pulsations de l'artère temporale superficielle deviennent plus rapides, plus faibles, puis cessent, pour reparaître graduellement quand l'effort a pris fin.

Ces phénomènes ont été particulièrement bien observés dans les accouchements prolongés des primipares, dans les *dystocies* par viciation pelvienne, ou chez les éclamptiques : Tarnier, Mangin (1), ont signalé de véritables *goitres aigus suffocants* survenus dans ces circonstances.

A la *ménopause*, on voit à nouveau des congestions réflexes, liées aux troubles fonctionnels utérovariens. On ne connaît malheureusement que trop aujourd'hui la fréquence, à cet âge, des poussées congestives, qui marquent le début du cancer thyroïdien.

Chez l'homme, on observe des modifications du même ordre dans l'appareil thyroïdien, à l'approche de la *puberté*, quand le larynx évolue vers son type adulte et que la voix mue; à cette cause reviennent nombre d'hypertrophies thyroïdiennes, passagères ou définitives, observées chez de jeunes garçons, entre douze et seize ans.

D'autres congestions réflexes ont été notées au même âge, chez les masturbateurs, ou chez les adolescents atteints d'une affection cardiovasculaire latente.

Au même groupe appartiennent les congestions brusques, déterminées par l'ingestion d'*eau* très froide : nombre de conscrits ont eu recours à ce stratagème, d'ailleurs puéril, pour tenter de se faire réformer : ce n'est pas la température de l'eau qui importe, mais les éléments goitrigènes qu'elle peut contenir.

Il faut signaler également les congestions passives par gêne de la circulation en retour, chez les sujets qui ont le *cou* habituellement *étranglé* par une cravate trop serrée, ou chez ceux qui passent de longues heures à travailler sur des tables à dessin, le cou fortement *tendu* en avant : telles les congestions des jeunes soldats, des dentelières, etc.

Dans le sexe masculin, il s'agit surtout de congestions mécaniques, relevant de l'*effort* : telles les congestions aiguës des *coureurs* que l'on a soumis à des épreuves trop sévères sans un entraînement suffisant; Lalouette et après lui Maignien, Ball et nous-même ont contrôlé ce phénomène en sacrifiant brusquement, avec une goutte d'acide prussique dans l'œil, des chiens lancés à une allure forcée ; chez tous les animaux, le volume de la glande était accru parfois du quart à la moitié.

(1) V. Mangin. Th. de Paris, 1893-1894.

Les *gymnastes*, dans les exercices de renversement, présentent des accidents analogues. Lévy (1) a publié le cas d'un soldat qui, opérant un renversement aux anneaux, la tête fortement rejetée en arrière, lâcha les agrès et tomba sur le sol : en cinq minutes, la circonférence du cou passa de 37 à 43 centimètres, en même temps que le corps thyroïde tuméfié dessinait une forte saillie en avant, et déterminait quelques troubles de la phonation et de la déglutition. Tout se borna à ces troubles ; la glande, simplement douloureuse à la pression, revint à son volume primitif, au bout de deux mois de repos et de traitement ioduré (25 centigrammes par jour).

Les *tentatives de strangulation*, même sans qu'il y ait constriction directe de la glande, les *chutes* d'un lieu élevé déterminent des congestions thyroïdiennes aiguës : c'est une notion à connaître pour les expertises de médecine légale. Dans un cas curieux de Guyon, l'hypertrophie ne portait que sur le lobe du côté de la chute.

Les *chanteurs*, pour avoir tenu trop longtemps des notes trop élevées; les *officiers*, à la suite de commandements à voix forcée; les *emphysémateux*, après des quintes de toux rapprochées; les malades soumis à des *vomissements* pénibles et répétés au cours de sténoses du pylore, ou plutôt au cours d'occlusions intestinales et de péritonites subaiguës, ont accusé fréquemment, au bout d'un ou deux jours du gonflement et un peu de douleur dans la région thyroïdienne.

Chez les *enfants*, la congestion de la thyroïde mérite plus que la simple mention, à laquelle on s'est bornée jusqu'ici dans les classiques, bien que, dès 1850, Nicod d'Arbent (de Lyon) ait publié, dans le *Bulletin général de thérapeutique* (t. XIX, p. 54-59), deux observations très remarquables de *congestion aiguë chez le nouveau-né*. Plus près de nous, Diethelm (2), Diener, Bobb, Gerber, Spiegelberg, Fochier, Fabre, Pollosson, Commandeur, Guillemin, Audebert, etc., ont rapporté nombre de faits analogues, qu'on trouvera réunis dans les travaux de Fabre et Thévenot (3), et dans la thèse de Richard (4) inspirée par eux. Ces documents établissent que certains « goitres congénitaux », dits du type vasculaire, doivent être interprétés comme des congestions aiguës ou subaiguës de la thyroïde, peut-être aussi fréquentes que l'hypertrophie par adénome vrai. On a incriminé les *accouchements prolongés ou laborieux*, *pendant* lesquels le fœtus est longtemps soumis à de fortes pressions, ou encore les accouchements qui entraînent plus directement une *compression* de la région cervicale du fœtus : telles les présentations de la face, dont l'engagement nécessite

(1) Lévy. Congestion aiguë du corps thyroïde dans l'exercice dit des anneaux, *Arch. de méd. et pharm. milit.*, oct. 1902.

(2) Diethelm. *Ueber angeborene Strum*, Th. de Zurich, 1890.

(3) Fabre et Thévenot. Congestion de la thyroïde chez le nouveau-né, *Arch. de méd. des enf.*, mai 1907.

(4) Richard. *Le goître chez le nouveau-né*, Th. de Lyon, déc. 1906.

une forte déflexion de la tête ; telles les présentations du siège ou de l'épaule, qui exposent plus particulièrement à la compression ou aux circulaires du cordon (Kaman), telles enfin les dystocies par viciation pelvienne, où à toutes ces causes s'ajoutent encore les adaptations de la partie qui s'engage.

Toutes ces congestions, à quelque âge qu'elles surviennent, sont beaucoup plus fréquentes qu'ailleurs dans les *pays d'endémie goitreuse*, où la glande même normale, se trouve dans un état d'équilibre fonctionnel instable. A propos de l'étude du goitre, nous aurons à nous arrêter longuement sur l'influence de la congestion dans le développement de l'hypertrophie thyroïdienne, et sur les complications multiples que cette congestion entraîne dans l'évolution des divers goitres. C'est dans ces pays que l'on a confondu si souvent, sous le nom de *goitres aigus* ou subaigus, des thyroïdites, des adénomes vrais, et de simples congestions de la glande : l'erreur a été commise surtout à propos de la congestion des femmes enceintes (Lawson Tait) et des nouveau-nés, qui s'observe presque exclusivement dans les régions goitrigènes, ou tout au moins sur des descendants de goitreux. Demme a réuni en Suisse 53 observations de goitre congénital, dont plus des trois quarts ont trait à des congestions ; or, de ces 53 enfants, 16 seulement n'avaient pas de goitreux parmi leurs ascendants directs.

Anatomie pathologique. — Les lésions congestives de la thyroïde ont été rarement étudiées à l'état isolé, du moins chez l'adulte : d'ordinaire, quand le chirurgien est intervenu, c'était pour des thyroïdites subaiguës ou pour des goitres congestionnés. Pourtant, quelques examens macroscopiques et histologiques ont pu être pratiqués, sur des pièces recueillies chez des suicidés par précipitation, et chez des femmes mortes en crise d'éclampsie.

A *son premier degré*, la congestion est caractérisée par une dilatation des vaisseaux de la capsule, dont les veines enserrent dans un treillis compact le parenchyme gonflé. La coupe montre le granité des vésicules proéminant sur la charpente conjonctive, que sillonnent des vacuoles remplies de sang noir.

Dans les congestions aiguës massives, la glande a une coloration encore plus foncée : les veines capsulaires, énormes, recouvrent presque en totalité la surface des lobes, dont les couches périphériques donnent l'impression d'une véritable éponge gorgée de sang ; dans la zone centrale, les lobules saillants et comme énucléés par compression, sont séparés les uns des autres par des lacunes pleines de sang, qui correspondent à des capillaires très distendus, et parfois même à des hémorragies interstitielles. Pourtant ces dernières, de même que les hémorragies capsulaires, sont surtout considérées comme relevant d'une contusion de la glande.

Chez le nouveau-né et chez le nourrisson, comme l'asphyxie est la conséquence fréquente de la congestion thyroïdienne aiguë, les lésions sont mieux connues. Ici les modifications de la glande sont toujours très marquées ; à la naissance, en effet, la thyroïde est normalement le siège de remaniements profonds, dans lesquels les vaisseaux ont une part prépondérante, car les vésicules ne sécrètent encore que de la thyromucoïne, en petite quantité, et ne sont pas distendues par la substance colloïde. En faisant abstraction des lésions asphyxiques banales, on reconnaît que les modifications de la glande en congestion, chez le nouveau-né, se distinguent de celles de l'adulte, déjà par l'augmentation du volume et du poids de l'organe : dans un cas d'Audebert, un enfant né avant terme, à sept mois et demi, et pesant 1k400, avait une thyroïde de 18 grammes, alors que, chez un enfant à terme de 3 kilos, le poids normal de la glande est de 5 grammes (1). On a même trouvé, chez des nouveau-nés, des hypertrophies thyroïdiennes congestives de 50, 70 et 100 grammes ; mais alors, il s'agissait de véritables goitres congénitaux, ayant subi accessoirement une poussée de congestion.

Macroscopiquement, la glande semble d'abord enfoncée sous un lacis vasculaire gorgé de sang noir. Les lobes, de consistance rénitente, ont l'aspect de fruits charnus violacés : souvent on les a comparés à des pruneaux. Egalement répartie dans toute la glande, ou localisée à un lobe, parfois la congestion semble surtout marquée au niveau de l'isthme ; il en résulte la production d'un véritable goitre médian, qui peut s'étrangler entre la trachée et le sternum (Commandeur).

Au microscope, soit chez l'adulte, soit chez le nouveau-né, on reconnaît que les altérations concernent la disposition respective des vaisseaux par rapport aux vésicules, beaucoup plus que la structure cellulaire même de celles-ci. Chez l'adulte, les vésicules semblent par place tassées et comprimées ; mais cette apparence tient pour une part à l'excrétion brusque de la substance colloïde, provoquée par l'afflux sanguin ; dans les congestions aiguës, en effet, ce qui frappe, c'est la *diminution de quantité de la colloïde dans les vésicules*, tandis que les *lymphatiques intra et périlobulaires en sont gorgés* et dessinent des flaques jaunes dans les espaces conjonctifs.

Ces espaces se montrent çà et là, infiltrés de globules sanguins qui témoignent de petites *hémorragies interstitielles*. En d'autres points, la colloïde entraînant un certain nombre de cellules épithéliales s'est accumulée à la fois dans les vésicules et en dehors d'elles : il s'agit alors de congestions subaiguës ou à répétition. C'est également ce que l'on observe au premier stade des goitres parenchymateux ou colloïdes : histologiquement, voilà une preuve des liaisons étroites que l'on a relevées si souvent en clinique, entre la congestion et le goitre.

Cette *hypersécrétion* de la thyroïde n'a sans doute pas seulement une origine mécanique ou vasomotrice ; elle correspond à la nécessité, pour la glande, de détruire une plus grande quantité de substances toxiques charriées par le sang, d'où la constance de la congestion, aux premières phases des infections thyroïdiennes.

Chez le *nouveau-né*, la distension des capillaires sanguins et lymphatiques, leur rupture plus fré-

(1) Audebert. *Languedoc médico-chirurgical*, 24 mars 1906.

quente et, par suite, l'abondance plus considérable des éléments cellulaires infiltrés dans le stroma de la glande, en imposeraient, au premier abord, pour des lésions inflammatoires. Mais l'ordonnance intacte des boyaux et des lobules épithéliaux, la persistance des réactions colorantes des cellules, font écarter cette persistance. Comme à cet âge, la glande ne sécrète que des quantités peu considérables de produits incomplètement élaborés, on ne trouve ni dans les vésicules, ni à leur pourtour, de substance colloïde.

Dans ces congestions des nouveau-nés, les vaisseaux ont souvent conservé leur *distribution lacunaire fœtale;* ils sont représentés presque exclusivement par d'énormes capillaires, réduits comme paroi à un endothélium de contours peu distincts. Au sein de ce réseau, on trouve à côté des vésicules et des follicules normaux, des amas de cellules épithéliales éparses, sans ordonnance spéciale entre elles ou par rapport aux vaisseaux. Comme, d'autre part, presque toutes les congestions thyroïdiennes des nouveau-nés se rencontrent chez les descendants de goitreux, et qu'elles s'accompagnent parfois de malformations ou d'anomalies telles que le bec-de-lièvre, les hernies congénitales, l'inversion partielle des viscères, la persistance du thymus, on est fondé à se demander si la thyroïde elle-même n'est pas restée en retard, à un stade encore fœtal de son évolution, et si elle ne se trouve pas, de ce fait, toute préparée aux troubles circulatoires.

Congestion expérimentale. — Les lésions congestives pures de la thyroïde sont très mal connues chez l'homme. Aussi nous avons essayé, en collaboration avec le professeur Ball, de l'Ecole vétérinaire de Lyon, de les étudier expérimentalement chez l'animal.

a. Pour réaliser la *congestion aiguë*, de jeunes chiens entraînés préalablement à tourner dans une roue ont été soumis à une séance prolongée de cet exercice, jusqu'à ce qu'ils tombent anhélants et forcés. Sacrifiés immédiatement par section du bulbe, ils présentèrent des thyroïdes ainsi modifiées : macroscopiquement, peu d'altérations : des vaisseaux capsulaires distendus, une coloration superficielle un peu plus foncée que la normale ; pas d'augmentation notable du poids des lobes. Au microscope, par contre, déjà avec un faible grossissement, on reconnaît d'énormes flaques colorées en rose pâle par l'hématéine éosinée, comme la thyromucoïne ; elles sont étalées entre les vésicules, dans les espaces lympathiques, qui dessinent ainsi de véritables ruisseaux, bordés par un simple endothélium ; par places, la substance colloïde a fait irruption hors de ces espaces lymphatiques. Tous les vaisseaux sanguins sont gorgés de globules rouges (fig. 1).

A un plus fort grossissement, les vésicules montrent des éléments épithéliaux à peu près intacts ; mais leur lumière est occupée par des amas de substance sécrétée, dont la nuance varie du rose pâle au rose foncé et au violet, exactement comme le contenu des lymphatiques : le produit de sécrétion élaboré hâtivement et en quantité excessive n'a pas ses réactions colorantes normales. Les capillaires très distendus contribuent, avec les lymphatiques devenus énormes, à tasser les vésicules les unes contre les autres, au point que beaucoup d'entre elles n'ont plus de lumière visible.

En résumé, la congestion aiguë s'est traduite par une circulation sanguine extrêmement active et par la sécrétion en quantité exagérée d'un produit incomplètement élaboré.

b. La *congestion chronique* fut étudiée par nous sur plusieurs animaux ; en particulier sur un cheval de course de quatre ans, entraîné depuis dix-huit

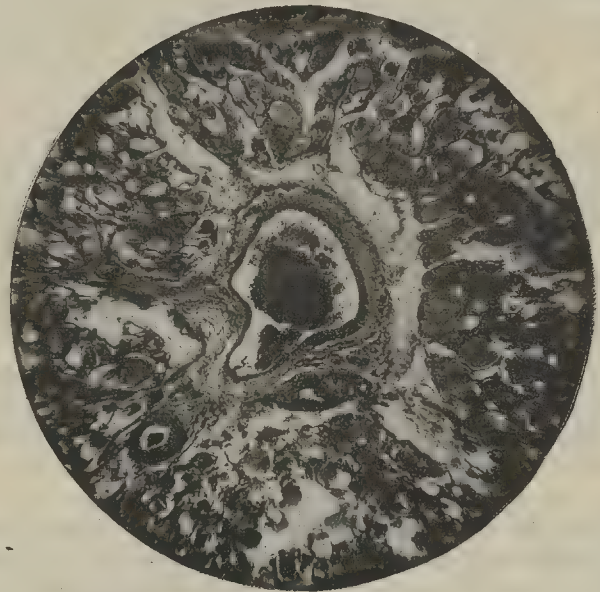


Fig. 1. — *Congestion aiguë réalisée expérimentalement dans la glande thyroïde du jeune chien* (Ball et Bérard). — Autour du vaisseau qui occupe le centre de la préparation, et qui est rempli de globules rouges, se voient en clair les flaques de colloïde qui séparent et refoulent les vésicules.

mois à des épreuves de fond, et qui, à la fin d'un parcours très sévère, s'était fait une fracture double du bassin. Ce cheval fut sacrifié deux heures plus tard ; il présentait un corps thyroïde *triple* du volume normal, d'une coloration rouge livide, avec des vaisseaux capsulaires très distendus et une consistance particulièrement mollasse du parenchyme. Sur la tranche de section, un fin granité saillant représentait les lobules, encerclés par les vaisseaux qui dessinaient un liséré rouge à leur pourtour.

Les altérations microscopiques consistaient ici, non plus dans une hypersécrétion, mais dans une *prolifération* anormale de tous les éléments de la glande, qui avait subi ainsi une véritable *hypertrophie*, au sens propre de ce mot ; pas de prolifération conjonctive en excès, une capsule mince, n'envoyant pas de fines travées entre les vésicules ; pas de sclérose vasculaire ou périvasculaire, pas d'endo ni de péri-artérite ; pas d'amas leucocytaires, qui puissent témoigner d'une infection prolongée et de réactions inflammatoires consécutives ; mais une *multiplication évidente des éléments épithéliaux*, tassés dans l'intérieur de vésicules jeunes, de petites dimensions, avec peu de substance colloïde occupant leur lumière. Les cellules, avec un gros noyau bien coloré et un protoplasma abondant, étaient en outre

réparties par petits amas dans les interstices des vésicules, soit au hasard, soit suivant une orientation vers la disposition folliculaire. Et, autour de tous ces groupements épithéliaux, les *capillaires énormes* étaient distendus par des globules du sang; ils dessinaient des cercles contigus avec des points renflés çà et là, au niveau de leurs anastomoses avec d'autres capillaires, orientés suivant des points différents (fig. 2).

Ce sont bien là les dispositions caractéristiques de l'hypertrophie d'une glande; ce sont celles que l'on décrit à propos des goitres hypertrophiques purs :

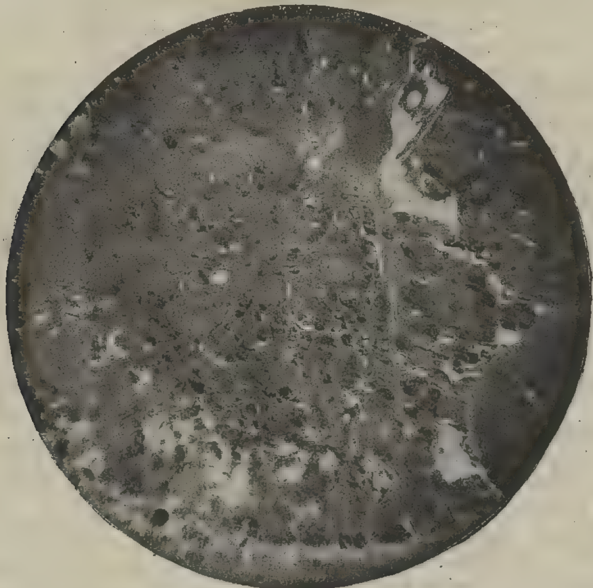


FIG. 2. — *Congestion chronique de la glande thyroïde chez le cheval* (Ball et Bérard). — Vésicules de petite dimension, contenant peu de substance colloïde et rappelant la structure de la glande chez un animal nouveau-né : amas épithéliaux tassés entre les vésicules, au milieu de capillaires sanguins distendus.

le rôle des congestions prolongées et répétées dans l'apparition de tels goitres n'est plus d'ailleurs à démontrer.

SYMPTÔMES, ÉVOLUTION ET PRONOSTIC. — Dans la congestion thyroïdienne pure, sans infection ni tumeurs coexistantes, le seul symptôme constant est le *gonflement* du cou en masse, avec son maximum dans la *région sous-hyoïdienne*. Chez les sujets maigres, les lobes de la thyroïde se dessinent sous la peau, entre les veines sous-cutanées distendues. Mais, d'ordinaire, ce n'est qu'à la palpation que l'on reconnaît la *glande*, *molle ou rénitente*, augmentée de volume, un peu *douloureuse* à la pression, et solidaire des mouvements du larynx, bien qu'on la déplace moins facilement sur les plans profonds qu'à l'état normal. Dans les congestions par strangulation ou par chute d'un lieu élevé, un seul lobe peut être gonflé (Guyon).

Ce gonflement se réalise en quelques minutes, ou bien il atteint son maximum en quelques jours, lorsque la cause déterminante prolonge son action : par exemple, dans les vomissements incoercibles de l'obstruction intestinale subaiguë, ou dans les poussées de bronchite avec quintes de toux pénibles chez les emphysémateux (Blachez).

Les douleurs spontanées, les troubles de la phonation et de la déglutition sont exceptionnels, à moins qu'un petit goitre préexistant, mais ignoré, ne complique le syndrome et ne réalise les accidents graves du goitre suffocant. Cependant, même avec une thyroïde préalablement saine en apparence, Bach, Lebert auraient observé chez des éclamptiques, ou simplement chez de jeunes sujets au moment de la puberté, des poussées congestives brusques avec *menaces d'asphyxie* aiguë. Les cas avec terminaison fatale, signalés par Lebert dans ces conditions chez un garçon de dix-sept ans et chez une fille de dix-huit ans, exigeraient une critique dont les éléments font défaut, notamment en ce qui concerne la persistance possible du thymus, ou l'existence d'un petit goitre aberrant.

Le *pronostic*, *chez l'adulte*, est d'ordinaire bénin : après une ou plusieurs semaines de repos, en moyenne après un mois, avec ou sans médication sédative, le gonflement du cou rétrocède, et la glande revient à son état normal, si les causes de congestion ont elles-mêmes cessé. Si ces causes subsistent, comme dans la dysménorrhée, par exemple, le gonflement s'atténue peu; ou bien il procède par véritables poussées successives, à chacune des époques menstruelles.

Ces congestions à répétition s'observent plus volontiers chez les sujets prédisposés au goitre, par leur habitat ou par leurs ascendants : il ne faut pas s'étonner donc, qu'elles aboutissent souvent à une hypertrophie définitive de la glande, ainsi que Schrantz (1), Wölfler l'ont depuis longtemps montré.

De même, toute congestion prédisposant à la localisation des infections, il n'est pas rare de voir de véritables thyroïdites, suppurées ou non, se développer sans transition appréciable sur les glandes en poussée congestive.

Chez le *nouveau-né*, l'évolution est loin d'être aussi simple. D'ordinaire l'enfant naît « étonné » ou en état de *mort apparente*, par asphyxie. Le visage congestionné, les muqueuses cyanosées, le cou épais et comme tassé, il ne commence à respirer spontanément qu'après des excitations multiples : flagellation, bains chauds, tractions de la langue, etc. Dans plus de la moitié des cas, après quelques mouvements saccadés et inefficaces du diaphragme, la respiration cesse tout à fait; le pouls, d'abord imperceptible, se relève un peu, puis il file et s'arrête : c'est la mort.

Ou bien la respiration s'établit, mais avec une *forte dyspnée*, accompagnée de tirage et de cornage, continue ou paroxystique, qui empêche l'enfant de téter. Parfois même la déglutition semble directement gênée, par compression de l'œsophage. Peu à peu ces troubles peuvent s'atténuer, surtout si l'on a le soin de soulever et d'attirer en avant la thyroïde, quand la dyspnée menace de s'accroître : en quelques semaines, de quinze jours à deux mois en moyenne, tout rentre peu à peu dans l'ordre. La glande, qui donnait d'abord au palper l'impression d'un fruit charnu et gonflé de suc, semble fondre d'elle-même, et devient de moins en moins percep-

(1) KRANTZ. *Arch. f. klin. Chir.*, 1886, Bd. XXXIV.

tible. Mais, si de telles guérisons spontanées sont heureusement assez fréquentes, il n'en reste pas moins encore trop de cas où, après une ou plusieurs améliorations trompeuses, les crises de dyspnée se reproduisent, s'aggravent, avec ou sans gonflement nouveau du cou : l'enfant succombe à *l'asphyxie progressive* ou à *une syncope brusque*. Le chirurgien doit aujourd'hui prévenir de tels accidents; il dispose de moyens simples et efficaces pour les éviter.

Diagnostic. — Les congestions thyroïdiennes des adultes se reconnaissent facilement aux caractères suivants; chez la femme, elles sont d'ordinaire liées aux diverses manifestations de la vie génitale; chez l'homme, elles sont plutôt d'origine mécanique. En tout cas, le gonflement indolore du cou survient peu de temps après une des causes que nous avons énumérées; l'absence de troubles fonctionnels et de fièvre est habituelle: la tumeur se déplace avec le larynx.

Il peut être plus difficile de préciser s'il y avait ou non un petit *goitre préexistant*; on devra toujours songer à cette éventualité, quand les accidents auront une gravité insolite, avec des signes d'asphyxie aiguë.

La fièvre, les douleurs locales et irradiées, l'empâtement et l'œdème des téguments, en avant du cou, permettront de reconnaître les *thyroïdites* au début, bien que les distinctions soient subtiles entre certaines congestions thyroïdiennes à répétition des sujets infectés, et certaines inflammations de la glande à évolution subaiguë comme chez les tuberculeux par exemple.

Les *hémorragies* dans les petits goitres kystiques, les *cancers aigus* des jeunes sujets sont parfois plus difficiles à reconnaître; la gravité habituellement croissante des accidents dans le premier cas, la diffusion de signes à distance dans le second, commanderont au moins des réserves.

La congestion par traumatisme ou par effort diffère de la *contusion* directe de la glande, par l'absence d'ecchymose et de troubles fonctionnels. La contusion de la thyroïde, en effet, laisse rarement indemne le conduit laryngo-trachéal.

Chez le *nouveau-né*, le diagnostic est à faire avec les autres causes de *mort apparente*; l'épaississement du cou, la constatation du gonflement thyroïdien, sa consistance rénitente, la dyspnée avec cornage et tirage sont caractéristiques. Si ces signes ne frappent pas d'emblée l'observateur, il faut *chercher* la thyroïde et étudier les modifications de la dyspnée que peuvent amener le changement de position de la tête, les pressions ou les tractions légères exercées sur le cou. Une attitude fréquemment signalée dans la congestion aiguë de la thyroïde est l'extension forcée de la tête en arrière.

Plus tard, pendant les six premiers mois, c'est avec l'asphyxie par *persistance du thymus* ou par coexistence de petits *goitres aberrants* que la confusion devra être évitée : là encore, la palpation directe, le soulagement de la dyspnée, par les tractions exercées sur la thyroïde, fourniront des notions précieuses.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 18 novembre 1907)

Etude des séro-appendices épiploïques. — M. R. Robinson. Les séreuses et les synoviales présentent par endroits de petits appendices qui ne sont pas en général suffisamment étudiés. Le péritoine, le péricarde, la tunique vaginale et les articulations sont pourvus de ces appendices. Leur anatomie et physiologie, voire même leur pathologie, présentent plus d'un point de ressemblance. M. Robinson étudie seulement ici les séro-appendices épiploïques. C'est André Vésale qui les signala pour la première fois au XVIe siècle, et depuis les anatomistes se sont contentés de leur consacrer quelques lignes, sans y attacher aucune importance.

M. Robinson a repris cette question et étudié l'épiploon et les séro-appendices aussi bien chez les animaux que chez l'homme. Malgré l'assertion de la plupart des auteurs, il a trouvé ces appendices chez le nouveau-né et chez l'enfant; il les a même constatés chez l'embryon de deux, trois mois, d'une façon très nette dans la portion pelvienne du gros intestin. En comparant cette localisation précoce des séro-appendices au très grand développement des mêmes appendices chez les bêtes engraissées, on peut conclure que le froncement du péritoine s'effectue de bas en haut pour s'arrêter au niveau du cæcum.

Pour voir quels sont les rapports des séro-appendices au grand épiploon, M. Robinson a mesuré d'une part la surface de l'un et des autres, et d'autre part la longueur du gros intestin avec rectum et de l'intestin grêle dans le duodénum. Il a trouvé un rapport constant, à savoir : grand épiploon = 4, séro-appendice = 1. De même : intestin grêle = 4, gros intestin = 1. D'un autre côté, il a constaté que le développement des séro-appendices et du grand épiploon était toujours parallèle. On a même observé un cas où le grand épiploon et les séro-appendices manquaient en même temps (Schiefferdecker).

En étudiant le rôle physiologique du grand épiploon et des séro-appendices épiploïques, M. Robinson est arrivé à ce résultat que leur fonction était plutôt mécanique et hydrodynamique. On voit parfaitement, chez un bœuf pendu par le train postérieur et dont le ventre est ouvert, les mouvements du grand tablier séreux ainsi que de la circulation de ses gros vaisseaux. Il est probable que la riche vascularisation des séro-appendices a pour but d'équilibrer la circulation des viscères selon que ces derniers sont pleins ou vides, en contraction ou en relâchement.

L'étude de ces séro-appendices qu'il poursuit depuis six mois, au laboratoire des travaux anatomiques de l'Ecole pratique de médecine, devient de plus en plus intéressante en présence des accidents pathologiques auxquels ils peuvent donner lieu. Une péritonite mortelle dont on n'avait pas trouvé la cause exacte, s'explique facilement par un corps étranger qui n'est autre qu'un séro-appendice pétrifié et détaché de la paroi intestinale. Un étranglement intestinal peut être réalisé par un long séro-appendice bridant une anse intestinale. M. Robinson reviendra prochainement sur cette question d'actualité, en même temps qu'il étudiera les séro-appendices d'autres organes.

De la possibilité d'établir le diagnostic de la mort réelle par la radiographie, par M. Ch. Vaillant. — On se souvient des travaux entrepris autrefois par Poirier et de Bourgade au sujet de l'application de la radiographie à l'étude de l'anatomie. Les rayons X permettent, en effet, de voir nettement différents organes sur le cadavre, notamment les organes abdominaux.

M. Ch. Vaillant, qui a fait de nombreuses recherches dans ce sens, montre que les organes se dessinent de plus en plus nettement après le décès. Deux heures après le décès, les organes abdominaux se montrent nettement.

Il conclut que le diagnostic de la mort réelle peut être fait, quant à présent, par l'examen radiographique des organes abdominaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1907)

Otite suppurée. — M. NETTER, à propos de la communication de M. Paul-Laurens sur la curabilité de certaines méningites généralisées septiques d'origine otique, rapporte un cas d'otite suppurée traité par les bains chauds et la ponction lombaire avec guérison. Il préconise en outre l'injection intra-veineuse de collargol plutôt que l'injection intra-rachidienne.

Ophtalmo-réaction pratiquée chez les adultes. — M. SIMONIN. Pratiquée chez des soldats de vingt à vingt-quatre ans, cette réaction a révélé la tuberculose dans 40 p. 100 des cas où l'investigation clinique ne pouvait la faire soupçonner. Chez l'adulte jeune, l'intensité et la durée de la réaction congestive oculaire sont plus accusées quand il s'agit de tuberculeux latents, ou de malades suspects ne paraissant avoir que des lésions douteuses. Dans ces cas, l'ophtalmo-réaction a persisté de sept à onze jours et s'est accompagnée d'une véritable conjonctivite folliculaire.

Dans ces cas, l'oculo-réaction a persisté de sept à onze jours et s'est accompagnée parfois d'une véritable conjonctivite folliculaire avec état granuleux, limitée à la muqueuse palpébrale inférieure. Dans l'armée, l'usage de l'ophtalmo-réaction peut servir à reconnaître la nature de certaines dyspepsies, de tachycardies, de neurasthénies; l'élimination temporaire de pareils sujets est une mesure absolument justifiée. Par contre, l'exclusion méthodique de tous les hommes d'apparence robuste qui réagiraient à l'ophtalmo-réaction serait l'effondrement des contingents.

Deux cents cas d'oculo-réaction à la tuberculine chez les enfants. — M. Henri DUFOUR. De l'étude de deux cents oculo-réactions, l'auteur, qui a déjà fourni une première statistique au mois de juillet, tire les conclusions suivantes :

Tous les tuberculeux, même non cachectiques, ne réagissent pas à la tuberculine. Des malades qui paraissent indemnes de toute tuberculose réagissent, mais on peut toujours objecter que ces sujets présentaient une tuberculose latente.

Ces épreuves de l'oculo-réaction, répétées deux fois chez le même enfant, ne donnent pas toujours un résultat concordant. Cette différence de réaction doit certainement laisser le médecin fort perplexe. Si l'on répète deux fois l'épreuve chez le même sujet, on voit augmenter considérablement le nombre des résultats positifs à la troisième oculo-réaction.

Le sujet est donc devenu plus sensible à la tuberculine sans qu'on puisse inférer qu'il se trouvait en état de toxi-infection tuberculeuse avant toute expérimentation.

On voit donc que l'interprétation de l'oculo-réaction est des plus délicates dans un grand nombre de cas et ne peut toujours lever les incertitudes du médecin traitant.

Rapports de la maladie de Basedow avec le rhumatisme aigu. — M. VINCENT. Dans le rhumatisme aigu, il existe une localisation thyroïdienne très fréquente (68 p. 100 des cas). C'est le signe thyroïdien. Elle se traduit par l'hypertrophie du corps thyroïde, qui disparaît généralement au bout de deux à trois semaines. Quelquefois il y a ensuite atrophie de la glande. Parfois, en même temps que l'hypertrophie thyroïdienne, on observe les signes de la maladie de Basedow. Dans la forme chronique du rhumatisme, on constate plutôt de l'hypothyroïdie. Les poussées sudorales du rhumatisme seraient peut-être en rapport avec les phénomènes thyroïdiens.

Syndrome de Basedow consécutif à une crise de rhumatisme articulaire aigu prolongé. — M. Emile SERGENT. Chez une femme de trente-huit ans, ayant eu vingt ans auparavant une crise de rhumatisme articulaire aigu très intense, survient une nouvelle crise. Celle-ci se caractérise, moins par son intensité que par sa ténacité. Dès qu'une poussée paraissait jugulée et que la médication salicylique était suspendue, une poussée nouvelle ne tardait pas à éclater. Or, dès le début, le signe thyroïdien, décrit par Vincent, se manifesta; et à chaque poussée nouvelle, le gonflement douloureux des lobes thyroïdiens put être constaté.

C'est sans doute à cette évolution prolongée, à poussées successives, qu'il faut attribuer le développement progressif d'une hypertrophie thyroïdienne qui s'accentua à chaque rechute, persista et continua même de s'accroître après la guérison des manifestations articulaires, au point de réaliser, quelques semaines après la convalescence, le tableau classique du *syndrome de Basedow*.

Les signes d'hyperthyroïdation durèrent près d'une année; puis ils s'atténuèrent et disparurent peu à peu, en même temps que l'hypertrophie thyroïdienne régressait légèrement. Cependant, celle-ci n'a jamais disparu complètement; il semble donc qu'elle n'indique plus un excès de développement glandulaire et on peut admettre qu'elle est constituée par un tissu indifférent. L'avenir nous dira peut-être qu'elle marque la transition entre la phase d'hyperthyroïdation actuellement terminée, et une phase d'hypothyroïdation consécutive, liée à la sclérose de l'organe.

Cette réflexion conduit l'auteur à examiner les relations générales du rhumatisme aigu et chronique avec la pathologie thyroïdienne; on peut envisager la possibilité d'expliquer par l'évolution d'une lésion thyroïdienne le passage de certains rhumatismes aigus à l'état chronique : le rhumatisme articulaire aigu détermine une hypertrophie thyroïdienne de défense (Vincent), avec hyperthyroïdation plus ou moins accentuée et prolongée; celle-ci régresse ensuite, mais la régression peut être excessive et aboutir à l'atrophie avec hypothyroïdation, en un mot à l'insuffisance thyroïdienne, facteur fréquent de rhumatisme chronique.

Réaction méningée puriforme aseptique consécutive à une rachistovaïnisation. Intégrité des polynucléaires. Zona consécutif; guérison. — MM. PAUTRIER et SIMON.

Complications médullaires de la blennorragie. — MM. PISSAVY et STÉVENIN. La ponction lombaire, pratiquée chez un malade atteint d'accidents médullaires au cours d'une blennorragie, a montré l'existence d'une lymphocytose très nette. Les auteurs classent dans trois catégories les accidents médullaires de la blennorragie : 1° forme méningitique cérébro-spinale; 2° forme méningo-myélitique grave; 3° forme méningo-myélitique atténuée.

M. Widal rappelle qu'il est difficile de distinguer le gonocoque, le méningocoque et le micrococcus catarralis. Il y aurait intérêt à rechercher la blennorragie dans les cas sporadiques de méningite cérébro-spinale.

Un cas de nævus traité par le radium il y a plus de quatre ans. — M. DE BEURMANN, au nom de M. Zimmern, agrégé, lit une note sur ce sujet, pour répondre à deux questions qui ont été posées au Congrès de médecine à l'occasion des malades porteurs de nævi et traités par le radium :

a. Les résultats sont-ils durables?

b. N'y a-t-il pas consécutivement à l'application du radium de réaction défavorable, comme cela est arrivé quelquefois avec d'autres moyens thérapeutiques.

M. de Beurmann a engagé M. Zimmern à présenter un de ses malades porteur d'un nævus très étendu de la face et traité par lui il y a plus de quatre ans, en juin 1903.

Cette malade n'a cependant été soumise à l'action des rayons de radium que sur un seul point, une surface de 2 centimètres de diamètre.

Le radium dont s'est servi M. Zimmern, lui avait été prêté par Curie, et l'auteur n'a pu en disposer que pendant un temps très court. Il s'agissait de bromure de radium d'activité 1 800 000.

Actuellement, la région traitée apparaît comme une tache de peau saine au milieu du tissu angiomateux. Ce n'est pas une cicatrice, mais véritablement, comme l'a dit Wickam, un tissu de restitution.

Cette même malade a été traitée dans la suite par les rayons X, mais les résultats obtenus sont certainement moins brillants.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1907)

Constriction de la verge par un anneau. — M. GRIPAT (d'Angers), membre correspondant, adresse l'observation suivante à propos d'un fait communiqué par M. Potherat.

Un gentilhomme campagnard, âgé de soixante-cinq ans, se présenta un jour, tout honteux, dans le cabinet de M. Gripat et lui montra sa verge étranglée dans une bague munie d'un chaton. Il raconta que, se trouvant en chemin de fer, il entra en conversation avec sa voisine d'en face. Ils étaient tous deux seuls dans le wagon et... peu importe la suite. M. Gripat parvint non sans peine à glisser une sonde cannelée entre la verge et l'anneau et à couper celui-ci au ras du chaton, puis à l'aide de deux daviers, il arriva à écarter l'anneau et à dégager ainsi complètement la verge. Le gentilhomme campagnard s'en alla très reconnaissant, non seulement du succès de l'opération, mais aussi du soin qu'avait pris M. Gripat de la faire seul, sans aides, heureux de n'avoir pas eu d'autres témoins de la situation critique dans laquelle il se trouvait.

Les parotidites. — On reprend la discussion sur les parotidites. M. Reynier rapporte l'observation d'une malade opérée d'un épithélioma de l'utérus, en pleine récidive, et qui entra dans son service avec 39 degrés de température et une parotidite des plus intenses du côté gauche. Les internes de M. Reynier le poussèrent à inciser cette parotide rouge, tuméfiée, fluctuante. M. Reynier se contenta de prescrire l'application de compresses au bicarbonate de soude et de légers massages. Cette malade était entrée le 4 novembre avec 39 degrés de température, dans un état de malaise général très accentué. Le 7 la fièvre était tombée, la parotide était complètement dégonflée, la malade était guérie. Puis, après vingt-quatre heures, la température remonta brusquement à 40 degrés : le côté droit était pris à son tour; même rougeur, même tuméfaction avec œdème de voisinage de la joue, des paupières. M. Reynier appliqua le même traitement que pour le côté opposé, bien que les symptômes fussent beaucoup plus accusés du côté droit qu'ils l'avaient été du côté gauche; compresses humides, lavages antiseptiques de la bouche, massages et expression de la glande. Actuellement cette malade est complètement guérie.

M. Reynier conclut donc que, pour lui, le meilleur traitement des parotidites aiguës même graves est le lavage antiseptique de la bouche, l'application de compresses humides et le massage avec expression des lobules de la glande, de façon à évacuer la sécrétion purulente par le canal de Sténon. Ce traitement lui paraît infiniment préférable à l'incision.

M. Loyson pense que, dans bon nombre de cas, la parotidite aiguë peut être efficacement traitée par les applications de compresses chaudes et le massage. Cependant il a dû intervenir dans deux cas de parotidites post-typhoïdiques très aiguës. Dans ces cas, l'expression par massage n'aurait probablement pas suffi pour évacuer le pus. La suppuration se comporte d'une façon différente, les abcès sont plus ou moins volumineux, plus ou moins localisés ou enkystés. Il y a, d'autre part, des abcès aréolaires. Pour ces cas, le traitement par les compresses et l'expression ne pourraient suffire et M. Loyson croit qu'il est préférable de faire une incision superficielle en H, afin de ne pas atteindre les branches du facial, puis il se sert de la sonde cannelée pour vider les abcès plus ou moins nombreux, les foyers plus ou moins volumineux. Dans ces cas, l'incision suivie de l'expression immédiate et consécutive semble le traitement le plus rationnel.

Ligature de la carotide primitive. — M. Guinard, dont on connaît les travaux sur cette importante question de chirurgie, ne devait pas laisser passer sans discussion le fait de M. Riche rapporté par M. Lejars. La ligature de la carotide primitive peut-elle donner lieu à des accidents cérébraux immédiats, c'est-à-dire se produisant au moment même où on serre le fil?

A la question ainsi posée, M. Guinard n'hésite pas à répondre négativement aujourd'hui comme il l'a fait en 1904, en ajoutant toutefois, comme il l'a fait à cette époque : « Pourvu que les voies anastomotiques soient intactes. »

Cela dit, il passe en revue les différents cas de mort qui ont été publiés, et s'applique à démontrer que, dans ces cas, les voies anastomotiques n'étaient pas intactes. Dans un cas de M. Faure, on avait lié préalablement la linguale ; dans un cas de M. Quénu, il s'agissait d'un cancer récidivé de la langue pour lequel M. Labbé avait lié auparavant la linguale; dans ces deux cas, la communication entre les deux carotides externes était interrompue. Dans un fait de M. Reynier, il s'agissait de la ligature de la carotide interne, plus grave certainement que celle de la carotide primitive. M. Chavasse a rapporté l'histoire d'un jeune Arabe qui avait reçu un coup de feu en pleine face; outre des lésions multiples, ce malheureux avait eu des hémorragies répétées; il y avait aussi chez lui une absence de communication d'une carotide externe à l'autre; en outre, le blessé était épuisé, sa tension artérielle était très faible. Toutes ces conditions étant réunies, on comprend que la ligature de la carotide primitive puisse entraîner des accidents cérébraux immédiats.

M. Lejars, dans un rapport très documenté, a relevé 997 cas de ligature de la carotide primitive. Il reconnaît que les accidents d'ailleurs rares, ne sont jamais survenus que dans des conditions spéciales.

Quant à l'observation de M. Riche, il s'agissait d'un gros anévrisme brachio-céphalique du côté droit. M. Riche s'était bien assuré que la carotide externe gauche battait normalement. Puis il a lié l'axillaire avant de lier la carotide primitive. Après la ligature de l'axillaire, il a donc pu se faire une sorte de remous des caillots de la poche dans le cerveau par la carotide primitive non encore liée : il aurait donc fallu lier d'abord cette dernière.

En résumé, dans tous les faits qu'il vient de rappeler, M. Guinard croit avoir démontré qu'il y avait des raisons de penser que la circulation anastomotique n'était pas suffisamment assurée quand on a lié la carotide primitive. Il ne croit pas qu'il existe une seule observation où cette circulation étant normale, la ligature de la carotide primitive ait entraîné des accidents cérébraux immédiats.

M. Quénu ne partage pas complètement la sécurité de M. Guinard au point de vue de l'innocuité de la ligature de la carotide primitive. Dans un cas qu'il rappelle, il n'y avait pas de raisons de penser que la circulation intercarotidienne fût troublée en quoi que ce soit.

M. Moty a lié la carotide primitive chez un malade qui avait une hémorragie pharyngée à la suite de l'ouverture d'un abcès de la gorge. L'hémorragie fut arrêtée. Il n'y eut aucun trouble cérébral. Mais quelques jours après le malade perdit la vue du côté où l'artère avait été liée. Cela ne dura pas. C'était un hystérique.

Coups de feu de l'oreille. — M. Reynier appuie les conclusions de M. Picqué. Quand il y a une balle dans l'oreille, il vaut mieux l'enlever pour éviter les accidents d'infection. Aujourd'hui nous sommes outillés, avec la radiographie et les appareils de Rémy ou de Contremoulin, pour nous assurer du siège de la balle. Quant aux voies à suivre pour y arriver, elles varient suivant les cas. Ces balles ne déterminent pas toujours des désordres aussi graves qu'on pourrait le supposer. Les cas où elles pénètrent dans l'oreille interne et font éclater le rocher sont plutôt rares. L'appareil Trouvé peut rendre des services. Pour aller à la recherche de la balle, il faut suivre le trajet qu'elle a elle-même parcouru, enlever les esquilles. Dans la grande majorité des cas, le décollement de l'oreille permet d'arriver facilement sur le trajet de la balle. Dans certains cas, on peut avoir avantage à passer par la voie préauriculaire. Mais, dans la très grande majorité des faits, c'est par la voie postérieure qu'il faut passer.

M. Schwartz rapporte l'observation d'un homme qui s'était tiré une balle dans l'oreille droite. L'appareil Trouvé et la radiographie montrèrent qu'elle siégeait dans le temporal. Sauf un peu de diminution de l'ouïe, il n'y avait aucun trouble. M. Schwartz crut inutile d'en tenter l'ablation.

Ce malade revint deux ou trois mois après avec des maux de tête, de la perte de la mémoire. La radiographie montre que la balle occupait toujours le même siège et qu'elle était déformée, aplatie. M. Schwartz fit une incision en avant du conduit auditif et put facilement extraire la balle. Le malade a bien guéri. Il n'y a donc pas de règle absolue, et la voie antérieure peut être indiquée dans certains cas.

Tumeur inflammatoire du mésocôlon. — M. Lejars fait un rapport sur une observation adressée par M. Proust. Nous y reviendrons.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de clinique thérapeutique, par le docteur Gaston LYON, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, 7e édit., revue et augmentée. In-8 de XVI-1726 pages. — Prix : relié toile, 25 francs. — Paris, Masson et Cie.

Introduction à l'étude de la médecine, par G.-H. ROGER, professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, 3e édit., revue et corrigée. In-8 de XII-741 pages. Prix : br., 9 francs, cart., 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

Lésions traumatiques des articulations, par L. CAHIER, médecin principal de l'armée, professeur agrégé au Val-de-Grâce. In-8 de 332 pages, avec 136 figures. — Prix : br., 6 francs; cart. : 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Annuaire général et international de la tuberculose 1907, par le docteur DIAMANTBERGER. In-8. — Prix : 5 francs. — Paris, Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 136. — JEUDI 28 NOVEMBRE 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 28 NOVEMBRE 1907. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE..	3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 25 novembre. — Question donnée : « Phlébites des membres inférieurs. »

MM. Légillon, 5 ; Fauvet, 4 ; Mlle Lempert, 18 ; MM. Lechelle, 11 ; Weisweiller, 14 ; Bonhomme, 10 ; Le Maux, 14 ; Lavaud, 9 ; Libert, 14 ; Mlles Leven, 16 ; Lévi-Alvarès, 17 ; MM. Lartigau, 14 ; Marro, 4 ; Mlle Kononoff, 5 ; MM. Landrieu, 12 ; Ropiteau et Marmier, 8 ; Mlle Kopéikine, 4 ; MM. Lebas, 12 ; Juin, 13.

Anatomie. — Séance du 25 novembre. — Question donnée : « Muscles masticateurs. »

MM. Hervier, 8 ; Rigoulet-Ancel, 6 : Gouverneur, 20 ; Grosjean, 14 ; Huc, 17 ; Fauvet, 12 ; Bonhomme, 5 ; Mme Huard, 12 ; MM. Garcin, 15 ; Frogé, 3 ; Gaulène, 14 ; Huard (Jean) et Haristoy, 18 ; Fontanel, 14.

LA FERMETURE DE LA FACULTÉ DE NANCY. — La Faculté de Paris n'a pas le monopole des manifestations bruyantes. On annonce de Nancy qu'à la suite de manifestations qui se sont produites vendredi à la Faculté de médecine et des scènes de violence qui se sont déroulées, le Conseil de l'Université s'est réuni et a pris la délibération suivante :

« Considérant que la manifestation du 22 novembre, qui est déjà la seconde de l'année, ne visait plus seulement, comme la première du 8 courant, le professeur Cuénot, mais encore le Conseil de l'Université pour la mesure qu'il avait prise à la suite de la première manifestation ;

Qu'elle a été accompagnée de violences intolérables (voies de faits sur des personnes aussi bien que bris de vitres et détérioration de matériel d'enseignement) ;

Qu'elle résulte d'une action concertée des étudiants de première et deuxième années de la Faculté de médecine ;

Le Conseil est d'avis, conformément à l'article 40 du décret du 21 juillet 1897, que la Faculté de médecine soit fermée pour les étudiants de première et deuxième années pendant le premier trimestre de la présente année scolaire, c'est-à-dire jusqu'au 31 décembre 1907, et demande au ministre de vouloir bien ordonner cette fermeture. »

Le ministre a ratifié la proposition du Conseil de l'Université.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Toulon. — Après concours, M. le docteur Malartic, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé chirurgien de l'hôpital de Toulon.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — Les chaires de thérapeutique et de médecine légale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, sont déclarées vacantes.

Un délai de vingt jours à partir du 26 novembre est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Dans son assemblée générale tenue dimanche dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le syndicat des médecins de la Seine a procédé à l'élection de son Conseil d'administration.

Voici les résultats du scrutin : Votants, 348 ; majorité, 175 voix.

Président : Philipeau, 184, élu ; Descout, 150.

Vice-présidents : Bellencontre, 305, élu ; Noir, 180, élu ; Billon, 153.

Secrétaire général : Guillemonat, 175, élu ; Larchambault, 150.

Secrétaires des séances : Diverneresse, 177, élu ; Levassort, 309, élu ; P. Guillon, 158.

Rédacteur du Bulletin : Leredde, 181, élu ; Gaullieur L'Hardy, 147.

Trésorier : Vimont, 313, élu.

Conseillers : Barrault, 180, élu ; Laisne, 175, élu ; Duverdier, 175, élu ; Leclerc (de Courbevoie), 185, élu ; Fournier (d'Asnières), 335, élu ; Perrodeau (de Saint-Ouen), 187, élu.

Ballottages : Thiellement et Tourlourat, 172 ; Wicart, 171 ; Ramonat, 170 ; Dally et Chandebois, 166 ; Laquerrière et Dubreuil, 164 ; Hamaide, 161 ; Hamon, 160 ; Delmont-Bebet, 158 ; Manguy, 156 ; Biard et Sallefranqui, 155 ; Teulière, 153 ; Chapon, 152 ; Grunberg, 148.

RENSEIGNEMENTS

LE CAFÉISME ET LE THÉISME [1]

Par A. GOUGET,
Professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

Après vous avoir exposé en détail les méfaits de l'alcoolisme, je tiens à vous dire quelques mots de deux intoxications de moindre envergure, trop peu connues malgré leur fréquence relative, et complètement passées sous silence dans les Traités de pathologie : le caféisme et le théisme. Ces intoxications, qui parfois (la première surtout) s'associent à l'intoxication alcoolique, plus souvent encore la remplacent, procèdent du même point de départ que celle-ci, particulièrement lorsqu'elle est due aux boissons à essences : la satisfaction du goût et de l'odorat, d'une part, et, d'autre part, l'euphorie, l'excitation passagère que procurent ces breuvages. Le caféisme et le théisme apparaissent ainsi comme de simples diminutifs, des « satellites » de l'alcoolisme, comme les appelle M. Fernet dans la très intéressante étude qu'il leur a consacrée récemment et leurs effets, analogues dans une large mesure à ceux de l'alcoolisme, lui sont volontiers attribués par des observateurs insuffisamment avertis, qui, méconnaissant ainsi la cause réelle des accidents, passent par là même à côté du seul traitement efficace : la suppression de cette cause.

Le *café*, originaire de l'Abyssinie, de la Haute-Egypte et de l'Arabie, puis importé par les Hollandais à Java, est actuellement cultivé dans un très grand nombre de pays chauds, mais surtout au Brésil, dont la production représente près des trois quarts de celle du monde entier. C'est dans la première moitié du XVIIe siècle que la boisson du même nom fit son apparition dans l'Europe occidentale, et d'abord en Hollande ; peu après, elle fut importée de Turquie en France, d'abord à Marseille, puis à Paris. De là, l'usage du café se répandit en Angleterre, en Italie, en Allemagne.

Depuis lors, le chiffre du café importé en Europe est sans cesse allé croissant. En France, la consommation a plus que sextuplé depuis 1830 (A. Gautier), et pourtant la France est loin d'être au premier rang : c'est la Hollande qui l'occupe (avec une moyenne de 9 kilos par tête et par an) ; puis viennent la Belgique (6 kilos), les Etats-Unis (5 à 6 kilos), l'Allemagne (3 kilos 1/3) ; la France ne vient qu'ensuite avec un peu plus de 2 kilos, et c'est le département du Nord qui y tient la tête, puis la Normandie. Les Turcs, les Arabes, les Brésiliens, sont de grands amateurs de café. Il n'est pas jusqu'aux Esquimaux du Groënland chez qui l'usage du café ne tende à se propager, d'après Nansen.

Actuellement, dans les pays grands consommateurs de café, l'usage en est répandu dans toutes les classes de la société. Fort heureusement, chez la plupart de ceux qui en boivent, cet usage reste modéré : le café n'est, pour eux, que le complément agréable du repas, complément particulièrement à sa place lorsque le repas doit être suivi d'une dépense d'activité physique. L'abus est relativement rare dans la classe aisée, sauf cependant parmi les étudiants, les orateurs, les écrivains. L'un demande au café de lui procurer les veilles prolongées nécessaires à la préparation d'un concours ; un autre y puise l'assurance voulue pour aborder la tribune ; un autre encore en attend l'inspiration que certains demandent à l'alcool ou à la morphine. On rapporte que Mirabeau, Danton, Lacordaire ne montaient jamais à la tribune ou en chaire sans prendre plusieurs tasses de café ; Voltaire, Fontenelle, Delille, Balzac, Alexandre Dumas père, Kant, Schopenhauer, étaient également de grands buveurs de café. Chez d'autres, enfin, l'abus du café n'est qu'une passion de névropathe désœuvré, qui devient ainsi caféomane de la même manière que d'autres deviennent morphinomanes ou éthéromanes.

C'est surtout dans la classe ouvrière que sévit le caféisme, et particulièrement chez la femme. Chez l'ouvrier, il ne sert guère que d'appoint très secondaire à l'alcoolisme. Chez la femme, au contraire, il remplace assez souvent l'alcool, et même — ce qui est bien pis — il remplace en grande partie la nourriture. Boisson agréable, il donne l'illusion de la force et dissimule la faim, fait oublier les peines. C'est surtout parmi les cuisinières, les femmes de ménage, les concierges, les couturières, les blanchisseuses, que sévit le caféisme. Elles arrivent à prendre le café non-seulement le matin et après le déjeuner, mais à tous les repas, et même dans l'intervalle, chaque fois par grands verres. Une femme observée par Bouret absorbait le matin, de quatre heures et demie à sept heures, cinq à six bols de café ; à neuf heures, elle prenait du café au lait, puis deux ou trois tasses de café dans le reste de la journée. Le malade de Rugh buvait, au réveil, un bol de très fort café, et dix à douze grandes tasses dans la journée. La malade de Schilling absorbait une douzaine de tasses de café très fort. Guelliot a vu la quantité journalière atteindre ainsi deux litres. Il est vrai que ce café contient souvent beaucoup de chicorée ou même d'autres ingrédients inoffensifs (1), ce qui en atténue d'autant l'action. Mais on a vu certaines personnes consommer en quatre ou cinq jours une livre de bon café.

D'après Vincent, à l'île de Groix, presque toutes les femmes et tous les enfants s'adonnent au caféisme. « Dans des centaines de familles, le café remplace, en temps ordinaire, tous les autres aliments, sauf le pain : la soupe au café compose les trois repas de la journée ; les enfants à la mamelle prennent alternativement le sein maternel et l'infusion de café ; les jeunes filles croquent des grains de café en travaillant. Il y a des enfants de huit ans qui n'ont jamais pris autre chose que du café et du pain. »

Quant au *thé*, originaire de la Chine et du Japon, il est actuellement cultivé non seulement dans ces pays,

---

[1] Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris.

(1) D'après Wallian, les grains de café sont souvent falsifiés (du moins en Amérique), quand ils ne sont pas faits de toutes pièces, non seulement avec du blé, de la farine de gland, de la colle d'amidon, mais même avec de la terre colorée et aromatisée, et cette falsification, dit-il, n'est pas si facilement découverte qu'on le supposerait.

mais dans l'Inde anglaise (notamment à Ceylan), à Java, et même, depuis peu, dans l'Amérique du Sud. Boisson habituelle dans ses pays d'origine, sa consommation en Europe est aussi ancienne que celle du café. Déjà, il y a deux siècles, Stephan Blancard, médecin à Amsterdam, tournait en dérision les pauvres gens qui, « ayant à peine leur pain quotidien, boivent leur thé pour suivre la mode. » En 1900, l'exportation du thé hors de ses différents pays de production était en augmentation de près de 10 p. 100 sur le chiffre de 1895. Là-dessus, 42 p. 100 (soit 125 millions de kilos) est consommé en Angleterre; viennent ensuite l'Amérique du Nord, puis la Russie (avec près de 10 millions) et les colonies anglaises (Australie, Afrique du Sud). La Hollande en consomme aussi une assez forte proportion. En France, l'usage du thé, bien qu'actuellement en progression, est encore relativement peu répandu; pourtant sa consommation annuelle dépasse 450 000 kilos.

Contrairement à l'abus du café, l'abus du thé se rencontre surtout en Europe et en Amérique, au moins dans les classes élevées. Certaines personnes, notamment en Angleterre et aux Etats-Unis, en prennent sous toutes les formes et à tout propos : thé bouillant, thé glacé, breakfast tea, lunch tea, five o'clock tea, ce dernier surtout devenu « une véritable institution nationale », thé du soir, etc., et certains buveurs de thé sont tellement « mariés avec leur tasse » qu'ils renonceraient à tout plutôt qu'à leur infusion favorite (Wallian). Un malade de Campbell buvait douze grandes tasses de thé par jour. Aussi est-ce surtout en Angleterre et en Amérique, ainsi qu'en Chine, qu'ont été observés les grands accidents du théisme. En France, où l'abus est poussé moins loin, on n'observe guère que des désordres partiels, qui sont comme la monnaie de l'intoxication générale (Fernet).

A côté de ce caféisme et de ce théisme *passionnels* des buveurs de café et de thé (auxquels il faudrait joindre les fumeurs de thé, que nous ne signalons que pour mémoire), il faut réserver une place au caféisme et au théisme *professionnels*, tels qu'ils s'observent (le dernier surtout, notamment en Amérique) chez les dégustateurs de café et de thé (comme l'alcoolisme s'observe chez les dégustateurs de vins).

Dès leur apparition en Europe, le café et le thé ont eu leurs enthousiastes et leurs détracteurs. Prônés par les premiers non seulement comme un « divin nectar », mais comme une panacée contre toutes les maladies, prévenant les unes, guérissant les autres, faisant maigrir les gras et engraisser les maigres, ils ont été accusés, par les seconds, d'être les boissons les plus malsaines, source d'une foule de maux. Le café a produit chez l'un « des centaines de petits ulcères de l'estomac », chez un autre « un cancer à la main », chez d'autres encore « des inflammations du foie et de la rate », et même « le choléra ». En réalité, le thé et le café ne méritent

Ni cet excès d'honneur, ni cette indignité!

Inoffensifs, et même quelquefois utiles, quand on en use à doses modérées, ils peuvent devenir nuisibles quand on en abuse, et le deviennent d'autant plus facilement qu'il s'agit d'enfants (1), d'anémiques, de névropathes, et que cet abus accompagne une alimentation insuffisante.

Voyons d'abord la composition (2) et les principes actifs du café et du thé. Leur analogie de composition nous expliquera leur analogie d'action.

Le *café* vert (dont il existe diverses espèces : le moka est la plus appréciée) contient 12 à 14 p. 100 de matières azotées (dont 10 environ d'une sorte de légumine), 12 à 14 p. 100 de graisses, un peu de gommes, de glycose et de dextrine, 3 à 4 p. 100 de matières minérales, des traces d'une huile, et 1 à 2 p. 100 de caféine, en partie combinée à l'acide cafétannique, ainsi que d'autres corps puriques (adénine, xanthine, hypoxanthine, et une notable proportion d'acide oxalique).

La torréfaction, en faisant perdre de l'eau au café, élève très légèrement sa teneur en matières azotées, grasses et minérales, mais, en revanche, elle diminue le sucre (0,66 p. 100), met partiellement en liberté la caféine combinée à l'acide cafétannique et abaisse un peu son chiffre total (1 à 1,25 p. 100), et surtout développe une essence, le caféol ou caféone, à laquelle le café doit son arome. Il se produit aussi un peu d'hydroquinone, de pyridine, de pyrrol, etc. En somme, la teneur du café en principes actifs varie dans une certaine mesure, suivant le lieu d'origine et le degré de torréfaction.

L'infusion de café (et, à un moindre degré, la décoction, comme la pratiquent les Orientaux) conserve les principes volatils. Dans une tasse faite avec 15 grammes (dose assez forte; souvent on se contente de 10), on trouve : 0,46 de substances azotées (dont 0,20 au plus de caféine), 0,78 d'huiles, 1,97 de matières organiques non azotées, et 0,61 de cendres (dont au moins 5 p. 100 de potasse et 10 p. 100 d'acide phosphorique).

Le *thé* s'emploie soit à l'état de thé vert (feuilles desséchées immédiatement après la cueillette sur des plaques de fer modérément chauffées), soit à l'état de thé noir (feuilles très mûres ayant subi une certaine fermentation, puis grillées, ce qui développe leur arome). Il contient 21 à 22,75 p. 100 de matières azotées, un peu de graisse, 6,75 p. 100 de gomme et dextrine, 16,40 de pectine, 1 à 5 de théine (isomère de la caféine), 5 à 30 d'un tannin spécial auquel la théine est en partie combinée, de la théophylline (isomère de la théobromine), 0,37 d'acide oxalique, 0,50 à 1 d'une huile essentielle très parfumée, et 5,38 à 7 de matières minérales (consistant surtout en phosphate de potasse). Les thés verts, faits avec des feuilles plus jeunes, sont généralement plus riches en tannin et en théine. Celle-ci atteint jusqu'à 2 p. 100 dans le thé noir, 5 p. 100 dans le thé vert. Quant au tannin, il est deux fois plus abondant dans le thé de Ceylan que dans le thé de Chine. Une tasse de thé, faite en moyenne avec 5 grammes (certains consom-

(1) Brillat-Savarin recommande de ne pas donner de café aux enfants, « si l'on ne veut avoir de petites machines sèches, rabougries et vieillies à vingt ans. »

(2) Les chiffres suivants sont empruntés pour la plupart à MM. les professeurs Gautier et Pouchet.

mateurs emploient une dose triple), contient ainsi de 0,07 à 0,25 au maximum de théine. Elle est d'autant plus riche en tannin que l'infusion a été plus prolongée (le mieux est de ne pas la prolonger plus de cinq à sept minutes). Elle ne contient que fort peu d'albuminoïdes (environ 0,30) et de substances organiques non azotées. Cependant on y trouve environ 2 p. 1.000 d'acide oxalique.

La première conclusion qui se dégage de cette analyse, c'est que le thé et le café n'ont, en dehors du sucre qu'on y ajoute généralement, aucune valeur alimentaire. A ce titre, ils sont encore inférieurs à l'alcool, qui peut être brûlé dans l'économie, au moins en partie. Ils n'agissent, en somme, que par leur caféine (ou théine) et leur principe aromatique, accessoirement par leur tannin. Encore l'action du principe aromatique est-elle mal connue. Hoch et Kræpelin ont attribué à l'huile de thé une influence paralysante sur le système musculaire; d'après Stan. Martin et Erdmann, le caféol exercerait une action de même ordre sur le système nerveux, grâce à un furfuralcool (Erdmann). Par contre, Rabuteau et Fargas attribuent à la caféone l'insomnie déterminée par le café. Pour Hare et Marshall, elle produit de l'insomnie avec agitation, ainsi que de la tachycardie et des irrégularités cardiaques; enfin elle abaisse la pression artérielle. Stuhlmann la considère également comme un stimulant. Benz et Archangelsky reconnaissent aux essences de thé et de café une action excitante sur le cerveau, les muscles et surtout la respiration. Mais, d'après Geiser, l'action excitante de la caféone serait très faible et absolument éclipsée par celle de la caféine; en outre, la caféone n'agirait pas sur les vaisseaux. Enfin Lehmann et ses élèves Wilhelm, Tendlau, Rohrer, n'ont trouvé aux essences de café et de thé, même employées à très hautes doses, aucune espèce d'action, ni dans un sens ni dans l'autre. Il n'est pourtant guère douteux qu'il leur revienne un rôle dans la différence d'action du thé et du café, différence qui n'est pas contestable (certains sujets supportent le thé et non le café, et réciproquement) et que leurs autres éléments composants sont absolument impuissants à expliquer.

La théine et la caféine présentent, en effet, la même composition chimique. Sont-elles pour cela identiques? Certains physiologistes l'ont contesté. On a dit que la théine abaisse la température, tandis que la caféine l'élève; que la première agit davantage sur le système sensitif (elle serait même un analgésique local), la seconde sur le système moteur. Pour Leven, il n'y aurait pas de différence dans le mode, mais seulement dans l'intensité de leur action, la théine se montrant moitié moins active que la caféine. On semble cependant à peu près d'accord, aujourd'hui, pour admettre l'identité des deux substances, et même, d'après King, c'est du thé de qualité inférieure que serait extraite la plus grande partie de la caféine du commerce.

L'action de la caféine a été elle-même l'objet d'appréciations absolument contradictoires de la part des divers expérimentateurs, ce qui tient certainement, au moins en partie, à ce qu'ils n'ont pas assez tenu compte de la question de dose. Elle est avant tout, déjà à dose faible, un stimulant du système nerveux, et, à dose plus forte, un stimulant du système musculaire. Elle excite l'activité respiratoire, augmente l'énergie du cœur, élève la tension artérielle, et agit comme diurétique, en partie au moins, semble-t-il, par action directe sur l'épithélium rénal. A doses fortes, elle accélère les battements cardiaques et abaisse la pression artérielle. A faible dose, elle peut diminuer l'élimination de l'urée et du phosphore, mais au prix d'une consommation exagérée d'hydrates de carbone, avec augmentation des échanges respiratoires et de la production de chaleur; à dose forte, elle augmente l'élimination d'urée et de phosphore.

Rien n'est donc plus faux que de la considérer, avec Rabuteau, comme un aliment d'épargne, propre à annuler les effets de l'alimentation insuffisante, et de dire, avec Jomand, qu'une tasse de café peut remplacer un véritable repas. En réalité, le thé et le café sont comme l'alcool — dont ils n'ont même pas par eux-mêmes la valeur alimentaire — des stimulants, capables de faciliter momentanément le travail musculaire ou intellectuel d'un individu mal nourri en lui faisant user ses réserves. Ils ne réparent pas les pertes : ils les exagèrent, au contraire. Il n'y a pas de travail, de dégagement d'énergie, sans consommation de combustible : loin d'apporter ce combustible, le café et le thé ne font qu'activer le tirage. Ce sont donc, en l'absence d'une alimentation suffisante, des agents d'usure (le coup de fouet ne saurait remplacer le picotin d'avoine), et, en l'absence d'exercice physique suffisant, des agents d'énervement.

Enfin, indépendamment de leur action générale, le café et le thé agissent localement sur le tube digestif. Sur l'action du thé, les expérimentateurs paraissent unanimes : il tend à arrêter la sécrétion du suc gastrique et diminue le pouvoir digestif de la pepsine, ce qu'on attribue généralement à son tannin. Aussi le thé indien et le thé longtemps infusé sont-ils particulièrement nuisibles à ce point de vue. C'est sans doute pour cette même raison que le thé diminue la sensation de faim. Quant au café, la plupart des auteurs (Pawlowsky, Schultz, Schultzenstein, Crämer) lui attribuent la même action; cependant Pincussohn y voit un excitant de la sécrétion gastrique, grâce sans doute à son essence. En tout cas, contrairement au thé, il tendrait plutôt à stimuler le fonctionnement de l'intestin. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1907)

Tétanos médical. — M. VINCENT, sous ce titre : « Nouvelles recherches sur l'étiologie du tétanos médical. Influence prédisposante des lésions hépatiques, » fait une communication dont voici le résumé :

L'étiologie et la pathogénie du tétanos qu'on a appelé *médical* ou *spontané*, présentent encore de nombreuses obscurités. Il a fait connaître l'influence puissante qu'exercent l'hy-

perthermie, l'insolation et le coup de chaleur à l'origine de cette affection. Il se propose de démontrer prochainement la part qui revient au froid.

Ces causes ne sont pas les seules.

Quelle que soit la raison qui favorise le développement du tétanos cryptogénétique, l'intervention initiale du bacille de Nicolaïer demeure indiscutable. Introduites à travers la peau par une plaie souvent insignifiante, les spores du microbe sont saisies par les leucocytes polynucléaires qui en détruisent quelques-unes sur place et qui transportent les autres dans les ganglions, la rate, la moelle osseuse. Le bacille peut vivre ainsi à l'état latent pendant plusieurs jours. Certaines spores, plus résistantes, persistent pendant deux ou trois mois.

Vienne une circonstance qui affaiblisse l'organisme, le tétanos éclate, en apparence spontanément, quelques jours, quelques semaines, voire même plusieurs mois après une infection locale passée inaperçue.

M. Vincent a constaté que les lésions expérimentales, même très graves, des reins et de la rate, par des intoxications microbiennes ou chimiques (sel de plomb, cantharide, bichromate de potasse) ou par des injections intraspléniques de chlorure de zinc ou de toxines diverses, ne paraissent pas prédisposer à l'infection tétanique. Mais, par contre, l'expérimentation a mis en lumière l'influence prédisposante très remarquable qu'exercent les *lésions du foie* sur le développement du tétanos.

A la suite d'injection sous-cutanée d'huile phosphorée, ou d'injection intrahépatique de toxines atténuées du colibacille, du streptocoque, du bacterium megaterium, ou bien lorsqu'on injecte aux cobayes du sérum hépatotoxique, l'inoculation de quelques spores tétaniques, chauffées pour en éliminer la toxine, provoque le tétanos dans les deux tiers des cas.

On voit dès lors que, chez l'homme, le tétanos médical peut être la conséquence indirecte d'une affection du foie, lorsque le sujet est porteur, à l'état latent, de spores tétaniques.

La collaboration active du foie à la défense de l'organisme ne se limite pas, sans doute, au tétanos. L'érysipèle est particulièrement fréquent et grave chez les hépatiques (H. Roger) et l'auteur a constaté lui-même que les maladies du foie apportent un redoutable coefficient de gravité dans les infections à pneumocoques du poumon, chez l'homme.

Quoi qu'il en soit, M. Vincent a essayé d'approfondir le mécanisme intime, qui préside à cette notable diminution de la résistance organique contre les infections, dans le cours des maladies du foie. Chez les cobayes qu'il a soumis aux injections de sérum antihépatique, *le taux des leucocytes diminue considérablement* pendant quelques jours. Outre cette leucopénie, *la réaction leucocytaire locale* provoquée par l'injection de spores tétaniques — et qui est si précoce et si caractéristique chez les animaux sains — est *retardée et fortement atténuée* chez les animaux atteints de lésions hépatiques expérimentales.

Même après vingt-quatre heures, un très grand nombre de spores introduites sous la peau demeurent libres et peuvent ainsi végéter affranchies sous la tutelle leucocytaire.

Ce retard ou cette défaillance dans l'*opsonisation* s'accompagne d'une *insuffisance dans la quantité de complément* contenu dans le sang des animaux rendus hépatiques. Le pouvoir alexique de leur sérum, mesuré sur des globules humains sensibilisés et lavés, est notablement plus faible que celui des cobayes normaux.

Ces recherches, applicables aussi à d'autres maladies infectieuses, ouvrent une interprétation rationnelle à l'étiologie du tétanos médical. Elles montrent que les maladies du foie, latentes ou non, l'alcoolisme chronique ayant retenti sur ce viscère, peuvent favoriser la germination de la semence tétanique au même titre que l'hyperthermie et par un mécanisme très analogue.

Elles établissent enfin que le foie joue un rôle important dans la défense de l'organisme, puisque les lésions sévères de ce viscère retentissent, pour les affaiblir, sur la leucocytose et sur les pouvoirs opsonisant et alexique du sang.

Conceptions diverses sur l'action antitoxique du foie vis-à-vis des poisons tuberculeux. — Sous ce titre, MM. Lemoine et Girard (de Lille) font une communication dans laquelle ils font connaître les résultats de leurs recherches relatives à l'action des produits hépatiques sur la tuberculose. Ils émettent plusieurs hypothèses : soit la destruction des bacilles dans les vaisseaux mêmes du système porte, soit une action spéciale des alexines contenues dans le sang, grâce à la cholestérine, à la lécithine et autres produits du foie ; soit enfin l'action directe de ces produits sur le bacille de Koch. Il résulterait de ces recherches que l'ingestion de produits hépatiques pourrait être utile aux tuberculeux.

Adénopathie trachéo-bronchique dans ses rapports avec la tuberculose chez les enfants. — M. Leroux lit un travail sur ce sujet. Il résulte des nombreuses recherches auxquelles il s'est livré que la tuberculose ganglionnaire primitive est beaucoup plus fréquente chez les jeunes enfants jusqu'à huit et dix ans, que la tuberculose pulmonaire d'emblée, que celle-ci au contraire, est plus fréquente de douze à seize ans.

M. Leroux se demande si, pour la tuberculose ganglionnaire, il faut admettre l'infection par les voies digestives. Il en doute par ce fait que la tuberculose des ganglions mésentériques est très rare. L'absorption des poussières bacillifères lui paraît plus admissible.

Election. — M. Henneguy a été élu membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie par 67 suffrages sur 82 votants.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 23 novembre 1907)

Abcès du foie et angiocholite consécutifs à des septicémies expérimentales à microbes anaérobies. — Pour MM. Rist et Ribadeau-Dumas, l'injection de pus à microbes anaérobies dans la plèvre et dans la circulation générale est susceptible de déterminer, dans le foie, soit de petits abcès multiples, soit des abcès volumineux, au voisinage desquels se trouvent des canaux biliaires plus ou moins altérés. On ne constate pas dans ces cas la production de gaz. A côté des abcès anaérobies dus à l'infection ascendante, il faut donc faire une place aux pyémies hépatiques hématogènes.

Recherches sur le stercobiline (urobiline fécale). — Pour MM. Gilbert et Herscher, *chez l'adulte*, les fèces ne contiennent pas de pigments biliaires ; elles renferment parfois de la stercobiline et toujours du stercobilinogène très abondant. *Chez le nouveau-né*, c'est exactement le contraire qu'on observe. Le stercobilinogène est produit par la réduction, dans l'intestin, des pigments biliaires ; de même que l'urobilinogène succède à la réduction intra-rénale des mêmes pigments. Si, à la naissance, il n'y a pas de stercobilinie, ni d'urobilinurie, c'est parce qu'à cet âge la réduction n'a pas lieu.

Sclérose rénale, cirrhose hépatique et ascite expérimentale par les sels de potasse. — MM. Frouin et Mauté ont pu déterminer expérimentalement, avec le sulfate de potasse, des lésions de cirrhose hépatique avec ascite. Ils remarquent également que l'ingestion de sulfate de potasse ou de chlorure de potassium, à des doses et pendant un temps insuffisant pour provoquer des lésions hépatiques, a cependant déterminé des lésions de sclérose rénale.

Mensurateur intra-vésical de la prostate. — M. CATHELIN présente un instrument aussi simple qu'ingénieux permettant de mesurer *instantanément* le volume de la prostate dans la vessie, en particulier le volume exact du lobe médian ce qui présente un intérêt pour le choix de l'intervention (voie haute, basse ou combinée) au cours des prostatectomies. Il l'a expérimenté avec un plein succès dans son service de l'hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire.

Autres communications :

Sur le passage possible des chromogènes indoxylique et méthylkétolique dans le lait chez la chèvre. — M. PORCHER.

Sur l'activité des sucs pancréatiques de fistules permanentes chez des animaux soumis à des régimes différents. — M. FROUIN.

Contribution à l'étude histo-physiologique de l'autolyse aseptique du foie. — M. LAUNOY.

Influence comparée du sérum normal et du sérum antipesteux sur la phagocytose du bacille de la peste. — M. WADOUX.

Caractérisation de l'acide glycuronique dans les urines. — M. HERVIEUX.

Méthode simplifiée de la recherche du bacille typhique dans les garde-robes. — M. DUNSCHMANN.

Sur une nouvelle cuvette à coloration à rainures mobiles. — M. CÉPÈDE.

Election. — M. MAILLARD est nommé membre de la Société.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1907)

M. OZENNE présente un **hydrosalpinx** contenant 2 litres de liquide et ayant évolué chez une jeune fille vierge de vingt ans; l'opération fut délicate, mais les suites furent parfaites. M. DOLÉRIS fait remarquer que l'hydrosalpinx est rare, et se demande quel en est le processus pathologique ? La malformation ou l'infection, celle-ci étant même très atténuée. Tel un cas d'hydrosalpinx où il parvint à déceler la présence de staphylocoques dans le liquide contenu dans la poche.

Du vin au point de vue de l'hygiène alimentaire. — M. COUDRAY montre qu'on boit du vin en France depuis plus de deux mille ans. Le vin stimule la fonction stomacale et on doit le considérer comme un aliment véritable, en particulier chez l'ouvrier au travail auquel un litre de vin peut apporter environ la septième partie de son alimentation nécessaire [3 000 calories environ (Atwater)]; la ration journalière de vin indiquée par M. Dignat, 50 à 60 centilitres par jour, répond à une bonne moyenne pour les adultes ayant une vie active sans se livrer à des travaux fatigants; cette dose est diminuée chez les vieillards et les femmes ; aux enfants du deuxième âge et plus tard encore, l'eau vineuse suffit. Il va sans dire que dans les états pathologiques le médecin est seul juge du conseil à donner.

La production actuelle qui s'élèverait cette année à 70 millions d'hectolitres (1), les bas prix du vin dans le Midi (on le vend au détail 10 centimes le litre à Montpellier) sont des considérations qui permettraient d'introduire le vin dans l'armée, en ration journalière. Il y aurait lieu d'étudier de nouveau ce point avec le plus grand soin, en ce moment surtout où la fièvre typhoïde sévit dans plusieurs garnisons de l'Est. La stérilisation de l'eau par le vin est un fait réel mis en lumière par les recherches récentes de Sabrazès et Mercandier. Enfin le vin est une boisson de tempérance ; en Angleterre, les médecins cherchent à faire pénétrer chez eux des vins légers pour lutter contre l'alcoolisme ; en fait, l'alcoolisme n'existe pour ainsi dire pas dans les régions où le vin constitue la boisson ordinaire. C'est donc sur le terrain du vin qu'il faut se placer dans la lutte antialcoolique.

(1) 58 millions seulement d'après le *Moniteur vinicole*.

M. DOLÉRIS répond que, pour lui, il faut envisager la question au nom dubon sens; si les malades ne doivent pas boire de vin, les gens bien portants peuvent très bien en prendre.

M. DIGNAT fait voter à l'unanimité par les membres de la Société de médecine de Paris les conclusions suivantes :

« ARTICLE PREMIER. — Le vin, produit de la fermentation du jus de raisin frais et convenablement conservé, constitue, pour l'usage courant, une boisson utile, même aux enfants du deuxième âge, à la condition qu'il ne présente pas une acidité trop élevée, qu'il ne titre pas plus de 9 à 10 p. 100 en volume d'alcool, qu'il n'ait pas trop vieilli, que la dose quotidienne ne dépasse pas 60 centilitres en moyenne, et qu'il ne soit consommé qu'étendu d'eau.

ART. 2. — En l'absence actuelle du certificat d'origine et de la suite qui constitueraient pour chacun des garanties absolues, la Société de médecine de Paris estime qu'il est désirable, vu l'importance qu'il y a à s'assurer des qualités hygiéniques du vin dont on fait usage, que tout vendeur joigne au vin qu'il livre une analyse indiquant ses principales caractéristiques : degré alcoolique, richesse en tannin, degré d'acidité, teneur en potasse.

ART. 3. — En raison des dangers sociaux que présente la consommation des produits de distillation, il est à désirer aussi que des mesures restrictives sérieuses, voire même des mesures prohibitives, soient prises touchant la fabrication et la vente des alcools.

ART. 4. — La Société de médecine de Paris émet le vœu que les biologistes dirigent leurs études sur la question du vin et recherchent son action sur la nutrition et les diverses fonctions de l'organisme. »

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA DIATHÈSE URIQUE

L'acide urique joue dans la pathologie moderne un rôle considérable en rapport avec l'accroissement du bien-être, de la vie sédentaire et de l'hérédité très chargée des habitants des villes.

La lutte entreprise contre les diverses manifestations de l'uricémie est basée actuellement sur de solides données de chimie biologique qui nous permettent d'espérer le succès.

Nous résumerons tout d'abord les principales expériences sur les variations de solubilité de l'acide urique. E. Pfeiffer filtre une certaine quantité d'urine (100 centimètres cubes) à travers un filtre sur lequel il a déposé 50 centigrammes d'acide urique en cristaux.

S'il s'agit d'une urine normale, celle-ci en filtrant dissout une certaine quantité d'acide urique de sorte qu'au sortir du filtre elle est plus chargée en ce principe. Au contraire, si l'urine est celle d'un goutteux elle abandonne sur le filtre une partie de son acide urique, ce qui prouve que ce dernier était dans l'urine goutteuse à l'état de combinaison peu stable.

Tout récemment, M. Fauvel (1) a fait une série d'expériences qui l'ont amené à reconnaître que, suivant son origine, l'acide urique provenant de diverses sources alimentaires se comporte tout différemment dans l'urine et par conséquent dans l'organisme.

M. Fauvel démontra ainsi que l'acide urique peut varier non seulement en quantité, mais encore en qualité. Il existe des acides uriques facilement précipitables, ce sont ceux qui proviennent en première ligne du régime carné, ensuite du régime lacté et des légumineuses.

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, avril 1906.

L'urine d'un sujet constamment soumis au régime végétarien ne contient jamais trace d'acide urique précipitable spontanément par l'acidité de l'urine propre ou par l'acide chlorhydrique.

Il est probable qu'en pareil cas l'acide urique n'est pas libre dans l'urine et peut être engagé, suivant les cas, dans des combinaisons plus ou moins facilement précipitables. Suivant Fauvel, l'acide urique serait modifié chimiquement par une oxydation l'ayant fait passer à l'état de corps de constitution voisine, comme les acides uroxanique ou uroxonique, qui ont la propriété de ne plus précipiter par les acides minéraux.

On a dit aussi que l'acide urique circulant dans le sang se trouvait sous forme d'urate disodique qui est plus soluble que l'urate monosodique et qu'il y a chez les uricémiques transformation du premier dans le second, due à une diminution de l'alcalinité du sang.

Au point de vue thérapeutique, les données précédentes ont une importance considérable ; elles démontrent qu'un médicament destiné à combattre l'uricémie doit non seulement dissoudre l'acide urique *in vitro*, mais encore agir dans l'organisme vivant en modifiant l'acidité des humeurs et la constitution de l'acide urique afin de le rendre non précipitable.

M. Fauvel, par exemple, a constaté que la lithine est un précipitant de l'acide urique. Elle était, au contraire, considérée jusqu'ici comme un dissolvant. Or, elle ne jouit de cette propriété que *in vitro*.

Dans l'organisme, la lithine forme avec les phosphates de soude et d'ammoniaque ou les phosphates mixtes de ces bases un phosphate triple presque insoluble.

Les meilleurs dissolvants de l'acide urique sont évidemment les alcalins, mais parmi eux il faut faire un choix basé sur l'expérimentation et la clinique. Au point de vue expérimental, Biesenthal et Meisels ont procédé de la manière suivante : indépendamment l'un de l'autre, ils ont, par l'injection sous-cutanée de bichromate de potasse, provoqué chez des oiseaux une néphrite ayant pour résultat la production d'un dépôt d'urates en différents points du corps. Or, certains de ces animaux ont été traités par divers médicaments en même temps qu'ils recevaient du bichromate. Le borax, la lithine, le phosphate de soude n'ont donné aucun résultat; seule la pipérazine évita la formation de dépôts d'urates dans les organes et les séreuses.

D'autre part, Wittzach a démontré que la pipérazine modifie la constitution de l'acide urique par l'expérience suivante : si l'on filtre à la façon de Pfeiffer l'urine d'un goutteux ayant préalablement subi le traitement par la pipérazine, loin d'abandonner son acide urique, elle en absorbe au contraire. La pipérazine a rendu l'acide urique « non précipitable », suivant l'expression de Fauvel.

En clinique, les succès de la pipérazine ont confirmé les résultats expérimentaux. C'est un médicament parfait dans les diverses manifestations de l'arthritisme. Schweninger a vu disparaître grâce à elle, des tophi considérables. « J'ai obtenu dit-il, des résultats vraiment merveilleux, et je ne voudrais plus aujourd'hui exercer mon art sans le secours de la pipérazine. »

Dans la lithiase rénale, le professeur A.-A. Eshner (de Philadelphie) conclut qu'il ne faut jamais songer à opérer les calculs avant d'avoir, grâce à un traitement suffisant par la pipérazine, obtenu leur désagrégation.

Dans le diabète, M. Gruber a vu par la pipérazine le sucre diminuer peu à peu dans les urines.

Dans le rhumatisme, les sciatiques, certaines dermatoses, la pipérazine a donné d'excellents résultats entre les mains de MM. Wittzach, Henbach, Bardet, Ritter, Schots, etc.

Au point de vue chimique, la pipérazine est un alcalin organique, non caustique et non toxique du groupe des pyridines. Elle possède la propriété de dissoudre de très grandes quantités d'acide urique elle se combine à lui en donnant un urate soluble dans 47 fois son poids d'eau; c'est de beaucoup le sel urique le plus soluble.

Administrée à l'intérieur même à la dose de 1 à 3 grammes par jour, la pipérazine est absolument inoffensive, et son emploi peut être prolongé très longtemps sans aucun inconvénient.

Ne pas oublier qu'en raison de sa *déliquescence* la pipérazine ne peut être prescrite en nature, soit en cachets, soit en paquets. La meilleure forme pharmaceutique est le granulé effervescent qui est de conservation presque indéfinie et constitue un remède facilement accepté par le malade, bien toléré par l'estomac et rapidement assimilé grâce à sa solubilité en présence de l'acide carbonique naissant.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur la présence de bacilles typhiques dans les poux des typhiques. (Nakao-Abe. *Munch. med. Wochens.*, 24 sept. 1907, n° 29, p. 1924.) — Nakao-Abe s'est demandé si l'on ne pourrait déceler la présence de bacilles d'Eberth dans le corps des poux et des puces ayant piqué des typhiques, ou les personnes soignant ces malades.

Il a procédé de la façon suivante : les poux ou les puces sont lavés, immergés quelques minutes dans une solution de sublimé à 0,1 p. 100; puis lavés à plusieurs reprises dans l'eau stérilisée et finalement broyés dans un mortier aseptique. Une partie du produit de broyage est inoculée à la souris; le restant est ensemencé par frottement sur des plaques de Drigalski-Conradi et d'Eudo.

Enfin l'éprouvette qui a reçu les produits de broyage est remplie de bouillon et mise à l'étuve.

Nakao-Abe a étudié par ces différents procédés les poux de quatre typhiques et trois fois il a constaté la présence de bacilles d'Eberth dans le corps de ces parasites.

Par contre chez des puces, capturées sur deux infirmières, il n'a pu déceler la présence du bacille typhique.

Il en conclut que les parasites vivant sur le corps des typhiques peuvent être des agents de propagation de la maladie.

A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

Fracture isolée du grand trochanter. (George E. Armstrong. *Ann. of Surg.*, vol. XLVI, n° 2, août 1907, p. 292-297.) — Un homme vigoureux de trente-trois ans reçoit sur la cuisse, par derrière, un sac de farine pesant plus de 60 kilogrammes. Douleur et impotence; gonflement dans la région du grand trochanter. Douleur à la pression, ecchymose considérable. Pas de raccourcissement. Mouvements possibles dans toutes les directions, mais peu étendus. Pas de rotation en dehors, pas de relâchement du tenseur du fascia lata. Une radiographie montre un arrachement du grand trochanter dans la partie externe de sa base, la partie interne restant attachée à l'os, semble-t-il, par le périoste et des trousseaux fibreux. Le membre tout entier, légèrement fléchi à la hanche et au genou, fut immobilisé en forte abduction, mais sans rotation, dans un spica plâtré. Guérison, vérifiée par la radiographie, en trois semaines.

Ces fractures isolées sont très rares. Morris en a réuni six cas, Shinson parle de sept pièces de musées; il y a quelques autres cas, mais les auteurs ne distinguent pas bien entre la fracture isolée et celle qui s'accompagne de fracture du col. La disjonction de l'épiphyse trochantérienne chez les jeunes sujets est un peu plus fréquente (treize cas). La fracture est généralement le résultat d'une violence directe frappant par derrière ou d'une chute sur la hanche. Neck cependant, relate un cas de fracture par contraction musculaire au moment où le blessé soulevait un sac lourd.

Le déplacement est variable et en rapport avec l'arrachement plus ou moins complet du périoste. L'impotence est souvent peu marquée, les blessés continuant leur travail. Quand le fragment est complètement détaché, il peut être attiré en haut de 6 centimètres. La crépitation peut être quelquefois obtenue.

Le pronostic est réglé par l'intégrité du périoste et le déplacement. Si celui-ci est peu marqué, l'immobilisation et le repos au lit suffisent. Quelquefois il se produit une néarthrose. Il serait facile, s'il était nécessaire de suture, d'encheviller ou de clouer le fragment. F. GARDNER.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la syphilis par l'atoxyl. (G. SCHERBER. *Wien. klin. Woch.*, 26 sept. 1907, n° 39, p. 1165.) — L'auteur étudiant les résultats fournis par le traitement de la syphilis par l'atoxyl à la clinique des maladies cutanées et vénériennes de Vienne, arrive aux conclusions suivantes :

Il faut employer l'atoxyl sous forme de solution à 10 p. 100, stérilisée pendant deux minutes à 100 degrés et toujours fraîchement préparée. On injecte tous les deux jours 2 centimètres cubes de cette solution.

A cette dose on évite les accidents d'intoxication ; il faut néanmoins surveiller soigneusement les malades à ce point de vue à cause des idiosyncrasies.

L'atoxyl exerce une action indéniable sur tous les exanthèmes syphilitiques, sur toutes les manifestations cutanées depuis la papule jusqu'à la gomme ; son action rapide sur certaines gommes est remarquable. Il agit de même favorablement sur les lésions des muqueuses.

L'action de l'atoxyl se rapproche beaucoup de celles du mercure ; mais en général, aux doses où on doit employer l'atoxyl, ce médicament agit avec moins d'efficacité que le mercure. De plus l'arsenic est rapidement éliminé de l'organisme ; aussi son action n'est pas durable ; comme on ne peut guère faire plus de quinze à trente injections sans interruption on peut voir survenir après la cessation une récidive des accidents syphilitiques.

Dans la syphilis maligne précoce, l'atoxyl agit favorablement, mais pas d'une façon plus intense et plus rapide que le traitement mercuriel.

En résumé, comme l'atoxyl améliore certainement les forces des sujets, on peut l'utiliser dans l'intervalle des périodes de traitement mercuriel.

Enfin les emplâtres à l'atoxyl à 10 p. 100 se montrent très actifs et sont recommandables dans le traitement local des manifestations cutanées syphilitiques. A. LEMIERRE.

La banane dans le traitement des diarrhées aux colonies. (COLLIN. *Gaz. heb. des sc. méd. de Bordeaux*, n° 47, 24 nov. 1907.) — En présence des résultats souvent tardifs et incertains du traitement des diarrhées en général par les moyens habituels (purgatifs suivis de potions gommeuses, opiacées, antiseptiques ou astringentes simultanément au régime lacté), M. Collin, médecin des troupes coloniales, a eu recours en maintes occasions à un régime composé uniquement de bananes stérilisées et réduites en purée par une ébullition prolongée. Ce traitement lui fut inspiré par un médecin hollandais qui l'avait expérimenté à Java, et aussi par la nécessité d'instituer un régime aux diarrhéiques en l'absence de lait frais.

La quantité de purée prescrit varie de 300 à 1000 grammes par jour, suivant l'appétit du malade, accompagnée parfois d'une petite quantité de boisson (eau de riz légère ou limonade lactique à 2 p. 100). Dans les diarrhées simples ou chroniques le régime de la banane est indiqué, en revanche ce régime n'amène pas de modifications appréciables dans les cas graves compliqués de symptômes dysentériformes. Les observations montrent qu'aussitôt le régime établi, les selles diminuent de fréquence, augmentent de consistance, les contractions abdominales s'atténuent et disparaissent, et l'état général s'améliore surtout avec rapidité.

Les propriétés de la banane semblent dues à sa richesse en sucre et en amidon. L. GAYARD.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 117, 29 sept. 1907.) BERRI et BELGRANO : Aggressines agissant vis-à-vis de la cocaïne et de la morphine. — Abbo CALISTO : Influence du massage de la région rénale sur les échanges des néphritiques. — Canestro CORRANO : La glycosurie phlorydzinique dans les maladies infectieuses. — Ugo FABRIS : A propos de l'action antipyrétique de la marétine dans les formes de la tuberculose. — Emilio NAPOLEONE : Le traitement chirurgical de la péritonite purulente généralisée. Cas clinique. — Prof. BOSSI : Pour la prophylaxie contre les déformations du bassin causées par le rachitisme. — Armando BUSSI : Le traitement médico-chirurgical de la péritonite tuberculeuse. — (N° 120, 6 oct.) Congrès sanitaire de la Haute-Italie, Parme, septembre 1907. — Congrès italien de pédiatrie, Padoue, 2-6 octobre 1907. — T. SILVESTRI : A propos de la glycérine comme moyen de différenciation du bacille d'Eberth du bacterium coli commune.

Revue neurologique. — (N° 20, 30 oct. 1907.) COURTELLEMONT : Paraplégie spasmodique familiale. — BYCHOWSKI : Pourquoi certains hémiplégiques ne peuvent-ils pas soulever simultanément les deux jambes ?

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 41, 10 oct.) HOFBAUER : Contribution expérimentale à la question du carcinome. — ORTHNER : La nature de l'avidité des cellules pour les substances nutritives et l'origine des tumeurs. — SCHATTENFROH : Les fondements de l'examen hygiénique de l'eau. — POLLAK : Contribution à l'hyperémie active de Bier en gynécologie. — PENDT : Sténose intestinale après étranglement herniaire et taxis. — RUFF : Météorisme et paralysie intestinale dans une septicémie d'origine extra-abdominale. — TOPOLAUSKI : Sur la question du système chromaffine. — (N° 43, 17 oct.) GRASSBERGER et SCHATTENFROH : Questions d'immunité. — GHON : Méningocoques et bactéries voisines. — KRAUS : Sur la toxine et l'antitoxine du vibrion cholérique. — HERZ : Réaction de Grüber Widal influencée par un érysipèle secondaire. — MAYR : La sécrétion du suc gastrique et ses rapports avec les moulages pcychopathologiques. — PORGES et NEUBAUER : Sur la réaction des colloïdes dans les suspensions aqueuses de lécithine et de cholestérine. — KREIBICH : Sur l'hydroa vacciniforme et le catarrhe printanier. — REINHARDT : Sur l'emploi du bouton de Murphy. — HERZ : Sur l'orthodiagraphie du cœur.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DES CAVERNES PULMONAIRES [1]

L'auscultation *de la voix* donne à l'oreille tantôt un murmure fort, à timbre caverneux, mais indistinct (bronchophonie caverneuse), tantôt ce même murmure nettement articulé (pectoriloquie). Dans ce dernier cas, la voix semble sortir directement de la poitrine, les paroles frappent l'oreille comme si elles se formaient au point où on ausculte. La pectoriloquie est presque pathognomonique de la présence d'une caverne, mais elle n'est pas constante.

Si le malade parle à voix basse, on entend la *pectoriloquie aphone;* la voix chuchotée se transmet très nettement à l'oreille et toutes les syllabes sont perçues. La pectoriloquie aphone n'a pas une très grande valeur comme signe cavitaire, car elle s'entend aussi en cas d'épanchement pleural, et même de spléno-pneumonie, de pneumonie franche.

L'auscultation de la toux ne doit jamais être négligée; d'abord, parce qu'on entend une *toux caverneuse* avec sensation de déchirement pénible que perçoit l'oreille, et cette toux caverneuse est le plus sûr de tous les signes des excavations (Faisans); ensuite, parce que la toux confirme et accentue les autres signes physiques, tels que le souffle et le râle caverneux.

Il est exceptionnel qu'on puisse provoquer, en cas de grande excavation, le phénomène de la *fluctuation thoracique* ou succussion hippocratique.

De ces nombreux signes cavitaires, les trois principaux, tous trois découverts par Laënnec, sont le souffle caverneux, le gargouillement et la pectoriloquie; la toux caverneuse est aussi un signe très important. Mais, pour constater ces signes, il faut que la caverne soit ouverte, c'est-à-dire en communication avec une bronche. Les cavernes peuvent être *fermées* provisoirement quand elles sont remplies de liquides et quand la bronche afférente est oblitérée par des exsudats, ou définitivement quand, dans une caverne en voie de guérison, la bronche a été comprise dans le processus fibreux. Ces cavernes fermées sont d'un diagnostic beaucoup plus difficile; les seuls signes physiques sont la matité et la diminution ou l'absence du murmure vésiculaire.

D'ailleurs, même en cas de caverne ouverte, les signes cavitaires peuvent manquer et dans plusieurs circonstances : rétrécissement du larynx et de la trachée (Barth), accolement des parois de la caverne par une énorme infiltration tuberculeuse périphérique (Woillez), présence de fausses membranes très épaisses, retrait du poumon à la suite d'un pneumothorax.

C'est dans ces cas que la *radioscopie* et la *radiographie* peuvent être utiles. Les cavernes se présentent sous forme de taches claires, plus ou moins arrondies, entourées d'un anneau sombre; la périphérie est limitée par un bord opaque avec un contour dégradé. Tel est l'aspect d'une caverne vide. Quand la caverne est remplie de liquide, la zone centrale transparente est remplacée par une zone sombre; ainsi donc l'espace clair disparaît ou apparaît, suivant que l'examen précède ou suit, une abondante expectoration (Béclère).

Etat général. — L'état général du malade est toujours atteint à un degré quelconque. Mais il existe de grandes variations dans cette atteinte. Ainsi, dans la gangrène pulmonaire, l'affection a une évolution aiguë; le malade est prostré, a une température élevée. Dans la plupart des autres cas, il s'agit d'une affection chronique et le malade évolue vers la cachexie et la consomption; il a souvent de la fièvre hectique.

De nouveaux symptômes peuvent apparaître du fait de l'évolution anatomique des cavernes ou de quelque complication. Les *hémoptysies* sont assez fréquentes; la caverne peut s'ouvrir dans la plèvre, d'où un *pneumothorax*; on cite quelques cas de cavernes tuberculeuses communiquant avec l'extérieur par une fistule (Bouchut, Tschistowitsch).

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 133, p. 1594.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — La *dilatation des bronches* a des symptômes fonctionnels et des signes physiques qui se rapprochent parfois de ceux des cavernes pulmonaires; cependant l'expectoration est plus abondante; les crachats mis dans un verre se séparent en plusieurs couches; les signes physiques sont perçus à la base ou à la partie moyenne du poumon; l'appétit, les forces, l'embonpoint sont conservés. Le contraste entre les signes physiques et les symptômes généraux est un élément très important de diagnostic, du moins pendant une certaine période, car le malade finit par arriver à l'hecticité et prend l'aspect d'un tuberculeux pouvant même présenter la déformation hippocratique des doigts (Comby); c'est alors le résultat négatif de la recherche du bacille de Koch dans les crachats qui permet d'éliminer la caverne tuberculeuse.

Le *pneumothorax* partiel a plusieurs signes communs avec une grande caverne : son métallique, souffle amphorique, bruit de succussion hippocratique même. Mais les vibrations thoraciques sont abolies dans le pneumothorax tandis qu'elles sont conservées ou exagérées au niveau d'une caverne. Le pneumothorax a généralement un début brusque, avec douleur violente et dyspnée vive au moment de la perforation pleurale; quand il succède à une pleurésie purulente enkystée, le malade a eu une vomique.

Les signes cavitaires peuvent encore être produits par une *caverne ganglionnaire*, un *abcès froid* d'origine médiastine ou vertébrale ouvert dans les bronches; le siège du foyer cavitaire est alors vers le hile du poumon (Marfan). On apprend que le malade a brusquement craché du pus en abondance au moment de l'ouverture du ganglion ou de l'abcès froid.

Enfin, on peut percevoir, dans plusieurs circonstances, des signes cavitaires, alors qu'il n'existe pas d'excavations; ces *signes pseudo-cavitaires* sont produits par la présence de masses tuberculeuses ou autres dans le médiastin (adénopathie trachéo-bronchique, néoplasmes du médiastin, anévrisme de l'aorte); ils peuvent encore apparaître surtout chez l'enfant, dans la pleurésie et la pneumonie.

Les *adénopathies trachéo-bronchiques* transmettent à l'oreille les bruits produits dans la trachée et les bronches; le souffle peut avoir le caractère caverneux et même amphorique; des râles muqueux, transmis par la masse ganglionnaire, prennent parfois une telle intensité qu'ils rappellent le gargouillement. Mais la matité va en augmentant du moignon de l'épaule à l'axe du corps; le maximum du souffle est très près de la colonne vertébrale (Baréty).

Chez l'enfant, certaines *pleurésies* séro-fibrineuses ou purulentes à grand épanchement donnent naissance à des signes pseudo-cavitaires, soit par simple refoulement du poumon en haut et en avant, soit par transmission de bruits dépendant de lésions pulmonaires sous-jacentes. On entend alors, sous la clavicule, du souffle caverneux, du gargouillement, une résonance caverneuse de la voix et de la toux et même un bruit de pot fêlé. Mais on trouve d'autre part à la base du poumon de la matité et autres signes d'épanchement pleural; une ponction exploratrice confirme le diagnostic.

(*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de pathologie générale, par Paul Courmont, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 colombier, cart. toile, de 1100 p., avec 121 fig. dans le texte. (Collect. Testut.) — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

Pression artérielle et glandes à sécrétion interne (foie, reins, surrénales, hypophyse). Essai de pathologie expérimentale, par le docteur J. Parisot, chef de clinique à la Faculté de médecine de Nancy, préface par le professeur H. Roger. In-8 de 560 pages, avec 11 figures intercalées dans le texte et 4 planches hors texte. — Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 137. — SAMEDI 30 NOVEMBRE 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 30 NOVEMBRE 1907. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 27 novembre. — Question donnée : « Thoracentèse. »

M. Leroy (Maxime), 15; Mme Honoré, 12; MM. Rigault-Ancel, 11; Leroy (René) et Lambour, 14; Marcorelles, 18; Latour, 14; Kudelski, 16; Kuhn, 14.

Anatomie. — Séance du 27 novembre. — Question donnée : « Artère poplitée et ses branches. »

MM. Girod (Fernand), 14; Hanriot, 6; Guillaume, 14; Selles, 12; Mme Honoré, 7; MM. Houssiaux, 16; Bettinger, 12; Guinaud, 9; Sarrazin, 12; Goulfier, 16; Fortineau, 9; Héricourt, 15; Mlle Gastov-Gastovski, 12; MM. Géraud (Jean), 17; Weisweiller, 7.

Anatomie. — Séance du 28 novembre. — Question donnée : « Anatomie du nerf médian. »

MM. Jacquemin, 10; Filâtre, 13; Hémery, 12; Gavronski, 15; Garnier, 12; Girard (Lucien), 17; Frèze, 5; Grodville, 10; Herdhébaut, 12; Mlle Giboulot, 13; MM. Gaudrat, 6; Gauraz, 10; Mlle Guichardon, 8; MM. Girardot (Edouard), 12; Ignard, 15; Ropiteau, 6.

La prochaine séance aura lieu le samedi 30 novembre, à quatre heures, fin de la première moitié, troisième série et des candidats excusés.

— L'honorariat est conféré aux docteurs Hallopeau, médecin de l'hôpital Saint-Louis; Terrier, professeur de clinique chirurgicale à la Pitié; Humbert, chirurgien de l'hôpital Cochin, et Porak, accoucheur en chef de la Maternité.

— Par suite de la retraite de MM. Humbert et Terrier, et du décès de M. Poirier, les mutations suivantes ont lieu parmi les chirurgiens des hôpitaux de Paris :

M. Picqué passe de Bichat à Lariboisière, M. Hartmann, de Lariboisière (urinaires) à Bichat, M. Arrou, de Saint-Louis (enfants) à la Pitié, M. Guillemain, d'Ivry à Cochin-annexe (ancien Midi), M. Launay, de Bicêtre à Saint-Louis (enfants), M. Auvray, du Bureau central à Ivry, M. Riche, du Bureau central à Bicêtre, M. Marion, du Bureau central à Lariboisière (urinaires).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — M. le professeur Gross est nommé doyen de la Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Dijon. — Deux concours s'ouvriront le 25 mai 1908 devant la Faculté de Lyon pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie, et de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. Godfrin, professeur d'histoire naturelle médicale, est nommé directeur de l'école supérieure de pharmacie de Nancy.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 25 novembre 1907 :

Médecin principal de deuxième classe. — M. Véron passe à l'hôp. milit. Villemanzy à Lyon.

Médecins-majors de première classe. — MM. Masson passe au 117e d'inf.; Simon, au 4e d'inf.; Manon, à l'hôp. milit. de Bordeaux.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Claude passe au 96e d'inf.; Dormand, aux hôpit. d'Oran; Blum, au 42e d'inf.; Laporte, au 62e d'inf.; Cousin, au 145e d'inf.; Cadet, au 148e d'inf.; Cauvet, au 29e d'inf.; Faivre, au 82e d'inf.; Rougier, au 73e d'inf.; Vèzes, au 26e d'inf.; Pécheux, à l'hôpit. milit. d'Amélie-les-Bains; Pla, au 57e d'inf.; Calais, maintenu au 3e génie; Nielsen passe au 9e esc. du train des équip.; Chaudoye, au 6e huss.; Alix, au 8e chass. à cheval; Domage, au 2e zouaves.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Van Merris passe au 26e d'inf.; Cenet, au 106e d'inf.; Maisonnave, au 9e hussards.

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Jacquemart passe à l'hôpit. milit. du camp de Châlons.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le docteur Savary, inspecteur de l'Assistance publique, passe du territoire de Belfort dans le département du Nord.

LA POPULATION FRANÇAISE EN 1906. — Le *Journal officiel* vient de publier le rapport annuel sur le mouvement de la population en 1906.

Nous y voyons que le chiffre de la population s'élevant à 39252245, il y a eu 306487 mariages, 10573 divorces, 806847 naissances, 780196 décès. Voici quelques détails sur les naissances. Nous voyons qu'en 1906, on a enregistré la naissance de 806847 enfants vivants au moment de la déclaration; il y a eu, en outre, 37326 mort-nés ou enfants morts avant la déclaration de naissance, soit au total 844173 naissances. Par rapport à la population légale recensée le 4 mars 1906, la proportion est de 2,16 p. 100, chiffre inférieur à ceux des années précédentes : 2,17 en 1905; 2,20 en 1904; 2,22 en 1903; 2,27 en 1902; 2,30 en 1901.

Les 806 847 enfants déclarés vivants comprennent 411 311 garçons et 395 536 filles, soit 1 044 garçons pour 1 000 filles,

proportion toujours à peu près invariable. Parmi les mort-nés, la proportion des garçons est plus élevée et moins constante : en 1906, on a enregistré 37 326 mort-nés, dont 21 507 garçons et 15 819 filles, soit 1 360 garçons pour 1 000 filles.

Parmi les 806847 enfants déclarés vivants, 735981 sont légitimes et 70866 illégitimes.

Au total, le nombre des enfants déclarés vivants en 1906 est inférieur de 444 unités au nombre correspondant de 1905 et de 32996 unités à la moyenne annuelle de la période décennale 1896-1905.

La proportion des enfants déclarés vivants par rapport à la population légale de 1906 est 2,06 p. 100 habitants, au lieu de 2,07 en 1905, 2,10 en 1904, 2,12 en 1903, 2,18 en 1902 et 2,20 en 1901.

Les départements où le nombre des enfants nés vivants en 1906, rapporté à la population légale, atteint les valeurs les plus considérables sont : Finistère, 3 p. 100; Pas-de-Calais, 2,85 ; Morbihan, 2,62 ; Côtes-du-Nord, 2,58 ; Seine-Inférieure, 2,56; Nord, Lozère, 2,40; Vosges, 2,36; Meurthe-et-Moselle, 2,35 ; Haute-Vienne, 2,32.

Les départements où cette proportion est restée la plus faible sont : Lot-et-Garonne, 1,47 p. 100 ; Gers 1,52; Yonne, 1,55 ; Haute-Garonne, 1,62 ; Tarn-et-Garonne, 1,63 ; Côte-d'Or, Gironde, Lot, 1,64; Puy-de-Dôme, 1,65; Nièvre, 1,68; Allier, 1,70.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-septième semaine, 867 décès, au lieu de 825 pendant la semaine précédente et de 872, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

La fièvre typhoïde a causé 9 décès au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 37 au lieu de 55 pendant la semaine précédente (moyenne 45).

La variole n'a causé aucun décès depuis six semaines (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 6, comme pendant la semaine précédente (moyenne 10).

La rougeole a causé 3 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 151 au lieu de 138 précédemment et au lieu de 99, moyenne des quatre dernières années. On remarquera le nombre élevé des cas de rougeole dans le quartier du Pont-de-Flandre.

La scarlatine a causé 3 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 161 ; il s'élevait à 196 pendant la semaine précédente (moyenne 58).

La coqueluche a causé 1 décès; il n'y avait pas eu de décès la semaine précédente (moyenne 2).

La diphtérie a causé 3 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 5); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 56, au lieu de 55 pendant la semaine précédente (moyenne 73).

La diarrhée infantile a causé 29 décès de 0 à 1 an, au lieu de 28 pendant la semaine précédente (moyenne 26).

En outre, 15 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 135 décès, au lieu de 133 pendant la semaine précédente (moyenne 133).

La phtisie pulmonaire a causé 188 décès (moyenne 190).

VARIÉTÉS

LE LABORATOIRE DE PHOTOTHÉRAPIE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

M. de Beurmann, chef de service à l'hôpital Saint-Louis et directeur du laboratoire de photothérapie, a inauguré lundi, ainsi que nous l'avons annoncé, en présence de M. Mesureur, directeur général de l'Assistance publique à Paris, et devant une assistance nombreuse, la nouvelle installation de son laboratoire de traitement des lupus tuberculeux par la lumière. Il a exposé les principes d'une méthode qui repose sur l'utilisation des rayons chimiques de la lumière.

Voici à ce sujet quelques détails qui intéresseront nos lecteurs :

Créée en 1895 par le professeur Finsen (de Copenhague) avec une précision rare, cette adaptation nouvelle de la lumière à la thérapeutique mérite justement le nom de finsenthérapie.

Elle utilise d'une part l'action prépondérante des rayons bleus, violets et ultra-violets, qui composent les radiations chimiques de la lumière sur les phénomènes excito-moteurs et, d'autre part, l'action bactéricide de ces mêmes rayons.

C'est pour combattre le lupus, affection tuberculeuse particulièrement rebelle de la peau, que Finsen a construit un appareil capable de mettre à profit les propriétés si remarquables des rayons chimiques.

La source lumineuse est un arc voltaïque de 60 à 80 ampères.

Les rayons émanés de cet arc sont recueillis par un appareil concentrateur composé de lentilles de quartz qui rendent les rayons d'abord parallèles, puis convergents. Le point à traiter est placé au foyer des rayons lumineux.

Les rayons calorifiques sont absorbés par un dispositif spécial situé à la partie supérieure de l'appareil concentrateur, mais cette absorption est incomplète et il est nécessaire que le refroidissement soit achevé au niveau de la peau.

Un appareil formé de deux lentilles de quartz, entre lesquelles circule un courant d'eau froide, remplit ce but.

Cet appareil, appelé compresseur, sert aussi à anémier les tissus, condition indispensable pour que l'hémoglobine du sang n'absorbe pas les rayons chimiques et n'empêche pas leur action en profondeur.

L'application sur chaque point dure une heure et l'effet du traitement se caractérise par une rubéfaction locale généralement suivie de la formation d'une vésicule n'occasionnant jamais aucune perte de substance. Cette réaction aboutit dans un laps de six à huit jours à une exfoliation épidermique.

Il est généralement nécessaire de faire cinq ou six applications sur la même place : ces applications peuvent se faire à des intervalles de huit à quinze jours.

Les avantages de cette méthode sont les suivants :

1° L'effet est très remarquablement constant, on obtient 70 à 80 p. 100 de guérisons complètes.

2° Le résultat esthétique est le plus parfait possible, car le traitement a cette propriété d'être essentiellement conservateur.

3° Les parties contiguës à la périphérie, en apparence saines, où il existe souvent des foyers morbides, peuvent être impliqués dans le traitement sans qu'il en résulte de cicatrices.

4° Le procédé est indolore.

Les inconvénients de la méthode sont sa cherté, sa lenteur.

Le premier reproche tombe de lui-même dans une installation importante, la dépense d'électricité variant en raison inverse du nombre des appareils dans un montage en série.

Quant à la lenteur, ce reproche n'est plus à faire ici. En effet, l'Assistance publique, qui en 1904 avait déjà donné un second appareil au laboratoire, vient cette année même de lui en accorder deux autres.

Les malades pourront avoir des séances plus fréquentes et la durée de leur traitement en sera d'autant diminuée.

Après l'exposé théorique de la photothérapie par M. de Beurmann, le docteur Degrais, chef de laboratoire, a démontré le fonctionnement des appareils de Finsen dont il dirige les applications depuis l'installation du premier qui a été faite en 1901.

Il a expliqué leur mise au point et insisté sur les qualités d'une bonne application. Les rayons lumineux doivent tomber perpendiculairement sur la région à traiter; dans ce but M. Degrais a fait construire un petit appareil qui s'adapte à l'extrémité inférieure de l'appareil concentrateur par un collier muni d'une vis de serrage.

De ce collier et perpendiculairement à lui, partent quatre tubes creux dont deux renferment un ressort à boudin.

A l'extrémité libre de ces tubes s'adapte le compresseur qui maintenu parallèle à l'extrémité inférieure de l'appareil concentrateur reçoit perpendiculairement les rayons. Les ressorts servent à faire la compression.

A la fin de la réunion M. Degrais présenta enfin des malades choisis parmi les lupus les plus étendus et les plus rebelles qui témoignent des heureux résultats obtenus par la photothérapie.

REVUE GÉNÉRALE (1)

CLASSIFICATION ET PATHOGÉNIE DES PURPURAS

Par MM. A. BÉRARD et Ch. ROUBIER,
Internes des hôpitaux de Lyon.

Nous rappellerons tout d'abord qu'on désigne communément sous le nom de purpura un syndrome comprenant toute une série de types cliniques, dans lesquels il y a toujours des taches cutanées à type hémorragique. Ces taches, qui à cause de ce caractère ne disparaissent pas par la pression du doigt, sont, au début, d'une coloration rouge vif; elles deviennent ensuite violacées, noirâtres ; puis elles évoluent comme des ecchymoses traumatiques, jaunissent et disparaissent.

Les éléments éruptifs du purpura ont pu, suivant leur configuration, être divisés en pétéchies, ecchymoses et vibices. Les pétéchies sont de petites taches punctiformes, arrondies ou ovalaires, non saillantes, variant entre 1 et 10 millimètres de diamètre. Les ecchymoses sont des plaques violacées beaucoup plus larges, dont les dimensions sont parfois considérables (segment de membre). Enfin, quand les taches sont allongées en forme de stries hémorragiques, on les désigne parfois sous le nom de vibices.

Les pétéchies se groupent souvent en larges placards ou en petits îlots espacés. Enfin elles peuvent être saillantes, et l'épiderme qui les recouvre est parfois soulevé par des phlyctènes ou des bulles à liquide hémorragique.

I

Classification. — Les classifications du purpura ont été assez nombreuses; nous ne signalerons que les principales. Alibert, en 1832, distinguait les purpuras formés d'un fin piqueté hémorragique (pélioses), et ceux formés de macules ou d'ecchymoses espacées (purpuras à pétéchies). Plus tard, Willan remarque que dans quelques cas l'éruption cutanée s'accompagne d'hémorragies muqueuses marquées, et que dans d'autres cas celles-ci sont faibles ou n'existent pas ; dans le premier cas, on a affaire à un purpura hémorragique, tandis que le purpura est dit simplex ou exanthématique si l'éruption cutanée est prédominante.

Ces classifications tiennent compte de l'aspect clinique du purpura ; d'autres se basent plutôt sur l'étiologie. Ainsi Mathieu, en 1877, distingue les purpuras rhumatoïde, sporadique, infectieux primitif, toxique, des anémies graves et des cachexies. Du Castel, dans sa thèse d'agrégation (1883), divise les purpuras en purpuras rhumatismal, cachectique, toxique, mécanique et consécutif à des lésions du système nerveux. De même Hayem distingue les purpuras simplex, rhumatismal, toxique, hémorragique (maladie de Werloff), nerveux ou trophonévrotique.

Nous passons sous silence d'autres classifications moins célèbres, et nous arrivons à celle proposée par Thibierge, admise par Marfan, Gaucher, développée par Apert dans sa thèse. Ces auteurs distinguent d'abord les *purpuras primitifs ou idiopathiques*, et *secondaires ou deutéropathiques;* dans les premiers, les manifestations purpuriques ne succèdent à aucune maladie définie, tandis que dans les seconds la maladie causale est bien déterminée. Les *purpuras primitifs* sont classés en purpura rhumatoïde ou exanthématique, purpura infectieux ou hémorragique, et purpura ecchymotique ou maladie de Werloff; et ce classement se base à la fois sur l'aspect clinique des taches, sur l'existence ou l'absence d'hémorragies, et sur la nature probable de la maladie (toxémie pour le purpura rhumatoïde ; infection générale pour le purpura infectieux; affection hépatique pour la maladie de Werloff). Quant aux *purpuras secondaires*, on les divise, suivant la maladie causale, en purpuras de cause locale ou mécanique, et purpuras de cause générale, ceux-ci comprenant les purpuras nerveux, infectieux, toxiques, vasculaires.

Cette classification, admise par tous les classiques en ce moment, est celle qu'on adoptera dans ce travail. Disons cependant que quelques auteurs critiquent cette distinction des purpuras primitifs et secondaires, car au fond tout purpura est secondaire à une infection ou une intoxication, et que la maladie causale soit bien déterminée ou que le purpura soit une manifestation d'une infection mal précisée, il n'y pas de différence de nature ou d'aspect clinique (Grenet). Aussi cette classification est-elle peut-être appelée à disparaître.

Enfin récemment Bensaude, puis Lenoble, étudiant après Hayem les modifications du sang dans les purpuras, proposent une classification d'après les caractères hématologiques, dont nous dirons un mot à la fin de cet article.

A. Purpuras primitifs. — 1° *Purpura exanthématique ou rhumatoïde* (purpura exanthématique rhumatismal de Mathieu, purpura rhumatismal de Besnier, péliose rhumatismale de Schönlein, purpura myélopathique de Faisans). Confondu autrefois avec le rhumatisme vrai, il en a été séparé par Besnier. C'est surtout une maladie de l'enfance, il est plus rare chez l'adulte. Il débute par quelques prodromes (malaise général, douleurs vagues, légère température), et à la période d'état il se caractérise par une triade symptomotique : éruption, syndrome pseudo-rhumatismal, et phénomènes gastro-intestinaux.

α. L'*éruption* purpurique est formée de *pétéchies*, surtout confluentes à l'extrémité des membres, prédominantes aux membres inférieurs. Cet exanthème a le plus souvent une disposition symétrique; et on n'a signalé que quelques rares cas d'exanthème unilatéral (Apert). Dans d'autres cas peu nombreux, les taches ont une systématisation spéciale ; Roger a signalé un purpura métamérique, et Ramond un purpura radiculaire par intoxication salicylée. Armand Delille a signalé encore récemment deux cas de purpuras à topographie radiculaire.

Chaque élément éruptif disparaît au bout de huit à quinze jours en prenant une teinte cuivrée, en

(1) Reproduction interdite.

même temps que de nouvelles taches apparaissent; ce purpura évolue en effet par poussées successives, survenant sans cause, où à la moindre fatigue, ou simplement sous l'influence de la station debout (Apert); Achart et Grenet ont donné aux formes où cette influence est la plus nette le nom de *purpura orthostatique*.

β. *Syndrome pseudo-rhumatismal.* — Il existe en même temps des douleurs spontanées dans les articulations et les gaines tendineuses; elles envahissent de préférence les genoux et les cous-de-pied, plus rarement les poignets et les articulations des doigts. Dans quelques cas il y a arthalgie simple; dans d'autres cas, il y a du liquide et on a le choc rotulien; mais, contrairement à ce qui existe dans le vrai rhumatisme, ces arthropathies sont fixes et la peau garde à leur niveau sa coloration normale.

On trouve souvent de l'*œdème* simple et dépressible en des points très variables, face, scrotum, membres inférieurs; dans quelques cas, ces œdèmes peuvent devenir rouges, douloureux, s'accompagner de traînées lymphangitiques (Couty) et revêtir un aspect pseudo-phlegmoneux. Cet aspect est le plus fréquent au dos de la main et forme l'érythème pourpré fébrile (Soyer). On peut aussi, dans quelques cas, voir alterner avec les taches purpuriques des placards d'érythème maculeux, papuleux ou noueux.

γ. *Troubles gastro-intestinaux.* — Ils sont constants, mais variables. Faibles et presque nuls dans beaucoup de cas, ils acquièrent dans d'autres une acuité considérable, et ils peuvent, soit précéder soit accompagner l'éruption pétéchiale. Ils consistent alors en coliques abdominales vives et en vomissements alimentaires ou bilieux, ou parfois en hématémèses. Suivant Calmels, ils se présentent sous divers aspects : Dans certains cas, les douleurs simulent celles de la colique hépatique ; dans d'autres, la douleur épigastrique vive et la rétraction de l'abdomen font penser à la colique de plomb (Hutinel). Parfois, au contraire, le météorisme fait songer à une péritonite ou à une appendicite (David), et on fait une laparotomie (*forme pseudo-péritonéale* du purpura rhumatoïde), ou encore les accidents rappellent absolument ceux de l'occlusion intestinale (vomissements fécaloïdes, Judson). On opère, et souvent on ne trouve que de la congestion ou des taches ecchymotiques de l'intestin, parfois on trouve une invagination intestinale. Celle-ci a été en effet signalée par quelques auteurs à la laparotomie; par suite des hémorragies intestinales, il y aurait en certains points parésie intestinale et dilatation du segment intestinal correspondant, d'où invagination du segment sus-jacent (Sutherland et Burrows). Dans des cas de Wierhoff, de Michigan, on a noté des ulcérations de l'intestin avec parfois foyers nécrotiques et perforations intestinales.

Disons enfin que dans quelques cas les douleurs et les vomissements simulent, par leur apparition brusque et leur intensité, les crises gastriques qui apparaissent dans certaines affections nerveuses, le tabes surtout.

Pour Calmels, dans la plupart des cas, les lésions du tube digestif et du péritoine ne suffisent pas à expliquer ces troubles digestifs et on est obligé d'admettre l'influence du système nerveux réagissant sous l'action de la cause du purpura.

δ. *Autres symptômes.* — Les hémorragies muqueuses sont rares ; on peut voir des hématémèses et du mélæna; il y a très rarement des épistaxis, des hémoptysies, des hémorragies buccales.

On a signalé parfois des troubles nerveux, et observé des troubles sensitifs, hyperesthésie à la douleur et au contact; on a vu quelquefois les réflexes rotuliens abolis. Clément a signalé dans un cas l'existence de la raie méningitique.

Parfois on a noté du prurit, et dans ce cas les plaques purpuriques sont ordinairement plus larges et plus saillantes (purpura urticans de Willan).

L'état général est toujours un peu atteint; il y a de la céphalée, de la courbature ; la température oscille entre 37°,5 et 38°,5 ; les urines sont rares et un peu albumineuses.

ε. *Evolution et complications.* — A cause des poussées successives, la durée de la maladie est longue parfois et varie de quinze jours à deux mois. La guérison est la règle ; la mort a été rarement signalée, et est due à la répétition de certaines hémorragies existant à titre d'exception.

Les complications sont rares. Chapron, voulant démontrer la théorie infectieuse du purpura rhumatoïde, a signalé des cas d'endocardite infectieuse : cas discutables, car l'autopsie n'a pas été faite et les souffles entendus pouvaient être anorganiques. La *néphrite* serait beaucoup plus fréquente; Villers, Parker, Fontanié en rapportent des cas ; ce serait une néphrite aiguë avec tous ses symptômes et caractérisée en outre par de fréquentes poussées d'hématurie ; elle laisserait souvent à sa suite une néphrite chronique, pour Oddo et Olmer.

2° *Purpura infectieux primitif ou hémorragique* (purpura idiopathique aigu ou typhus angio-hématique de Gomot-Landouzy; purpura à allures infectieuses d'Apert).

Ce purpura débute par des prodromes banals, ou il simule au début la grippe ou la fièvre typhoïde.

a. *Symptômes.* — L'*éruption* est formée d'un très grand nombre de pétéchies punctiformes ou lenticulaires ; elles sont réunies en groupes de trois à dix éléments irrégulièrement disséminés sur tout le corps. Çà et là on voit en outre des taches ecchymotiques atteignant ou dépassant la dimension d'une pièce de 50 centimes. Ces taches passent du violet au noir, puis au vert et et au jaune. Si elles sont très rapprochées, elles donnent à la peau l'aspect tigré décrit par Hénoch.

Cette éruption est ordinairement symétrique et prédomine aux membres inférieurs. Son apparition ne se fait pas en général par poussées brusques comme dans le purpura rhumatoïde, mais successivement et d'une façon irrégulière.

On voit en outre, dans quelques cas, sur les muqueuses, des pétéchies de dimensions très petites, ressemblant à des grains de raisin noir.

Les *hémorragies* sont à peu près constantes et souvent assez abondantes : épistaxis, stomatorragies, mélæna, hématémèses, hémoptysies (par con-

gestion pulmonaire) se voient fréquemment. Assez souvent existent des hématuries avec ou sans symptômes de néphrite. On a signalé plus rarement des hémorragies rétiniennes ou cérébrales; les hémorragies méningées sont rares et graves : Porsot et Vincent en ont vu un cas diagnostiqué par la ponction lombaire et suivi de guérison.

Les symptômes articulaires et gastro-intestinaux peuvent exister, mais sont moins fréquents que dans le purpura rhumatoïde. Le malade est abattu, la température varie de 38°5 à 40 degrés, le pouls est rapide, la langue sèche. La rate est grosse comme dans toutes les infections; le foie est souvent augmenté de volume. Il peut y avoir dans quelques cas de la tuméfaction ganglionnaire, et ce purpura peut prendre parfois une allure leucémique (Faivre).

β. *Evolution et complications.* — La mort est la terminaison habituelle et elle survient dans l'adynamie progressive ou par suite d'une complication. Outre les hémorragies graves dont nous avons parlé, on a signalé des complications infectieuses : lymphangites, phlébites, phlegmons, arthrites suppurées, pleurésies purulentes, endocardites infectieuses, méningites, etc.

La guérison ne survient que dans un tiers des cas seulement et la convalescence est fort longue.

γ. *Variétés.* — α' *La forme typhoïde* (typhus angiohématique de Landouzy) correspond au tableau symptomatique décrit; les phénomènes généraux rappellent ceux de la fièvre typhoïde.

β' Il existe une *forme suraiguë* ou foudroyante, appelée *purpura fulminant de Hénoch.* Elle se voit surtout chez les jeunes enfants au-dessous de cinq ans. Le début est brusque, l'éruption purpurique apparaît vite, formée de taches souvent bulleuses et à allure gangréneuse; il existe parfois des troubles digestifs intenses rappelant l'invagination intestinale. L'enfant rapidement tombe dans les convulsions, le délire et la somnolence. La mort survient en quelques jours, parfois en un ou deux jours, ou même en moins de vingt-quatre heures; des cas tout à fait exceptionnels de guérison ont été mentionnés (Bernis).

γ' *La forme pseudo-rhumatismale* n'est qu'un purpura rhumatoïde, accompagné d'hémorragies multiples et de signes généraux graves.

δ' *La forme subaiguë* donne des signes d'embarras gastrique fébrile, un peu de diarrhée et d'albumine, et des pétéchies discrètes; après dix jours, la guérison survient. Mais de nouvelles poussées peuvent se produire à ce moment et le purpura s'aggraver subitement.

ε' Signalons enfin une dernière forme dans laquelle les taches purpuriques prennent une allure gangréneuse; l'état général devient mauvais et le pronostic très grave (*purpura gangréneux de M. de Gimard*). La gangrène dans ce cas est toujours sèche.

3° *Purpura ecchymotique* (purpura maculeux d'Apert). — Il est caractérisé par la prédominance de larges plaques violacées sur les autres éléments purpuriques. Nous en distinguerons deux formes :

α. *Maladie de Wehrlof.* — Décrite autrefois brièvement par Wehrlof, elle a été ensuite bien définie par Wichmann, Lasègue, et plus récemment par Marfan : c'est un purpura hémorragique avec apyrexie, bénignité relative et absence de tout symptôme concomitant.

Cette maladie se voit exclusivement chez l'enfant de cinq à quinze ans, et de préférence chez les filles.

Le début est brusque sans prodromes; il est souvent marqué par une épistaxis ou une stomatorragie, ou bien c'est par hasard en examinant l'enfant qu'on constate les ecchymoses. Ces ecchymoses cutanées sont énormes, et font croire que l'enfant a été roué de coups; dans leur intervalle, on peut voir quelques pétéchies ou vibices peu nombreuses.

Les hémorragies muqueuses sont très fréquentes, surtout les épistaxis et les stomatorragies; on voit souvent quelques pétéchies lenticulaires sur la muqueuse buccale. Les hématémèses et le mélæna sont rares; les hémoptysies et les hématuries ne sont pas observées. L'état général reste très bon; il n'y a ni douleurs, ni température, ni troubles gastro-intestinaux.

La maladie dure de quinze jours à trois semaines et guérit complètement. Bucquoy et Lancereaux ont cependant signalé une forme grave par l'abondance des hémorragies.

β. *Purpura chronique à grandes ecchymoses* (formes chroniques du purpura hémorragique, maladie de Wehrlof chronique). — Cette variété de purpuras primitifs a été décrite récemment. Marfan, Apert et Rubé en avaient signalé quelques cas; Nanu la décrivit en détail dans sa thèse. Ultérieurement beaucoup de cas furent publiés, réunis dans la thèse de Miodet; Bensaude et Rivet décrivirent plusieurs formes cliniques de cette variété de purpuras primitifs, et apportèrent de nouvelles notions pathogéniques.

Les symptômes sont absolument identiques à ceux décrits pour la maladie de Wehrlof : début sans prodromes; ecchymoses de grandeur très variable non douloureuses, apparaissant par poussées successives, avec entre elles quelques pétéchies lenticulaires ou punctiformes; hémorragies diverses, surtout nasales et buccales; absence de tout autre trouble et conservation de l'état général. La seule différence réside dans la durée; au lieu de disparaître en quinze jours, les taches ecchymotiques persistent cinq à douze mois ou plus, et des poussées successives se produisent.

Cette affection serait plus fréquente chez l'enfant et après cinq ans; toute autre étiologie n'est pas nette. Avec Miodet, nous en distinguerons plusieurs formes cliniques.

α' *Forme continue.* — Les malades viennent pour des troubles digestifs légers et une sensation de fatigue continuelle; en les déshabillant, on découvre par hasard les ecchymoses. Il se produit des poussées de purpura hémorragique, et les phénomènes morbides : taches cutanées, hémorragies, persistent dans l'intervalle de ces poussées.

β' *Forme intermittente.* — Les crises de purpura hémorragique sont irrégulièrement espacées, quelquefois régulièrement, par exemple au moment des règles. Dans l'intervalle de ces crises, les phéno-

mènes disparaissent et il y a peu d'altération de la santé. Dans quelques cas, on peut observer des phénomènes larvés, sorte d'ébauche des grandes poussées, et il peut arriver que le moindre traumatisme provoque des ecchymoses.

γ' *Forme à réveils à longs intervalles.* — Cette forme est assez rare. Une première poussée purpurique apparaît, puis disparaît, on assiste à des réveils de la diathèse hémorragique, mais sous forme de crises intenses et parfois fébriles, après des périodes de temps considérable (quatre, huit, dix-sept ans). Dans la période latente, on ne constate rien d'anormal.

δ' *Forme alternante.* — Dans cette forme très rare (Fournier, Bensaude et Rivet en ont observé chacun un cas), on note l'alternance de crises hémorragiques muqueuses ou viscérales avec l'éruption purpurique qui disparaît quand apparaissent les grandes hémorragies.

Sans vouloir empiéter ici sur la pathogénie de ces variétés de purpura qui sera faite plus loin, disons que Bensaude et Rivet voient un rapport entre ces formes chroniques de purpura et la tuberculose ; dans une partie des cas qu'ils ont observés, les malades étaient nettement tuberculeux ou le sont devenus plus tard. Pour eux, par conséquent, beaucoup de ces purpuras seraient secondaires à l'infection bacillaire latente ou confirmée.

B. Purpuras secondaires. — L'aspect clinique de ces purpuras ressemble beaucoup ou même absolument à celui des purpuras primitifs; la seule différence est qu'ils sont précédés ou accompagnés d'une autre maladie qui joue vis-à-vis d'eux le rôle de cause prédisposante ou déterminante, ou de porte d'entrée de l'infection. Nous passerons donc en revue les diverses affections qui peuvent s'accompagner de purpuras. Et tout d'abord ces purpuras secondaires peuvent être dus à des causes locales ou générales.

1° *Les purpuras de cause locale* comprennent surtout les purpuras mécaniques qui surviennent par exemple au front ou à la face après les attaques d'épilepsie ou les quintes de toux de la coqueluche, ou encore sur les membres inférieurs longtemps immobilisés et comprimés qu'on décomprime brusquement. On peut voir aussi du purpura sur les membres atteints d'artérite ou de phlébite.

Les maladies de la peau, surtout les dermatoses inflammatoires, eczémas, psoriasis, syphilides, peuvent se compliquer de purpura ; ordinairement cette complication se borne à un simple pointillé hémorragique, exagération de la fluxion cutanée; dans d'autres cas, la lésion est mêlée de vraies taches purpuriques. Hallopeau et A. Ribot ont signalé dans un cas la présence de traînées purpuriques correspondant à des traînées de grattage.

Les purpuras de cause générale peuvent se voir au cours des maladies nerveuses, cardio-vasculaires, dans les intoxications et les infections générales.

2° *Purpuras dans les maladies nerveuses.* — Le purpura a été signalé dans :

a. *Les maladies de la moelle :* la sclérose en plaques (Chevalier), la myélite transverse, le cancer secondaire du rachis, la méningite spinale (Variot), le tabes à la suite des douleurs fulgurantes (Strauss), la paralysie infantile (Hallion).

b. *Les névrites périphériques et les névralgies.* — Œttinger l'a observé dans les névrites alcooliques. On l'a vu aussi dans la sciatique (Faisans), la névralgie faciale (Bouchard). On observe alors en général de petites pétéchies sur le trajet du nerf. Grenet a vu deux cas de zona suivi de purpura. Mathieu et Gley ont d'ailleurs provoqué expérimentalement du purpura par irritation nerveuse.

c. *Les névroses.* — On a vu du purpura dans la paralysie agitante (Carrère), la neurasthénie (Lévi).

Chez les hystériques, on peut voir apparaître en certains points du corps des ecchymoses spontanées persistant plus ou moins longtemps, après les émotions, les hallucinations, les crises d'hystérie (G. de la Tourette); Lancereaux a observé du purpura du côté anesthésié au cours d'une hémianesthésie hystérique : c'est le plus souvent un purpura ecchymotique, le purpura exanthématique vrai y est rare.

Dans l'épilepsie on peut voir du purpura, suivant deux formes (Pareur). Ou bien il s'agit d'un purpura localisé à la face et au cou, dont nous avons déjà parlé, et qui paraît être d'origine mécanique et causé par un trouble circulatoire local. Ou bien il s'agit d'un purpura généralisé, qui paraît être d'origine exclusivement nerveuse, ou du moins l'influence du système nerveux paraît si prépondérante par rapport à l'action infectieuse ou dyscrasique qu'il est difficile de ne pas admettre qu'elle soit exclusive.

Les émotions, la peur peuvent être cause de purpura ; on a observé plusieurs cas de purpura émotif (Ogier, Ward, Seymourd, Mautel), et récemment Bourneville a vu un purpura palpébral consécutif à un cauchemar.

3° *Purpuras dans les affections cardio-vasculaires et sanguines.* — On peut voir apparaître le purpura chez les cardiaques, mais alors les autres viscères, le foie surtout, sont lésés du fait de la maladie de cœur. Dans l'endocardite infectieuse où on le voit parfois, il serait dû alors à de petites embolies vasculaires.

Gaucher et Lacapère ont décrit récemment, sous le nom de *purpura chronique de l'angio-sclérose*, une affection caractérisée par une teinte diffuse, brunâtre plutôt que rouge, occupant parfois toute la circonférence d'un membre et entourée d'éléments punctiformes ou lenticulaires de la même couleur ; cette coloration persiste, et le sang épanché se transformant donne lieu à une sorte de pigmentation cutanée ou état tigré de la peau durant indéfiniment. Ce purpura, qui siège le plus souvent aux membres inférieurs, peut dans quelques cas rares être généralisé à tout le corps. Sa cause, pour Gaucher, n'est ni l'artério-sclérose, ni la phlébo-sclérose, mais l'angio-sclérose des petits vaisseaux et des capillaires dermiques.

Le *purpura sénile* est formé de pétéchies de dimensions variables occupant le dos de la main et la face postérieure de l'avant-bras; considéré par quelques auteurs comme d'origine purement mécanique, il serait dû pour la plupart à la fragilité des petits vaisseaux dermiques dégénérés et sclérosés (Pacini).

Nous placerons, dans ce groupe des purpuras vas-

culaires, le *purpura annulaire télangiectode* décrit d'abord par Majocchi, en 1898, et dont récemment Brandweiner et Huchot ont rapporté plusieurs cas. Il est caractérisé par des foyers de la dimension d'une pièce de 1 à 5 francs, annulaires, où la peau a une coloration rouge brun, ne disparaissant pas par la pression du doigt. Ces foyers, formés par des ectasies capillaires avec hémorragies consécutives, ont une évolution excentrique constante, et par suite la coloration est plus intense à la périphérie qu'au centre. Ces taches sont symétriques, se voient surtout aux membres inférieurs; à la longue elles disparaissent et il en résulte une atrophie de la peau avec achromie légère et parfois alopécie. La cause de cette affection n'est pas encore trouvée; Majocchi la regarde comme une angio-névrose.

Dans les maladies du sang on peut voir des taches purpuriques; on a signalé le purpura dans l'anémie pernicieuse, la chlorose, la leucémie. Plusieurs observations de leucémie aiguë ont été publiées où les hémorragies cutanées et muqueuses dominaient la scène et dans lesquels l'état du sang et des ganglions imposaient le diagnostic de leucémie (Labbé). D'ailleurs il existe des relations intimes au point de vue hématologique entre le purpura et les leucémies, comme on le verra plus loin.

4° *Purpura dans les intoxications.* — Nous distinguerons les intoxications exogènes et les auto-intoxications.

a. *Intoxications exogènes.* — L'administration de certains médicaments provoque dans quelques cas du purpura; on a accusé le chloral, les balsamiques, l'iodoforme, l'arsenic à hautes doses (Schultze), la quinine à doses répétées (Potain), le salicylate de soude (Ramond).

Récemment le purpura a été observé à la suite de frictions mercurielles (Fisckin), de trois injections d'atropine (Lowenhart). L'antipyrine, à doses répétées et très variables avec les sujets, peut donner soit de petites pétéchies, soit des ecchymoses étendues (Bosc). Quant au purpura iodique, relativement fréquent et bien décrit par Fournier, c'est un purpura à petites pétéchies siégeant le plus souvent aux jambes et accompagné d'hémorragies gingivales et d'épistaxis.

Dans les *empoisonnements* par le phosphore, le plomb, l'oxyde de carbone, le purpura a été signalé; on l'a vu parfois apparaître à la suite de piqûres de serpents, après la vaccination (*purpura a vaccina*), à la suite d'injections de divers sérums, surtout de sérum anti-diphtérique.

L'usage d'aliments avariés ou de viandes faisandées a pu faire apparaître des taches purpuriques. Le purpura est un symptôme habituel du *scorbut*, lequel est dû, comme on le sait, à l'absence d'aliments végétaux frais et de fruits, et quelques auteurs ont classé le scorbut dans les purpuras primitifs; le purpura scorbutique consiste, soit en un piqueté hémorragique formé de petites taches rouges siégeant à la base des poils et prédominantes aux membres inférieurs, soit en ecchymoses spontanées et assez larges siégeant de préférence près des articulations. En même temps existent les autres symptômes du scorbut, hémorragies diverses, diarrhée, ramollissement fongueux des gencives, etc... La *maladie de Barlow*, ou scorbut infantile, s'accompagne beaucoup moins souvent que le scorbut ordinaire d'hémorragies cutanées et muqueuses, et les ulcérations fongueuses des gencives ainsi que les hémorragies intra-musculaires ou sous-périostées sont ses deux principaux symptômes. On sait que cette maladie a été attribuée à une trop grande stérilisation du lait naturel qui lui enlèverait les principes anti-scorbutiques qu'il contient. Lorsqu'elle s'accompagne de taches purpuriques, ce sont rarement des pétéchies, le plus souvent de larges ecchymoses.

b. *Auto-intoxications.* — On a noté du purpura au cours des diverses affections viscérales modificatrices de la nutrition, mais avec une fréquence inégale suivant l'organe touché.

On a signalé des cas de purpura au cours de néphrites anciennes (Du Castel, Lecorché); pour Apert, la néphrite à elle seule ne produirait que des érythèmes toxiques, et quand l'éruption prend nettement la forme purpurique, le foie doit être touché.

Nombreuses sont les observations de purpura au cours des cirrhoses du foie (Apert, Oddo et Olmer) ou des autres maladies de cet organe (cancer, kystes hydatiques). Mais remarquons que beaucoup de purpuras dits hépatiques ne sont que des purpuras surajoutés, mécaniques, et surtout infectieux (Mourre); l'infection est la même que celle qui produit la lésion hépatique (ictère grave), ou bien elle est secondaire. L'insuffisance hépatique ne serait pas, dans beaucoup de ces cas, la cause déterminante du purpura, elle agirait seulement en prédisposant aux hémorragies.

Nous verrons d'ailleurs plus loin que dans beaucoup de purpuras primitifs le foie est plus ou moins touché (Grenet). On a vu parfois le purpura survenir dans les maladies de la rate, du thymus, des capsules surrénales. Graham Little a réuni onze cas de purpura rapidement mortel chez des nourrissons, avec à l'autopsie, pas d'autres lésions qu'une infiltration hémorragique des deux capsules surrénales; il croit pouvoir attribuer le purpura dans ces cas à la destruction des capsules.

On l'a vu survenir aussi dans les affections de l'ovaire ou après la castration chez la femme (Jayle). Le purpura complémentaire des règles est connu depuis longtemps; Cazenave a observé un purpura périodique mensuel chez une jeune fille non réglée. Lœbel a vu un purpura survenir à la ménopause et durer quatre mois. Nous n'avons pas trouvé de cas de purpuras consécutifs à la castration chez l'homme, on a signalé quelques rares cas consécutifs à la tuberculose génitale ou testiculaire (Gossner, Bauer).

Dans ce groupe de purpuras toxiques nous placerons les *purpuras cachectiques*. Dans la pathogénie de ceux-ci interviennent en effet les dégénérescences d'organes, mais très probablement aussi les infections surajoutées (Vœckler). Le cancer, la tuberculose, l'anémie pernicieuse, etc., à la période terminale, peuvent s'accompagner de gros placards violacés des membres inférieurs, du dos des mains, ou encore de poussées purpuriques multiformes,

dont le pronostic est en général grave parce qu'elles indiquent une profonde déchéance de l'organisme.

Enfin c'est encore dans ce groupe qu'il faudrait placer pour quelques auteurs le purpura apparaissant pendant la grossesse ou au moment des couches. Mais s'agit-il d'un purpura idiopathique favorisé par l'état de gestation, ou la grossesse peut-elle provoquer un purpura, qui aurait uniquement pour cause l'auto-intoxication gravidique? D'après Diehl, les deux variétés peuvent exister; en tout cas, la grossesse aggrave singulièrement le pronostic de la maladie.

5° *Purpuras dans les maladies infectieuses.* — Nous distinguerons successivement :

a. *Les maladies infectieuses des divers appareils.* — Celles-ci agissent comme porte d'entrée de l'infection. Le purpura a été signalé à la suite d'une stomatite ulcro-membraneuse (Pagliano et François), d'angines ou d'amygdalites à streptocoques (Legendre et Claisse), d'affections gastriques, duodénales (Babès), d'entérite muco-membraneuse (Londe).

On l'a vu au cours ou au déclin d'affections bronchiques (Babès, Claisse), de broncho-pneumonies infantiles (Claude, Lévy), de pneumonie (Voituriez, Hutinel), de pleurésie (Gastou).

Le purpura chez les tuberculeux nous retiendra un peu plus longtemps, et il peut survenir non seulement chez les tuberculeux pulmonaires, mais aussi chez ceux présentant des lésions péritonéales, méningées, pleurales, génitales. On peut en distinguer plusieurs formes. Tout d'abord il peut exister un purpura hémorragique prétuberculeux, comme il existe une dyspepsie ou une albuminurie prétuberculeuses. H. Molière, Buisine, Rendu, Cohn, Vergniaud, et récemment Carnot, Bensaude et Harvier, en ont rapporté des cas; il apparait avant les signes nets de tuberculose et permettrait dans quelques cas de prévoir son apparition. S'agit-il dans ces cas d'un purpura essentiel qui ouvre la porte au bacille de Koch en mettant l'organisme en état de réceptivité, ou bien le purpura est-il dû à l'action sur la peau et les centres nerveux de toxines tuberculeuses provenant de foyers latents ou non encore décelés par l'examen clinique? Cette dernière hypothèse semble la plus vraisemblable, car dans les cas où ce purpura a été suivi de mort à brève échéance, on a trouvé à l'autopsie des lésions de tuberculose ancienne qui préexistaient à l'éclosion des hémorragies. Dans le cours de la tuberculose, le purpura peut se voir à toutes les périodes; il est constitué par des taches limitées parfois à la face postérieure de la main ou de l'avant-bras, ou aux membres inférieurs, parfois généralisées à tout le corps; la disposition et la grandeur de ces taches sont très variables suivant les sujets; il s'accompagne d'hémorragies dont la première en date est l'épistaxis (Robert), et des épistaxis à répétition survenant chez des tuberculeux doivent faire redouter l'apparition du purpura. La cause de ce purpura réside probablement dans les infections secondaires se produisant au niveau des ulcérations et des cavernes. Parfois le purpura, au cours de la tuberculose latente ou confirmée, se produit sous forme de poussées successives séparées par des intervalles de santé relativement bonne (Bensaude et Rivet). Il peut en outre survenir dans la cachexie tuberculeuse terminale, et aussi au cours de la granulie (Variot, Moizard et Grenet); il s'accompagne alors de signes généraux graves et le pronostic est fatal.

Le purpura a été signalé à la suite de suppurations génitales, utérines (Kaposi), et après la blennorragie. On a vu parfois au cours de la septicémie gonococcique des érythèmes cutanés et du purpura (Lemierre et Faure-Beaulieu), et dans un cas de Achard et Ramond le gonocoque fut isolé du sang pendant la vie.

b. *Les maladies infectieuses générales.* — Le purpura se voit parfois dans les fièvres éruptives. Dans la variole le rash est parfois purpurique, et dans d'autres cas le purpura apparaît tardivement et aggrave le pronostic. Dans la rougeole et la scarlatine il est rare; l'éruption est alors hémorragique, formée de pétéchies siégeant sur l'abdomen et à la racine des cuisses dans la scarlatine, dans le dos et aux fesses dans la rougeole, le pronostic est aggravé du fait de la coexistence habituelle d'hémorragies viscérales, on a signalé en outre des purpuras, dont quelques-uns graves et suraigus, dans la convalescence de la rougeole et de la scarlatine (Biss, Fortune).

Dans la fièvre typhoïde le purpura est rare et grave; Nénoff en a réuni sept cas et a montré qu'il était produit soit par le bacille d'Eberth seul, soit par des microbes associés. S'il survient au début de la fièvre, son pronostic serait moins grave que s'il survient à la fin (Giroux).

On a encore signalé le purpura dans la diphtérie, surtout après l'angine diphtérique (Buckley), et on l'a parfois imputé à tort dans ces cas au sérum antidiphtérique (Marfan), après l'érysipèle de la face, au cours de l'infection streptococcique (R. Gaultier), dans la fièvre puerpérale, dans l'infection à staphylocoques (Rist), au cours du rhumatisme articulaire aigu (Paquet). On a vu du purpura au cours du paludisme, surtout du paludisme chronique et de la cachexie paludéenne (Engmann) et dans ces cas on trouve des hématozoaires dans le sang (Miron) et le foie est ordinairement altéré. Dans la méningite cérébrospinale le purpura peut être très abondant, et dans quelques cas apparaît comme phénomène prémonitoire de la méningite (Rist et Paris, Renaud). Dans tous ces cas le purpura a en général un pronostic grave.

6° *Purpura dans l'hémophilie.* — Nous l'avons placé dans une classe à part, parce que la cause de l'hémophilie est encore mal connue. Les éruptions cutanées de l'hémophilie consistent surtout en ecchymoses, soit spontanément, soit surtout consécutives aux plus légères blessures; les traumatismes les plus insignifiants causent des hémorragies cutanées souvent considérables. En outre existent des hémorragies muqueuses, nasales surtout, parfois difficiles à arrêter, des tumeurs ou bosses sanguines intra-musculaires ou sous-périostées, et parfois des épanchements sanguins intra-articulaires. A part la prédisposition hémorragique héréditaire et familiale,

rien n'est encore connu dans l'étiologie de cette affection.

C. Classification des purpuras d'après leurs caractères hématologiques. — On a reconnu depuis longtemps que l'état du sang n'est pas identique dans toutes les variétés de purpuras. Dans les purpuras hémorragiques graves, le nombre des hématoblastes est toujours abaissé et l'irrétractilité du caillot absolue (Hayem), et si ces deux caractères du sang ne se modifient pas, le pronostic est grave. Dans la maladie de Wehrlof, l'irrétractilité du caillot coïncidant avec un abaissement moins marqué du nombre des hématoblastes constitue un caractère intermittent, existant au moment des crises hémorragiques et disparaissant dans leur intervalle. Enfin dans les purpuras infectieux, toxiques et cachectiques, les modifications du sang sont variables et en tout cas beaucoup moins intenses que dans les premiers cas, le caillot est ou n'est pas rétractile. Dans le purpura simplex ou rhumatoïde la double lésion sanguine de Hayem (diminution des hématoblastes, irrétractilité du caillot) manque ordinairement.

Bensaude part de ces divers caractères sanguins et déclare que tout purpura où on note la double altération sanguine de Hayem est un purpura hémorragique, même s'il n'y a que des hémorragies cutanées, et que tout purpura où elle manque n'est pas un purpura hémorragique même s'il y a des hémorragies abondantes. Mais cette schématisation, vraie dans beaucoup de cas, souffre des exceptions, c'est ainsi qu'on peut observer parfois l'irrétractilité du caillot dans le purpura rhumatoïde, et que celle-ci peut manquer dans la maladie de Wehrlof passagère, de plus comme elle déclare hémorragiques des cas où il peut ne pas y avoir d'hémorragies et réciproquement, elle n'est pas très conforme à la clinique. Lenoble fait remarquer que l'irrétractilité du caillot, caractéristique pour Bensaude des purpuras hémorragiques ne s'observe d'une façon constante que dans la maladie de Wehrlof. Il pense en outre que l'état du caillot est insuffisant pour classer les purpuras, et, tenant compte de l'ensemble de la formule sanguine, il propose la classification suivante :

a. *Purpura vrai ou myéloïde.* — Ce purpura comprend plusieurs formes cliniques : aiguë, subaiguë, chronique d'emblée. Il correspond à toutes les variétés de purpuras primitifs sauf le purpura rhumatoïde.

On note tout d'abord l'irrétractilité du caillot ou absence de séparation franche entre le caillot ou le sérum, et la diminution du nombre des hématoblastes.

L'anémie peut être sérieuse dans les formes aigues, elle est peu intense ou nulle dans les formes chroniques. On voit dans le sang des hématies géantes, quelques globules rouges à noyaux. Les lymphocytes sont augmentés de nombre, ainsi que les éosinophiles (3 p. 100), les polynucléaires diminuent, surtout au moment des poussées aiguës. Mais on note surtout la réaction myélocytaire neutrophile, et plus faiblement éosinophile, et le nombre de ces myélocytes augmente au moment des crises.

Le purpura vrai est donc caractérisé par une réaction normoblastique et myéloïde.

Lenoble a observé la même formule sanguine dans la maladie de Barlow, et, se basant en outre sur l'analogie des symptômes cliniques, il pense que cette maladie est une forme particulière de purpura myéloïde.

b. *Eruptions purpuriques symptomatiques (purpuras faux).* Celles-ci comprennent :

α. Les exanthèmes purpuriques avec réaction myélocytaire atténuée; ils correspondent surtout au purpura rhumatoïde.

La transsudation est seulement retardée, les hématoblastes restent nombreux. Le nombre des hématies reste élevé, celui des leucocytes à peine augmenté. Les myélocytes sont rares et revêtent les caractères attribués par Dominici aux types de transition (leucocytes granuleux à noyaux incurvés).

La réaction myéloïde est donc latente et banale.

β. Les éruptions purpuriques banales, dans celles-ci il peut y avoir quelques altérations sanguines telles qu'un peu de lymphocytose, mais il n'y a pas de formule spéciale.

Cette classification sépare bien plus profondément que la clinique les faits rassemblés sous le nom de purpuras. Le purpura vrai est une maladie des organes hématopoiétiques et du sang, au même titre que l'anémie pernicieuse et la leucémie (Klippel et Lhermitte), qui se traduit par une exagération de l'activité fonctionnelle de la moelle osseuse ; si elle manque, il ne s'agit pas d'un purpura authentique.

On a objecté à cette classification de Lenoble que la réaction myéloïde serait en rapport avec la production d'hémorragies répétées, et serait analogue par exemple à celle qui se voit après les fortes saignées; elle ne caractériserait donc pas la cause qui a produit le purpura, mais ne serait que la traduction banale d'un état hémorragipare provoquant l'activité de la moelle osseuse (Labbé et Armeville). Mais Lenoble se refuse à admettre cette interprétation, car dans tous les cas qu'il a observés le nombre des cellules anormales existant dans le sang n'était nullement en proportion directe de l'anémie. La réaction myélocytaire n'est pas déterminée pour lui par la destruction des éléments du sang, mais par un autre facteur qui serait très probablement une intoxication d'origine gastro-intestinale.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1907)

Tumeur juxta-intestinale de nature inflammatoire, résection, guérison. — Dans la dernière séance, M. Lejars a fait un rapport sur une observation présentée par M. Proust. Il s'agit, dans cette intéressante observation, d'une jeune femme qui fut laparotomisée une première fois pour une annexite, une seconde fois, quelques mois après, pour une hernie épiploïque à travers une rupture de la cicatrice, une troisième fois par M. Pozzi pour une tumeur du flanc gauche

très douloureuse qui n'était autre que l'épiploon enflammé, épaissi et adhérent. Cet épiploon fut réséqué. Mais la malade revint quelques semaines après se plaignant toujours de souffrir du même côté. M. Proust fit alors une quatrième laparotomie et se trouva en présence d'une petite masse dure adhérente à l'intestin au niveau de l'angle du côlon transverse avec le côlon descendant, masse dure qui présentait toutes les apparences d'un cancer. M. Proust réséqua la portion de l'intestin à laquelle elle adhérait et fit ensuite une entéro-anastomose latérale. La malade est restée, depuis, complètement guérie.

L'examen de la pièce a montré que la muqueuse de l'intestin était saine, que la paroi intestinale était fusionnée avec la tumeur et que le calibre de l'intestin était à ce niveau rétréci. Cette tumeur qui présentait l'aspect d'un vrai squirrhe, n'était, ainsi que le démontra l'examen histologique, qu'une tumeur inflammatoire.

A l'occasion de cette observation, M. Lejars fait remarquer que les cas de ce genre se multiplient, et qu'en présence d'une de ces tumeurs, il est impossible au cours de l'opération de savoir s'il s'agit ou non d'une tumeur maligne. Il s'est trouvé trois fois en présence de faits analogues.

Voici le résumé de ses trois observations : Un homme de soixante-douze ans, portant une grosse tumeur dure dans le flanc gauche, est pris d'accidents d'occlusion intestinale qui nécessitent l'établissement d'un anus artificiel d'urgence. M. Lejars se proposait d'intervenir ultérieurement sur la tumeur elle-même ; mais celle-ci diminua peu à peu et depuis quatre ans et demi ce malade reste dans un état général très satisfaisant. Il s'agit donc là, non d'un cancer, mais probablement d'une tumeur inflammatoire.

Chez une femme de quarante-trois ans, cachectique, ayant eu plusieurs crises d'obstruction intestinale, M. Lejars, après laparotomie, se trouva en présence d'une masse dure, d'aspect néoplasique, adhérente de tous côtés. Il se borna à faire une entéro-anastomose. L'état de la malade s'améliora, et au cours d'une seconde laparotomie, on constata qu'il s'agissait d'une ancienne métro-salpingite. L'ablation de l'utérus et des annexes et la libération de l'S iliaque et du rectum amenèrent une guérison définitive.

Enfin, dans le troisième cas, il s'agit encore d'une tumeur ayant causé une obstruction intestinale qui a nécessité un anus contre nature. Cette tumeur a également diminué dans de telles proportions depuis plus de deux ans qu'il est impossible d'en faire une tumeur de mauvaise nature.

En résumé dans ces trois cas, comme dans celui de M. Proust, il s'agissait vraisemblablement de tumeurs inflammatoires, avec lesquelles il faut compter, dans l'avenir, en chirurgie abdominale.

Ligature de la carotide primitive. — Dans cette séance du 27, la discussion s'est poursuivie sur la ligature de la carotide primitive. Plusieurs faits ont été apportés qui donnent raison à la conclusion formulée par M. Guinard, à savoir qu'il n'existe pas jusqu'ici d'exemple d'accidents cérébraux s'étant produits immédiatement après la ligature de la carotide primitive, alors que la circulation anastomotique était normalement assurée. Nous reviendrons sur cette discussion.

Tumeur de la vésicule biliaire et du foie. — M. Michaux communique, dans tous ses détails, une très intéressante observation d'épithélioma primitif de la vésicule biliaire ayant envahi une partie du foie et qu'il a pu complètement enlever en faisant la cholécystectomie et une résection partielle du foie. Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans qui portait, dans la région hépatique, une tumeur dure, bosselée, d'un très grand volume. M. Michaux n'a pas trouvé d'exemples de tumeur aussi considérable. Malgré le volume de cette tumeur, la malade n'avait jamais eu d'ascite, ni d'ictère. Mais elle avait considérablement maigri en peu de temps et l'accroissement de la tumeur s'était fait très rapidement. Se basant surtout sur ces deux signes, sur la consistance de la tumeur, M. Michaux hésita d'abord entre le diagnostic d'un épithélioma végétant de l'ovaire et celui d'une tumeur hépatique. Le siège élevé du néoplasme faisait plutôt pencher vers ce dernier diagnostic. En effet, le ventre ouvert, il vit qu'il s'agissait d'un épithélioma primitif de la vésicule biliaire s'étant propagé au foie. La tumeur était presque partout adhérente ; M. Michaux parvint à l'isoler, à pouvoir enlever la vésicule et dut disséquer dans le foie lui-même une sorte de triangle au fond duquel il rencontra un pédicule qu'il sectionna au thermocautère. Il put ainsi enlever le néoplasme en totalité. Les deux bords de la section hépatique furent rapprochés par trois points du gros catgut n° 5. L'hémostase fut ainsi assurée assez facilement. Il referma la paroi en un seul plan. Les suites de l'opération furent des plus simples. La malade sortit de l'hôpital complètement guérie après quatre semaines. Six mois après l'opération, elle présentait des signes de récidive locale.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique à point de départ dans les couches profondes de la vésicule biliaire, s'étant propagé au foie lui-même.

Cette observation montre que l'opération radicale, dans ces cas, est possible et légitime. L'hémostase a été relativement facile, le tissu hépatique un peu sclérosé ne s'étant pas laissé couper par les fils. Il est vrai que la propagation de la tumeur s'était faite sur le bord antérieur du foie, ce qui facilitait singulièrement l'intervention.

Traitement des tuberculoses osseuses par la méthode sclérogène. — M. Walther présente une jeune fille qui était atteinte d'arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne avec abcès et fistules, et qui a été guérie par le simple grattage et sept injections de chlorure de zinc du 26 octobre 1906 au 20 septembre 1907. La radiographie montre qu'on a obtenu un bloc osseux sclérosé solide.

Réfection des narines. — M. Jalaguier montre une petite fille chez laquelle il a refait les narines il y a cinq ans. Ces narines sont restées parfaitement perméables depuis ce temps.

Angiome congénital de la langue. — M. Sebileau présente un jeune homme atteint d'un angiome congénital de la langue qui détermine des crises de macroglossie très gênantes. Il consulte ses collègues sur le traitement à appliquer.

M. Morestin serait d'avis de faire l'excision, qu'il croit possible.

M. Guinard, dans un cas analogue, a obtenu de bons effets de l'électrolyse.

M. Quénu, dans plusieurs cas de ce genre, a eu recours à la thermocautérisation avec suture des trous formés par la cautérisation et l'adjonction de l'électrolyse.

M. Lucas-Championnière pense qu'à l'aide des pinces hémostatiques l'ablation de cette tumeur serait très possible.

M. Félizet rappelle que Péan a fait construire des pinces spéciales pour assurer l'hémostase préventive dans ces sortes d'ablation.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les heures libres, gaillardises et curiosités histologiques des temps passés recueillies ad usum medici, par Pierre PIG. In-16 de 338 p., avec 80 reproductions de pprtraits anciens. — Paris, 1908; G. Steinheil, édit.

N° 138. — MARDI 3 DÉCEMBRE 1907. 80e ANNÉE. MARDI 3 DÉCEMBRE 1907. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Méry, Rist, André Jousset, Courtois-Suffit, Alexandre Renault, Lenormand, Mauclaire, Ombrédanne, Kirmisson et Demelin.

— Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 29 novembre. — Question donnée : « Panaris. »

MM. Lavergne, 14; Lutikoff, 4; Masselot, 16; Lanos, 13; Maleyx, 15; Jagot-Lacoussière, 8; Mme Pertat, 17; MM. Lugnier, 10; Lesueur (Raoul), 14; Lauriat, 6; Langlois, 16 1/2; Salles, 11; Lefranc, 16; Lavabre, 8; Lapeyre, Bettinger et Filâtre, 14; Jacquemin, 13.

Epreuve supplémentaire pour la place de premier le mardi 3 décembre, à cinq heures et demie.

Anatomie. — Séance du 30 novembre. — Question donnée : « Articulation du genou. »

MM. Doulcet, 7; Gatellier, 16; Gerber, 14; Gauthier (Raoul), 8; Bouvier, 16; Gauthier (Jean), 9; Mme Pertat, 14; M. Guelfucci, 17.

Epreuve supplémentaire pour la place de premier le mardi 3 décembre, à cinq heures et demie.

— Concours de médecins aliénistes. — *Epreuve écrite.* — Séance du 28 novembre. — MM. Juquelier, 28; Vurpas, 29; Leroy, 24.

Epreuve clinique. — Séance du 30 novembre. — MM. Vurpas, 18; Juquelier, 17; Leroy, 16.

— Par suite du passage de M. Bar à la clinique de la Faculté, de l'admission à l'honorariat de M. Porak, les mutations suivantes ont lieu dans les services d'accouchement :

M. Maygnier passe à la Maternité, M. Doléris à Saint-Antoine, M. Lepage à Boucicaut, M. Tissier à la Charité, M. Potocki à la Pitié.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — MM. les docteurs Arnozan et Durand sont nommés médecins honoraires des hôpitaux; M. Emile Bitot est nommé médecin titulaire à l'hôpital Saint-André, et M. Rocaz, médecin-adjoint à l'hôpital des Enfants.

M. le docteur Hirigoyen, chirurgien en chef de la Maternité, est nommé chirurgien accoucheur honoraire ; M. Rivière est nommé chirurgien en chef de la Maternité; M. Fieux est nommé premier chirurgien-accoucheur adjoint; M. Chambrelent est nommé deuxième chirurgien-accoucheur adjoint.

— Après concours, M. le docteur Andérodias, professeur agrégé, est nommé accoucheur-adjoint des hôpitaux.

— Après concours, M. le docteur Lefèvre est nommé médecin-résident des hôpitaux.

— Saint-Etienne. — L'administration des hospices civils de Saint-Etienne fait savoir que le lundi 17 février 1908, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour une place de médecin des hospices.

HOPITAL FURTADO-HEINE. — M. Marc Vouzelle, ancien externe des hôpitaux, vient d'être nommé interne de cet hôpital

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — Dans sa séance du 27 novembre 1907, le Conseil de la Faculté a décerné les prix de médecine fin d'année scolaire 1906-1907 :

Première année. — Prix : M. Leroy; mentions honorables : MM. Devulder, Lesur et Fontan.

Deuxième année. — Prix : M. Pierret; mention honorable : M. Pellissier.

Troisième année. — Prix : M. Vanhæcke; mention honorable : M. Duvillier. — Prix Philippart : M. Minet. — Subvention Philippart : M. Minet. — Prix Cazeneuve, M. Minet. — Prix de thèses : Médaille d'or, M. Arquembourg; médaille d'argent, M. Ducamp; médaille de bronze, MM. Bernard et Lemoine; mentions honorables, MM. Petit et Beun.

— Nancy. — M. le docteur Spillmann, agrégé, est délégué, pendant l'année scolaire 1907-1908, dans les fonctions de chargé de cours complémentaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

BUREAU DE BIENFAISANCE DE LYON. — Le concours du bureau de bienfaisance s'est terminé par la nomination de MM. Casella, Coste, Leriche et Faisans, médecins titulaires, et MM. Salvador et Emeric, médecins adjoints.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Des diplômes d'honneur et des médailles sont décernés à MM. les docteurs Delhaye (de Solesmes), Mercier (de Besançon) et Millien (de Paris).

COLLÈGE DE FRANCE. — La chaire de pathologie générale et comparée est transformée en chaire de biologie générale,

Un arrêté ministériel du 29 novembre déclare cette chaire vacante.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 22 NOVEMBRE 1907. — Le vendredi 22 novembre, a eu lieu, à la taverne du Nègre, l'assemblée générale de l'Association professionnelle des journalistes médicaux français, sous la présidence de M. le docteur Brochin, président. Après lecture du procès-verbal de la précédente séance et de la correspondance, on a procédé à l'élection des candidats, dont les noms suivent : M. le docteur Bloch, Mme la doctoresse Bouet-Henry, MM. les docteurs Claisse, Francis Cosse, Cotar, Dieupart, Genty, Housquains, Larrieu, Levassort, Liotard, Mayet, Pamart, Paul-Boncour, Pierra, Raybaud, Tissié. Tous ces candidats ont été élus à l'unanimité.

L'ordre du jour appelait ensuite la discussion sur la question du « boycottage des journalistes médicaux ». Après une discussion à laquelle ont pris part MM. les docteurs Granjux, Foveau de Courmelles, Leredde, l'assemblée a voté à une forte majorité la motion suivante :

« L'Association professionnelle des journalistes médicaux invite ceux de ses membres qui font partie du Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine à protester, dans le Bulletin officiel de ce Syndicat, contre le boycottage des journalistes, proposé par le rédacteur en chef de ce journal. »

La réunion a été suivie d'un banquet auquel assistaient une trentaine de convives.

HOMMAGE A M. HALLOPEAU. — Le dimanche 22 décembre, à dix heures, dans la salle du musée de l'hôpital Saint-Louis, M. le professeur Lannelongue remettra à M. H. Hallopeau, de concert avec ses élèves et amis, la médaille gravée à son effigie par M. Chaplain.

BANQUET. — Le banquet annuel de l'Union fédérative des médecins de réserve et de l'armée territoriale aura lieu le mardi 17 décembre 1905, à sept heures et demie du soir, à l'hôtel Continental, sous la présidence effective de M. Chéron, sous-secrétaire d'État à la Guerre, assisté de M. le professeur Chatin, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, président de la Société.

M. le gouverneur militaire de Paris a bien voulu autoriser une musique militaire à prêter son concours à cette solennité.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX. — HOPITAL SAINT-LOUIS. — Le docteur Henri Dufour, médecin des hôpitaux, fera, dans son service d'enfants de l'hôpital Saint-Louis, six conférences gratuites sur les *maladies nerveuses les plus communément observées chez les enfants*, les mercredis 11 et 18 décembre 1907, les jeudis 12 et 19 décembre, les vendredis 13 et 20 décembre, à dix heures du matin.

Prière de s'inscrire d'avance dans le service, le nombre des places étant limité.

HOPITAL LAENNEC. — M. le docteur E. Barié commencera ses conférences de clinique et de thérapeutique sur les maladies du cœur le mercredi 18 décembre à dix heures et les continuera le mercredi de chaque semaine à la même heure.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 26 oct. 1907.) DELÉTREZ : Tuberculose du col de l'utérus. — ROUFFART : Abouchement des uretères dans le gros intestin. — MENUS : Du choix des aliénés dans le traitement familial. — GALLEMAERTS : Bactériologie et traitement de l'ulcère serpigineux de la cornée.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 11, nov. 1907.) CONSTANTIN : Dermatite polymorphe et pemphigus végétant. — DE BEURMANN et GOUGEROT : Sporotrichoses tuberculoïdes. — BONNET : Un cas de sporotrichose.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 225, 10 nov. 1907.) Gabriel MAUNOURY : Influence des rayons de Röntgen sur les tumeurs malignes. — DECRÉQUY : Un cas de fulguration.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Nov. 1907.) OGIER et Kohn ABIEST : Sur la recherche des petites quantités d'oxyde de carbone dans l'air. — BONJEAN : Le contrôle de la désinfection. — Oswald GŒBEL : Note sur une épidémie d'intoxication alimentaire. — J. ROUSSEL : Survivance des bacilles pathogènes dans le pain après cuisson.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 123, 13 octobre 1907.) Carlo BRUZZONE : Le diagnostic de la pyo-labyrinthite. — Gaetano CAPONETTO : Intervention opératoire dans les plaies pénétrantes et les plaies par section du conduit laryngo-trachéal. — PACCHIONI et CARLINI : Contribution critique et expérimentale à l'étude des rapports du foie avec l'assimilation des albumines hétérologues. — Bruto MARIOTTI : La phytine dans les anémies et la chlorose. — E. DOMINICI : Psoriasis vulgaire complètement guéri par l'action directe des rayons solaires. — Egisto CURTI : Névralgie simulée du testicule droit dans un cas d'accident du travail. — Augusto LUXARDO : Strangurie appendiculaire. — Gaetano CARCATERRA : Fièvre typhoïde et purpura hémorragique. — Piero BERTOLI : A propos du traitement du chancre mou. — (N° 126, 20 oct.) V. MARAGLIANO : Les progrès de la röntgenologie. — Nicolo FEDERICI : Le sérum antidiphtérique dans le traitement de l'érysipèle. — Giulio BARONI : Les complications broncho-pulmonaires post-opératoires. — A. DE BLASI : Paralysie temporaire de l'oculo-moteur externe d'origine otitique. Syndrome otitique complémentaire. — Emilio LAI : Hémoglobinurie et malaria. — Giuseppe STELLA : Quelques considérations sur la récidive d'un cancer du sein. — FONTANA : Le traitement des péritonites tuberculeuses. — Guelfo ALESSANDRI : Massage de l'utérus dans un cas de môle vésiculaire. — Domenico GENTILE : La cure conservatrice dans la péritonite tuberculeuse. — MARCER : Un cas de lithiase intestinale. — (N° 129, 27 oct.) Gaetano BOSCHI : A propos de l'existence d'une nouvelle substance biliaire et d'une nouvelle réaction de l'urine ictérique. — SAVONUZZI : Recherches cliniques sur la coloration vitale des éléments morphologiques dans les exsudats et les transsudats. — Claudio VENTURA : L'hémoptysie en tant que fonction vicariante de la menstruation. — Vincenzo BUFFETTI : Un cas intéressant de tabes dorsal. — Osvaldo MAGI : Contribution au traitement de la pneumonie croupale par l'hypodermoclyse. — Pietro BARBAGALLO : L'extrait éthéré de bruyère mâle pour le traitement du tænia.

LE CAFÉISME ET LE THÉISME (1)

Par A. GOUGET,
Professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

Connaissant la composition du café et du thé et l'action de leurs principaux éléments, nous pouvons maintenant étudier les manifestations du caféisme et du théisme.

I. Caféisme. — 1° *Caféisme aigu.* — Une tasse ou deux de café fort, prises par un sujet qui n'en a pas l'habitude, déterminent d'ordinaire, au bout de dix minutes à un quart d'heure, une certaine excitation générale : excitation motrice, respiratoire, circulatoire, urinaire, intestinale (d'où l'emploi naguère encore recommandé du café contre l'étranglement herniaire), génitale même (l'action emménagogue du café serait utilisée par les Egyptiennes depuis un temps immémorial, d'après Prosper Albin), mais surtout cérébrale, d'où le nom de « boisson intellectuelle » qu'on a donné au café.

Si la dose est trop forte (par exemple dans des cas où du café trop concentré a été pris dans un but abortif), ou si le sujet présente une intolérance particulière pour le café, pris même à petite dose (une seule tasse peut suffire), les phénomènes physiologiques précédents deviennent nettement pathologiques : c'est de la tachypnée, de l'angoisse, avec sensation de constriction thoracique, de la tachycardie avec palpitations, pouls rapide, d'abord tendu, puis petit et irrégulier, facies plutôt pâle que vultueux, œil brillant, pupille dilatée, sueurs abondantes; puis viennent quelquefois des vomissements, de la diarrhée avec ténesme, de la strangurie, parfois avec rétention d'urine, de la céphalée, des vertiges, des bourdonnements d'oreille, de l'agitation, du tremblement, de la titubation, voire des convulsions choréiformes, des crampes douloureuses, enfin des hallucinations avec délire de parole : par exemple, le sujet se croit empoisonné, gémit, crie, réclame des secours. C'est ce qu'on appelle l'*ivresse caféique*, par analogie avec l'ivresse alcoolique.

En général, les accidents ne tardent pas à s'amender; il persiste seulement, pendant plusieurs jours, de la courbature, de l'agitation, du tremblement, des palpitations avec arythmie, de l'anorexie.

La mort, parfois brusque, est tout à fait exceptionnelle, même après l'ingestion en une seule fois de doses considérables : par exemple 80 grammes de café infusés dans 250 grammes d'eau (Cohn). Encore s'agissait-il, dans ce cas, d'un homme vigoureux, et les vomissements avaient-ils dû évacuer une partie du poison; mais, dans le cas de Curschmann, il s'agissait d'une jeune femme qui, dans le but de faire réapparaître ses règles, avait fait infuser 250 grammes de café à peine torréfié dans 500 grammes d'eau, exprimé fortement le résidu, et avalé le tout en une fois. Malgré l'absence de vomissements (il y eut seulement de la diarrhée), elle guérit. La malade de Ranwez guérit également, après avoir absorbé — dans le même but — une infusion faite avec 150 grammes de café vert.

2° *Caféisme chronique.* — Il existe évidemment une certaine accoutumance à l'action du café, comme à celle de l'alcool : on sait, par exemple, que l'insomnie qu'il détermine cède plus ou moins rapidement à son usage habituel. L'abus du café — et cet abus commence à une dose qu'il est impossible de fixer, car elle varie très notablement suivant diverses conditions individuelles — n'en entraîne pas moins, comme celui de l'alcool, une série de troubles plus ou moins sérieux.

De bonne heure, dès l'époque même où les détracteurs systématiques du café l'accusaient d'une foule de méfaits imaginaires, des observateurs plus clairvoyants, comme Lémery (1702), avaient déjà reconnu les principaux troubles dont il peut réellement être rendu responsable. Mais c'est seulement de nos jours que date l'histoire véritablement scientifique du caféisme chronique. Le travail fondamental sur la question est le mémoire de Guelliot, lu, en 1885, devant la Société médicale de Reims, et où se trouvent nettement décrites, d'après dix-sept observations personnelles, les principales manifestations de l'intoxication caféique. Quatre ans plus tard, Mendel étudiait le caféisme tel qu'il s'observe chez les femmes d'ouvriers de la ville industrielle d'Essen, en Westphalie. Puis, en 1893, Norman Bridge, aux Etats-Unis, rapportait six observations de caféisme chronique. En 1895, Gilles de la Tourette et Gasne en communiquaient deux nouveaux cas à la Société médicale des hôpitaux de Paris. Il faut joindre aux travaux précédents toute une série d'observations isolées, publiées surtout en France et aux Etats-Unis. Les thèses de Boucard (1899) et de Bomby (1905) représentent de bonnes études d'ensemble de la question. Récemment enfin, un médecin allemand, Röttger, a entrepris auprès de ses confrères une enquête sur l'abus du café noir, enquête dont il a publié les résultats, confirmatifs des précédents.

Comme dans l'alcoolisme chronique, les phénomènes prédominants du caféisme sont des troubles digestifs et nerveux. Et même beaucoup de ces phénomènes rappellent ceux de l'éthylisme, ce dont il n'y a pas lieu de s'étonner, étant donné l'analogie d'action entre les deux substances; il est possible cependant que, dans certaines observations, on ait attribué au caféisme ce qui était en réalité l'effet de l'alcoolisme concomitant. Mais les résultats obtenus dans d'autres cas par la simple suppression du café le montrent capable, sans aucun doute, de déterminer toute la série des troubles que nous allons passer en revue.

Le caféique a la face pâle et généralement amaigrie, les traits tirés et vieillis, les pupilles dilatées, l'œil brillant, le regard mobile, la physionomie inquiète. Il se plaint de céphalées de type variable, revenant par accès, quelquefois la nuit, de névralgies, surtout faciales, puis intercostales, gastriques, au niveau des membres, etc., sous forme de douleurs tenaces plutôt que très vives, de fourmillements, de chatouillements, notamment dans le dos et les épaules; il se plaint souvent aussi de vertiges, quelquefois

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 136, p. 1623.

assez forts pour amener la chute. Peu après le coucher, il est pris de crampes dans les mollets ou même dans la plante des pieds; son sommeil est agité, troublé de rêves dans lesquels des ombres noires, des formes apocalyptiques, passent sans cesse devant ses yeux; plus rarement, ce sont des rêves professionnels ou de véritables cauchemars, des hallucinations visuelles ou auditives, qui le réveillent parfois en sursaut. De là une lassitude habituelle le matin, au moment du lever. Un des phénomènes les plus constants consiste en un tremblement menu et rapide, généralement limité aux doigts, quelquefois cependant étendu à la langue, aux lèvres, aux muscles de la face (d'où une certaine gêne de la parole), tremblement augmenté par les émotions et par la privation de café, au point de rendre quelquefois le travail impossible le matin à jeun. Parfois aussi surviennent des tressautements musculaires. L'hyperesthésie cutanée et parfois même musculaire (mollets) est habituelle, mais les réflexes resteraient généralement normaux ou peu exagérés. L'intelligence est lente, le caractère triste, amer ou déprimé, hésitant, pusillanime, tant que manque la « pointe » du café; il est surtout très mobile, extrêmement impressionnable. C'est, en somme, l'état de faiblesse irritable de la neurasthénie. Chez les prédisposés, l'hystérie n'est pas rare, et d'après Vincent, l'île de Groix où se fait l'extraordinaire consommation de café que nous avons vue, est « le pays d'élection de l'hystérie ».

Du côté de l'appareil circulatoire, ce sont des palpitations, avec ou sans arythmie ou intermittences, des accès d'angoisse précordiale, de la dyspnée d'effort, des troubles vaso-moteurs : bouffées de chaleur, sueurs, gonflement des veines des membres, ou sensation de refroidissement des extrémités. Le pouls est quelquefois ralenti, le plus souvent accéléré. Il ne paraît pas douteux que l'abus chronique du café favorise le développement de l'artério-sclérose (Romberg, Rosenbach), bien que les essais de reproduction expérimentale de Lissauer avec la caféine aient échoué.

La bouche est pâteuse le matin; les pituites sont plus rares. L'appétit fait plus ou moins défaut, surtout pour la viande. Le sujet se plaint de pesanteurs ou de crampes d'estomac, de pyrosis, de renvois gazeux (l' « éructation caféique » serait, d'après Vincent, l'expression la plus caractéristique de la dyspepsie flatulente du caféisme), quelquefois de nausées et de vomissements, de constipation ou de diarrhée parfois alternantes, d'hémorroïdes. L'examen montre une langue blanche et étalée, un estomac atone, clapotant facilement. On a signalé également une douleur dans l'hypocondre droit avec irradiations à l'épaule. M. Fernet a observé l'ulcère simple de l'estomac chez une femme qui croquait toute la journée du café en grains.

Le caféisme détermine une polyurie claire; il passe cependant (sans doute en raison de sa richesse en corps puriques) pour favoriser la gravelle. Il exerce une action emménagogue, et on lui a attribué certains cas de leucorrhée; à la longue, il pourrait déterminer l'aménorrhée. Cependant, d'après Guelliot, on ne saurait voir en lui une cause de stérilité puisque les onze femmes caféiques observées par lui étaient mères de vingt-six enfants.

Quoi qu'il en soit, chez l'homme, son action anaphrodisiaque paraît bien établie. Depuis longtemps connue des Orientaux, elle aurait été, dit-on, constatée par Louis XIV sur lui-même, et la princesse palatine écrivait que le café, rendant chaste, était la boisson tout indiquée des prêtres catholiques. C'est à l'abus du café qu'on a attribué la frigidité de Frédéric II et de Fontenelle. Linné appelait l'infusion de café : « Potus caponum, » et Trousseau déclare qu'il n'est pas, à sa connaissance, d'anaphrodisiaque plus puissant. Boussingault s'exprime dans le même sens. M. Boucard cite le cas d'un jeune homme de vingt ans, qui, adonné dès l'âge de trois ou quatre ans à l'usage du café et en buvant un litre par jour, avait des testicules réduits au volume de grosses noisettes et était impuissant. Déjà M. Guelliot avait rapporté plusieurs observations analogues. On a attribué également certaines prostatites à l'abus du café.

Enfin le café « porte à la peau », comme on dit vulgairement. Il produit le prurit, notamment le prurit anal et vulvaire (signalé d'abord par Brown-Séquard); d'autres fois, c'est sur l'avant-bras, la jambe ou la cuisse, le haut du thorax, que siègent les démangeaisons. Le café rend prurigineuses certaines dermatoses qui ne le sont pas habituellement, ou exagère leur caractère prurigineux, amène parfois des éruptions polymorphes consécutives au grattage (urticaire, prurigo, lichen, eczéma, suivant les réactions individuelles), enfin peut provoquer des poussées aiguës sur des dermatoses préexistantes. M. Perfetti rapporte dans sa thèse l'histoire suivante : les femmes d'une salle de Broca s'étant cotisées pour offrir un bouquet au chef de service, M. Brocq, en l'honneur de sa fête, celui-ci leur offrit, à leur choix, le champagne ou le café. Elles optèrent pour le café, qu'on fit très bon. Le lendemain, sur vingt d'entre elles atteintes de dermatoses, cinq présentaient une poussée aiguë.

On a décrit une cachexie caféique, caractérisée par l'asthénie physique et psychique, la dyspepsie, l'amaigrissement, le teint pâle, jaune terreux, rappelant celui du cancer : peut-être est-ce aller un peu trop loin dans la voie des analogies entre le caféisme et l'alcoolisme. On a dit également que les enfants des caféiques étaient chétifs, malingres, anormalement excitables : le fait, en lui-même très admissible, demande confirmation.

La plupart des symptômes du caféisme sont, en somme, calqués sur ceux de l'éthylisme, et il est d'autant plus difficile, dans bien des cas, de savoir exactement à quoi s'en tenir, que l'association caféo-éthylique n'est pas rare, et que bien des sujets avouent plus volontiers des excès de café que des excès d'alcool, ceux-ci étant plus sévèrement appréciés. Le tabagisme vient parfois aussi s'y associer, et l'on peut se demander si l'amblyopie caféique décrite par quelques auteurs (on a attribué notamment au café la fréquence de la cécité chez les Arabes, surtout au-dessus de cinquante ans) n'est pas surtout une

amblyopie nicotino-alcoolique. Pourtant l'exemple de l'amblyopie théique, que nous verrons plus loin, doit faire réserver la question.

D'après Gueliiot, la pâleur et l'amaigrissement, joints à l'éclat particulier du regard, distingueraient le caféique de l'alcoolique. La distinction est peut-être assez exacte, en ce qui concerne le buveur de vin ; elle l'est moins à l'égard du buveur d'eau de vie ou d'apéritifs.

II. Théisme. — Les symptômes en sont très voisins de ceux du caféisme, ce qui me permettra d'être bref.

1° *Théisme aigu.* — A dose faible ou moyenne, le thé produit une légère excitation cérébrale et même médullaire : le visage s'anime ; on se sent dispos, alerte. Mais parfois, soit chez des buveurs de thé novices et particulièrement sensibles à son action, soit à la suite de la consommation d'une quantité exagérée de thé, ou de thé trop fort, les phénomènes deviennent vraiment pathologiques. On a décrit des « épidémies d'ivresse théique » dans certaines grandes villes industrielles anglaises, malgré le vieux dicton qui dit que le thé « égaie, mais n'enivre pas ». Les accidents peuvent même aller plus loin, et devenir vraiment menaçants.

Dans un cas relaté par Spillmann, il s'agissait d'une femme de soixante-cinq ans, considérée comme atteinte d'un cancer de l'estomac, et à qui l'on avait prescrit un repas d'épreuve. Par erreur, on versa 300 grammes d'eau bouillante sur 300 grammes de thé noir, et, après un quart d'heure d'infusion, on lui fit absorber ce breuvage, presque noir et très amer. Bientôt elle fut prise d'un tremblement avec petites secousses convulsives dans les membres, d'une grande sensation de faiblesse avec extrême pâleur et tendance syncopale, puis de vomissements incoercibles, d'une céphalée intense avec sensation de froid dans tous les membres, respiration accélérée, pouls petit, d'abord assez rapide, puis irrégulier, inégal, ralenti (40 pulsations), chute de la température à 36 degrés, urines très rares. Au bout de vingt-quatre heures, tous ces phénomènes avaient disparu.

Chez les femmes plus jeunes, en âge d'activité génitale, le théisme aigu peut donner lieu à des accidents utérins, comme dans le cas rapporté par Lortat-Jacob et Sabareanu. Un infirmier de l'hôpital Laënnec, venant de Tokio, invita trois infirmières à prendre le thé. Il fit l'infusion avec des feuilles jeunes, provenant des petites tiges, et recueillies à la première cueillette, en mai, c'est-à-dire des feuilles particulièrement riches en théine. Chacune en but un verre. Elles ne tardèrent pas à être prises de phénomènes nerveux divers : agitation, tremblement, crampes, dyspnée, palpitations douloureuses, vertiges. Mais, en outre, toutes trois furent atteintes d'accidents utérins : la première fut prise, pendant une demi-heure, de tranchées qu'elle comparait à celles du début du travail ; la seconde vit réapparaître ses règles terminées depuis vingt-quatre heures et perdit abondamment pendant une demi-heure ; enfin, chez la troisième, enceinte de cinq mois, se produisit une ébauche d'avortement : avant même d'avoir fini son verre, elle fut prise de douleurs utérines à tendance expulsive, avec écoulement de liquide amniotique.

On peut rapprocher des accidents précédents cette constatation de Berlioz, que la caféine à dose toxique produit une forte congestion des organes pelviens.

2° *Théisme chronique.* — Les accidents résultant de l'abus prolongé du thé ont été décrits surtout en Amérique par Morton (1879) chez les dégustateurs, puis par Bullard, chez les grands buveurs de thé. En France, Eloy leur a consacré, en 1886, un article où il s'est inspiré de la description des deux auteurs précédents. Depuis lors, Wood, King, Lauder Brunton, etc., ont complété l'étude de la question.

L'abus prolongé du thé donne lieu à des accidents nerveux à peu près identiques à ceux du caféisme : phénomènes d'excitation puis de dépression (céphalalgie, agitation, hallucinations, vertiges, insomnie ou sommeil agité, névralgies, crampes, tremblement, émotivité, puis neurasthénie, etc., et même parésies motrices et sensitives, sans doute d'origine hystérique). Lauder Brunton dit avoir soigné un officier atteint d'une névralgie sévère qui résista à la suppression du tabac et de l'alcool et céda à celle du thé. D'autre part, Slayter rapporte que « la perversion du goût d'une domestique, habituée à manger journellement une demi-livre de café, se jugea par des symptômes semblables au delirium tremens », et les rapports des asiles d'aliénés d'Irlande donnent à l'abus du thé une place importante parmi les facteurs de l'aliénation mentale dans ce pays. On a signalé également la fréquence de l'artério-sclérose cérébrale chez les grands buveurs de thé.

Les manifestations cutanées et génitales du caféisme paraissent moins accusées dans le théisme (à part quelques démangeaisons dans certains cas). En revanche, celui ci semble agir davantage sur le tube digestif et l'appareil cardio-vasculaire.

Le thé détermine, sans doute par son tannin, de la sécheresse de la gorge, de l'anorexie, de la dyspepsie flatulente avec ou sans gastralgie (on a même prétendu que l'ulcère de l'estomac s'observait fréquemment chez les buveurs de thé pauvres et mal nourris) ; il produit surtout la constipation, confinant quelquefois à l'occlusion intestinale (Wood). On a observé, chez les dégustateurs de thé, l'hépatomégalie, voire même la cirrhose atrophique (?). Enfin on a signalé la tendance au diabète, un état particulier des dents, etc.

Stokes, Morton, Potain, Huchard ont vu l'abus du thé déterminer des accès de palpitations avec ou sans arythmie cardiaque, de dyspnée, et même d'angine de poitrine.

Si le théisme se rapproche par là du tabagisme, il pourrait également produire, comme ce dernier et l'alcoolisme, une amblyopie toxique. Morton signale des troubles visuels chez les dégustateurs de thé. Campbell cite le cas d'un homme de quarante-six ans, atteint, depuis plusieurs mois, d'un affaiblissement graduel de la vue, qui avait résisté à la suppression du tabac et disparut rapidement à la suite de la suppression radicale du thé, dont il consommait journellement en moyenne douze grandes tasses.

L'abus du thé pourrait produire également la surdité (?), l'affaiblissement du goût et de l'odorat (?).

Wood a dressé, d'après 25 observations, une statistique de la fréquence relative de ces diverses manifestations. Les névralgies (surtout faciales) s'observent dans les neuf dixièmes des cas, la céphalalgie dans les quatre cinquièmes, les palpitations dans les trois quarts, le tremblement dans les deux tiers, les troubles gastro-intestinaux dans la moitié, etc.

Enfin on a décrit une « cachexie théique » avec sénilité anticipée, analogue à la « cachexie caféique ». D'autre part, outre son action directe, le théisme pourrait exercer une influence indirecte sur l'évolution de certaines maladies : c'est ainsi que la syphilis se manifesterait sous ses formes les plus graves chez les dégustateurs de thé.

Vous voyez qu'en somme, sans aller jusqu'à soutenir, avec Love, que l'abus du café ou du thé est plus dangereux que celui de l'alcool, parce que ce ne sont pas des aliments comme lui, et que leur abus est moins apparent et moins répugnant, et tout en considérant le caféisme et le théisme comme relativement moins redoutables que l'alcoolisme, on n'en doit pas moins prendre ces deux intoxications en très sérieuse considération. Aussi est-il nécessaire de faire quelques réserves sur les services rendus par certaines croisades entreprises surtout à l'étranger et ayant pour but de substituer à l'usage de l'alcool celui du thé et du café. « En Norvège, » par exemple, « dans quelques districts, l'abus du café a été poussé si loin, qu'on a fondé là-bas des sociétés anticaféiques » (Lewin), et l'on a cité une caféomane qui faisait partie de la Société locale de tempérance.

Je ne puis que vous répéter une fois de plus ce que je vous ai déjà dit et redit à propos des boissons alcooliques : il n'y a pas de boisson « hygiénique » en soi; ce qui est hygiénique, c'est la dose. Tout est une question de mesure, et les mêmes causes morales et sociales qui ont fait d'un individu un alcoolique feront de lui un caféique ou un théique si on le détermine à remplacer l'alcool par le café ou le thé.

Quant à la dose permise, elle varie suivant une série de facteurs : richesse du thé ou du café en principes actifs, suivant la variété ; quantité employée pour l'infusion et durée de celle-ci; tempérament plus ou moins nerveux du sujet, vie plus ou moins active, alimentation abondante ou, au contraire, insuffisante. A côté d'exemples comme celui de Fontenelle qui, bien que grand buveur de café, mourut presque centenaire (ce qui lui faisait dire : « Si le café est un poison, c'est un poison bien lent »), on voit chez d'autres sujets la dose quotidienne d'une ou deux tasses de café un peu fort suffire à déterminer des troubles plus ou moins accusés.

Ces troubles, il faut savoir en reconnaître la cause, et pour cela penser un peu plus qu'on ne le fait ordinairement au caféisme et au théisme. Le plus souvent, on croit à l'alcoolisme ou au tabagisme; ou encore on se contente du diagnostic vague de neurasthénie ou d'artério-sclérose. Ce qu'il faut savoir aussi, c'est que non seulement le tableau que nous avons tracé du caféisme ou du théisme ne se présente jamais au complet, mais que les formes frustes, bornées à un seul symptôme, sont fréquentes. Chez l'un, c'est de la céphalalgie ou une névralgie rebelle; chez un autre, du prurit; chez un troisième, des vertiges ou des palpitations; chez un quatrième, des troubles gastriques.

Le traitement consiste, naturellement, dans la suppression de la cause. Les bons effets de cette suppression ne se font parfois sentir qu'au bout de plusieurs semaines. Le tremblement et la constipation sont généralement les manifestations les plus rebelles.

On a décrit chez les grands buveurs de thé (et, plus rarement, de café) des accidents résultant de la suppression brusque de leur boisson habituelle et rappelant ceux que l'on observe dans les mêmes circonstances chez les alcooliques et les morphinomanes. C'est une agitation extrême, de l'insomnie, puis une céphalée torturante, avec tristesse, idées noires, hébétude, langueur, quelquefois troubles hystériques (Wallian). Mais ces manifestations n'offrent aucun danger et ne durent que quelques jours. Aussi la suppression brusque me paraît-elle en général la méthode de choix. On se bornera à combattre par une médication symptomatique appropriée (arsenic, hydrothérapie, laxatifs, etc.) les troubles résultant de cette suppression. Trousseau regardait la valériane comme l'antagoniste du café.

Certains auteurs, attribuant au caféol tous les inconvénients du café, ont proposé, pour ne pas priver brusquement le malade de son excitant habituel, les injections de caféine; je ne vous recommande pas cette pratique, qui me paraît procéder d'un point de départ faux. Quant aux succédanés du café : café de malt, de glands, etc., ce sont pour le caféique des remplaçants bien insuffisants de sa boisson favorite, et certains d'entre eux ne sont pas inoffensifs pour l'estomac. Ce qu'il faut surtout, pour éviter les récidives, c'est agir sur l'esprit du malade, chercher à bien employer son activité, faire de la psychothérapie.

En somme, comme le montre avec beaucoup de justesse M. Fernet, l'abus du café et du thé, comme celui de l'alcool, se rattache à un abus plus général qui tend à devenir de plus en plus commun dans toutes les classes de la société, celui des excitants de toute espèce : alcool, café, thé, maté, guarana, kola, glycérophosphates, formiates, etc. M. Fernet voit dans cet abus une des causes du nervosisme de notre époque, de la vie agitée que nous menons. Mais ne pourrait-on aussi bien soutenir, avec Hahnemann, que c'est le besoin d'activité fébrile créé par les nécessités ou les usages de la vie moderne qui nous fait rechercher ainsi de plus en plus les stimulants de toute espèce ? Il est dans la logique des choses que nous nous adressions à des moyens artificiels pour mener un genre de vie qui tend toujours davantage à s'éloigner des conditions naturelles.

ERRATUM. — Page 1264, au début du second paragraphe de la première colonne; au lieu de : « Contrairement à l'abus du café, l'abus du thé se rencontre surtout en Europe et en Amérique, au moins dans les classes élevées », il faut lire : « Contrairement à l'abus du café, l'abus du thé se rencontre surtout dans les classes élevées, au moins en Europe et en Amérique. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1907)

Sur un nouveau signe de la mort réelle. — M. DE BOURGADE DE LA DARDYE. Au sujet de la communication de M. Vaillant dans la dernière séance, M. de Bourgade rappelle que, dès 1898, il avait constaté et décrit les signes de la mort réelle fournis par la radiographie. Nous avons nous-même signalé ces faits en analysant la communication de M. Vaillant.

Le diagnostic de la tuberculose des animaux, notamment des bovidés, par l'emploi simultané de l'ophtalmo et de la cuti-dermo-réaction. — M. J. LIGNIÈRES, sur 200 applications simultanées d'ophtalmo-cuti-réaction sur des bovidés tuberculeux, a constaté que tous les animaux ayant réagi à l'injection sous-cutanée de tuberculine ont donné une oculo-cuti-réaction positive.

Par contre des animaux n'ayant présenté qu'une réaction douteuse ou même aucune réaction après injection, ont répondu positivement à l'oculo-cuti-réaction ou à l'oculo-cuti-dermo-réaction. Enfin ces deux dernières sont restées négatives chez les animaux sains.

Dans l'actinomycose, comme l'a vu Moussu, l'injection classique de tuberculine et l'ophtalmo-cuti-réaction peuvent donner une réaction positive.

La sécrétion comparée des deux reins dans le diabète hydrurique. — MM. C. FLEIG et JEANBRAU à la suite d'expériences très concluantes sont amenés à cette opinion très ferme que la marche du travail des deux reins n'est nullement parallèle, soit pour l'excrétion de l'eau, soit pour l'excrétion des matières dissoutes, mais qu'elle est régie par une série d'oscillations établissant un vrai balancement de l'un à l'autre.

Stérilisation ovarique chez la femme par rayons X. — M. FOVEAU DE COURMELLES apporte un total de 52 cas où les rayons X ont agi et stérilisé en exigeant un nombre de séances variant de 18 à 160 et des rayons bien perpendiculaires à la région, ce qui exclut la possibilité de stérilisation criminelle par surprise. L'âge des femmes a varié de trente et un à cinquante-sept ans, et 11 de trente et un à quarante ans ont réagi de manière plus lente que les femmes les plus âgées; mais sauf l'exception d'une femme de quarante et un ans, toutes sont arrivées prématurément à la ménopause (leurs mères et leurs aïeules n'ayant eu ce phénomène qu'après cinquante ans).

Autres communications :

Contribution à l'étude chimique du gui (viscum album). — M. LEPRINCE.

Action physiologique du gui (viscum album). — MM. René GAULTIER et J. CHEVALIER. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 119, p. 1419.)

Sur la parthogenèse artificielle. — M. J. LOIR.

Cultures de tuberculose « in vivo » et vaccination tuberculeuse. — M. MOUSSU.

Individualisation, graduation et localisation méthodiques de la cure d'altitude appliquée au traitement de la tuberculose. — M. Christian BECK.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1907)

Oculo-réaction. — M. MORAX demande la parole à propos du procès-verbal. Il pense qu'il faut établir une distinction entre deux groupes de faits : ceux où l'ophtalmo-réaction est faite en l'absence de toute lésion oculaire; ceux où il existait avant l'instillation de tuberculine des lésions supposées tuberculeuses. Dans le premier groupe de faits, les seuls inconvénients qu'il ait observés ont consisté en réactions prolongées : une fois même il se produisit de petites lésions marginales de la cornée qui retardèrent pendant trois à quatre semaines le retour à l'état normal.

Chez les malades atteints de tuberculose oculaire ou de lésions oculaires suppurées tuberculeuses, l'ophtalmo-réaction ne paraît pas avoir juuqu'ici amené d'aggravation. Le malade présenté par M. Kelt était atteint d'une affection oculaire chronique à poussées successives et l'aggravation attribuée à l'instillation de tuberculine paraît à M. Morax une simple coïncidence.

Rien dans ce qu'il a vu ou lu ne lui permet donc d'attribuer à l'ophtalmo-réaction des complications graves et persistantes du côté de la fonction visuelle.

La communication de M. Morax donne lieu à une véritable discussion très intéressante et qui se poursuivra certainement.

M. COMBY a pratiqué plus de 300 fois l'oculo-réaction chez les enfants. Il a constaté que c'est une réaction sûre et inoffensive chez les enfants. Il faut considérer au point de vue technique, avec la solution de Calmette au 100ᵉ, qu'il a obtenu parfois des réactions excessivement intenses, dont les malades ont guéri sans complication.

Avec une solution au 200ᵉ, il a eu des réactions suffisantes et sans inconvénients. C'est le titre qu'il a continué d'employer. Il faut faire l'instillation avec soin et veiller à ce que la goutte tombe bien sur la conjonctive et ne soit pas expulsée par la contraction de la paupière. Il faut ensuite savoir attendre. Dans la majorité des cas la réaction se produit huit à dix heures après l'instillation. Mais il faut parfois attendre vingt-quatre et même quarante-huit heures.

Il ne faut pas faire l'oculo-réaction sur un œil déjà malade, quoiqu'on n'ait pas signalé d'accident grave. Si un œil est malade on ne peut en effet faire la réaction sur l'autre car on manque d'élément de comparaison.

Quelquefois il a observé des réactions se prolongeant huit jours et plus, mais jamais de kératite. On peut donc dire que la méthode avec l'emploi de la solution au 200ᵉ est absolument inoffensive.

Quant à sa valeur, elle est très grande chez les enfants. M. Comby ne l'a jamais trouvé en défaut. C'est donc un moyen presque infaillible pour déceler les tuberculoses latentes, un procédé excellent, inoffensif, efficace.

MM. SOUQUES et CAWADIAS ont recherché chez quinze malades adultes, indemnes de toute lésion tuberculeuse, d'abord la réaction générale fébrile (injection hypodermique de tuberline) et ensuite l'ophtalmo-réaction. Chez 12 sur 15 il y a eu une réaction nette soit fébrile, soit oculaire. Mais dans la moitié des cas (7 sur 15) ces deux réactions n'ont pas concordé, la fébrile existant, alors que l'oculaire manquait, ou inversement.

Il y a là une discordance qui plaide contre la spécificité de la tuberculine, c'est-à-dire contre la valeur diagnostique de la réaction tuberculinique.

MM. ACHARD et FEUILLIÉ ont étudié l'oculo-réaction à la tuberculine chez plusieurs malades atteints de lésions nerveuses. Chez deux malades ayant une paralysie faciale périphérique, l'oculo-réaction a été positive, bien que chez l'un d'eux, il n'y eût pas apparence de tuberculose. Mais chez tous deux la conjonctive a réagi beaucoup plus vivement du côté paralysé, sans doute à cause de l'inocclusion des paupières qui affaiblissait la défense de la muqueuse.

Chez trois hémiplégiques, l'oculo-réaction n'a été qu'ébauchée, mais toujours plus nette du côté paralysé et plus nette aussi lorsque l'état général était moins bon.

Enfin, dans un cas de paralysie générale avec cachexie, la réaction oculaire a été appréciable, et dans un cas de polynévrite des quatre membres avec bon état général, elle a été nulle.

M. LESNÉ a pratiqué l'oculo-réaction chez 150 enfants. Comme M. Comby, il pense que c'est une méthode excellente. Il a observé comme accident une conjonctivite purulente qui a guéri complètement. Chez deux adultes, il a eu une kératite phlycténulaire de durée assez longue. Depuis, il a fait usage d'une solution plus diluée et n'a pas eu d'accidents.

M. GRIFFON signale une cause d'erreur qui tient à la sensibilisation de l'œil sain. Une première instillation peut ne rien donner, une seconde au contraire donne des résultats positifs.

M. Griffon ne pense pas qu'il s'agisse là d'une oculo-réaction retardée.

M. Guinon sur 100 cas n'a observé aucun accident, mais il a vu des cas d'anaphyllaxie comme ceux dont parle M. Griffon.

M. de Massary sur une trentaine de cas a obtenu des résultats discordants. Dans un cas où trois fois l'ophtalmo-réaction avait été positive, il trouva seulement une carcinose généralisée. Dans un autre cas où il constata une péritonite tuberculeuse avec syndrome addisonien, trois fois l'oculo-réaction avait été négative.

M. Comby pense que les résultats contradictoires peuvent être plus logiquement attribués à un défaut de technique qu'à une prédisposition particulière.

M. Méry a réuni aux Enfants-Malades avec M. Armand-Delille et Mlle Giry 210 cas d'ophtalmo-réaction ainsi répartis :

Service de la coqueluche, 33 cas, 11 positifs; service de la crèche, 18 cas, 3 positifs; service général, 159 cas, 47 positifs.

Sur 12 autopsies, 7 ont été confirmatives d'ophtalmo-réaction positive, 5 cas de coqueluche et tuberculose, 2 méningites; 3 autopsies ont été négatives avec ophtalmo-réaction négative, 2 autopsies ont été positives avec ophtalmo-réaction négative.

M. Méry insiste sur 16 cas répondant cliniquement à la tuberculose ganglionnaire ou ganglio-pulmonaire dans lesquels l'ophtalmo-réaction a été négative. Il pense qu'on ne peut tirer plus qu'une présomption de la méthode.

Zona consécutif à la ponction lombaire. — M. Achard rappelle 3 observations d'herpès facial consécutif à des injections intra-rachidiennes de cocaïne, qu'il a publiées en 1901 avec M. Laubry, et les rapproche du cas de zona observé par MM. Pautrier et Simon après une injection de stovaïne.

Il rapporte, en outre, le cas d'une jeune femme suspecte de syphilis secondaire, chez laquelle, après une simple ponction lombaire, sans injection d'aucune sorte, survinrent, cinq heures plus tard, des douleurs lombaires et une petite éruption de zona sur la fesse droite.

Les rapports du rhumatisme articulaire aigu avec la maladie de Basedow. — M. Guinon. Dans un cas de rhumatisme articulaire subaigu, un an après la guérison, la malade présenta une maladie de Basedow typique à apparition très rapide. Cette affection fut très améliorée par le salicylate de soude et l'hémato-éthyroïdine.

M. Vincent rapporte, au nom de M. Teissier, deux cas d'hyperthyroïdisation en rapport avec le rhumatisme articulaire aigu. D'après les renseignements fournis à M. Vincent par les pédiâtres, le signe thyroïdien au cours du rhumatisme serait très rare dans l'enfance. Ce fait est à rapprocher de la maladie de Basedow dans l'enfance.

M. Variot rappelle l'observation de goitre exophtalmique publiée par Roy et lui chez un enfant de quatre ans. Il a observé un cas de thyroïdite aiguë chez un enfant de quinze ans. L'hypertrophie du corps thyroïde s'est produite à deux reprises et a guéri complètement.

Un cas de paludisme autochtone demeuré latent pendant soixante ans (présentation de malade). — MM. Rist et Boudet ont étudié un cas de paludisme chez une malade âgée de soixante et un ans ayant eu du paludisme à onze ans et n'ayant jamais eu de nouvelles manifestations depuis cette époque après avoir quitté la région qu'elle habitait. Ils ont pu déceler l'hématozoaire de Laveran dans le sang de la malade.

Méningo-encéphalite aiguë saturnine suivie d'amaurose hystérique. — MM. E. Mosny et Harvier présentent un homme de vingt-neuf ans, exerçant depuis l'âge de treize ans la profession de peintre en bâtiment, et n'ayant eu que deux crises successives de coliques de plomb depuis deux ans; alcoolique, mais non syphilitique, il fut pris, il y a seize mois, à la suite d'excès de boisson de crises convulsives avec perte de connaissance.

Quinze jours après, insomnie, céphalalgie, puis, à la suite de nouveaux excès de boisson, crises fréquentes, répétées d'épilepsie qui l'amenèrent à l'hôpital.

A son entrée à l'hôpital, il est pris de nouvelles convulsions épileptiformes, limitées au côté gauche, suivies de contracture; il est dans le coma, couché en chien de fusil; la température rectale est de 41°5; les réflexes rotuliens sont abolis; les autres réflexes y compris les réflexes oculo-pupillaires sont normaux; le signe de Kernig est positif; le signe de Babinski n'existe pas. Incontinence des urines et des matières. Urines albumineuses. Tension artérielle : 19 centimètres. Délire de paroles et d'action.

En deux jours, la température redevient normale; la contracture disparaît, mais le délire reste le même et ne disparaît lentement qu'au bout de six semaines.

Depuis le début de ces accidents, amaurose complète qui s'est lentement et progressivement atténuée jusqu'à n'être plus à l'heure actuelle qu'une très faible amblyopie, sans aucune altération du fond de l'œil et avec persistance du réflexe normal de la pupille. L'épreuve du nitrite d'amyle capable d'abaisser la tension artérielle, n'a jamais modifié l'amaurose.

Il n'existe d'ailleurs aucun stigmate d'hystérie, qu'une abolition presque complète du réflexe pharyngien.

Les urines notablement albumineuses, rares et pauvres en urée et en chlorures, sont devenues abondantes, fréquentes, riches en urée et en chlorures. L'albumine y a totalement disparu, puis y est redevenue abondante et persistante.

La tension artérielle s'est progressivement élevée à 23 et s'y maintient.

La réaction méningée, abondante et aiguë au début des accidents (50 éléments par champ d'immersion, dont 95 polynucléaires ordinaires et sains sur 100 éléments), a disparu; puis au bout d'un an, reparaît rare (6 éléments par champ) et chronique (lymphocytose pure).

Toute cette évolution morbide a été entrecoupée d'atteintes rhumatismales très violentes, très éphémères, très localisées (cou de pied et articulation métatarso-phalangienne du gros orteil), présentant tous les caractères du rhumatisme goutteux des saturnins.

Il s'agit là d'une observation très nette de méningo-encéphalite aiguë saturnine, suivie d'amaurose hystérique. La syphilis peut être mise hors de cause puisque M. Mosny n'en a trouvé aucune trace et que le traitement iodo-mercuriel s'est montré absolument inefficace. La présence du liséré de Barton, les douleurs articulaires, l'albuminurie, viennent à leur tour confirmer l'existence du saturnisme auquel MM. Mosny et Harvier attribuent les troubles nerveux actuels

Maladie d'Addison. — M. Sergent montre un malade présentant un syndrome d'insuffisance surrénale, survenu après quatorze ans de mélanodermie addisonienne, et enrayé par l'opothérapie. Chez ce malade extrêmement curieux on constate l'apparition et la disparition concomitante du phénomène de la ligne blanche.

Traitement de la tuberculose basé sur l'action antitoxique du foie. — M. G. Lemoine (de Lille) signale les bons effets produits par les injections intra-laryngées de produits biliaires, combinées avec les injections sous-cutanées. Il y a une diminution rapide et persistante des crachats, une amélioration notable des signes physiques. Ces injections sont très bien supportées, elles sont indolores et ne provoquent pas de toux; elles sont applicables aux tuberculoses du premier et surtout du deuxième degré; elles sont faites d'après la méthode de Mendel.

Les ictères hémolytiques. — MM. Widal, Abrami et Brulé ont pu reproduire expérimentalement des ictères hémolytiques avec des substances variées, en particulier la tachylendiamine.

Chez un chien, à la suite de son emploi, ils ont constaté après vingt-deux heures de l'ictère et de la fragilité globulaire. Chez un autre chien, à deux reprises, ils ont constaté de la fragilité globulaire et des hématies granuleuses. Avec de l'eau distillée, ils ont obtenu chez le lapin de l'hémoglobinémie et de l'hémoglobinurie, avec apparition, quelques heures après, d'hématies granuleuses.

In vitro on peut produire l'hémolyse, mais on n'obtient pas de granulations.

Chez les animaux auxquels on a pratiqué la ligature com-

plète des voies biliaires, on constate de l'augmentation de la résistance globulaire et l'absence de granulations. Il est intéressant de voir l'opposition entre les faits expérimentaux d'ictères par rétention et d'ictères hémolytiques. Ces ictères hémolytiques sont cliniquement assez rares. La cholémie familiale de Gilbert doit être distinguée des cas d'ictères congénitaux avec fragilité globulaire et granulations des hématies.

Remarques sur les rapports réciproques de la taille et du poids au cours de l'atrophie et de l'hypotrophie infantiles. — M. Variot présente un appareil destiné à mesurer la dissociation entre le poids et la croissance chez les enfants.

Recherches expérimentales sur les rapports entre l'hémolyse et les hématies granuleuses. — MM. A. Chauffard et N. Fiessinger montrent dans une première série d'expériences que si on soumet un sang indemne d'hématies granuleuses à divers agents hémolytiques, on ne voit apparaître de lésion globulaire ni au début, ni au cours, ni à la fin de l'hémolyse.

D'autre part, si on agit de même sur un sang chargé fortement en hématies granuleuses, on ne voit pas que ces éléments paraissent plus fragiles que les hématies normales.

Dans une autre série d'expériences, en injectant au lapin du sérum d'anguille dilué, on provoque une hémolyse plus ou moins intense. Si celle-ci est massive et brutale, l'animal meurt en quelques minutes avec un sang hémolysé, et sans que le nombre de ces hématies granuleuses paraisse augmenté.

Par contre, si l'injection a été assez modérée pour permettre la survie de l'animal, on assiste à une évolution cyclique d'altérations sanguines complexes. Trois heures après l'injection, destruction considérable d'érythrocytes et première augmentation des hématies granuleuses, les jours suivants, leucocytose passagère avec polynucléose, apparition dans le sang de myélocytes, puis évolution des éléments blancs dans le sens de la convalescence, sous forme de mononucléose avec éosinophilie. En même temps, le taux normal des érythrocytes se rétablit, le chiffre des hématies granuleuses qui s'était élevé progressivement, jusqu'à un maximum de 25 p. 100 descend peu à peu pour revenir au chiffre initial et la résistance globulaire très diminuée aux deuxième et troisième jours, tend à se rapprocher du chiffre physiologique.

Il ressort de ces expériences que l'hémolyse seule est impuissante à faire apparaître les hématies granuleuses, celles-ci ne se montrent dans le sang que par le fait d'une réaction organique secondaire et complexe, dans laquelle certainement interviennent la moelle osseuse, en ce qui touche la régénération sanguine, et la rate, comme foyer principal de destruction globulaire.

Rien de précis ne peut encore être affirmé en ce qui concerne la genèse et l'évolution des hématies granuleuses.

Mais l'association clinique et expérimentale, entre l'apparition de ces éléments et l'état d'hyporésistance sanguine, est un fait objectif qui ne peut être contesté.

M. Rist rappelle des expériences analogues qu'il a faites il y a quelques années avec M. Ribadeau-Dumas. Avec le taurocholate de soude, ils ont obtenu une formule hématologique analogue à celle de M. Chauffard (sauf pour les hématies granuleuses qui n'étaient pas encore décrites). Le taurocholate de soude paraît être l'agent principal des splénomégalies par ictère hémolytique. Les animaux semblent acquérir une sorte d'immunité au taurocholate de soude qui disparaît par la splénectomie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 30 novembre 1907)

Contribution à la question de l'origine des hématoblastes. — MM. L. Le Sourd et Ph. Pagniez ont obtenu par injections au cobaye d'hématoblastes de lapin, un sérum cytotoxique pour les plaquettes de ce dernier animal. L'activité de ce sérum est telle que l'injection de 1 centimètre cube à un lapin de 1 800 grammes suffit pour amener une disparition totale et immédiate des hématoblastes du sang circulant; ce phénomène persiste vingt-quatre heures et plus. Le sang prélevé à ce moment donne un caillot absolument irrétractile, comme l'ont déjà montré les auteurs.

Si on admet, comme l'ont soutenu certains auteurs, que les hématoblastes dérivent soit des leucocytes, soit des hématies, il est permis de se demander si un sérum aussi énergiquement destructeur pour ces organites ne le serait pas aussi pour leurs éléments d'origine.

Or, pendant les premières heures qui suivent l'injection, on n'observe pas de modifications quantitatives appréciables du côté des globules rouges et des leucocytes. Après vingt-quatre heures, le chiffre des hématies diminue, celui des leucocytes augmente. Toutes ces modifications, au regard de l'action intense exercée sur les hématoblastes, ne paraissent pas très différentes de celles qu'on peut observer après injection de tout sérum étranger et surtout d'un sérum cytotoxique.

Ces faits n'autorisent aucune conclusion ferme touchant l'origine des hématoblastes, mais sans constituer un argument décisif contre leur origine aux dépens des autres éléments du sang, ils semblent plutôt parler en faveur de l'autonomie de ces organites.

Recherches expérimentales sur l'influence de l'intoxication tabagique sur la gestation. — MM. G. Guillain et A. Gy ont observé dans une série d'expériences que toutes les femelles pleines intoxiquées soit par les macérations de tabac, soit par les dissolutions aqueuses de fumée, ont avorté ou mis bas des petits mort-nés. Expérimentalement le tabac est donc nocif sur la gestation. Ce fait est à rapprocher des constatations concernant la fréquence des avortements ou des accouchements avant terme chez les femmes travaillant dans les manufactures de tabac, et de cette remarque que les enfants de ces femmes sont chétifs et meurent souvent en bas âge.

Note sur la bactériologie des abcès tropicaux du foie. — MM. Gilbert et Lippmann relatent les résultats de l'examen bactériologique du pus de deux grands abcès tropicaux du foie qu'ils eurent l'occasion d'étudier dans ces derniers temps. Dans le premier cas existait à côté du *staphylocoque doré*, une flore anaérobie abondante représentée par quatre variétés microbiennes : le *bacillus perfringens*, l'*entérocoque*, le *bacillus ramosus*, le *bacillus fragilis*. Le second pus resta stérile en milieux ordinaires, mais fournit en tubes anaérobies une culture intensive d'*entérocoque* et de *bacillus funduliformis*.

Sans vouloir tirer de conclusions de ces deux examens, les auteurs insistent sur l'importance des recherches en anaérobiose, qui à leur avis, arriveront à élucider la pathogénie encore obscure de ces grandes suppurations hépatiques. Il leur paraît très légitime, en effet, de penser qu'avec le perfectionnement de la technique, le nombre des observations à pus dit stérile ou amicrobien ira en diminuant, beaucoup de ces faits relevant très probablement de l'intervention des germes anaérobies.

Eclampsie puerpérale et leucocytose du liquide céphalo-rachidien. — (Sera publié).

L'indicanurie chez le lapin. — MM. H. Labbé et G. Vitry ont étudié l'élimination urinaire de l'indican chez le lapin. On sait que, chez le lapin nourri avec des aliments habituels, en quantité suffisante, l'indican manque dans l'urine. Les auteurs ont pu constater, après Blumenthal et Rosenfeld, que l'on pouvait faire apparaître l'indicanurie simplement après quelques heures de jeûne. Cette indicanurie persiste tant que l'alimentation reste insuffisante, et tant que l'animal continue à maigrir ; mais l'indican diminue en quantité à mesure que l'alimentation est augmentée. Quand l'alimentation par les choux devient suffisante, l'animal cesse de maigrir, de se nourrir de sa propre substance et l'indican urinaire disparaît. On peut le faire reparaître en donnant à l'animal une albumine animale (30 grammes de viande par jour), et on le fait disparaître aussitôt qu'on remet l'animal au régime ordinaire suffisant. Ces faits tendent à démontrer que l'origine microbienne de l'indoxyle urinaire peut être discutée.

Diminution des albumines de sérum sanguin chez les hépatiques. — M. H. Grenet rappelle, à propos d'une récente communication de MM. Gilbert et Chiray qui ont constaté une diminution des albumines du sérum sanguin chez les cirrhotiques ascitiques, qu'il a signalé dans sa thèse un fait

analogue, dont il donnait d'ailleurs une interprétation différente. Dans pluisenrs cas de purpura lié à un trouble hépatique, il a noté l'abaissement du taux des albumines du sérum sanguin. Cet abaissement fait défaut lorsque le foie n'est pas en cause; il semble donc qu'on puisse l'attribuer à l'insuffisance hépatique.

Hyperplasie surrénale, hypertension permanente, néphrite chronique et athérome. — M. J. Gaillard, de l'examen anatomo-clinique de 36 individus hypertendus ou athéromateux, croit pouvoir conclure que l'hypertension permanente est susceptible de reconnaître une double origine. Tantôt l'hyperplasie surrénale en est la cause directe et première, tantôt les lésions rénales débutent, mais cependant l'hyperplasie surrénale est encore la condition physiologique nécessaire de l'hypertension.

Dans certaines observations d'athérome avec hyperplasie surrénale sans hypertension ni néphrite interstitielle, l'existense de l'hyperplasie surrénale lui a paru subordonnée au maintien de la tension artérielle à son chiffre normal.

Dans la grande majorité des cas cliniques, bien que le processus initial, rénal, surrénal ou vasculaire (athérome), ne puisse être déterminé, il semble cependant que l'on puisse souvent incriminer l'hyperplasie surrénale comme point de départ des accidents.

Eczéma et dermatoses prurigineuses. Chlorure de calcium. Corps thyroïde. — A l'appui d'un fait de MM. Parhon et Papinian, MM. L. Lévi et H. de Rothschild rapportent l'histoire d'une jeune fille hypothyroïdienne, transformée par le traitement thyroïdien et qui était atteinte d'un eczéma chronique ayant cédé progressivement à cette médication. Pendant le traitement, deux poussées d'eczéma, dont l'une lors d'hyperthyroïdie thérapeutique, coïncidèrent avec la reprise d'une diarrhée habituelle à la malade. L'eczéma, dans ce cas, se rattacherait indirectement à l'hypothyroïdie, à titre de phénomène d'hyperthyroïdie.

D'autres dermatoses (urticaire, prurit) bénéficient à la fois du traitement par l'extrait thyroïdien et le chlorure de calcium.

Le corps thyroïde agit, dans ces cas, par son action sur le métabolisme du calcium. Le chlorure de calcium agit à titre de régulateur du système nerveux.

Néphro et hépatotoxines. — MM. Petit, Bierry et Schæffer, continuant leurs recherches de 1904, établissent la non-spécificité des sérums cytotoxiques; seuls, les sérums néphrotoxiques exercent une action manifestement marquée sur l'organe qui a servi à les préparer; les autres sérums agissent sur les parenchymes les plus divers sans l'indice de la moindre spécificité. Un fait capital est à noter : la plus étroite corrélation lie la sérotoxie à l'existence de lésions cellulaires; ainsi s'expliquent les observations d'Albarran, qui ne constate de sérotoxie que lorsque, après ligature du pédicule rénal, il existe des lésions du rein laissé indemne.

Quant aux agents producteurs de la sérotoxie, ils appartiennent indifféremment aux règnes animal et végétal, et même aux substances chimiques inorganiques.

Hétéro-hépatotoxines. — M. Fiessinger, à l'occasion d'une communication de MM. Bierry, Petit et Schæffer, rapporte le résultat d'expériences au sujet de l'action des hépatotoxines obtenues à l'aide des nucléoprotéides de foie de chien et de cobaye injectées au lapin. Ces hépatotoxines, préparées suivant la technique de Bierry et Mayer, possèdent une action hépatotoxique marquée entraînant en vingt-quatre heures, avec des doses massives, des lésions diffuses du parenchyme hépatique (grands îlots de dégénérescence granuleuse avec pyknose des noyaux); en doses légères et répétées, chez des animaux chez lesquels on a pu ainsi déterminer une intoxication chronique, les lésions cellulaires, qui prédominent toujours autour d'un espace porte, se sont accompagnées de réaction cirrhotique portale dont les prises successives et aseptiques d'un même foie permettent de suivre l'évolution.

Ces cytotoxines ne sont pas toujours spécifiques. Elles peuvent altérer le parenchyme rénal, entraînant une tuméfaction trouble des cellules de tubes contournés avec chute de la crosse; mais ces altérations rénales sont inconstantes, et d'ailleurs inégalement réparties dans la substance corticale du rein.

A l'aide de la réaction de fixation de complément de Bordet et Gengou, M. Fiessinger démontre de plus que si cette spécificité cytotoxique n'est pas complète, on peut du moins admettre la notion d'une spécificité relative. Les sérums hépatotoxiques semblent fixer plus nettement le complément sur la substance hépatique que sur la substance rénale.

Sporulation du bacille du rhumatisme (variété rhumatismale du bacille d'Achalme). — M. G. Rosenthal étudie la résistance des spores du bacille du rhumatisme. Ces spores présentent la propriété de se colorer par les colorants ordinaires, contrairement à celles de la variété banale (bacillus perfringens de Veillon).

Autres communications :

Recherches sur l'hydrolyse diastasique de la cellulose du coton et de quelques autres poly-saccharides. — M. Seillière.

Histogénèse de la corde dorsale. — M. Henneguy.

Ophtalmo-réaction en psychiâtrie. — M. Raviart.

Le système musculaire dans les rudiments des membres des ectroméliens. — M. Salmon.

Variations du neurône sensitif périphérique dans un cas d'amputation récente de la partie inférieure de la cuisse. — M. Nageotte.

Réaction cutanée à la tuberculine dans la tuberculose expérimentale du veau et du chien. — M. F. Arloing.

Isolement des hématoblastes. Production d'un sérum antihématoblastique. — MM. Chevrel et Roger.

Influence des produits de la digestion des albuminoïdes et des sucres sur l'action sécrétoire de l'HCl sur la sécrétion pancréatique. — M. Frouin.

Étude physiologique et anatomique des capsules surrénales chez les tuberculeux. — MM. Parisot et Lucien.

Action de l'argent colloïdal électrolytique sur l'infection stréptococcique expérimentale. — M. Etienne.

Eosinophilie dans un cas de blastomycose humaine généralisée. — MM. Harter et Lucien.

Les leucocytes chez les cirrhotiques. — M. Perrin.

Lésions expérimentales du foie. — MM. Parisot et Harter.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Des divers médicaments employés dans l'épilepsie, chez l'enfant comme chez l'adulte, il ne faut retenir que ceux qui sont vraiment utiles : les bromures, et en particulier celui qui est le plus fréquemment employé, le bromure de potassium.

Les doses quotidiennes pour les enfants de quatre à cinq ans sont de 2, 3, 4 grammes de bromure; à partir de dix ans on peut presque donner les doses de l'adulte; la dose suffisante sera atteinte lorsque le réflexe pharyngien sera supprimé. Une fois que le traitement bromuré est commencé, il ne faut l'interrompre sous aucun prétexte, sauf en cas de bromisme aigu ou de maladie aiguë grave : *le bromure est un aliment pour l'épileptique*, disait A. Voisin; il faut le continuer même lorsqu'il y a amélioration, même lorsqu'il y a guérison, sans cela le malade « se rattrape », comme le disait familièrement Legrand du Saulle, il « liquide son arriéré » et peut mourir en quelques heures en état de mal. Le bromure a réellement une action utile; même s'il ne guérit pas il espace les accès encore assez souvent.

Le bromure de potassium doit être chimiquement pur, on emploiera donc le sirop de Henry Mure que les enfants prennent volontiers. On l'administrera au commencement du repas. Se rappeler qu'il est titré à 2 grammes de sel par cuillerée à soupe et 50 centigrammes par cuillerée à café.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 139. — JEUDI 5 DÉCEMBRE 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 5 DÉCEMBRE 1907. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de : MM. André Jousset, Courtois-Suffit, Alexandre Renault et Lenormand, qui acceptent; MM. Méry, Rist, Mauclaire, Ombrédanne, Blum et Funck, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Concours de l'externat. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1. MM. Thibierge, Gouverneur, Charrier, Usse, Mlle Trélat, MM. Cleisz, Lavedan, Mlles Lempert et Lévi-Alvarès, MM. Block (Jacques),

11. Dietz, Huard (Jean), Lucas-Championnière, Marcorelles, Thiers, Ecalle, Françon, Brun, Barthélemy, Jamin,

21. Lamare, Lelongt, Rose, Btutel, Gatelier, Lefranc, Mlle Blanchier, MM. Brouet, Luquet, Monod (Raoul),

31. Benoiste-Pilloire, Dedet, Kœchlin, Sellet, Virenque, L'Hirondel, Couinaud, Brenot, Le Maux, Morisson-Lacombe,

41. Reynier, Bardon, Béraud, Aujay de la Dure, Mlle Leven, MM. Pérochon, Porak, Mlles Raphaël, Condat, Mme Pertat,

51. MM. Trifaud, Vallerant, Saxe, Langlois, Baraty, Héricourt, Lacou-Saint-Guily, Philardeau, Rouillard, Desaux,

61. Guelfucci, Huc, Bouvier, Ducastaing, Lartigan, Pinault, Roubeau, Rudelle, Verne, Gommès,

71. Barraud, Lanos, Ménoret, Touchard, Devillers, Ignard, Bourdeaux, Lambert, Lambour, Leroy (René),

81. Mlle Monbiot, M. Théry (Louis), Mlle Tschoumakov, MM. Turnesco, Schoofs, Vivier, Péroni, Mlle Rosoff, MM. Bonnet, Dioudonnat,

91. Durand (Jacques), Gerber, Lesueur (Raoul), Libert, Paloy, Speth, Wiart (Louis), Zielmski, Haristoy, Delotte,

101. Deville, Corbineau, Leblanc (Albert), Maleyx, Pichard, Strehaiano, Morize, Coppin, Derancourt, Garcin,

111. Gavronski, Sécheret, Arnaudon, Esmein, Fontanel, Filâtre, Kuhn, Lapeyre, Besançon, Kudelski,

121. Mazzolini, Mlle Rabuteau, MM. Bailleul, Juin, Mlle Konichowsky, MM. Géraud (Jean), Girard (Lucien), Pichancourt, Cambessédès, Coulon,

131. Bloch (René), Boulay, Brehier, Briault, Floquet, Gauline, Girod (Fernand), Lebas, Rœhrick, Silva,

141. Testant, Besset, Bettinger, Morin, Meurisse, Dognon, Ghanianz, Quirot, Alary, Bardet (Georges),

151. Mlle Kosloff, MM. Vayssières, Barat, Escudié, Lafaix, Prunier, Mlle Borch, MM. Gouin, Leroy (Maxime), Chasseray,

161. Cheyron-Lagrèze, Decrop, Desprez, Hémery, Lubetzki (Albert), Weisgerber, Berthomier-Lamer, Apard, Goulfier, Mlle Weil,

171. M. Guillaume, Mlle Temkin, MM. Vinçotte, Chalard, Devimeux, Eudel, Faige, Galliot, Rouffignac, Boutin,

181. Guillermain, Marchak, Parisi, Mossé (Sylvain), Houssiaux, Castang, Chatelin, Schilman, Surun, Mme Huard,

191. MM. Morigny, Salles, Baudson, Feuillet, Parin, Camino, Guerche, Jacquemin, de Laforgue-Barès, Latour,

201. Mlle Lavergne, MM. Powilevicz, Escalier, Déjardin, Bureau, Pottecher, Ardillier, Desvignes, Dufau, Baude,

211. Baudoin, Michaux, Eissen, Faveret, Pineau (Alfred), Marqueste (Pierre), Laplanche, Masselot, Bernard, Devaux,

221. Monod-Lorenx, Morlot, Sondag, Thomas, Arnal, Chassin, Deron, Girardot (Edouard), Lavaud, Moineau,

231. Didier, Guillemin (Georges), Pitaud, Chabrol, Farcy, Verdier, Dagnan, de Carvalho, Weisweiller, Braye.

241. Chazanoël, Chomanet, Blanchés, Mlles Giboulot, Protopopoff, MM. Daniel, Sarrazin, Perrin, Trémolières, Feuillet (Raoul);

251. Rongier, Welsch, Mlle Oberlin, MM. Weber, Bideaux,

Dragatzis, Grosjean, Mlles Kononoff, Campergue, M. Garnier,

261. Mlle Gatow-Gatovsky, MM. Noël (Henri), Maurel (Gérard), Moricand, Courjon, Le Louët, Massé (Jean), Quartier, Videau, Amyot,

271. Bouchon, Guinaud, Bouhéret, Bruneau, Léchelle, Thibon-de-Courtry, Mme Honoré, MM. Landrieu, Ruaud, Wagon,

281. Champeau, Monguilan, Balland, Bessère, Chardon, Mme Henri, M. Marey, Mlle Celnik, MM. Audebert, Brésard,

291. Grodvolle, Sikorav, Jay y Ruiz, Lafage, Rouché, Doulcet, Edelmann, Fischer, Hanriot, Penet,

301. Quenot, Frèze, Lenormand, Mégnin, Jeannest, Ducrotoy, Vérut.

— Concours de médecins aliénistes. — Séance du 3 décembre. — MM. Vurpas et Juquelier, 18; M. Leroy s'est retiré.

— Service des aliénés. — Un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif et Maison-Blanche) sera ouvert le lundi 6 janvier 1908, à une heure précise.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, 1er bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux à cinq heures. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 9 au samedi 21 décembre 1907 inclusivement.

— Le Conseil municipal de Paris vient d'émettre l'avis qu'il y a lieu : 1° D'approuver le projet de construction, à l'hôpital Broca, d'un pavillon d'isolement pour les opérées;

2° D'autoriser, sous réserve de l'obtention de la subvention dont il sera ci-après parlé, l'exécution des travaux qui seront confiés aux entrepreneurs adjudicataires de l'entretien ou concédés par marchés amiables ;

3° D'imputer la dépense, évaluée à 43000 francs après rabais et tous frais compris, sur une subvention de pareille somme que l'Administration est invitée à solliciter de l'Etat sur les fonds du pari mutuel.

— Il est également d'avis qu'il y a lieu : 1° D'approuver le projet d'amélioration et d'agrandissement du pavillon Velpeau (gynécologie), à l'hôpital Cochin;

2° D'autoriser, sous réserve de l'obtention de la subvention dont il sera parlé ci-après, l'exécution des travaux qui seront, suivant leur nature ou leur importance, mis en adjudication publique, concédés par marchés amiables ou confiés aux entrepreneurs adjudicataires de l'entretien ou aux entrepreneurs adjudicataires des travaux d'agrandissement de l'hôpital Cochin, aux clauses et conditions de leurs marchés;

3° D'imputer la dépense, évaluée, après rabais escompté et tous frais compris, à 183000 francs, sur une subvention de pareille somme que l'Administration est invitée à solliciter sur les fonds du pari mutuel.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Caen. — Le concours de l'internat vient de se terminer par la nomination de MM. Lesieur, Madelaine et Coulon, internes titulaires.

Mlle Teissier est nommée interne suppléant.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — M. le docteur Gerber, professeur d'hydrologie et de minéralogie, est nommé, sur sa demande, professeur de matière médicale.

— Amiens. — Un concours s'ouvrira le 1er juin 1908 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

M. le docteur Braillon, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur de pathologie médicale.

— Grenoble. — M. le docteur Termier, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est nommé professeur de physiologie.

GUERRE. — M. Houlez est admis à l'école du service de santé militaire, en remplacement d'un élève réformé avant l'incorporation de la promotion 1907.

NOMINATIONS DIVERSES. — M. Noir est nommé médecin-inspecteur des écoles du Ve arrondissement de Paris.

M. Naïs est nommé médecin-inspecteur des écoles du Xe arrondissement de Paris.

M. Burnet, préparateur à l'Institut Pasteur, est nommé médecin-inspecteur de la vaccination à Paris.

M. Comoy, résidant à Saint-Honoré-les-Bains, est nommé médecin des Enfants assistés de la Seine pour la circonscription de Moulins-Engilbert.

CONCOURS DE MÉDECINS-ADJOINTS DES ASILES EN 1908. — A titre exceptionnel, les docteurs en médecine qui désireraient se présenter au concours du 3 février 1908 en vue du service dans les établissements privés ou dans les quartiers d'hospice affectés aux aliénés, pourront, s'ils remplissent toutes les autres conditions prescrites par le décret du 1er août 1906, obtenir du ministre de l'Intérieur une dispense d'âge, à la condition expresse de subir les épreuves, à titre de médecin d'asile privé.

Si l'autorisation leur est accordée, ils participeront au concours dans les mêmes conditions que les autres candidats, mais ils seront l'objet d'un classement particulier qui ne créera pour eux aucune qualification à l'emploi dans un asile public.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — A la suite du scrutin de ballottage pour les sièges de membre du conseil, le bureau et le conseil du syndicat sont définitivement composés de la façon suivante :

Bureau : président, M. Philippeau; vice-présidents, MM. Bellencontre et J. Noir; secrétaire général, M. Guillemonat; trésorier, M. Vimont; secrétaires des séances, MM. Levassort et Diverneresse; rédacteur en chef du Bulletin, M. Leredde.

Membres du Conseil : MM. Fournier, Leclerc, Perrodeau, Barrault, Duverdier, Laisné, Tourlourat, Wicart, Ramonat, Thiellement, Dally et Grunberg.

LE NOUVEL HOPITAL MILITAIRE DE CHALONS. — Le service du génie a fait la remise des locaux du nouvel hôpital militaire à la commission des hospices civils de Châlons et au service militaire.

Ce nouvel hôpital est géré par l'administration des hôpitaux unis de Châlons-sur-Marne, à laquelle l'autorité militaire paiera les journées d'hospitalisation des malades militaires.

Le service médical sera dirigé par M. le docteur Grivet, médecin principal de première classe.

CONFÉRENCE INTERNATIONALE SANITAIRE DE ROME. — La conférence internationale sanitaire s'est ouverte avant-hier à Rome au théâtre Argentina.

M. Tittoni a salué les congressistes au nom du roi. M. Barrère, ambassadeur de France a répondu.

CLINIQUE CHIRURGICALE

ARTHRITE SUBAIGUE DE LA HANCHE

AU COURS D'UNE CHORÉE AVEC LÉSION MITRALE

Par M. A. BROCA,
Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

La chorée, sans doute, intéresse peu le chirurgien : elle l'intéresse cependant, et la fille de huit ans couchée au n° 20 de la salle Bilgrain en est la preuve. Cette enfant me fut en effet adressée, par une consultation de médecine, comme atteinte de coxalgie et j'ai dû rectifier cette erreur : ce que j'ai fait sans peine parce que je fréquente depuis longtemps les hôpitaux d'enfants et que peu de chose me suffit pour dépister une chorée. Car je dois dire que l'erreur a été commise dans un hôpital d'adultes.

Il était inutile de pratiquer un bien long examen, hier, à la consultation, pour reconnaître l'existence d'une arthrite de la hanche : hanche douloureuse spontanément et à la pression, immobilisée par contracture en flexion et abduction légères, ces signes étaient nets. Vraie coxalgie, c'est-à-dire, dans notre langage actuel, tuberculose? Certainement pas, au moins dans une forme ordinaire, et les motifs de cette élimination ne sont pas moins nets.

A la palpation, d'abord, deux signes importants font défaut : l'atrophie du muscle quadriceps, l'engorgement des ganglions inguinaux. Or ils ne manquent pour ainsi dire jamais, le premier surtout, à la période où nous voyons les coxalgies, c'est-à-dire assez loin d'un début dont la caractéristique principale est d'être latent pendant un temps variable, durant lequel se produisent les deux lésions ici absentes.

En outre, rien qu'à mettre la main sur la peau, on constate que la température est élevée, et vérification faite par le thermomètre, elle marque 39. Serait-ce donc une de ces coxalgies aiguës, à début fébrile, comme on en voit quelquefois? Nous ne devons songer à ces raretés qu'en dernier ressort, et encore nous souvenir qu'à l'interrogatoire on remonte presque toujours à une période antérieure de fatigue, de légère claudication intermittente. Or ici, la mère nous affirme qu'il y a quatre jours seulement a commencé le mal, avec douleur brusque et fièvre; que d'autre part il y a déjà eu, ailleurs, des atteintes rhumatismales, sur lesquelles je vais revenir.

Rhumatisme tuberculeux, peut-être? Non, et dès les premières secondes de mon examen, mon opinion était faite, sauf vérification par deux ou trois questions précises : car au premier coup d'œil j'avais observé des grimaces de la face, des contorsions des doigts. Mouvements légers, sans doute, mais manifestement choréiques, pour qui a observé une fois cette maladie : et tout de suite venait à l'esprit le diagnostic de chorée avec rhumatisme articulaire. Tout de suite aussi s'imposait l'examen du cœur, dont la participation est si fréquente dans les cas de ce genre, et nous y entendîmes en effet un gros souffle systolique d'insuffisance mitrale.

Je viens de reconstituer devant vous la manière dont, en peu d'étapes, on arrive dans ces cas à un diagnostic presque certain et complet. Restait à établir, par l'interrogatoire, comment avait évolué la maladie et sur quel terrain.

Dans l'hérédité, une sœur est bien portante, mais le père a eu, il y a quatorze ans, des douleurs rhumatismales. Quant à notre malade, on ne relève dans ses antécédents que des infections banales de l'enfance : bronchite à deux mois, diphtérie à trois ans, à cinq ans coqueluche, rougeole et varicelle. Le rétablissement fut complet, après ce dernier assaut, et l'enfant était en bonne santé lorsqu'il y a six semaines elle fut atteinte de rhumatisme articulaire aigu de la hanche et du genou droit, des deux tibio-tarsiennes; cela céda en quinze jours au salicylate de soude, et le médecin n'aurait alors constaté aucune complication cardiaque. L'intensité du souffle actuel me paraît toutefois suffisante pour imposer quelques réserves sur ce point du diagnostic.

La convalescence semblait marcher à souhait depuis huit jours lorsque, il y a trois semaines, commença une chorée, vite assez accentuée, que l'on traita probablement par la médication arsenicale. Au bout de quelques jours, on vit sur les membres inférieurs de petites taches ecchymotiques que nous apercevons encore. Enfin il y a quatre jours, avec une reprise de fièvre a débuté l'arthrite aiguë de la hanche gauche pour laquelle nous sommes aujourd'hui consulté.

L'histoire est donc bien celle d'un rhumatisme aigu associé à la chorée, celle-ci ayant été secondaire. Toute question théorique mise à part sur la nature du rhumatisme aigu, de la chorée et de leurs relations, retenez ce fait pour mettre dans votre pronostic, chez un choréique, les réserves nécessaires; et du cas particulier que vous avez sous les yeux, retenez la valeur de quelques petites maladresses persistantes, de quelques petits mouvements arythmiques pour remonter vite à un diagnostic de cause important pour le traitement.

En thérapeutique, nous devons ici nous occuper à la fois de la hanche, du rhumatisme, de la chorée.

Pour la hanche, on pourrait presque négliger le traitement local, la médication générale ayant une action très puissante. Je crois cependant que par l'extension continue l'amélioration est plus rapide; que surtout la cessation des douleurs sera immédiate. Quelle que soit la nature d'une arthrite douloureuse de la hanche, nous possédons dans l'extension continue un moyen très efficace et très rapidement efficace; et il suffira de peu de jours d'extension, une fois la douleur calmée.

Car ce n'est pas ainsi que nous traitons la maladie, c'est-à-dire le rhumatisme, mais par le salicylate de soude, que chez une enfant de cet âge on peut facilement donner à dose de 3 grammes par jour si la crise est grave, que je donnerai seulement à dose de 2 grammes parce qu'il s'agit d'une rechute médiocrement intense, avec prise d'une seule jointure. A cela j'ajouterai les applications locales de salicylate de méthyle.

Mais dans le cas particulier cette médication salicylée ne sera pas suffisante, car elle n'a pas grande

action sur la chorée. Pour celle-ci, quand par hasard j'en ai une à soigner, je crois que le traitement arsenical est la plupart du temps le meilleur. En raison de la lésion mitrale déjà constituée, le pronostic éloigné doit être très réservé, mais la cessation des douleurs articulaires et des mouvements choréiques me paraît devoir être rapide.

N. B. — L'enfant prit 2 grammes de salicylate de soude du 12 au 18 octobre; dès le 13, la douleur de hanche avait diminué, mais il y avait un peu de souffrance au genou gauche ; le 16 octobre, les accidents articulaires étaient complètement guéris, mais le salicylate fut encore continué pendant deux jours; à partir du 18 octobre, l'arsenic fut administré sous forme de liqueur de Fowler à dose de II gouttes par jour, avec augmentation de II gouttes jusqu'à XII, VI à chaque repas. L'enfant sortit de l'hôpital le 9 novembre, n'ayant plus que quelques mouvements involontaires dans la main gauche quand elle cherchait à saisir un objet. Elle a dû continuer chez elle la liqueur de Fowler à dose de VIII gouttes par jour pendant une quinzaine. Les taches purpuriques ont disparu le 16 octobre.

ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

ET LEUCOCYTOSE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Par MM. Maurice VILLARET,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
et Léon TIXIER,
Préparateur à la Faculté.

La pathogénie de l'éclampsie puerpérale est encore très controversée. Tandis que l'hypertension artérielle semble jouer un rôle considérable dans un certain nombre de cas, il existe des faits indéniables dans lesquels certaines insuffisances organiques suffisent à expliquer les accidents, sans que la tension artérielle ait subi des modifications bien notables.

Nous avons trouvé plusieurs observations d'éclampsie dans lesquelles les auteurs ont noté la présence d'hémorragie méningée rattachée logiquement par eux à l'hypertension artérielle. Par contre, en dehors de l'hémorragie méningée, processus passif, il est exceptionnel qu'on ait signalé l'existence dans le liquide céphalo-rachidien d'éclamptiques de réactions cellulaires indépendantes de cette hémorragie, représentant un véritable processus actif des méninges, d'ordre toxi-infectieux probable. Dans cet ordre de faits, nous n'avons connaissance que d'une observation, celle de Thies (1), qui, sans en tirer aucune déduction, signale dans un cas d'éclampsie un liquide cérébro-spinal trouble contenant beaucoup de leucocytes et des globules rouges. L'évolution clinique suivante nous a paru, en conséquence, intéressante à relater comme contribution à l'étude du mécanisme de certains accidents de l'éclampsie puerpérale.

(1) J. Thies. *Centralbl-f. Gynek.*, 9 juin 1906.

Observation. — La nommée Rosalie P... est transportée d'urgence à l'hôpital Broussais dans le service de notre maître M. le professeur Gilbert, salle Gübler, n° 7, le 11 décembre 1906. C'est une femme de vingt et un ans qui a été trouvée sans connaissance dans sa chambre et présentait depuis quelques jours des crises nerveuses sur lesquelles nous pouvons obtenir quelques éclaircissements des voisins : La malade se mordait la langue, au niveau de laquelle nous constatons d'ailleurs quelques cicatrices récentes, se blessait la tête, présentait de la cyanose, bref semblait au premier abord, avoir eu des attaques d'épilepsie, bien qu'elle n'écumât pas, qu'elle n'ait pas de signe de Babinski et que les crises soient très longues et répétées. Nous apprenons de plus que depuis un certain temps la malade présentait des flots d'albumine dans les urines. — Nous assistons d'ailleurs bientôt à une de ses crises qui ont un caractère épileptiforme avec trois périodes, clonique, tonique et de coma. Nous constatons en même temps une grosse albuminurie. Les accès sont subintrants et se continuent presque sans interruption. — Devant cet état grave, et la malade étant manifestement enceinte, nous la faisons passer le 12 décembre dans le service de ohirurgie où le soir même elle fait une fausse couche de six mois. A la suite de cet accident, le coma persiste toute la journée du lendemain, puis le sujet reprend ses esprits et peut nous donner quelques renseignements. — Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels sinon une scarlatine survenue à l'âge de treize ans et un nervosisme assez marqué. Jamais la malade n'a eu auparavant de convulsions ou d'attaques de quelque nature que ce soit. En somme nous portons le diagnostic qui s'impose de crises éclamptiques typiques d'origine puerpérale.

L'examen systématique et détaillé de l'appareil nerveux pratiqué à plusieurs reprises ne nous révèle rien d'anormal. Les autres organes sont d'ailleurs aussi absolument intacts. Pas d'hypertension artérielle; le pouls régulier, égal, bat à 84. Le foie et les fonctions hépatiques sont normaux à tous égards; rien à signaler à ce point de vue dans les urines. Pas de polyurie, pas d'éléments anormaux dans les urines en dehors de l'albumine.

Le 13 décembre au matin une *première ponction lombaire* donne issue à un liquide grisâtre faisant issue avec une tension énorme et dans lequel le culot de centrifugation est formé d'une véritable purée de *polynucléaires*, de quelques mononucléaires et de quelques rares globules rouges, sans qu'il y ait d'albumine en quantité anormale dans le liquide. L'examen direct n'y révèle aucun microbe. A la suite de cette opération survient une amélioration notable; la malade commence à causer et l'albumine disparaît presque complètement des urines, sans qu'on puisse cependant, semble-t-il, attribuer ce phénomène à la rachicentèse.

Le 14 décembre une *deuxième ponction lombaire* laisse écouler un liquide clair sous une tension normale; il contient une quantité sensible d'albumine, de nombreux globules rouges, des polynucléaires et surtout des *monos* ; le pourcentage est le suivant : 25 à 30 leucocytes par champ microscopique, dont trois mononucléaires petits et moyens pour un polynucléaire. La culture du culot sur bouillon ne donne rien au bout de quarante-huit heures. L'inoculation au cobaye et à la souris n'aboutit à aucun résultat; le cobaye est indemne un mois après; quant à la souris, elle meurt au bout de six jours, mais sans que l'autopsie puisse révéler de

lésion appréciable et sans que l'examen bactériologique du sang de l'animal ne décèle de microbe.

Le 16 décembre, l'albumine reparaît en quantité notable dans les urines; le soir, survient une nouvelle crise d'éclampsie suivie d'un état comateux qui exige une saignée de 500 grammes.

Le 17, la malade est encore dans le coma. On lui fait une *troisième ponction lombaire*. Le liquide n'est pas en hypertension, et sort goutte à goutte. Il y a en revanche une grande quantité d'albumine. La cytologie révèle dans le culot des globules rouges, mais déjà moins nombreux, et une *formule lymphocytaire* prédominante avec quelques polynucléaires (45 à 50 lymphocytes ou moyens mononucléaires, 3 à 5 polynucléaires par champ microscopique). A la suite de cette ponction l'amélioration se reproduit et se poursuit.

Le 19 décembre le sujet est en bon état. Il n'y a plus d'albumine dans les urines. Une *quatrième ponction lombaire* donne issue à quelques centimètres cubes d'un liquide dont l'albumine a presque disparu et dont la réaction cellulaire s'est sensiblement atténuée ; il existe des globules rouges et des leucocytes appartenant presque exclusivement à la classe des lymphocytes.

Le 21 décembre la malade, en excellent état, rentre en médecine où nous la surveillons quelques jours sans voir reparaître de phénomènes anormaux; il n'y a plus d'albumine ni de troubles nerveux.

Le 11 janvier nous pratiquons une *dernière ponction lombaire* avant que le sujet quitte l'hôpital. Le liquide très clair sort goutte à goutte et on a de la peine à en recueillir quelques centimètres cubes dans lesquels la formule est redevenue presque normale; il existe cependant encore un certain degré de lymphocytose.

Le 1er février, nouvelle crise semblable à la première qui se répète; il y avait de l'albumine dans les urines. Nous n'avons pas d'autres renseignements sur ces accidents qui disparurent complètement à la fin de février.

Nous avons revu depuis la malade; elle n'a plus souffert jamais de semblables troubles.

En somme, nous étions en présence d'attaques subintrantes d'éclampsie qui précédèrent, accompagnèrent et suivirent une fausse couche de six mois chez une femme de vingt et un ans et pendant lesquelles nous constatâmes une réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien.

Aucune autre cause toxique (plomb, alcool, etc.), infectieuse ou nerveuse (hystérie, épilepsie) ne pouvait être invoquée chez notre malade. Il ne s'agissait pas non plus d'urémie au cours d'une néphrite interstitielle latente. Deux caractères plaidaient en faveur de l'éclampsie : la tension artérielle, qui se montra toujours normale, et la rapidité avec laquelle l'albumine disparut de l'urine lorsque les crises convulsives cessèrent définitivement. Dans la néphrite urémique au contraire, on admet généralement que l'hypertension artérielle et l'albuminurie ne sont guère influencées par la disparition des crises.

Notre observation prête à des considérations d'ordre pathogénique et thérapeutique.

Il semble bien établi que dans d'assez nombreux cas d'éclampsie la majeure partie des accidents soit le fait de l'hypertension artérielle, et dans ces conditions il existe sans doute une relation étroite entre l'élévation de la pression sanguine et celle du liquide céphalo-rachidien, entraînant le passage des globules rouges des capillaires dans la cavité sous-arachnoïdienne.

Il existe également des observations indéniables dans lesquelles on ne peut attribuer aucun rôle à la tension artérielle puisqu'elle n'est pas modifiée. Dans les cas de ce genre le liquide céphalo-rachidien ne fut pas systématiquement examiné et la présence d'une réaction méningée, comme dans notre observation, nous semble constituer un élément important en faveur de la nature toxi-infectieuse de certains cas d'éclampsie.

Il s'agissait là d'hypertension du liquide cérébro-spinal sous la dépendance directe d'un processus actif (leucocytose), sans aucun rapport avec l'hypertension artérielle, processus passif, cause d'hémorragie méningée. Nous assistions en effet à l'évolution d'une formule cytologique en tous points semblable à celle d'une infection aiguë des méninges : parallélisme tout d'abord entre l'éclosion des accidents nerveux et la polynucléose, puis lymphocytose pendant l'évolution des crises convulsives, enfin tendance progressive à la disparition de la réaction cellulaire coïncidant avec l'atténuation et la cessation des accidents.

L'imprégnation des centres nerveux par des toxines ne s'accompagne pas, d'ailleurs, nécessairement de leucocytose du liquide céphalo-rachidien ; on ne doit pas en déduire que des lésions organiques même légères de ces centres ne soient pas la cause des accidents. Dans cet ordre d'idées, l'un de nous eut l'occasion d'observer avec M. Nobécourt (1) deux enfants atteints de fièvre typhoïde qui présentèrent des troubles du rythme respiratoire d'origine nerveuse. La réaction méningée était très nette chez le premier enfant dont les accidents furent très accentués, alors que le liquide cérébro-spinal ne subissait aucune modification chez le second dont les symptômes furent beaucoup plus atténués.

En résumé, notre observation montre qu'il peut exister des cas d'éclampsie dans lesquels l'hypertension artérielle ne peut être invoquée et pour lesquels les modifications du liquide céphalo-rachidien plaident en faveur de l'origine toxi-infectieuse des accidents.

Cette constatation nous explique en grande partie pourquoi la saignée est parfois insuffisante à enrayer l'évolution fatale de la maladie. Si cette intervention est en effet une excellente thérapeutique contre l'hypertension dans certains cas, contre l'accumulation des toxines dans d'autres, il n'en est pas moins vrai que des malades saignées tardivement et dont les centres nerveux restent fortement imprégnés, peuvent ne plus bénéficier de ce traitement de choix.

(1) P. Nobécourt et Léon Tixier. Troubles du rythme respiratoire d'origine nerveuse au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant, *Arch. de méd. des enf.*, nov. 1907.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 2 DÉCEMBRE 1907)

Voici les prix décernés en médecine, chirurgie et physiologie pour 1907 :

Médecine et chirurgie. — PRIX MONTYON. — Trois prix de 2500 francs chacun : A MM. les docteurs J. Hennequin, pour ses travaux sur le « Traitement des fractures par l'extension continue; » C. Levaditi, pour ses travaux sur les « Spirochètes en général et le *Treponema pallidum* en particulier ; » M. Villaret, pour son travail sur « les troubles du débit urinaire dans l'augmentation de la tension du sang de la veine porte, au cours des maladies du foie ». — Trois mentions de 1500 francs chacune : A MM. les docteurs A. Thiroux et d'Anfreville, pour leur « Etude du paludisme au Sénégal pendant les années 1905 et 1906 »; MM. Nicolle et Mesnil, pour leur travail intitulé : « Traitement des trypanosomiases par les couleurs de benzidine »; R. Gaultier, pour ses deux ouvrages intitulés « De l'exploration fonctionnelle de l'intestin par l'analyse des fèces » et « Précis de coprologie clinique ». — Des citations sont accordées à MM. les docteurs G. Martin : « Les trypanosomiases de la Guinée française; » G. Pécaux : « Contribution à l'étude des trypanosomiases animales au Soudan français; » P. Breteau et P. Woog : « Sur la conservation du chloroforme et sur un dispositif indicateur de son altération accidentelle; » A. Desmoulière, pour une série d'études sur les « Troubles de la nutrition et l'élimination urinaire dans les dermatoses diathésiques et dans le psoriasis; le Rôle des eaux sulfurées dans le traitement mercuriel; le Ferment du salol contenu dans certains laits; le Dosage du glycogène, les dosages des soufres urinaires »; Guisez, pour l'ensemble de ses travaux sur la « Broncho-œsophagoscopie ».

PRIX BARBIER (2000 francs). — Le prix est décerné à MM. les professeurs J. Guiart et L. Grimbert, pour leur « Précis de diagnostic chimique, microscopique et parasitologique ».

PRIX BRÉANT (100 000 francs). — Ce prix, destiné à récompenser celui qui aura trouvé le moyen de guérir le « choléra asiatique » n'est pas décerné. — Le prix annuel (5 000 francs), constitué par les arrérages de la fondation, est partagé entre MM. Vaillard et Dopter, pour l'ensemble de leurs « Recherches sur la dysenterie bacillaire »; J. Ferran, pour « Sur la longévité des cultures du vibrion cholérique ».

PRIX GODARD (1 000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur V. Nicaise, pour : Des indications et de la valeur thérapeutique de la néphrectomie dans le traitement du kyste hydatique du rein (néphrectomie totale et néphrectomie partielle »).

PRIX DU BARON LARREY (750 francs). — Le prix est décerné à M. G.-H. Lemoine, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce, pour « Sur le développement de la tuberculose et des fièvres éruptives dans l'armée ».

PRIX BELLION (1 400 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs A. Chantemesse et F. Borel, pour leur ouvrage sur l'hygiène internationale, intitulé : « Frontières et prophylaxie. »

PRIX MÈGE (10 000 francs). — N'est pas décerné. — Le prix annuel (300 francs), représentant les arrérages de la fondation, est décerné à MM. J. Castaigne et F. Rathery, pour « Les lésions du tube contourné du rein ».

Prix CHAUSSIER (10 000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur A. Lacassagne, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, pour l'ensemble de ses travaux sur la médecine légale.

Physiologie. — PRIX MONTYON (750 francs). — Le prix est partagé entre MM. M. Nicloux, pour son « Etude sur la saponification des corps gras »; D. Brocq-Rousseu, pour ses « Recherches sur les altérations des grains des céréales et des fourrages ».

PRIX PHILIPEAUX (900 francs). — Le prix est décerné à M. H. Bierry, pour la série de ses « Etudes sur les cytotoxines en général et particulièrement sur les néphrotoxines et les hépatotoxines ».

PRIX LALLEMAND (1 800 francs). — Le prix est partagé entre : MM. E. Régis, professeur adjoint à l'Université de Bordeaux, pour son « Précis de psychiâtrie »; E. Rabaud, pour sa « Pathologie de la pseudencéphalie et de l'anencéphalie ».

PRIX POURRAT (1 000 francs). — Le prix est décerné à M. G. Sellière.

PRIX LA CAZE (10 000 francs). — Le prix est décerné à feu M. Laulanié, pour l'ensemble de ses travaux de physiologie et en particulier pour la deuxième édition de son ouvrage intitulé : « Eléments de physiologie. »

PRIX DIVERS. — *Géographie.* — PRIX GAY (1 500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur J. Charcot, pour les importants résultats obtenus par son expédition dans les régions polaires antarctiques.

Botanique. — PRIX MONTAGNE (1 500 francs). — Le prix est décerné à M. F. Guéguen professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris, pour ses travaux sur les champignons inférieurs.

Statistique. — Une mention honorable est accordée à M. le docteur Conor, médecin-major à la direction du service de santé du 3e corps d'armée, pour son mémoire traitant « De l'hystérie dans l'armée ».

Histoire des sciences. — Un prix de 1 000 francs est décerné à M. le docteur F. Brunet, médecin de première classe de la marine, pour son « Histoire des sciences médicales à Byzance au temps de Justinien ».

Prix généraux. — PRIX LANNELONGUE (2 000 francs). — Les arrérages de cette fondation, due à la libéralité du professeur Lannelongue, membre de l'Institut, sont répartis inégalement entre Mmes Béclard, Cusco et Ruck.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1907),

Arrachement du membre supérieur. — M. BERGER présente au nom de M. André (de Péronne) une pièce anatomique intéressante : il s'agit d'un bras entier qui a été complètement arraché de l'épaule dans les conditions suivantes : un homme fut pris par une courroie de transmission et, après plusieurs tours de l'arbre de couche, fut lancé à plusieurs mètres, alors que son bras restait attaché à la courroie. Il y eut arrachement complet du membre supérieur droit, arrachement interscapulo-thoracique, dont les suites furent d'ailleurs des plus simples. Le blessé ne perdit même pas connaissance; il n'y eut pas d'hémorragie, pas de schock traumatique, pas de fièvre; la réunion de la plaie se fit sans suppuration. Il n'y eut aucune espèce de réaction, et le blessé fut très rapidement guéri.

M. Berger fait observer que ces suites très simples sont très habituellement la règle dans ces traumatismes par arrachement. Toutefois il n'y a pas eu d'exemple, jusqu'ici, d'un arrachement aussi complet que celui-ci où l'on peut voir le membre entier avec la clavicule et l'omoplate. A ce point de vue, l'observation de M. André (de Péronne) présente un réel intérêt.

L'alcoolisme et la tuberculose. — M. Reynier, à propos du rapport de M. Fernet sur les dangers de l'alcoolisme, rappelle les statistiques très concluantes que contient ce rapport. M. Fernet a très bien montré comment l'alcool, en altérant les divers organes, diminuait la résistance de l'individu à l'infection et diminuait aussi la vie humaine. Ces statistiques sont bien faites pour frapper et il serait à souhaiter qu'elles puissent émouvoir les pouvoirs publics afin de les décider à appliquer le seul remède, la réglementation des débits de boissons.

A côté des statistiques générales apportées par M. Fernet, M. Reynier apporte des statistiques chirurgicales qui ont bien aussi leur intérêt et qui démontrent quelle influence exerce l'alcoolisme sur les tuberculoses chirurgicales ou locales. Se trouvant à la tête d'un service de 80 lits de chroniques, à Lariboisière, M. Reynier y a relevé un grand nombre d'observations de tumeurs blanches, de maux de Pott, de coxalgies, de lésions osseuses ou articulaires bacillaires qui, dans la grande majorité des cas, reconnaissent pour cause l'alcoolisme. Si vous interrogez les accidents familiaux, vous les trouvez tous muets relativement à la tuberculose, mais vous apprenez, par contre, que le père ou le grand-père étaient des buveurs.

M. Reynier communique un certain nombre d'observations de tumeurs blanches, de coxalgies qui ont nécessité des opérations, des résections ou même des amputations chez des sujets jeunes ou vieux, les premiers fils d'alcooliques, les seconds alcooliques eux-mêmes, car, comme nous le savons tous, l'alcool ne frappe pas seulement celui qui le boit, mais aussi sa descendance. Que d'enfants, en effet, sont victimes de l'ivrognerie paternelle !

Les faits apportés par M. Reynier ne font que confirmer ceux qu'avait donnés M. Fernet. Il en résulte que les ravages de l'alcoolisme s'observent tout aussi bien dans les services de chirurgie que dans les services de médecine.

Bien que connus depuis longtemps, ces faits ne sauraient être trop souvent rappelés à l'attention de ceux qui pourraient y porter remède.

Ce que doit être le traitement de la coxalgie. — M. Calot (de Berck). La coxalgie avec les traitements actuels laisse presque toujours un raccourcissement et une boiterie.

Cela est dû à ce que la tuberculose de la hanche ramollit, fond et détruit les deux extrémités osseuses articulaires.

Ce travail de fonte progressive ne se produit pas d'emblée, mais à la longue en un, deux, trois, quatre ans.

La thérapeutique actuelle de l'extension continue et des appareils ne met pas à l'abri de cette destruction des os.

Voici un moyen (le seul moyen) de l'empêcher, dit M. Calot.

C'est, aussitôt le diagnostic de coxalgie bien établi, de faire des injections dans l'articulation, de baigner les surfaces osseuses malades, dans un des liquides modificateurs qu'on emploie pour guérir les abcès froids. Ces injections vont éteindre le foyer tuberculeux de la coxalgie avant qu'il n'ait eu le temps de détruire la charpente de l'os.

Des difficultés anatomiques s'opposaient jusqu'ici à la pratique des injections intra-articulaires à la hanche. Par ses recherches personnelles, M. Calot a résolu cette difficulté et il expose une technique simple, sûre et bien réglée.

Conclusion pratique. — Le traitement de la coxalgie doit comprendre comme premier chapitre indispensable une série d'injections intra-articulaires.

Par cette méthode la durée de la coxalgie sera réduite de plus de moitié; mais surtout la guérison s'obtiendra sans raccourcissement et sans boiterie.

Tuberculose pulmonaire et athérome artériel. — M. Boinet (de Marseille) lit un travail sur ce sujet.

Diagnostic des abcès dysentériques de la convexité du foie. — M. Marcano, sous ce titre, communique un travail dans lequel il fait ressortir l'importance, pour le diagnostic de ces abcès, de la constatation de l'augmentation considérable du nombre des leucocytes polynucléaires.

— Mardi prochain, séance annuelle.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur le sort des émulsions de bactéries injectées dans le rectum. (R. Bachrach et R. Stein. *Wien. klin. Wochens.*, 26 sept. 1907, n° 39, p. 1172.) — Certains auteurs pensent que les corps étrangers pulvérulents en suspension dans une solution physiologique de NaCl, peuvent, grâce aux mouvements anti-péristaltiques de l'intestin, remonter le long de ce produit et parvenir jusqu'à l'estomac.

Uffenheimer a injecté dans le rectum de lapins des quantités énormes de prodigiosus en suspension dans 100 centimètres cubes d'eau physiologique et il a vu qu'au bout de quatre heures on retrouve ce microbe non seulement dans toute la longueur de l'intestin, mais encore dans l'estomac. Il a même pu retrouver le prodigiosus dans la trachée et le poumon et pense que le microbe, grâce au péristaltisme de l'œsophage, arrive dans le pharynx d'où il est aspiré dans la trachée et le poumon.

Bachrach et Stein ont repris ces recherches en s'entourant de toutes les précautions nécessaires pour écarter les erreurs. Ils ont injecté dans le rectum de dix-huit lapins de très fortes quantités de prodigiosus en émulsion dans une quantité d'eau ou de solution physiologique variant de 10 à 100 centimètres cubes. Ces animaux ont été sacrifiés et examinés bactériologiquement au bout d'un laps de temps variant de trois à seize heures. Le prodigiosus n'a jamais été décelé au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Chez un seul animal sacrifié au bout de quatre heures il se trouvait à la partie moyenne de l'intestin grêle, mais pas plus haut. Chez un lapin il a été isolé des ganglions mésentériques, et chez un autre, du poumon et de la rate.

Bachrach et Stein ont répété les mêmes expériences avec le bacille de Koch sur trois lapins qui ont été sacrifiés six, huit et douze heures après l'injection. Jamais de bacilles plus haut que le côlon.

Ils concluent donc qu'après injection de microbes dans le rectum d'animaux on les retrouve dans les poumons, ils ne peuvent être arrivés à cet organe que par voie sanguine.

De plus l'absence de prodigiosus dans l'intestin grêle et même la stérilité fréquente de ce segment du tube digestif, les détermine à considérer comme vraisemblable l'idée émise antérieurement par Kohlbrugge, que l'intestin grêle possède un véritable pouvoir d'auto-stérilisation.

Il est en tout cas tout à fait invraisemblable que des microbes et notamment le bacille de Koch, puissent arriver par voie rétrograde dans le pharynx et de là être aspirés dans le poumon.

A. LEMIERRE.

Oligurie, anurie et hématémèses de nature hystérique. (BASSONI. *La Clinica medica italiana*, mai 1907, nº 5.) — L'auteur a pu observer une jeune hystérique de vingt-quatre ans qui depuis l'âge de vingt ans présentait des troubles digestifs. Au début ce furent de violentes douleurs gastriques avec vomissements acides. Les douleurs étaient surtout fréquentes après les repas et les vomissements les soulageaient un peu. Une de ces crises, très intenses, fut suivie d'un vomissement très abondant de sang rutilant, sans accès de toux. En quinze jours, le rétablissement fut complet, mais l'hématémèse s'étant reproduite, on fit le diagnostic d'ulcère rond.

Pendant trois ans, il y eut des alternatives de bonne santé pouvant durer de quelques mois à un an avec des périodes d'hématémèses plus ou moins graves. Ces dernières donnèrent lieu aux diagnostics les plus divers d'ulcère gastrique et d'hémoptysie. Cependant l'auscultation la plus attentive ne révélait rien dans les organes thoraciques et l'examen radioscopique était absolument négatif. Rien au cœur, si ce n'est un souffle anorganique de la pointe doux, léger, systolique. Foie et rate normaux, estomac non dilaté. Ni albumine, ni sang dans les urines.

La quantité de sang vomi était considérable, pouvant atteindre 400 centimètres cubes; d'autre part, la quantité d'urine émise s'écartait de la normale et il y avait fréquemment oligurie avec émission de 500, 350 et même 100 centimètres cubes d'urine en vingt-quatre heures. Il y eut même parfois anurie complète sans urémie.

Il existait des stigmates hystériques, tels que l'inversion des sensibilités au toucher et à la douleur; les excitations sensitives ou douloureuses pratiquées à droite étaient rapportées à gauche et vice-versa, le froid était perçu comme chaud et le chaud comme froid. Il y avait un tremblement fibrillaire étendu à tout le corps et accompagné quelquefois de claquement des dents.

Les grands accès avec contracture musculaire, opisthotonos, trismus et rotation en haut des globes oculaires étaient rares. Réflexes cutanés normaux, absence de réflexe pharyngien, réflexes musculaires et osseux exagérés. On observe du clonus du pied, et souvent du spasme urétral avec difficulté d'émission des urines.

Les réflexes oculaires et le champ visuel sont normaux.

Bassoni établit que les parois stomacales donnaient lieu à un suintement sanguin qui se mélangeait à d'abondantes substances azotées que le rein éliminait incomplètement. Selon lui, les vomissements sanguins observés chez la malade doivent être considérés comme supplémentaires de la fonction rénale.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

CHIRURGIE

Fistule cervicale consécutive à la suppuration d'un conduit thyréoglosse perméable. (M. G. SEELIG. *Surg., gynecol. and obstetrics,* mai 1907.) — Chez une femme de trente ans, il se développa un petit phlegmon du cou. Il fut incisé, mais l'ouverture resta fistuleuse. Dix semaines après l'incision, le conduit entier fut extirpé. L'extirpation fut beaucoup facilitée par la manœuvre suivante, L'orifice de la fistule et une collerette de peau avoisinante furent disséqués, puis par traction sur la peau ainsi libérée, le trajet du conduit fut rendu visible et facile à suivre. Guérison sans accidents. Des coupes en série soigneuses et des reconstructions en cire montrent que la paroi du conduit présente de très nombreux diverticules et que, par conséquent, il est futile d'essayer de produire son oblitération par des injections irritantes ou caustiques.

F. GARDNER.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel des maladies du tube digestif (1), sous la direction de MM. DEBOVE, ACHARD et CASTAIGNE. — **I. Bouche, pharynx, œsophage,** par MM. G. PAISSEAU, F. RATHERY, J.-CH. ROUX.

Le *Manuel des maladies du tube digestif*, qui vient de paraître, réalise une mise au point de cette partie de la pathologie interne encore obscure par endroits, mais dans laquelle nos connaissances s'étendent de jour en jour. Ce n'est pourtant pas un ouvrage d'érudition; les auteurs, suivant l'esprit qui préside à la rédaction des volumes de cette collection, ont tenu à faire surtout œuvre pratique.

Le premier tiers de l'ouvrage est consacré à l'étude détaillée des maladies de la bouche, du pharynx et de l'œsophage. M. Paisseau a exposé les MALADIES DE LA BOUCHE, stomatites, glossites, et les MALADIES DU PHARYNX, angines aiguës et chroniques, infections spécifiques, paralysies du pharynx, insistant surtout sur les affections les plus communes et qui nécessitent un diagnostic précoce et une intervention thérapeutique rapide; nous citerons comme exemple l'étude des angines à fausses membranes dont le diagnostic est étudié dans le détail avec le plus grand soin. M. Rathery a traité des MALADIES DE L'ŒSOPHAGE; il a exposé très complètement les données nouvelles fournies par les méthodes d'exploration les plus modernes, par l'œsophagoscopie et surtout par la radioscopie dont l'usage est ici de plus en plus habituel. Parmi ses articles, signalons ceux relatifs aux troubles nerveux de l'œsophage, aux œsophagites et à l'ulcère simple de l'œsophage, affections généralement négligées par les classiques.

A notre brillant collaborateur J.-Ch. Roux, est dévolue la tâche d'exposer les MALADIES DE L'ESTOMAC. Son article est divisé en trois parties : séméiologie, dyspepsies, maladies organiques.

En ce qui concerne la *séméiologie*, M. J.-Ch. Roux s'est efforcé de grouper, d'une façon méthodique, les éléments indispensables au diagnostic. C'est là une tâche délicate, les auteurs étant loin d'être d'accord sur la valeur de tel ou tel symptôme. Pendant longtemps, on a vécu sur cette idée qu'en séméiologie gastrique, la place prépondérante revenait aux troubles du type chimique, et tous les malades étaient uniformément répartis dans un des trois groupes suivants : anachlorhydriques, hypo, hyperchlorhydriques. Mais, au cours de ces dernières années, on s'est aperçu que de nombreux individus qui n'avaient jamais souffert de l'estomac présentent des anomalies du chimisme stomacal, et à la suite des travaux de Mathieu, Soupault, Conheim, on n'attache plus à l'exploration chimique de l'estomac qu'une importance relativement secondaire. « Une modification de la sécrétion gastrique ne suffit pas à créer un état morbide. Le type de la sécrétion chlorurée est sans doute un symptôme qui peut avoir une grande valeur, mais il faut l'interpréter, et sa signification se précise par l'étude des viciations des autres fonctions gastriques. Ce n'est plus le seul symptôme, ni même toujours le symptôme prépondérant. L'étude de la sécrétion gastrique doit le plus souvent être expliquée et éclairée par l'examen des autres troubles stomacaux et par l'histoire même de la maladie. »

De ces troubles, ceux qui, à l'heure actuelle, paraissent avoir

(1) Grand in-8 de 725 pages avec figures dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Masson et Cie.

le plus d'importance, sont ceux qui concernent la motricité et la sensibilité. La façon dont l'estomac évacue son contenu, l'étude de la sensibilité gastrique fournissent des renseignements très importants et qui présentent, sur l'exploration chimique, l'avantage d'être à la portée de tous les praticiens. Quelques chapitres consacrés aux viciations de la faim, aux vomissements, aux gastrorragies, aux gaz de l'estomac terminent cette première partie.

La seconde est consacrée aux *dyspepsies*. Pour la première fois peut-être, ce sujet est traité avec les développements suffisants. Il est vrai qu'il le mérite par son importance clinique. La dyspepsie est en effet une des affections les plus fréquentes, comme aussi les plus mal connues. Certaines notions commencent pourtant à se dégager. C'est ainsi que l'on peut définir, sous le nom de dyspepsie, toutes les affections gastriques qui dépendent, soit de simples troubles fonctionnels, soit de lésions encore indéterminées, et distinguer parmi elles : 1° des *gastrites*, à pronostic bénin et qui guérissent par le repos de l'estomac ; 2° des *dyspepsies nerveuses* dont le traitement varie selon la nature de l'affection causale ; neurasthénie, hystérie, psychopathie ; et enfin 3° des *dyspepsies secondaires* où les troubles gastriques ne sont que la conséquence d'une affection éloignée : cardiaque, pulmonaire, etc. Ces dyspepsies peuvent d'ailleurs, à leur tour, retentir sur divers organes, d'où une série de complications dont la description avec celle des crises gastriques du tabes, termine cette seconde partie.

Dans la troisième partie, M. J.-Ch. Roux envisage les *maladies organiques* : gastrites aiguës et chroniques, ulcérations, syphilis, tumeurs diverses, corps étrangers de l'estomac ; les sténoses du pylore, sont l'objet d'une étude particulièrement complète. Ajoutons qu'au sujet de chacune de ces affections organiques, l'auteur discute avec le plus grand soin les indications opératoires si importantes, mais aussi si difficiles à poser.

Tel est, dans son ensemble, le plan suivi par M. J.-Ch. Roux. Nos lecteurs retrouveront dane ses articles les qualités d'exposition et de clarté qu'ils ont déjà pu apprécier maintes fois ; ils s'accorderont aussi à louer l'esprit pratique dans lequel ont été écrites ces pages, où pour la première fois peut-être, un spécialiste met à la portée du grand public médical les questions les plus obscures de la pathologie gastrique.

L. BABONNEIX.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 44, 2 nov. 1907.) H. LAVRAND : Ethmoïdite chronique suppurée. Curetage. Guérison. — DEWAILLY : Kyste de l'ovaire et grossesse concomitante. — (N° 45, 9 nov.) Adrien BESSON : Technique de la méthode de Bier. — J. FIÉVEZ : Double fracture du crâne par coups de revolver de petit calibre.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 46, 14 nov. 1907.) Fritz DE BEULE : Résection partielle du sacrum par sacrodynie et sciatique bilatérale. Guérison ; — Un calcul rénal en clou, cause d'hydronéphrose intermittente ; — Un corps étranger peu banal de la vessie (clou de 11 centimètres de longueur). — (N° 47, 21 nov.) G. BOUCHÉ : A propos de chirurgie du système nerveux.

Lyon médical. — (N° 45, 10 nov. 1907.) TRIPIER : Considérations générales sur les tumeurs. — A. CHALIER : La scoliose d'origine tuberculeuse. — (N° 46, 17 nov.) JOSSERAND : Sur un signe précoce de cardiopathie au cours du rhumatisme articulaire aigu. — PÉHU : Du babeurre dans les états pathologiques de la première enfance.

Marseille médical. — (N° 21, 1er nov. 1907.) VALLETTE : De la kinésithérapie en gynécologie. — PEAUDELEU et MALAUSSÈNE : Corps étranger de la vessie. — ROCHU : L'avenir du vésicatoire (*suite*). — (N° 22, 15 nov.) RAYBAUD : La peste. Quelques considérations. — VALLETTE : De la kinésithérapie en gynécologie (*suite*). — ROCHU : L'avenir du vésicatoire (*suite*).

Medizinische Blætter. — (N° 43, 26 oct. 1907.) MEYER : Contribution au traitement de l'inflammation pulmonaire.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 44, 29 oct. 1907.) PFAUNDLER : Sur la physiologie et la pathologie de la nutrition des nouveau-nés. — STRUBELL : Contribution à l'étude de l'immunité : sur les opsonines. — HART : Sur la question du traitement chirurgical de la tuberculose des sommets du poumon au début. — BENNECKE : Remarques cliniques et bactériologiques sur la méningite épidémique à propos de trois cas sporadiques. — HŒSSLIN : Sur les rapports entre l'asthme bronchique et l'œdème pulmonaire. — HAUFFMANN : Sur la présence d'hydrates de carbone dans l'urine pendant le délire alcoolique. — HOSCH : Delirium tremens après suppression d'alcool. — OHKUBO : Sur les angiomes caverneux multiples de l'intestin. — ORTH : Sarcome et traumatisme. — NEUMANN : L'école de médecine tropicale de Liverpool.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 43, 27 oct. 1907.) VELITZ : Sur le traitement des myomes utérins. — WITTMANN : Sur un cas guéri de sténose tuberculeuse du larynx après intubation.

Revue scientifique. — (N° 17, 26 oct. 1907.) PIO : La structure mécanique des atomes chimiques. — Nestor GRÉHANT : La lutte contre le grisou et contre l'oxyde de carbone dans les mines. — TISSIÉ : Education physique au Japon. — (N° 18, 2 nov.) GAUTIER : Origine des eaux thermales et de leur minéralisation. — FOUILLÉE : Perennité des appuis sociaux de la morale. — GAULT : Principes constituants des essences végétales.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 42, 17 oct. 1907.) SACHS : Nouveau procédé opératoire pour le traitement du décollement de la rétine. — SARBO : Traitement du tabes d'après des données nouvelles. — THALER : Sur l'asepsie dans les laparotomies. — BARTEL et NEUMANN : Recherches expérimentales sur l'influence des substances organiques sur la marche de l'infection tuberculeuse du cobaye. — — SCHOPS : Lunettes pour rayons Röntgen. — REICHERT : Un nouveau condenseur à miroir.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DES CAVERNES PULMONAIRES [1]

DAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE. — Le diagnostic de caverne pulmonaire étant fait, on cherchera immédiatement s'il ne s'agit pas d'une caverne *tuberculeuse*. Le diagnostic est, dans la grande majorité des cas, relativement facile. Par l'interrogatoire du malade, on apprend que, depuis plusieurs mois déjà, il est atteint des symptômes fonctionnels de la tuberculose pulmonaire. Les crachats ont des caractères bien connus : quelquefois nummulaires, comme à la période de ramollissement, ils sont purulents de teinte grise, ou forment dans le fond du crachoir une purée verdâtre, homogène; ils ont une odeur fade; c'est surtout le matin que l'expectoration est abondante, quand le malade vide ses cavernes; à l'examen microscopique, on peut facilement y constater la présence de nombreux bacilles de Koch. Les hémoptysies sont fréquentes, parfois très abondantes et même foudroyantes, quand elles proviennent de la rupture d'un anévrisme de Rasmussen. Pour ce qui est des signes physiques cavitaires, ils sont perçus presque toujours au sommet des poumons; au-dessous de la zone des signes cavitaires, on trouve des signes de ramollissement; très habituellement, l'autre poumon présente des signes physiques de lésions tuberculeuses à un degré plus ou moins avancé. Enfin l'état général du malade est assez caractéristique; sans doute quelques malades conservent, malgré qu'ils soient tuberculeux cavitaires, un certain embonpoint et un aspect florissant (phtisis florida); mais le caverneux bien portant est une rareté (Marfan). En général, le malade est très amaigri, joues creuses, pommettes saillantes, la peau collée sur les os; sueurs profuses, fièvre hectique complètent le tableau clinique, et cependant le malade, qui a conservé son intelligence, est généralement très optimiste et garde jusque vers la fin l'espoir de la guérison.

Dans certaines formes de *syphilis* pulmonaire, une gomme se ramollit, s'élimine par la bronche et il reste une caverne. Les éléments du diagnostic sont : la notion d'une syphilis antérieure, l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration, la constatation des signes physiques à la partie moyenne d'un seul poumon plus souvent qu'au sommet, la conservation d'un bon état général quelquefois pendant plusieurs années, enfin et surtout peut-être l'association avec d'autres lésions tertiaires; on trouve très souvent des lésions syphilitiques du larynx, du foie, des manifestations osseuses ou cutanées du tertiarisme. L'amélioration rapide par le traitement antisyphilitique confirme naturellement le diagnostic.

La *caverne cancéreuse* est très rare. On se basera, pour faire le diagnostic de cancer pulmonaire, sur l'expectoration et sur l'envahissement habituel du médiastin et de la plèvre. L'expectoration gelée de groseille, sans être pathognomonique du cancer, a cependant une grande valeur, mais elle est inconstante; en faisant l'examen microscopique des crachats, on pourra parfois y trouver des amas de cellules épithélioïdes. Les signes de compression des organes du médiastin (vaisseaux, nerfs, voies aériennes) sont très fréquents; cette compression dépend de la masse néoplasique elle-même quand elle siège près du hile ou plus souvent de la dégénérescence cancéreuse des ganglions du médiastin. On constate aussi une adénopathie sus-claviculaire d'une dureté ligneuse. Enfin il est fréquent de trouver les signes d'un épanchement pleural, hémorragique dans la plupart des cas.

Quand un *kyste hydatique* du poumon s'est ouvert dans les bronches, la poche suppure, et on constate tous les signes physiques d'une caverne; l'état général du malade, avec fièvre vespérale, sueurs nocturnes, rappelle celui de la tuberculose pulmonaire; les hémoptysies répétées s'observent aussi. Le diagnostic est toutefois facile quand la rupture du kyste et la perforation bronchique ont été brusques, quand le malade a eu une vomique hydatique, quand on a pu constater dans le liquide rejeté la présence de vésicules filles ou de lambeaux de la membrane anhiste feuilletée, quand on a trouvé à l'examen microscopique des crochets. Mais bien souvent la rupture du kyste se fait insidieusement, et il faut faire un examen attentif et plusieurs fois répété de l'expectoration pour y retrouver des lambeaux de membranes hydatiques; l'absence de bacilles de Koch dans les crachats est un caractère négatif important; la recherche de l'éosinophilie sanguine est positive en cas de kyste hydatique. Enfin on se rappellera que, dans le cas de phtisie, le thorax est rétracté, tandis que, dans le cas de kyste hydatique, il existe une voussure plus ou moins marquée au niveau des signes cavitaires.

Dans les *pneumokonioses*, l'ulcération du poumon peut aboutir à la formation de cavernes. La profession du malade, le crachat noir (anthracose) ou la constatation de particules de silice dans l'expectoration (chalicose) assurent le diagnostic.

Dans tous ces cas, il s'agissait d'affections chroniques du poumon ayant évolué lentement vers l'excavation. Dans une autre série de faits (gangrène, abcès, infarctus), l'évolution est aiguë ou subaiguë.

La caverne *gangréneuse* se reconnaît à l'odeur fétide de l'haleine et de l'expectoration, à l'examen microscopique des crachats (bouchons de Dittrich, débris de parenchyme pulmonaire). Les phénomènes généraux sont très graves : face livide, langue sèche, lèvres fuligineuses, température élevée vers 40 degrés, délire. L'évolution est rapide, habituellement vers la terminaison fatale. Telle est du moins la forme pneumonique de la gangrène pulmonaire. Mais si la paroi d'une caverne tuberculeuse vient à se sphacéler, c'est l'histoire de la maladie, c'est la présence du bacille de Koch dans les crachats qui permettent de faire le diagnostic.

La caverne qui résulte de l'évacuation d'un *abcès d'un poumon* est très rare; elle fait suite à une pneumonie. La maladie évolue donc en trois phases, pneumonie, abcès, évacuation de pus verdâtre à odeur fade et caverne.

Enfin la caverne par ramollissement, suppuration ou gangrène d'un *infarctus* pulmonaire sera reconnue aussi à ce que le malade a commencé par présenter les symptômes et signes physiques de l'infarctus hémoptoïque, dont le plus caractéristique est l'hémoptysie.

Le diagnostic étiologique des cavernes pulmonaires a une grande importance pour le pronostic et le traitement. C'est la caverne syphilitique qui comporte le meilleur pronostic, puisqu'on peut obtenir la guérison complète avec le mercure et l'iodure de potassium. Dans certains cas de kyste hydatique, de caverne par gangrène ou abcès du poumon, une intervention chirurgicale est souvent indiquée.

BIBLIOGRAPHIE. — MARFAN. *Traité de médecine.* — GRANCHER et BARBIER. *Traité de médecine et de thérapeutique.* — BARTH et ROGER. *Traité pratique d'auscultation.* — FAISANS. *Maladies des organes respiratoires.*

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 133, p. 1594 et n° 136, p. 1630.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

PHYTINE

PRINCIPE PHOSPHO-ORGANIQUE DES GRAINES VÉGÉTALES
Contient 22,8 p. c. de phosphore organique assimilable.
« Le problème de la médication phosphorée rationnelle n'a été résolu que par la découverte de la phytine. »
CACHETS, GRANULÉ, COMPRIMÉS, GÉLULES.

FORTOSSAN

PHYTINE NEUTRE EN TABLETTES AU SUCRE DE LAIT
N'altère pas le lait. Supporte la stérilisation.
La meilleure préparation pour administrer de la phytine aux enfants au-dessous de deux ans.
ANTIRACHITIQUE. FAVORISE LA CROISSANCE

Pour échant. grat^s et littérat., prière de s'adr^r à la SOCIÉTÉ POUR L'INDUSTRIE CHIMIQUE, à St-FONS (Rhône). Départ^t pharmaceutique.

Adj^er ét. GASTALDI, not., 5, r. Drouot, le 13 déc., 2 h., **8 ACTIONS** et **40 parts Soc. franç. des Eaux MINÉRALES.** M. à p. : 2 actions, 250^f; 4 parts, 260^f. Cons. p. ench., 200^f par lot.
Les enchères ne peuvent être portées que par les docteurs médecins.

PHARMACIE à Paris, pl. des Ternes, 6, à adj^er ét. Me MACIET, not., b^d Sébastopol, 66, le 14 déc., à 4 h. M. à pr. (p. ét. b.) 5500^f, Loy^r d'av. 1800^f. March. en sus. Cons., 1000^f. ench., 100^f.

KÉPHIR SALMON

28. Rue de Trévise. — *TÉLÉPHONE* 149-78.

TANNATE D'OREXINE

Le **MEILLEUR STIMULANT** de l'**APPETIT**, absolument insipide, agissant rapidement chez les **ENFANTS** et les **ADULTES.** Très efficace dans les cas de **VOMISSEMENTS de la GROSSESSE**, à la dose de 0gr.50, deux fois par jour, ou deux tablettes d'Orexine chocolatées.
TABLETTES** et **COMPRIMÉS** d'**OREXINE : à la PHARMACIE NORMALE, 17, Rue Drouot, Paris.
(Brochures et Échantillons). M. REINICKE, 39, Rue Ste-Croix-de-la-Bretonnerie, PARIS.

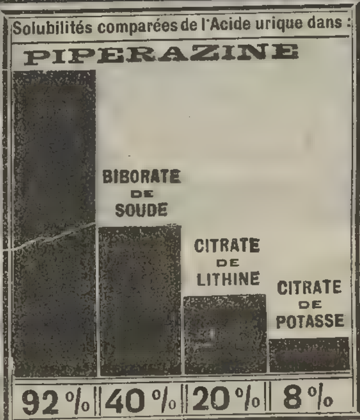
L'AMÉNORRHÉE, la DYSMÉNORRHÉE, la MÉNORRHAGIE
cèdent rapidement si l'on emploie, à la dose de 2 à 4 Capsules par jour

L'APIOL des DOCT^rs JORET & HOMOLLE

RÉGULATEUR PAR EXCELLENCE DE LA MENSTRUATION
PHARMACIE G. SÉGUIN, 165, Rue St-Honoré, Paris (*Place du Théâtre Français*) et toutes Pharmacies.

Pipérazine Midy

Diéthylène Diamine $= AzH < \begin{matrix} CH^2 - CH^2 \\ CH^2 - CH^2 \end{matrix} > AzH$ *Alcalin organique* DÉLIQUESCENT *ne pouvant se prescrire en cachets.*



Un calcul d'Acide urique en contact pendant 71 heures à 37° dans des solutions à 1 % des produits suivants, perd

92 % de son poids dans la **PIPÉRAZINE**
40 % — — le Bi-Borate de Soude.
20 % — — le Citrate de Lithine et le Bi-Carbo. de Soude.
8 % — — le Citrate de Potasse.

GOUTTE ✻ RHUMATISME
GRAVELLE ✻ COLIQUES NÉPHRÉTIQUES
ARTHRITISME
dans toutes ses manifestations

LE PLUS GRAND DISSOLVANT de l'ACIDE URIQUE

Innocuité absolue Sans action sur les Reins, le Cœur et les Vaisseaux *BIEN TOLÉRÉE — N'AGIT PAS SUR L'ESTOMAC*

MODE d'EMPLOI { Pendant les **CRISES** : 3 à 6 mesures par jour.
Comme **PRÉVENTIF** : 1 à 3 mesures par jour, 10 jours chaque mois.

*Chaque mesure contient 20 centigrammes de **Pipérazine** chimiquement pure et doit être prescrite à jeûn ou à distance des repas dissoute dans un verre d'eau.*

La Vente des Produits Midy est réglementée et assure aux Pharmaciens un bénéfice normal.

DEMANDES DE LITTÉRATURE ET D'ÉCHANTILLONS. 9, Rue du Commandant Rivière, PARIS.
PHARMACIE MIDY, 140, Faubourg Saint-Honoré, Paris *et toutes Pharmacies de France et de l'Etranger.*

Granules de Catillon

A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRÉ DE
STROPHANTUS
2 à 4 par jour produisent une **diurese rapide** relèvent le **cœur** affaibli, dissipent
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
Usage continu sans inconvénient ni intolérance.
Exiger la Signature CATILLON, Prix de l'Académie.
MÉDAILLE D'OR, 1900, Paris, 3, Boul^d St-Martin.

TUBERCULOSE — ASTHME — ANÉMIE — CHLOROSE — DIABÈTE

ARRHENAL

CHIMIQUEMENT PUR
ADRIAN

GOUTTES	à 2 millig.	12 à 20	par jour
AMPOULES	à 50 —	1 à 2	—
COMPRIMÉS	à 25 —	1 à 3	—
GRANULES	à 1 centig.	2 à 6	—

9, Rue de la Perle, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de : MM. André Jousset, Courtois-Suffit, Alexandre Renault, Lenormant, Méry, Mauclaire, Ombrédanne, qui acceptent; Wurtz, Chaput et Ribemont-Dessaignes, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le Conseil de la Faculté a procédé hier à l'élection pour la chaire d'anatomie pathologique vacante par suite de la retraite de M. le professeur Cornil.

M. le docteur Pierre Marie a été élu par 22 voix contre 13 à M. le docteur Maurice Letulle.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. Delore.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — Au cours de la dernière séance du Conseil de l'Université de Nancy, M. le professeur Gross, doyen de la Faculté de médecine a fait part de l'émotion causée par la fermeture de la Faculté de médecine et a montré les conséquences très graves de cette fermeture pour les étudiants.

Le Conseil a pris acte des déclarations du doyen et souhaité qu'une démarche des étudiants lui permît de demander au ministre une mesure de clémence.

De leur côté, dit *Le Temps*, les étudiants ont décidé de ne faire aucune démarche pour obtenir la réouverture de la Faculté. Il est donc vraisemblable que la Faculté de Nancy restera comme celle de Paris fermée jusqu'au 31 décembre.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. Marguery, pharmacien supérieur, suppléant de la chaire de chimie médicale, est nommé professeur de chimie médicale.

M. le docteur Morin, suppléant de la chaire de physique, est nommé chef des travaux de physique médicale.

MARINE. — M. le médecin principal Valence est désigné pour servir au 3e dépôt des équipages de la flotte à Lorient, en remplacement de M. le docteur Kergrohen.

— Le jury du concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'Ecole annexe de médecine navale de Brest, qui doit s'ouvrir dans ce port le 18 décembre 1907, sera composé comme suit : M. le médecin général de deuxième classe Hyades, président; MM. le médecin principal Valence et le médecin de première classe Condé, membres.

LES SERVICES D'HYGIÈNE DE PARIS. — Le préfet de la Seine, appliquant la loi du 7 avril 1903 sur l'organisation et le fonctionnement des services d'hygiène de la préfecture de la Seine, vient, par arrêté, de prendre les décisions suivantes.

Il est créé une commission de surveillance et de perfectionnement du bureau d'hygiène de la ville de Paris, qui pour le contrôle financier reste attaché à la direction des affaires municipales dont le rôle reste purement administratif. Cette commission est chargée d'examiner toutes les mesures à prendre pour assurer la sauvegarde de la santé publique à Paris, le bon fonctionnement des services d'hygiène, l'application de la loi sur la protection de la santé publique et des règlements sanitaires. Elle sera composée de six membres du conseil départemental d'hygiène et de six conseillers municipaux.

Le bureau d'hygiène comprend des services techniques qui sont :

1° Le service de la désinfection des ambulances et de la surveillance médicale des sources :
2° Le service de la vaccination ;
3° Le service de la surveillance des eaux d'alimentation;
4° Les laboratoires de l'observatoire de Montsouris;
5° Le service technique de l'hygiène de l'habitation.

L'inspecteur général actuel de l'assainissement et de la salubrité publique prendra le titre d'inspecteur général des services techniques.

En conséquence de cet arrêté, M. le docteur A.-J. Martin est nommé inspecteur général des services techniques.

M. le docteur Thierry, actuellement adjoint à M. A.-J. Martin, est nommé chef du service de la désinfection, des ambulances et de la surveillance médicale des sources.

M. Diénert est nommé chef du service de la surveillance des eaux d'alimentation.

M. Juillerat est chargé du bureau administratif des services d'hygiène de la ville de Paris.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-huitième semaine, 908 décès, au lieu de 867 pendant la semaine précédente et de 872, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

On remarquera que la rougeole n'a causé aucun décès, mais les malades qui en sont atteints sont très nombreux. On en peut dire presque autant de la scarlatine.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès au lieu de 9 pendant la semaine précédente (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 36 au lieu de 37 pendant la semaine précédente (moyenne 45).

La variole n'a causé aucun décès depuis sept semaines (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 2, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 10).

La rougeole n'a causé aucun décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 224 au lieu de 151 précédemment et au lieu de 99, moyenne des quatre dernières années. Les quartiers les plus atteints sont les Epinettes, les Grandes-Carrières et le Pont-de-Flandre.

La scarlatine a causé 5 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 172 ; il s'élevait à 161 pendant la semaine précédente (moyenne 58).

La coqueluche a causé 2 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 2).

La diphtérie a causé 7 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 5); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 83, au lieu de 56 pendant la semaine précédente (moyenne 73).

La diarrhée infantile a causé 27 décès de 0 à 1 an, au lieu de 29 pendant la semaine précédente (moyenne 26).

En outre, 20 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 138 décès, au lieu de 135 la semaine précédente.

La phtisie pulmonaire a causé 192 décès.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE (série exceptionnelle). — Sous la direction de M. le docteur Pierre Sébileau, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, une série exceptionnelle de médecine opératoire en douze leçons a commencé le mercredi 4 décembre, à une heure et demie, et aura lieu tous les jours à la même heure.

L'accès à ces conférences est grrtuit pour les internes et externes des hôpitaux.

Un droit de 50 francs est exigé de tous les autres auditeurs.

Nombre d'élèves admis : 40 au maximum. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Mouliu.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — MM. Simon et Fage, internes des docteurs Brocq et de Beurmann, feront à l'hôpital Saint-Louis, au laboratoire de la salle Cazenave, une série de quinze démonstrations pratiques de dermatologie élémentaire, les conférences commenceront le samedi 14 décembre à deux heures et demie et auront lieu les mardis, mercredis et samedis suivants à la même heure. Elles seront gratuites. S'inscrire auprès de M. Simon, interne à Saint-Louis.

HOPITAUX D'AMIENS. — CLINIQUE DES VOIES URINAIRES (pavillon Duvauchel). — Leçons cliniques et examen de malades génito-urinaires tous les lundis à dix heures. Chirurgien : M. le docteur V. Pauchet; assistant : M. le docteur Blondel.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — LA GARE DE LYON DESSERVIE PAR AUTOMOBILES. — A partir du 16 décembre prochain, la Compagnie P.-L.-M. mettra à la disposition des voyageurs des coupés et des omnibus automobiles.

Les voyageurs se dirigeant sur Paris pourront, en cours de route, se faire retenir un coupé ou un omnibus pour leur arrivée, en en faisant la demande à une gare de leur parcours.

Ceux partant de Paris pourront adresser leur demande, soit à la gare de Paris P.-L.-M., soit à un bureau de ville de la Compagnie.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 11, nov. 1907.) BRAUN et MAROTTE : La recherche du méningocoque dans le nez et dans le pharynx; sa valeur diagnostique et prophylactique. — FINOT : Le fonctionnement du service de santé de première ligne dans une division d'équipage de siège. — BARTHÉLEMY et MORISSON : Improvisation au poste de secours d'un support-brancard et d'une table à instruments. — PEYRE : Notes sur des adénopathies sus-épitrochléennes observées dans les oreillons. — DUBUJADOUX : Contusion de l'abdomen; hémorragie par lésion de vaisseaux épiploïques sans déchirure apparente de l'épiploon. — MENDY et LANNES-DEBORE : Maladie d'Addison à forme fruste. Mort subite. — PIERRON et HENRY : Un cas de neurofibromatose généralisée. — DAIREAUX : Deux gastrostomies. — CORDILLOT : Paralysie du nerf radial consécutive à une injection d'éther. — NATALELLI et JACQUINOT : Un cas de diphtérie trachéo-bronchique.

Bulletin médical. — (N° 86, 2 nov. 1907.) JABOULAY : Sur un cas de goitre parenchymateux à noyaux bilatéraux. Technique de l'énucléation intra-glandulaire. — DUBREUIL-CHAMBARDEL : Malformations du thorax et du cœur par compression utérine. — MONGOUR et BRANDEIS : Cytologie de l'exsudat dans l'ophtalmo-réaction à la tuberculine. — (N° 87, 9 nov.) E. APERT : Le pronostic des néphrites dans l'enfance; rôle de l'hypertrophie compensatrice rénale lobaire. — TROUSSAINT : Du rôle de la fonction biligénique de la rate dans les altérations palustres des viscères abdominaux. — (N° 88, 13 nov.) KIRMISSON : De la responsabilité chirurgicale. — (N° 89, 16 nov.) PLICQUE : Le traitement des polyuries. — (N° 90, 20 nov.) BROCQ : Traitement des épithéliomes superficiels par l'électrolyse négative simple. — COMBY : L'oculo-réaction à la tuberculine en clinique infantile d'après 300 observations. — BRINDEAU : Traitement de la pyélonéphrite gravidique. — (N° 91, 23 nov.) E. BARIÉ : Les cardivalvulites associées.

Écho médical du Nord. — (N° 45, 10 nov. 1907.) CAUMARTIN : Des dents considérées comme voie d'infection et d'intoxication générale. — (N° 46, 17 nov.) MONIMART : Recherche et dosage de l'acétone dans l'urine. — CURTIS et GELLÉ : Note sur le pancréas des diabétiques.

REVUE GÉNÉRALE (1)

CLASSIFICATION ET PATHOGÉNIE DES PURPURAS

Par MM. A. BÉRARD et Ch. ROUBIER (2),
Internes des hôpitaux de Lyon.

II

Pathogénie. — I. Historique. — Les diverses théories émises pour expliquer le purpura peuvent se classer en trois groupes :

1° *Théories vasculaires et sanguines*, qui expliquent la production des hémorragies cutanées par l'altération du sang, ou par des lésions des vaisseaux. Cruveilhier (1852) invoque comme lésion causale la phlébite capillaire hémorragique, Virchow une faiblesse congénitale des vaisseaux, avec diminution de leur calibre, gêne circulatoire et hémorragies consécutives. Labadie-Lagrave parle d'endartérite proliférante et oblitérante des petites veines. Pour Hayem, il s'agit de lésions comparables aux endartérites hyperplasiques. Conheim suppose le passage des globules rouges à travers les parois capillaires.

Enfin, ces dernières années, Hayem, Bensaude, Lenoble accordent une importance prépondérante aux altérations sanguines.

2° *Théories nerveuses*. — A mesure que les observations de purpura se multiplient et que son étude se précise, les auteurs sont frappés par l'importance de l'élément nerveux.

Bouchard signale des taches purpuriques dans la névralgie faciale, Strauss en note après les douleurs fulgurantes du tabes.

Couty croit dans quelques cas à l'interventien du grand sympathique, il en décrit des lésions.

Faisans fait jouer aux altérations nerveuses le principal rôle dans une variété de purpura, le purpura rhumatoïde, pour lequel il propose la dénomination de purpura myélopathique. Il distingue deux variétés de purpura :

1. Les hémorragies purpuriques spontanées survenant dans les affections de la moelle et des nerfs;
2. Le purpura rhumatoïde, décrit par Couty, qu'il appelle purpura myélopathique et qu'il attribue à une altération diffuse et congestive des faisceaux postérieurs de la moelle.

3. *Théories infectieuses*. — Déjà depuis longtemps on se préoccupait de trouver une origine infectieuse au purpura. On décrivit d'abord un certain nombre d'agents pathogènes auxquels on accordait une valeur spécifique. C'est ainsi qu'on trouva des microbes en forme de bâtonnets (Wolson Cheyne), un microcoque (Legg, Martin de Gimard), un staphylocoque (Hava), la mona hemorragica (Klebs), un microcoque ovalaire (Pétrone), un streptocoque (Wassale, Guarnieri), un colibacille (le bacillus purpuræ hemorragicæ de Letzerich), un microbe rappelant l'Eberth. Puis, les observations se multipliant on en arrive à admettre que tous les microbes connus, pneumocoque, streptocoque, staphylocoque, etc., peuvent, dans certaines conditions, donner naissance au purpura.

On s'explique l'action des microbes intervenant soit par eux-mêmes, soit par leurs toxines, et on fait du purpura le résultat d'une intoxication par les toxines microbiennes ou non microbiennes (auto-intoxication, hétéro-intoxication).

Nous allons, dans les paragraphes qui vont suivre, étudier plus en détail ces diverses théories, discuter leur valeur, et voir comment, à l'heure actuelle, on peut concevoir la production du purpura. Disons tout de suite que notre discussion va porter sur le purpura en tant que symptôme consistant dans la présence d'hémorragies cutanées, nous laisserons provisoirement de côté les symptômes qui accompagnent ces hémorragies dans les états morbides appelés purpuras primitifs. Dans un dernier paragraphe nous verrons comment cette pathogénie du purpura-symptôme peut cadrer avec ce que nous savons des purpura-maladies.

II. Etude critique des diverses causes intervenant dans la pathogénie du purpura. — A. *Rôle de l'infection*. — Ce rôle n'est pas douteux pour les purpuras secondaires; tous les auteurs s'accordent à reconnaître que dans les différentes maladies infectieuses s'accompagnant de purpura, ce dernier n'est qu'un symptôme accessoire relevant directement de l'infection primitive.

Pour les purpuras dits primitifs, Hayem avait proposé, il y a longtemps déjà, la dénomination de purpuras infectieux, et depuis cette hypothèse s'est appuyée sur un grand nombre de recherches bactériologiques précises; à l'heure actuelle on ne compte plus les cas de purpura primitif dans lesquels on a rencontré un microbe auquel on pouvait attribuer un rôle pathogène certain. Nous avons dit tout à l'heure que, à l'encontre des premières découvertes qui faisaient croire à l'existence d'une variété microbienne spécialement purpurigène, les recherches plus récentes ont montré que tous les microbes connus pouvaient, dans des conditions particulières, produire des hémorragies cutanées.

Ces microbes ont été trouvés soit dans la circulation générale, soit, plus rarement, dans les taches purpuriques elles-mêmes. Dans ce dernier cas on a pu attribuer aux microbes directement la production des lésions, par le mécanisme de l'embolie microbienne. Les gangrènes cutanées observées dans certains cas seraient, d'après quelques auteurs, en faveur de cette hypothèse. Dans un de ces cas, Martin de Gimard a constaté leur existence : « La zone centrale de la tache purpurique était constituée par un amas de microcoques; une deuxième zone était formée de leucocytes accumulés, enfin une troisième zone était formée par l'épanchement sanguin. »

Dans la majorité des cas, quand on ne trouve pas de microbes ou qu'on constate seulement leur présence dans le sang de la circulation générale, on suppose qu'ils agissent indirectement par leurs toxines; ou bien en provoquant des lésions vasculaires; ou bien en amenant la précipitation granu-

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 137, p. 1635.

leuse du sang; en occasionnant la formation de concrétions qui vont déterminer des lésions emboliques. On explique la localisation élective des hémorragies à la peau en considérant cette dernière comme un émonctoire chargé d'assurer l'élimination de produits toxiques dont le rein malade est devenu incapable de débarrasser l'organisme; il se produirait au niveau des téguments de véritables décharges de produits toxiques.

Ainsi envisagé le rôle de l'infection se comprend bien et il pourrait, à la rigueur, expliquer suffisamment le siège cutané des hémorragies. Mais plusieurs caractères du purpura restent encore inexpliqués : par exemple la symétrie habituelle des lésions, leur caractère hémorragique.

Expérimentalement d'ailleurs on a rarement réussi à reproduire du purpura par des injections de toxines. Plusieurs expérimentateurs ont injecté sans succès à des lapins du sang de purpuriques ou des bouillons de culture. Cependant Lapin a pu, chez un pigeon, déterminer l'apparition de grandes ecchymoses rares, en lui injectant dans les veines une culture de streptocoque isolé du sang d'un malade atteint de purpura hémorragique mortel. L'injection de toxines pyocyaniques (Charrin) ou typhiques (Savarelli) a produit une éruption purpurique semblable au purpura humain.

B. *Rôle de l'intoxication.* — Nous n'y insisterons pas après ce que nous venons de dire des toxines microbiennes. Les cas de purpuras toxiques actuellement connus sont nombreux (voir la classification), mais il ne faut pas attribuer aux substances toxiques un pouvoir pathogène absolu ; nous verrons plus loin comment il faut comprendre leur action.

C. *Rôle des lésions viscérales.* — Les lésions du *foie* sont les, plus constantes. « Le foie, indépendamment des taches ecchymotiques qui siègent d'ordinaire sous la capsule de Glisson, est atteint de dégénérescence graisseuse ; sa consistance est diminuée et il est parsemé de taches colorées; au microscope on y trouve les lésions du foie toxi-infectieux » (Marfan). Cliniquement la glycosurie alimentaire a eté fréquemment constatée. D'ailleurs réciproquement on connaît la fréquence du purpura dans les maladies du foie (cyrhose, ictère). Dans quelques cas cependant il a été trouvé indemne, mais alors il y avait d'autres lésions viscérales, du *rein* en particulier; les altérations de ce dernier organe accompagnent ordinairement celles du foie; ce sont les lésions ordinaires du rein infectieux.

Comment agissent les altérations hépatiques et rénales? Les toxines microbiennes ou autres, mal retenues par la cellule hépatique ou incomplètement éliminées par le rein, restent dans la circulation générale et peuvent y produire des désordres multipliés. Pourquoi amènent-elles des lésions hémorragiques? peut-être en raison des lésions hépatiques elles-mêmes; mais pourquoi ces hémorragies sont-elles spécialement cutanées? pourquoi sont-elles symétriques? les lésions du foie ou du rein ne l'expliquent pas.

Et même Benedetti prétend réduire à néant le rôle de ces altérations viscérales. Pour cet auteur elles sont contemporaines du purpura et n'en sont pas la cause. Comme lui elles relèveraient de l'action des toxines élaborées dans l'intestin, versées dans la circulation générale où elles vont agir à la fois sur la cellule hépatique, sur le rein, sur les parois vasculaires.

En dehors des altérations du foie et des reins on a signalé des lésions d'autres organes : capsules surrénales, thymus (persistance anormale, tumeurs), ganglions, moelle osseuse. Il est possible que pour certains faits particuliers, du reste assez rares, ces diverses lésions aient été en cause.

D. *Rôle des lésions vasculaires.* — Elles sont trop inconstantes pour qu'on puisse leur attribuer dans la genèse du purpura une action prépondérante.

On a signalé la dégénérescence amyloïde des capillaires (W. Fox); la dégénérescence graisseuse des parois vasculaires (Riehl, Hébra, Huchard), la phlébite des petites veines (Cruveilhier); l'endartérite oblitérante des artérioles du tissu sous-dermique (Hayem); la capillarite desquamative amenant la thrombose des capillaires (Leloir). Toutes ces lésions ont été considérées tour à tour comme la caractéristique et la cause du purpura. Répétons-le, elles n'ont été que rarement constatées, dans la plupart des cas elles étaient manifestement secondaires et toujours insuffisantes, en tous cas, pour expliquer la prédominance cutanée des lésions, leur symétrie.

Nous dirons toutefois qu'il est un certain nombre de purpuras qui relèvent uniquement de causes vasculaires, nous voulons parler du purpura des angioscléreux de Grancher, sur lequel nous nous sommes suffisamment étendu au chapitre classification, et des purpuras mécaniques par rupture vasculaire. Mais il s'agit ici de conditions étiologiques particulières, et nous n'avons pas besoin d'insister, tout le monde comprendra qu'on ne saurait étendre cette pathogénie aux autres variétés.

Nous ajouterons un dernier détail : d'après quelques examens histologiques, en particulier de Cornil et Frémont, on avait pensé que les taches purpuriques étaient dues dans certains cas à une dilatation simple des vaisseaux, sans rupture, et on avait voulu établir une classification d'après cette particularité histologique. On avait ainsi distingué des purpuras par congestion excessive, par angiectasie, et des purpuras par rupture vasculaire. Cette distinction n'a pas prévalu, elle est purement théorique, les examens histologiques ont montré que l'angiectasie et la rupture vasculaire sont ordinairement associées.

Les expériences de laboratoire n'ont pas pu reproduire le purpura vasculaire. Cruveilhier, en injectant dans la veine fémorale d'un chien des substances irritantes, a déterminé des hémorragies dans les muscles et dans le tissu cellulaire, mais non dans la peau.

E. *Rôle des lésions sanguines.* — Nous ne reviendrons pas sur ce qui a été dit plus haut des altérations du sang dans le purpura et des conclusions qu'on en a tirées pour l'établissement d'une classification particulière. Nous rappellerons en passant la présence assez souvent notée du purpura dans les leucémies ; nous signalerons aussi le cas du malade

de Labbé qui par la clinique représentait un type classique de maladie de Wehrlof, et par l'hématologie, par l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, méritait de rentrer dans le cadre de la leucémie lymphoïde. Et on comprendra qu'on ait pu faire du purpura une maladie ayant son point de départ dans une lésion du sang ou des organes hématopoïétiques.

D'après Leredde « les corps toxiques contenus dans le sang, ou les altérations du sérum qu'ils ont induites, agissent directement sur les cellules pariétales des vaisseaux capillaires, qui perdent leur tonicité ». Leredde admet d'ailleurs, avec Kaposi, l'existence du purpura par issue du sérum sanguin chargé d'hémoglobine. Il donne tout au moins cette hypothèse comme possible, quoiqu'elle ne soit pas démontrée. Et Silbermann, Béna ont constaté dans plusieurs cas de purpura que les globules rouges avaient une grande tendance à se fragmenter, perdaient facilement leur hémoglobine.

Lenoble, faisant de la réaction myéloïde une caractéristique du purpura hémorragique, rattache ce dernier à une lésion de la moelle osseuse. On peut lui objecter que la réaction myéloïde n'est qu'une manifestation de l'état hémorragipare, une réaction de défense. Cependant Lenoble maintient son opinion; il fait remarquer que le nombre des cellules anormales essaimées dans la circulation n'est nullement en proportion directe de l'anémie, et il rapproche ce fait pathologique des faits expérimentaux de Dominici qui a provoqué des réactions normoblastiques par infection « apparaissant à une phase où l'anémie est absente ». Par contre, Labbé et Arneuille ont observé un cas de purpura hémorragique avec réaction myéloïde guéri par l'adrénaline, dans lequel par conséquent le trouble vaso-moteur jouait un rôle important, indépendamment des altérations sanguines.

Bensaude voit la cause du purpura dans la double lésion sanguine qui pour lui est la caractéristique de l'affection : irrétractilité du caillot, diminution du nombre des hématoblastes.

Klippel et Lhermitte, se basant sur des examens de sang, rapprochent le purpura de l'érythème polymorphe.

F. *Rôle du système nerveux.* — La fréquence du purpura dans les maladies du système nerveux (voir la classification), les résultats de la ponction lombaire qui a montré dans plusieurs cas de purpura de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, la symétrie ordinaire des hémorragies purpuriques, l'existence incontestable de purpuras systématisés, à systématisation radiculaire (A. Delille) ou métamérique (Roger, René Gaultier), l'existence possible de troubles sensitifs dans le purpura, sont tout autant d'arguments en faveur de l'importance du rôle du système nerveux. Son action s'exerce par l'intermédiaire des vaso-moteurs.

Elle est pourtant difficile à reproduire. Schiff, Vulpian, Brown-Séquard n'ont pu y parvenir. Ils ont réalisé des troubles vaso-moteurs et hémorragiques divers; ainsi des ecchymoses de la muqueuse gastrique après section des couches optiques et des pédoncules (Schiff); des ecchymoses de la muqueuse intestinale par lésions du cervelet, des tubercules quadrijumeaux (Vulpian); des ecchymoses du poumon par lésions de la protubérance. Mais aucun de ces expérimentateurs n'a pu obtenir d'hémorragie cutanée. Mathieu et Gley cependant ont été assez heureux pour produire, après irritation du pneumogastrique, de la vaso-dilatation cutanée, mais ressemblant peu au purpura humain.

Il ne semble donc pas qu'on puisse regarder l'influence nerveuse comme suffisante pour la réalisation du purpura.

III. Résumé. Comment on peut concevoir actuellement la pathogénie du purpura. — En résumé, il résulte de l'étude critique que nous venons de faire des différents facteurs pouvant entrer en ligne de compte dans la genèse du purpura, qu'aucun d'eux ne doit être considéré comme capable à lui seul d'expliquer ce symptôme. A part quelques variétés sur lesquelles nous reviendrons dans un instant, il faut admettre qu'il relève de causes multiples dont chacune commande un des caractères du purpura.

Grenet dans sa thèse a cherché à déterminer exactement ces causes. Nous allons exposer ici les résultats de ses expériences et ses conclusions. Cet auteur, opérant sur des animaux, a provoqué chez ces derniers des lésions du *foie seul*, par ligature temporaire du pédicule hépatique. Les autres viscères, le rein en particulier, restaient à peu près complètement indemnes. Puis il a fait dans la moelle des injections de sang de purpuriques ou de sérum antidiphtérique. Chez tous les animaux qui ont survécu à l'injection médullaire bien faite, Grenet a observé des hémorragies cutanées, caractérisées par des ecchymoses et des pétéchies. Il a pu ainsi reproduire toutes les variétés de l'éruption : pétéchies, grandes ecchymoses, placards érythémateux; des pétéchies à la surface des muscles; des ecchymoses viscérales; et même le sphacèle d'une plaque ecchymotique. Il a pu aussi provoquer « par deux injections faites à plusieurs jours de distance, deux poussées de purpura : la première, très discrète, guérit rapidement; la seconde, confluente, persista jusqu'à la mort de l'animal ».

De ses expériences, Grenet conclut à la nécessité de la présence de trois facteurs pour la production du purpura : une lésion hépatique, une lésion nerveuse, une intoxication agissant localement sur le système nerveux. Il fait remarquer que cliniquement on observe avec une grande fréquence des troubles nerveux et des lésions hépatiques, et il estime que l'infection ou l'intoxication doivent agir simultanément sur le foie et sur le système nerveux.

La lésion hépatique agit en modifiant la composition du sang et en créant ainsi la tendance générale aux hémorragies.

L'altération nerveuse règle sa distribution, sa symétrie, sa topographie, son siège surtout cutané. On sait aujourd'hui qu'il n'y a pas de différence essentielle entre les phénomènes vaso-moteurs et les phénomènes trophiques; ils existent souvent simul-

tanément; or, c'est toujours à l'extrémité la plus éloignée des centres que se manifestent les actions vaso-motrices et trophiques, et Grenet, assimilant le purpura, trouble vaso-moteur, à un trouble trophique, se croit autorisé à expliquer par là sa prédominance à la peau.

L'intoxication nerveuse favorise la vaso-dilatation et par suite la transsudation du sang altéré par le fait d'une lésion viscérale (hépatique dans les expériences de Grenet). Cette intoxication locale des centres nerveux est nécessaire : l'éruption n'a pu être déterminée par injection de sang de sujets normaux, tandis qu'elle l'a été avec du sang de purpuriques (purpura exanthématique ou purpura hémorragique) et dans un cas, d'hémophilie. La toxine n'est nullement spécifique; Grenet a reproduit le purpura avec la toxine diphtérique, laquelle est vaso-dilatatrice.

Il ne s'agit là, il est vrai, que du purpura exanthématique, le seul que Grenet ait pu réaliser dans ses expériences. Aussi ajoute-t-il que dans ce dernier certaines hémorragies (épistaxis, hémorragies gingivales) peuvent être expliquées par une infection locale, et on sait combien celle-ci est fréquente, ou par des traumatismes légers. « Dans le purpura hémorragique, les hémorragies viscérales sont sans doute explicables par des lésions hépatiques intenses. »

Ainsi, dit Grenet, le purpura se produit :

a. Soit au cours d'une infection agissant simultanément sur la fonction hépatique et le système nerveux;

b. Soit au cours d'une affection hépatique si des toxines vaso-dilatatrices arrivent au contact des centres nerveux;

c. Soit au cours d'une affection nerveuse, si une lésion hépatique se produisant rend plus faciles les hémorragies et favorise l'intoxication nerveuse par le mécanisme de l'auto-intoxication.

IV. Conditions pathogéniques spéciales aux diverses variétés de purpuras. — A. *Purpuras secondaires*. — Nous ne nous y arrêterons pas. En se reportant à la classification, on verra que dans un assez grand nombre de cas (purpuras infectieux secondaires, purpuras toxiques, purpuras dans les maladies du foie, des reins, etc.), les trois conditions exigées par Grenet existent ou peuvent être admises.

Nous ferons remarquer cependant que certains cas de purpuras nerveux, en particulier le purpura généralisé de l'épilepsie, paraissent imputables presque uniquement aux actions vaso-motrices. Comme le dit Pareur, l'influence du système nerveux y semble si prépondérante, et l'action générale infectieuse ou dyscrasique si nulle qu'il est difficile de ne pas admettre l'influence exclusive du système nerveux.

Il est probable aussi que des altérations viscérales autres que celles du foie (rein, moelle osseuse, capsules surrénales) peuvent avoir une part dans la production d'un certain nombre de purpuras. Le purpura de l'insuffisance ovarienne rentre dans les troubles congestifs observés après la castration. Chez les cardiaques, la maladie de cœur n'est pas la cause suffisante, la cause vraie est sans doute l'altération des autres viscères, surtout du foie, dépendant du cœur. Dans certains de ces faits, d'ailleurs, on a pu incriminer directement l'hypertrophie du cœur; celle-ci aurait déterminé l'hémorragie en élevant la tension artérielle au delà des limites de la résistance des petits vaisseaux.

B. *Purpuras primitifs*. — L'étude que nous venons de faire de la pathogénie du purpura-symptôme, éclaire assez bien l'apparition des hémorragies cutanées et viscérales dans les purpuras primitifs. Ce qu'il est plus difficile de saisir c'est la nature même de ces maladies, de leurs diverses modalités cliniques.

1° *Purpura infectieux primitif*. — Sa nature infectieuse est généralement admise aujourd'hui. « Les microbes agissent sur les vaisseaux et sur le sang soit directement, soit par leurs toxines ; dans quelques cas peut-être microbes et toxines n'agissent-ils que par l'intermédiaire d'une altération *nerveuse* ou *hépatique*. La propriété hémorragique semble dépendre de conditions accidentelles, soit des microbes eux-mêmes, soit de l'organisme sur lequel ils se développent » (Marfan).

2° *Purpura rhumatoïde*. — Cette forme que Besnier a détachée du rhumatisme articulaire vrai, en 1876, est évidemment de nature infectieuse. Elle est souvent secondaire à une infection connue : blennorragie (A. Mathieu, Litten); angine simple (Marfan); pleurésie à pneumocoque (Schwab). Elle présente nettement des caractères infectieux : fièvre, modifications du sang analogues à celles des infections (leucocytes polynucléaires, diminution des globules rouges), souvent complications infectieuses [néphrite, endocardite infectieuse (Chapron)].

Les toxines agiraient sur le système nerveux, particulièrement sur le système postérieur de la moelle (Faisans), et provoqueraient par son intermédiaire (dilatation angioneurotique) le purpura, les arthralgies, les névralgies, les myalgies, les crises gastro-intestinales, qu'on rapproche ainsi des crises gastriques ou intestinales du tabes.

On tend cependant à admettre aujourd'hui (Spolverini, Benedetti, Adoue, Ardin-Delteil), étant donné l'importance des troubles gastro-intestinaux dans le purpura rhumatoïde, que ceux-ci seraient cause et non effet, et que dans un grand nombre de cas il faudrait faire de l'affection qui nous occupe le résultat d'une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale.

D'après Chapron, le purpura rhumatoïde doit être réuni à la forme rhumatismale du purpura infectieux primitif sous le nom de rhumatisme purpurique.

3° *Maladie de Wehrlof*. — On ne sait que très peu de choses concernant sa nature; ses conditions étiologiques sont très imprécises.

Lasègue en faisait une sorte de scorbut sporadique bénin; mais on n'y rencontre ni gingivite fongueuse ni œdème des membres.

Martin de Gimard la considère comme la forme la plus bénigne du purpura infectieux primitif. Cet auteur a vu une fois la transformation d'une maladie de Wehrlof en purpura infectieux fébrile mortel. On a signalé l'identité des lésions du sang dans cette affection et dans le purpura infectieux primitif.

Quelques auteurs la rattachent à des altérations du foie.

Somma a remarqué que chez les nourrissons elle atteint de préférence ceux qui souffrent de catarrhe intestinal. Sokolst a signalé des attaques simultanées de maladie de Wehrlof chez les enfants d'une même famille.

Rappelons enfin que Lenoble lui attribue une formule sanguine spéciale.

4° *Purpura chronique à grandes ecchymoses.* — Sa pathogénie n'est pas mieux connue que celle de l'affection précédente.

On a décrit des microbes spéciaux (Letzerich); des lésions hépatiques, qui sont malheureusement inconstantes.

Pour Nanu, il s'agit probablement d'une auto-intoxication gastro intestinale. C'est aussi l'hypothèse admise par Hayem qui s'appuie sur l'étude méthodique du chimisme stomacal.

Bensaude et Rivet relevant chez quelques-uns de leurs malades de la tuberculose, rattachent cette forme de purpura à l'infection tuberculeuse.

BIBLIOGRAPHIE

Nous donnerons une bibliographie détaillée des travaux que nous avons consultés, seulement depuis l'année 1900; nous rappellerons les thèses ou travaux les plus importants parus antérieurement à cette date et auxquels le lecteur pourra se reporter au besoin.

ACHARD et GRENET. Purpura orthostatique, Soc. méd. des hôpit., 1904. — ACHARD et RAMOND. Soc. méd. des hôpit., 1905. — ADOUE. *Le purpura rhumatoïde; troubles gastro-intestinaux*, Th. de Toulouse, 1904-1905. — ALLARIA. Ricerche ematologiche sulle porpore, *Riv. di clin. ped.*, 1903. — ARDIN-DELTEIL. Purpura rhumatoïde et appendicite, *Montpellier méd.*, 1905. — ARMAND-DELILLE. Deux cas de purpura à topographie radiculaire, *Revue neurol.*, 1905. — APERT. *Le purpura, sa pathogénie et celle de ses variétés cliniques*, Th. de Paris, 1897 (nombreuses indications bibliographiques). — APERT et RABÉ. Maladie de Wehrlof à forme chronique, *Bull. méd.*, 1897. — APERT. Poussées provoquées par la position debout dans le purpura exanthématique, Soc. méd. des hôpit., 1904. — AZUA (DE). Les purpuras, *XIVe Congrès intern. de méd.*, 1903.

BANKS. Purpura hémorragique dans la convalescence de la scarlatine, *Lancet*, 1906. — BAUER. Purpura hemorragica bei Genital-tuberculose, *Munch. med. Woch.*, 1902. — BEMIS. Purpura fulminans successfully treated, *Med. Council*, 1905. — BENA. *Pathogénie et hématologie du purpura*, Th. de Paris, 1896. — BENEDETTI. Etiologie et pathogénie du purpura primitif, *Arch. de méd. inf.*, 1904. — BENSAUDE. Le caillot dans les purpuras, Soc. de biol., 1904. — BENSAUDE et RIVET. Un cas de leucémie aiguë pseudo-scorbutique, *Bull. méd.*, 1904; — Les formes chroniques du purpura hémorragique; rapports avec la tuberculose, *Arch. gén. de méd.*, 1905; — Formes chroniques du purpura hémorragique, Congrès de Lisbonne, 1906; — *Presse méd.*, 1906. — BESANÇON et LABBÉ. *Traité d'hématologie.* — BISS. Purpura fulminans following scarlet fever, *Lancet*, 1902. — BOSC. *Les intoxications médicamenteuses chez l'enfant*, Th. de Paris, 1905. — BOUCHOT. *Syndrome scorbutiforme des jeunes enfants*, Th. de Paris, 1905. — BOURNEVILLE. Purpura palpébral consécutif à un cauchemar, *Progrès méd.*, 1906. — BRAMWELL. On purpura, *Clin. Stud.*, 1905. — BRANDWEINER. Purpura annulaire télangiectode, *Arch. f. Dermat.*, 1905; — *Monats. f. prak. Dermat.*, 1906. — BUCKLEY. Purpura compliquant une angine diphtérique, *Lancet*, 1901. — BUFFON. *Purpura hémorragique pendant la grossesse*, Th. de Bordeaux, 1894. — BUREAU. La maladie de Wehrlof, *Gaz. méd. de Nantes*, 1904. — BUROWS. Laparotomie dans un cas de purpura de Hénoch, *Brit. journ. of children diseases*, 1904.

CALMELS. *Troubles gastro-intestinaux dans les purpuras*, Th. de Paris, 1902. — CARDHEILLAC. *Cachexie pigmentaire consécutive aux purpuras*, Th. de Paris, 1898. — CARNOT, BENSAUDE et HARVIER. Purpura hémorragique prétuberculeux, Soc. méd. des hôpit., 1906. — CARRIÈRE. Un cas de purpura simplex, *Arch. de méd. expér.*, 1901. — CARTER. A case of Henoch's purpura, *Amer. journ. of med. Sc.*, 1902. — DU CASTEL. Th. d'agrég , 1883. — CATTANEO. Etiologia e pathogenia della porpora primitiva, *In fanzia Pediat.*, 1903. — CHAPRON. *Origine infectieuse du purpura rhumatoïde*, Th. de Paris, 1900. — CHEVRON. Maladie de Wehrlof chez le nourrisson au sein, *Union méd. du Nord-Est*, 1905. — CLAISSE. Art. PURPURA, in *Manuel de médecine* de Debove et Achard.

DANLOS. A propos de la communication de Achard sur le purpura orthostatique, Soc. méd. des hôpit., 1904. — DAVID. Péritonisme au cours d'un purpura rhumatoïde chez un syphilitique secondaire, *Tribune méd.*, 1904. — DEBRIE. Purpura chronique à vastes ecchymoses et durée indéfinie, *Bull. méd.*, 1900. — DIEHL. Le purpura pendant les couches, *Zeits. f. geburst. und Gynekol.*, XLI, 1900. — DOMINICI. Art. PURPURA, in *Pratique dermat.* — DOPTER. Hémorragies dans les maladies du foie, *Gaz. des hôpit.*, 1903. — DUNLOP. Convalescence from Henoch's disease, *Glascow med. J.*, 1904.

ENGMANN. Purpura malarique, *Journ. of cutan. diseases*, 1903.

FAISANS. Th. de Paris, 1882. — FAREY. *Purpuras secondaires*, Th. de Paris, 1902. — FAIVRE. Purpura infectieux à forme leucémique, *Poitou méd.*, 1904. — FIORENTINI. Recherches bactériologiques dans trois cas de purpura hémorragique, *Clin. med. ital.*, 1902. — FISCKIN. Purpura following mercurial inunctions, *Chicago dermat. Soc.*, 1905. — FONTANIÉ. Th. de Paris, 1902. — FORTUNE. Purpura convalescentium following measles of mild variety, *Lancet*, 1905. — FOX. Peliosis rheumatica, *Journ. of cutan. diseases*, 1904.

GAUCHER. *Maladies de la peau*, 1898. — GAUCHER et BARBE. Art. MALADIES DE LA PEAU, in Brouardel et Gilbert. — GAUCHER et LACAPÈRE. Purpura chronique de l'angiosclérose, Soc. méd. des hôpit., 1901. — GAUCHER et BOISSEAU. Erythème polymorphe purpurique, Soc. de dermat., 1906; — *Ann. de dermat.*, 1906. — GAULTIER. *Arch. gén. de méd.*, 1905. — GERSON. Morbus maculosus Wehrloffi, *Berl. dermat. Gesells.*, 1901. — GIROUX. *Purpura et maladies infectieuses*, Th. de Paris, 1903. — GILLES DE LA TOURRETTE. *Iconographie de la Salpêtrière*, 1900. — GORDON. Une forme rare de purpura, *Lancet*, 1903. — GRAHAM LITTLE. Purpura avec hémorragies dans les capsules surrénales, *Brit. journ. of Dermat.*, 1901. — GRENET. Le purpura expérimental, Soc. de biol., 1903; — Le caillot dans les purpuras, Soc. de biol., 1903; — Réactions nerveuses dans le purpura, Soc. méd. des hôpit., 1904; — Etat du caillot dans le purpura, *Arch. gén. de méd.*, 1904; — *Pathogénie du purpura; recherches cliniques et expérimentales*, Th. de Paris, 1905. — GROTZ. Purpura chez les enfants, *Arch. f. Kind.*, 1894.

HALLOPEAU et LEREDDE. *Traité de dermat. prat.* — HALLOPEAU et RIBOT. Sur la présence de traînées purpuriques correspondant à des traînées de grattage, Soc. dermat. et syphil., 1902. — HARVIER. Purpura rhumatoïde tuberculeux avec fluxion pleurale, Soc. méd. des hôpit., 1907. — HASTINGS. Purpura hemorragica, *Amer. journ. of med. Sc.*, 1905. — HEYROWSKI. Hémorragies de la peau et des muqueuses causées par les poisons bactériens, *Wiener klin. Woch.*, 1907. — HIRTZ. Purpuras infectieux primitifs, *Gaz. des hôpit.*, 1902. — HOCHHEIMER. Un cas de maladie de Wehrlof après une angine, Soc. méd. de Berlin, 1904. — HOFBAUER. Péliose

rhumatismale, *Gesell. f. inn. Med. u. Kind.*, Vienne 1904. — HUCHET. Purpura télangiectode, 78, *Versamm. deuts. Naturf. u. Æzrte in Stuttgard*, 1906. — HUTINEL. Les formes frustes de la maladie de Barlow, *Presse méd.*, 1904.

JACOBSON. Hemorragic appendicitis first manif. of purpura, *Med. Record*, 1903. — JACQMARQ. *Nature infectieuse du purpura simplex*, Th. de Lille, 1896. — JAYLE. Effets physiologiques de la castration chez la femme, *Journ. de gyn. et chir. abdom.*, 1897. — JUDSON. Purpura hemorragica with stercoraceous vomiting, *Lancet*, 1903.

KÉORY. Eruptions purpuriques cutanées après la fièvre typhoïde, *Boston med. and surg. Journ.*, 1907. — KISEL. Relations entre la maladie de Wehrlof et la tuberculose, *Russk. Wratch*, 1904. — KLIPPEL et LHERMITTE. *Arch. gén. de méd.*, 1904. — KNOTT. On instance of heredity in Wehrlof disease, Saint-Louis, M. Rev., 1904.

LABBÉ. Purpura et leucémie lymphatique, Soc. méd. des hôpit., 1905. — LABBÉ et ARNEUILLE. Purpura hémorragique et réaction myéloïde, Soc. méd. des hôpit., 1905. — LADÉVÈZE. *Lyon méd.*, 1903. — LANDIEU et MILIAN. Soc. méd. des hôpit., 1900. — LAPIN. *Purpuras infectieux*, Th. de Lyon, 1899. — LEDOUX. Purpura au cours d'une méningite tuberculeuse, *Revue méd. de la Franche-Comté*, 1906. — LEGENDRE et CLAISSE. Soc. méd. des hôpit., 1897. — LEMIERRE et FAURE-BEAULIEU. Septicémie et pyoémie gonococciques, *Gaz. des hôpit.*, 1906. — LENOBLE. Etat du caillot et du sérum dans les purpuras, Congrès de méd. de Paris, 1900; — *Arch. prov. de méd.*, 1900; — Hématologie des purpuras, Soc. de biol., 1902; — Les purpuras et leurs modalités cliniques d'après leur formule sanguine, *Iconog. de la Salpêtrière*, 1902; — Conception des purpuras d'après leur formule hématologique, *Arch. de méd. expérim.*, 1903; — Hématologie d'un cas de maladie de Barlow, Soc. anat., 1904; — Identité de la maladie de Barlow et du purpura myéloïde, Soc. de biol., 1904; — Le purpura myéloïde et les érythèmes infectieux hémorragiques à forme purpurique, *Arch. de méd. expérim.*, 1905; — Purpura hémorragique sans réaction myéloïde, Soc. méd. des hôpit., 1906. — LEVASCHEV. Formes rares de la maladie de Wehrlof, *Wratch*, 1902. — LITTEN. Purpura hémorragique et endocardite, *XVIIIe Cong. all. de méd. int.*, Wiesbaden 1900. — LŒPER. *Hémorragies surrénales et purpura*, clin. et labor. H.D., 1906. — LOWENHARDT. Purpura par trois injections d'atropine, *Sclesische Gesellsch. f. vaterl. Kultur*, Breslau 1904.

MAJOCCHI. Purpura annulaire télangiectode. *Giorn. ital. d. malatt. vener. e pelle*, 1898; — *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1898. — MANTEL. Purpura exanthémique, *Arch. de méd. des enf.*, 1905; — Purpura émotif, Soc. de pédiat., 1905. — MARFAN. Art. PURPURA, in *Traité des mal. de l'enf.* de Grancher, Comby et Marfan. — MED. SOC. OF LONDON, Discussion on purpura in childhood, *Lancet*, 1903. — MÉRY. Purpura rhumatoïde chez l'enfant, *Journ. de méd. int.*, 1904; — *Revue int. de méd. et de chir.*, 1904; — Purpura et anémie, *Journ. de méd. int.*, 1904. — MEYNIER. Porpora ed eritemi infettivi, *Pediatria*, 1904. — MILLER. Purpura complication tardive d'une scarlatine, *Lancet*, 1905. — MIODET. *Les formes cliniques du purpura hémorragique*, Th. de Paris, 1905. — MIRON. Purpura d'origine paludique, Soc. méd. des hôpit., 1905. — MOIZARD et GRENET. Purpura au cours d'une granulie, Soc. de pédiat., 1903. — MOREAU. Th. de Paris, 1905. — MORITZ. La maladie maculeuse de Wehrlof, *Deuts. med. Wochens.*, 1904. — MORNU. *Contribution à l'étude du purpura*, Th. de Paris, 1905. — MOSSÉ et IVERSINE. Insuffisance hépatique aiguë et purpura, Cong. avanc. des sc., Nancy 1898. — MOURRE. *Le purpura dit hépatique*, Th. de Paris, 1900. — MUTZNER. *Arch. gén. de méd.*, 1901.

NANU. *Le purpura chronique à grandes ecchymoses*, Th. de Paris, 1900. — NEILSON. Purpura, *Wisconsin med. Journ.*, 1906. — NENOFF. *Le purpura dans la fièvre typhoïde*, Th. de Nancy, 1899. — NICHOLLS. *Lancet*, 1901.

ODDO et OLMER. Purpura et affections viscérales, *Arch. gén. de méd.*, 1900 (ce travail contient beaucoup de petites indications antérieures à 1900). — OSLER. *Journ. of cut. diseases*, 1903.

PAGLIANO et FRANÇOIS. *Presse méd.*, 1899. — PAQUET. Deux cas de purpura au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, *Echo méd. du Nord*, 1904. — PAREUR. *Le purpura dans l'épilepsie*, Th. de Paris, 1901. — PARIS et SALOMON. Quelques cas de purpura chez l'enfant, Soc. de biol., 1903. — PARKER. *St-Bartholomew Hosp. Journ.*, 1903. — PASINE. Ueber purpura senilis, *M. f. p. D.*, 1906. — PICK. Zur kentniss der Purp. hemorragica, *Wien. klin. Wochens.*, 1903. — PORSOT et VINCENT. Purpura hémorragique à réaction myélocytaire, hémorragie méningée, guérison, *Arch. gén. de méd.*, 1906.

DE RAFFIN. *Purpura et tuberculose*, Th. de Bordeaux, 1905. — RAMOND. Purpura systématisé par intoxication salicylée, Soc. méd. des hôpit., 1904. — RENAUD. Th. de Paris, 1904. — RÉROLLE. *Etude du purpura infectieux à forme typhoïde*, Th. de Lyon, 1901. — RIST. Purpura par infection à staphylocoques, Soc. de pédiat., 1903. — RIST et PARIS. Purpura hémorragique et méningite cérébro-spinale, Soc. de pédiat., 1903; — *Ann. de méd. et de chir. inf.*, 1904. — ROBERT. *Purpura hémorragique et tuberculose pulmonaire*, Th. de Paris, 1904. — ROGER. Purpura métamérique, *Presse méd.*, 1902. — ROMISCH. Purpura hemorragica bei Lungen-tuberculose, *Munch. med. Wochens.*, 1902. — ROMME. L'hérédité dans l'hémophilie et le purpura hémorragique chronique, *Presse méd.*, 1905. — ROUSKI. Rapports entre la tuberculose et la maladie de Wehrlof, *Wratch*, 1904. — RUDAUX. Purpura hémorragique pendant la grossesse, Soc. de gynécol. et de pédiat., 1903.

SABRAZÈS. Purpura expérimental, *Gaz. hebdom. de Bordeaux*, 1904. — SABUNAYEFF. Causes de la maladie de Wehrlof, *Sibirsk. Wratch*, 1904. — SANTINI. Contributo allo studio della porpora, *Med. ital.*, 1905. — SCHOFIELD. Infective purpura, *Lancet*, 1905. — SIMON. Th. de Paris, 1902; — Les purpuras primitifs de l'enfance, *Gaz. des hôpit.*, 1904. — SMITH. Deux cas de purpura de Hénoch, *Med. Rec.*, 1904. — SOKOLST. Attaques simultanées de maladie de Wehrlof chez les enfants d'une même famille, *Wratch*, 1903. — SORTAIS. *Le purpura, considérations étiologiques et pathogéniques*, Th. de Paris, 1896 (nombreuses indications). — SPOLVÉRINI. Etiologie et pathogénie du purpura primitif chez l'enfant, *Ann. de méd. et de chir. inf.*, 1899. — SUTHERLAND. Invagination et purpura de Hénoch, *Brit. Journ. of children diseases*, 1904.

THIBIERGE. Art. PURPURA, in Bouchard-Brissaud. — TOROK. Les purpuras, IVe Congrès int. de méd., Madrid 1903; — Les purpuras. *Journ. des mal. cut. et vénér.*, 1903; — La doctrine de l'angionévrose et l'inflammation hématogène de la peau, *Wien. klin. Wochens.*, 1907. — TREPSAT. *Iconog. de la Salpêtrière*, 1904.

VARIOT. Purpura et granulie, *Journ. de méd. int.*, 1904. — VIGIER. *Le classement des purpuras*, Th. de Bordeaux, 1903. — VILLERS. Th. de Gœttinger, 1901. — VILMAIN. *Purpura exanthémique chez l'enfant*, Th. de Nancy, 1902.

WEBER. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1900. — WALLARE. Angioneurotic purpura, *Amer. medicine*, 1903. — WEIL. *Précis de médecine infantile.* — WEILL-HALLÉ. Maladie de Barlow, *Gaz. des hôpit.*, 1905. — WELLS. Un cas de purpura rhumatismal, *Lancet*, 1903. — WECKLER. Contribution à l'étude du purpura cachectique, *Deuts. med. Wochens.*, 1904.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1907)

Ligature de la carotide. — Revenons un peu sur la dernière séance où s'est poursuivie la discussion sur la ligature de la carotide.

M. HARTMANN apporte un fait analogue à ceux qu'a communiqués M. Guinard. Il s'agit d'une femme atteinte d'une tumeur maligne du lobe gauche du corps thyroïde. M. Lecène, après avoir mis la tumeur à nu, lie la carotide primitive au-dessous, résèque le paquet vasculo-nerveux envahi par le néoplasme et lie les carotides externe et interne; quarante-huit heures après, la malade présente de la paraphasie, une hémiplégie droite et succombe le cinquième jour. A l'autopsie aucune infection mais une thrombose de la carotide interne remontant jusque dans l'artère sylvienne et ramollissement du lobe cérébral correspondant.

M. MORESTIN considère comme très grave l'interruption du courant sanguin dans la carotide cérébrale. Chez un malade atteint d'une tumeur maligne qui avait nécessité la résection du paquet vasculo-nerveux comprenant les deux carotides secondaires, survint immédiatement une hémiplégie suivie de mort rapide. Dans un autre cas de cancer inopérable de la langue, en voulant lier la carotide externe, M. Morestin souleva sur la sonde cannelée la carotide interne, puis il l'abandonna, trouva l'externe et la lia. L'opération n'avait duré que quelques minutes. Le même jour, hémiplégie, coma et mort. On constata, à l'autopsie, que la carotide interne était très athéromateuse. La sonde cannelée avait brisé des plaques d'athérome qui avaient oblitéré le vaisseau. Il faut donc respecter autant que possible la bifurcation carotidienne et la carotide interne. C'est pourquoi M. Morestin a proposé au Congrès de chirurgie en 1906, de faire une substitution vasculaire en intercalant un morceau de veine entre les deux bouts du vaisseau réséqué. Dans ce même but, M. Quénu a proposé de faire une anastomose entre les deux carotides interne et externe.

M. TUFFIER apporte trois faits. Dans le premier cas il s'agit d'une femme âgée qu'il opéra d'un cancer récidivé du cou. Il lia la carotide primitive sans aucun accident. Il a pratiqué deux fois la ligature simultanée des deux carotides, externe et interne, la première fois, chez un jeune homme, pour un énorme sarcome télangiectasique de l'orbite. Il lia la carotide externe et la tumeur continuant à battre, il lia la carotide interne; il enleva la tumeur et son prolongement intracranien. Il n'y eut aucun accident. La seconde observation a trait à une tumeur ganglionnaire cervicale consécutive à un cancer de la langue. Aucun accident. En résumé, M. Tuffier considère ces ligatures comme comportant toujours un certain danger dont il faut tenir compte.

M. QUÉNU rapporte le cas d'un branchiome du côté droit du cou opéré par M. Duval. Celui-ci lia la carotide primitive en bas, puis il releva la tumeur et, arrivé au-dessus d'elle, fit une seconde ligature. Le surlendemain, le malade eut de l'incontinence d'urine et de l'hémiplégie gauche. Il tomba dans le coma et succomba. La ligature supérieure était placée à l'origine des carotides interne et externe. On serait autorisé, dans ces cas, à pratiquer une anastomose artérielle en réunissant l'une à l'autre la carotide externe et la carotide interne.

M. FAURE a fait un certain nombre de fois la ligature ou la résection de la carotide primitive, le plus souvent sans accident. Cependant dans certains, cas, il a vu des accidents d'hémiplégie et de coma. Aussi n'aborde-t-il maintenant la carotide primitive qu'avec le plus grand respect.

M. GUINARD fait observer que, dans les cas de M. Faure, il s'agit d'opérations sur la langue ou le maxillaire supérieur, opérations dans lesquelles on interrompt les anastomoses intercarotidiennes.

M. ROCHARD apporte l'observation d'une femme atteinte d'anévrisme du tronc brachéo-céphalique, chez laquelle il a lié la sous-clavière et la carotide primitive sans accidents. Dans un autre cas d'ablation de tumeur du cou la ligature de la carotide primitive a amené une hémiplégie, le coma et la mort.

M. POTHERAT rappelle un cas de Trélat. Ablation de ganglions du cou au cours de laquelle la carotide primitive fut coupée; ligature des deux bouts au fond de la plaie, guérison sans accident.

M. DELBET apporte un fait dont il a été témoin dans le service de M. Peyrot. Tumeur maligne du corps thyroïde dont l'ablation nécessita la résection de la carotide primitive, de la jugulaire interne et du pneumogastrique sur une étendue de plusieurs centimètres. Il ne se produisit aucun incident. M. Delbet ne veut pas conclure de ce fait que la ligature de la carotide primitive sera toujours innocente.

M. LEJARS se rappelle trois cas de ligature de la carotide primitive, dont deux fort anciens et probablement septiques furent suivis d'hémiplégie et de mort.

Dans le troisième cas où il s'agissait d'hémorragies secondaires consécutives à une plaie par arme à feu de la région sus-hyoïdienne. M. Lejars opéra en plein foyer septique, il fit la ligature de la carotide, pas d'accidents.

Parotidites. — M. POTHERAT ne croit pas que tous les faits de parotidites puissent être expliqués par la pathogénie proposée par M. Legueu, c'est-à-dire l'arrêt de la sécrétion salivaire, l'abstinence de viandes, la purgation préalable à l'opération, etc. Tous les opérés chloroformés sont soumis aux mêmes conditions et cependant la parotidite post-opératoire est bien rare. Sur un grand nombre d'opérations, M. Potherat n'en a observé que deux cas, dont l'un, même, était antéopératoire.

Dans un cas, il s'agissait d'une vieille tuberculeuse opérée de hernie crurale étranglée. Parotidite consécutive guérie par les compresses humides et l'expression, sans cependant qu'il sortît rien par la bouche.

L'autre malade, atteinte de péritonite généralisée, arriva à l'hôpital avec deux grosses parotidites, empâtées, fluctuantes, œdémateuses, incision des deux côtés, évacuation d'une certaine quantité de pus, laparotomie ultérieure pour un vaste abcès de l'abdomen, guérison. Dans ces deux faits, M. Potherat ne peut admettre que la sécheresse de la gorge, l'absence d'alimentation solide soient les causes de la parotidite. Il l'attribue plus volontiers à l'infection générale soit anté, soit post-opératoire. Les causes invoquées par M. Legueu peuvent intervenir comme causes adjuvantes ou occasionnelles.

Au point de vue du traitement, il se peut qu'un grand nombre de cas puissent être efficacement traités par les compresses et l'expression. Mais il en est d'autres dans lesquels l'incision est bien nettement indiquée. Quand il y a de la fluctuation, de l'œdème, M. Potherat n'hésite pas à recourir au bistouri.

M. Mauclaire apporte trois cas de parotidite post-opératoire; une femme de cinquante et un ans, ayant subi une cure radicale de hernie inguinale, opération simple, rapide, est atteinte de parotidite intense facilement guérie par les compresses et les massages. Dans un second cas, il s'agissait d'une ostéomyélite, parotidite consécutive à l'opération, mort d'infection générale. Dans un troisième cas, parotidite post-typhoïdique, gangréneuse, mort rapide. Chez un autre malade, il s'agissait de parotidite à répétitions, fluctuation, œdème, incision, rien; seconde incision quelques jours après, évacuation d'une certaine quantité de pus, guérison.

Dans ces cas, l'infection a commencé par le canal de Sténon, ce sont des cas de sténosite suppurée. L'infection de la parotide d'origine ascendante paraît à M. Mauclaire la plus probable.

M. Morestin rappelle le cas qui a été le point de départ de cette discussion. Il fait observer, en s'appuyant sur des recherches bibliographiques, que cette question des parotidites post-opératoires a été jusqu'ici assez peu étudiée. On avait bien parlé de parotidites consécutives à l'ovariotomie, de parotidites post-chloroformiques. M. Morestin a cru devoir généraliser ces faits sous le nom de parotidites post-opératoires. La pathogénie de ces parotidites comporte encore bien des inconnues. Pour M. Legueu, l'infection est presque toujours d'origine buccale. Ce n'est pas là la cause exclusive; dans certains cas, c'est par la voie sanguine que se fait l'infection. Il faut aussi tenir compte des prédispositions individuelles. En somme, la parotidite post-opératoire n'a pas une cause unique. Il faut faire intervenir plusieurs facteurs.

Quant au traitement de douceur, par les compresses et le massage, il n'est pas nouveau, puisque Piorry préconisait déjà le massage dans le traitement des parotidites. Mais ce traitement, longtemps méconnu, mérite d'être généralisé. Comme la plupart de ses collègues, M. Morestin admet qu'il est un certain nombre de parotidites justiciables de l'incision.

Nécrose complète du tibia, ostéomyélite. — M. Broca analyse une observation de M. Lapeyre (de Tours). Il s'agit d'un cas de nécrose complète du tibia consécutive à une ostéomyélite chez un enfant de cinq ans et demi. Cette ostéomyélite aiguë est restée quinze jours sans soins. Le petit malade arrive à Tours le 17 octobre. Il est opéré le 22. Il aurait dû l'être le 19. Le tibia fut évidé, les accidents aigus furent calmés. Un certain temps après, évidement de l'épiphyse inférieure. Un séquestre énorme fut encore enlevé plusieurs mois après. Le malade a fini par guérir avec un raccourcissement de 25 millimètres et un pied un peu en varus par suite du refoulement du périoste du péroné. Dans ce cas, M. Lapeyre a obtenu une assez bonne réparation osseuse, sans autoplastie. M. Broca croit que l'ablation des séquestres a été un peu hâtive. Il faut laisser l'os plus longtemps comme tuteur de la gaine périostique. M. Broca croit aussi qu'on a fait lever le malade un peu trop tôt. Telles sont les réserves qu'il apporte à l'observation intéressante de M. Lapeyre qu'il félicite du résultat obtenu. Mais M. Broca insiste sur ces deux points, ne pas se hâter d'enlever les séquestres, ne pas faire lever trop tôt les malades.

M. Lucas-Championnière appuie les conclusions de M. Broca. Mais il insiste particulièrement sur la nécessité d'intervenir le plus tôt possible dans le traitement d'une ostéomyélite aiguë.

Sarcome de la joue. — M. Thiéry présente un malade, garçon de trente et un ans, qui a été opéré une première fois d'une petite tumeur prise pour une épulis. Récidive. M. Thiéry l'opère le 10 août pour un sarcome du maxillaire supérieur, récidive dans la joue, radiothérapie, augmentation extrêmement considérable de la tumeur en trois semaines, marche extraordinairement rapide.

Fibrome de la voûte palatine. — M. Mauclaire présente un malade qu'il a opéré d'un énorme fibrome de la voûte palatine avee prolongement jugal, à l'aide de l'anse galvanique.

Eclairage. — M. Sébileau présente un appareil d'éclairage à l'acétylène très puissant, très simple et très économique. C'est en somme une lanterne de bicyclette qu'on se met sur le front.

Dentier dans le duodénum. — M. Chaput présente un dentier qui avait été avalé. La radiographie le montrait dans l'estomac. M. Chaput l'a trouvé dans le duodénum.

Tumeur rectale. — M. Schwartz montre une tumeur rectale qu'il a enlevée avec l'anse galvanique.

Cancer de l'utérus. — M. Potherat présente un utérus atteint de cancer du col qu'il a enlevé chez une femme de vingt-quatre ans déjà opérée pour des ganglions tuberculeux. La question se posait de savoir s'il s'agissait pour l'utérus d'affection tuberculeuse. Le microscope a montré qu'il s'agissait bien d'un cancer.

LIVRES NOUVEAUX

Précis d'hydrologie (Eaux potables et eaux minérales). Deuxième partie : *Eaux minérales* (1), par le docteur Emile Fleury, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Rennes.

Le livre qui vient de paraître complète le *Précis d'hydrologie* dont nous annoncions l'an dernier le premier volume. Il est exclusivement consacré aux eaux minérales; dont l'étude y est faite complètement, sauf en ce qui concerne l'origine de ces eaux, déjà exposée au commencement de la première partie.

Les premiers chapitres sont consacrés à l'analyse des eaux minérales et aux différents procédés employés aujourd'hui; le captage, l'embouteillage, les précautions minutieuses prises par un nombre chaque jour plus considérable d'exploitation pour livrer aux consommateurs des produits irréprochables au point de vue de l'hygiène, sont ensuite étudiés; c'est avec un vif intérêt que les médecins parcourront les pages qui ont trait aux récentes acquisitions de la science, à la découverte des gaz rares, argon et helium, et aux explications plausibles que cette découverte a permis de donner à l'activité de certaines eaux.

Enfin chaque station est décrite avec quelques détails et les principales indications thérapeutiques de chacune d'elles clairement exposées. Ce livre, de lecture aisée, rendra certainement d'utiles services aux praticiens. L. Gayard.

(1) 1 vol. in-12 broché de 332 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, 1907; H. Desforges, édit.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 141. — MARDI 10 DÉCEMBRE 1907. 80e ANNÉE. MARDI 10 DÉCEMBRE 1907. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de : MM. André Jousset, Courtois-Suffit, Alexandre Renault, Lenormant, Méry, Mauclaire, Ombrédanne, qui acceptent; Darier, Broca et Ribemont-Dessaignes, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Les mutations suivantes ont lieu parmi les médecins des hôpitaux :

M. Variot passe aux Enfants-Assistés; M. Méry, aux Enfants-Malades; M. Boulloche, à Bretonneau; M. Triboulet, à Trousseau.

M. Thibierge passe à Saint-Louis; M. Jeanselme, à Broca.

M. Legry passe à Saint-Antoine; MM. Hudelo et Bezançon, à Tenon; M. Gouget, à Claude-Bernard; M. Enriquez, à Dubois; M. Dufour, à la Maternité; M. Macaigne, à Sainte-Périne; M. Belin, à Debrousse.

— Prix Filloux.— Le prix d'otologie des hôpitaux de Paris (prix Filloux) a été décerné après concours à M. Blanluet, interne à l'hôpital Saint-Antoine, et à M. Budan, externe à l'hôpital Lariboisière.

LAICISATION DE L'HOTEL-DIEU ET DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS. — L'Hôtel-Dieu et l'hôpital Saint-Louis, sont définitivemeut laïcisés.

Ces laïcisations, maintes fois demandées par le Conseil municipal, avaient été réclamées une dernière fois le 16 novembre 1906, sur le rapport de M. Navarre. Un décret en date du 23 novembre dernier édicte que « les établissements fondés à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Saint-Louis par la congrégation des Hospitalières, autorisée à Paris par décret du 26 décembre 1810, sont fermés ».

Les Hospitalières ou « Augustines » n'avaient été autorisées qu'en 1810, mais elles étaient à l'Hôtel-Dieu depuis plus de douze siècles. Elles quitteront le vieil hôpital et aussi l'hôpital Saint-Louis vers le 1er janvier, y laissant d'unanimes regrets.

Un autre décret, également en date du 23 novembre, autorise les sœurs à transférer le siège de leur maison-mère et de leur noviciat à l'hôpital privé de Bon-Secours, rue des Plantes.

Les Augustines continueront à desservir Boucicaut et Debrousse.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lille. — Par suite du passage à l'honorariat de M. le docteur Chotin, les mutations suivantes ont lieu parmi les médecins des hôpitaux.

M. Ingelrans, médecin en chef, passe à l'hôpital général.

M. Breton, nommé médecin en chef, reste à l'hospice Gantois.

M. Huyghe, nommé médecin en chef est désigné pour l'hospice Baës.

— Bordeaux. — Après concours, M. Lefèvre est nommé médecin résidant à l'hôpital Saint-André.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Vendredi, le roi d'Espagne a visité la Faculté de médecine de Bordeaux. Il a été reçu par le doyen et les professeurs. Après la visite des différents laboratoires il s'est rendu à la clinique chirurgicale de Saint-Augustin où il a été reçu par le professeur Moure dont il est, on le sait, le client.

Après avoir visité l'hôpital du Tondu, le roi est revenu à la gare Saint-Jean.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en or des épidémies est décernée à MM. les docteurs Barnsby (de Tours) et Bertin (de Nantes).

La médaille de vermeil à M. le docteur Lacaze (de Montauban).

La médaille d'argent à MM. les docteurs Vaysse (de Limoux) et Ollé (de Saint-Gaudens).

La médaille de bronze à MM. les docteurs Cazalas (de Bagnères-de-Bigorre), Trélaün (d'Argelès), Guyot (de Villefranche-sur-Saône) et Sicard (de Castres).

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 1689.*)

UN NOUVEAU CAS

D'ATONIE MUSCULAIRE CONGÉNITALE

(*Maladie d'Oppenheim*).

Par M. GEORGES LECLERC (de Dijon).

En 1900, le professeur Oppenheim décrivit une affection jusqu'alors inconnue et caractérisée essentiellement par une atonie musculaire sans paralysie véritable, étendue à la plupart des muscles du corps et dont l'origine est congénitale.

Cette myatonie, plus ou moins généralisée suivant les cas, mais respectant toujours les muscles innervés par les nerfs craniens, est compatible avec une intelligence normale et un état général parfait : elle est remarquable par une tendance lente mais manifeste à l'amélioration.

Cette affection qu'on peut désigner sous le nom de myatonie congénitale, atonie musculaire congénitale, maladie d'Oppenheim est tout à fait, d'après l'expression d'Oppenheim, lui-même, l'antipode de la maladie de Little, le tonus musculaire étant exagéré dans l'une des affections et diminué dans l'autre.

Après Oppenheim, qui en 1904 avait pu rassembler 5 observations typiques, plusieurs médecins observèrent des cas semblables : Muggia, Berti (1905), Jovane, Cattaneo, Sorgente (1906) en Italie; un auteur anonyme en France (*Archives de médecine des enfants*, 1906); Kunt, Rosenberg (1906) en Allemagne, apportèrent chacun quelques cas nouveaux. En mai 1907, Baudoin (*Semaine médicale*, n° 21) apporte une nouvelle observation avec autopsie.

Enfin tout récemment, Tobler donne une description complète de l'affection et réunit les 17 observations qu'il a pu trouver dans la littérature. Son travail a été analysé par Romme dans un des derniers numéros de la *Presse médicale*.

J'ai eu l'occasion d'observer il y a quelque temps un cas tout à fait type de maladie d'Oppenheim chez une fillette de quatre ans. La netteté du tableau clinique était si grande que je n'ai pas hésité à le rattacher de suite à cette affection que je connaissais seulement par ce qu'on en a écrit. Voici cette observation :

C... Octavie, quatre ans.

Le père et la mère ont toujours été bien portants.

La mère a eu successivement une fausse couche de deux mois, un accouchement à huit mois d'un enfant mort, un enfant né bien portant et mort à deux mois environ, enfin la petite malade.

Celle-ci est née une vingtaine de jours avant le terme. La grossesse a été tout à fait normale, et la mère dit qu'elle a perçu les mouvements de l'enfant comme au cours de ses autres grossesses. L'accouchement s'est fait très facilement, par le sommet.

L'enfant a paru normale les premiers jours. A l'âge de sept semaines, elle eut une broncho-pneumonie et des crises qui paraissent avoir été du spasme de la glotte. C'est après cette maladie que les parents s'aperçurent de l'affection actuelle : l'enfant semblait absolument paralysée; incapable d'imprimer des mouvements à ses membres, elle ne pouvait même pas tenir sa tête qui retombait sur ses épaules. Les muscles de la face et du pharynx ont toujours été indemnes, et l'enfant, nourrie au biberon, a toujours tété parfaitement.

Cet état alla en s'améliorant d'une façon progressive mais très lente.

Actuellement, la petite malade a l'allure générale d'une paraplégie flasque des quatre membres : elle ne peut se tenir debout toute seule et quand on essaie de la faire tenir dans cette position, on la voit s'effondrer sur elle-même, sans qu'elle puisse prendre par ses membres supérieurs un point d'appui solide sur les objets environnants. Elle ne peut non plus se tenir assise si elle n'est pas soutenue et, dès qu'on l'abandonne, on voit sa colonne se courber en dessinant une vaste cyphose, puis l'enfant s'affaisser.

Il ne s'agit pas d'ailleurs de paralysie véritable, mais seulement d'atonie musculaire, car si on couche la malade sur le dos, on constate qu'elle peut faire mouvoir parfaitement et au commandement ses bras et ses jambes.

Elle commence même depuis quelque temps à se servir un peu de ses mains pour prendre quelques objets légers, mais pas assez pour manger seule; elle serre la main facilement et avec beaucoup de sûreté, mais est incapable de donner la moindre force à son étreinte.

Par contre, la malade tient sa tête droite depuis quelques mois et elle la fait mouvoir facilement; la mimique est intacte et les muscles innervés par les nerfs craniens sont respectés.

L'atonie s'étend aussi aux ligaments articulaires car toutes les articulations peuvent être portées en hyperextension exagérée et dépassant notablement les limites de l'hyperextension normale. C'est ainsi que les coudes, les poignets se placent facilement en hyperextension excessive; de même lorsqu'on essaie de faire tenir l'enfant debout en la soutenant, les genoux prennent l'attitude du genu recurvatum, et les os de la jambe glissent en avant sur l'astragale, reproduisant ainsi cette attitude du pied qu'on retrouve si fréquemment dans le rachitisme.

D'ailleurs les muscles ne sont pas atrophiés, mais ils donnent à la palpation une sensation de mollesse particulière.

Les réflexes rotuliens sont abolis.

L'enfant est propre depuis longtemps et les sphincters sont intacts.

Sensibilité normale. Organes des sens normaux.

Les réactions électriques n'ont pu être recherchées.

La peau n'est pas souple; sur les membres inférieurs surtout, elle présente un certain degré d'épaississement, d'œdème dur et lisse qui rappelle le myxœdème. Ces caractères de la peau ne s'observent pas au visage.

Au point de vue intellectuel l'enfant a été très en retard, mais depuis quelque temps l'intelligence se développe beaucoup; elle commmence à parler et comprend tout ce qu'on lui dit; elle est cependant notablement au-dessous de son âge à ce point de vue.

L'état général est très bon, les viscères normaux.

L'enfant ne présente aucune déformation osseuse pouvant être attribuée au rachitisme.

Cette observation est un cas tout à fait typique d'atonie musculaire congénitale : tout autre diagnostic doit être écarté.

En effet, il ne s'agit pas d'une paralysie spinale ou cérébrale car l'affection est congénitale, et d'autre part les troubles moteurs sont trop généralisés et trop étendus pour être rapportés à l'une de ces deux maladies.

Il ne s'agit pas non plus d'une myopathie progressive, et l'affection ne rappelle aucun des nombreux types de myopathie qui ont été décrits; l'absence d'hérédité, l'étendue que les troubles moteurs ont eue d'emblée, l'absence d'atrophie musculaire, et surtout la marche de la maladie qui presque généralisée au début a été en s'améliorant progressivement alors que les myopathies ont une marche extensive et progressive, tous ces caractères écartent avec certitude le diagnostic de myopathie.

Dans les formes graves du rachitisme on voit quelquefois des phénomènes parétiques très accusés, mais nous avons vu qu'il n'y avait aucune déformation rachitique chez la malade et que son affection était congénitale.

L'observation précédente est au contraire tout à fait semblable à celles qui ont été publiées soit par Oppenheim, soit par les auteurs cités plus haut; tous ces cas sont d'ailleurs presque superposables et la maladie d'Oppenheim ne présente que peu de variantes.

Chez ma malade l'origine congénitale est à peu près certaine, bien que les parents fassent remonter l'affection à un spasme de la glotte survenu à l'âge de sept semaines et qu'explique suffisamment du reste la broncho-pneumonie que l'enfant présenta à ce moment : en réalité, la myatonie congénitale ne peut se révéler aux parents qu'à l'âge où l'enfant devrait commencer à se tenir assis.

A noter la bonne santé des parents et l'absence de toute anomalie dans la grossesse et dans l'accouchement; cependant l'enfant a devancé le terme de quelques jours. A noter encore que la mère a senti bouger pendant la grossesse; l'absence de mouvements du fœtus est au contraire notée dans plusieurs observations.

C'est toujours aux membres inférieurs que l'atonie est prédominante; souvent même elle n'existe que là; chez ma malade elle s'étend aux muscles des membres supérieurs et du thorax; les muscles du cou qui au début ne pouvaient pas soutenir la tête ont retrouvé depuis quelques mois leur tonicité. Enfin les muscles innervés par les nerfs craniens sont respectés comme d'ailleurs dans tous les cas publiés jusqu'ici.

L'intégrité des sphincters, des organes des sens, l'abolition des réflexes rotuliens, la sensation de mollesse donnée par les muscles qui pourtant ne sont pas atrophiés sont des symptômes que toutes les observations signalent.

Enfin plusieurs observations parlent d'un certain degré de myxœdème de la peau qui a fait rapprocher la maladie d'Oppenheim du myxœdème atrophique congénital.

Sur les 17 cas connus, 4 se sont terminés par la mort à la suite d'accidents pulmonaires qu'explique facilement l'atonie des muscles respirateurs.

Mais ceux qui ont échappé aux complications pulmonaires ont tous été en s'améliorant. L'affection est d'étude trop récente pour qu'on puisse dire jusqu'à quel point cette amélioration se poursuit; l'enfant que j'ai observée fait des progrès notables et on peut espérer la guérison.

Jusqu'ici on connaît deux cas de maladie d'Oppenheim avec autopsie, le cas de Spiller et le cas de Baudoin (*Semaine méd.*, 1907); ces autopsies n'ont d'ailleurs donné que peu de renseignements sur les causes de la maladie.

Plusieurs auteurs, Berti, Cattaneo, Baudoin pensent qu'elle est peut-être due à l'altération congénitale de quelque glande à sécrétion interne, le corps thyroïde par exemple. Berti croit même qu'il s'agit d'une variété de myxœdème congénital.

Quoi qu'il en soit le traitement employé jusqu'ici a consisté en hygiène générale, massage, électricité. On pourrait peut-être essayer l'opothérapie thyroïdienne. C'est ce que j'ai l'intention de faire chez l'intéressante malade dont je viens de rapporter l'observation.

N.-B. — Depuis la rédaction de cet article, trois nouveaux cas viennent d'être publiés à la Société de pédiatrie (15 oct. 1907) : un de Variot, deux de Comby. Le cas de Variot a trait à un enfant de trois mois, qui succomba à une broncho-pneumonie; l'autopsie fut pratiquée : les muscles étaient remarquablement pâles; l'examen histologique sera publié ultérieurement. Les deux malades de Comby sont en train de s'améliorer par le traitement électrique.

A PROPOS DU SIGNE DE KERNIG

Par Charles MONCANY,

Interne des hôpitaux de Paris.

Le signe de Kernig est partout signalé comme une contracture particulière des muscles fléchisseurs de la jambe, survenant au cours des affections méningées.

On l'a considéré comme indiquant toujours une participation des méninges spinales à l'inflammation et de nombreuses théories ont expliqué cette contracture :

Excès de liquide céphalo-rachidien, expliquant la contracture dans la position assise (Bull).

Irritation directe de la portion terminale de la moelle et des nerfs de la queue de cheval, tiraillés par la station assise.

Contracture réflexe.

Mais la difficulté d'expliquer la localisation spéciale de la contracture et, d'autre part, l'existence du signe de Kernig sans atteinte apparente des méninges spinales, a conduit à chercher, dans les lésions des cellules nerveuses elles-mêmes, la cause de cette contracture :

Lésions des cellules des cornes antérieures de la moelle (Georget), *des cellules de l'écorce cérébrale* (P. Sainton et Roger Voisin).

Enfin, pour Amaducci, le signe de Kernig pourrait exister sans aucune lésion et ne serait que l'exagération d'un phénomène normal, chez un sujet nerveux.

Quelle que soit la cause du signe de Kernig, il nous semble qu'on pourrait le considérer comme

étant sous la dépendance d'une raideur plus ou moins accentuée du rachis.

Cette raideur seule suffit à le produire, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir une contracture spéciale siégeant aux membres inférieurs.

En effet, dans presque tous les cas où on l'observe, on signale également de la raideur de la nuque et du rachis, tantôt très marquée, tantôt si faible, qu'il faut, pour la mettre en évidence, des mouvements particuliers, comme ceux que nécessite la recherche du signe de Kernig.

On le rencontre encore dans tous les cas de raideur rachidienne avec lordose lombaire : maux de Pott, même guéris, ankyloses rachidiennes en extension, contractures rhumatismales des muscles du dos et même dans le simple lumbago.

Enfin et surtout, on peut le reproduire facilement chez les sujets normaux, par la simple extension volontaire du rachis.

Que l'on cherche, en effet, le signe de Kernig dans la station assise ou dans la station couchée, la flexion à angle droit sur le tronc, du membre inférieur étendu, ne s'obtient qu'au prix d'une incurvation notable de la colonne dorsale inférieure et dorso-lombaire.

Si la flexion vertébrale se trouve supprimée, soit pathologiquement, soit volontairement, le signe de Kernig apparaît avec ses caractères habituels et la douleur particulière qui l'accompagne au niveau du creux poplité.

L'anatomie, du reste, enseigne que les muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse sont en grande partie tendineux et inextensibles, que la distance ischio-tibiale et ischio-péronière comprise entre leurs insertions devient maxima dans la position de recherche du signe de Kernig. En un mot, ils sont trop courts pour permettre l'extension complète de la jambe, quand la cuisse est fléchie. « Les clowns seuls, dit Henke, peuvent faire cette manœuvre. »

Chez un sujet normal, le tronc s'incurve, le bassin tourne autour de son axe transversal, l'ischion se trouve reporté en avant, la distance ischio-tibiale est ainsi diminuée.

Mais quand il existe de la rigidité lombaire et à plus forte raison de l'ensellure, l'ischion est reporté en arrière et le signe de Kernig en est la conséquence.

S'il disparaît parfois chez de jeunes pottiques, ce n'est que lentement, par relâchement tendineux ou par allongement musculaire.

Donc, le signe de Kernig, quelle que soit la pathogénie que l'on invoque pour l'expliquer, nous paraît nécessiter toujours comme intermédiaire la rigidité du rachis.

Il resterait néanmoins un signe de haute valeur, un procédé élégant et souvent précieux pour mettre en évidence les raideurs rachidiennes pathologiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1907)

Sur les prétendus troubles trophiques de la peau dans l'hystérie. — M. J. BABINSKI. M. Le Clerc (de Saint-Lô), contrairement à l'opinion qu'il soutient depuis longtemps, affirme elles retrouvent leur liberté d'action et manifestent toutes deux leur action globulicide.

Dans un sérum humain additionné de chlorure d'ammonium et mélangé à ses propres globules, on obtient ainsi, sous l'influence du froid, une hémolyse qui ne se produit pas dans un tube témoin non refroidi. Le sérum chauffé est préventif.

En somme le chlorure d'ammonium se comporte comme un poison qui se libère, sous l'influence du froid, de sa fixation à l'alexine, pour manifester aussitôt, avec l'élévation de sa température, sa fonction de substance très pénétrante et par conséquent très nocive pour le stroma globulaire.

Culture du sang des nourrissons au cours des diarrhées prolongées. — MM. RIBADEAU-DUMAS et P.-J. MÉNARD. La culture du sang paraît avoir été rarement pratiquée pendant la vie au cours des affections de la première enfance. Elle est cependant facile dans un grand nombre de cas et sans aucun inconvénient. Cette méthode de recherches a été appliquée à l'étude des entérites. Le sang a été ensemeecé chez huit nourrissons; les résultats ont été négatifs en milieux aérobies et anaérobies. Pour six d'entre eux (rachitisme, athrepsie sans fièvre), les microbes isolés ont été pour l'un un coli, pour l'autre un paracoli dont les caractères permettent de le rapprocher du bacille de Käutsche et d'autres microbes qui ont été incriminés dans les toxi-infections alimentaires, et plus particulièrement dans les infections consécutives à l'ingestion de certains laits ou de leurs dérivés.

Pigments biliaires, stercobiline et stercobilinogène dans les fèces pathologiques. — MM. GILBERT et HERSCHER ont observé que si les fèces physiologiques de l'adulte ne contiennent pas de pigments biliaires et renferment seulement, mais en abondance, du stercobilinogène auquel s'associe parfois un peu de stercobiline, la recherche de ces substances dans les fèces pathologiques donne des résultats variables qu'on peut diviser en trois groupes. Ou bien, il n'y a ni pigments, ni stercobiline, ni stercobilinogène, c'est qu'aucune quantité de bile ne pénètre dans l'intestin. Ou bien, il existe moins de stercobilinogène et de stercobiline que normalement, sans qu'on constate de pigments biliaires; la bile arrive alors dans l'intestin en moins grande quantité que chez un sujet sain. Ou bien, enfin, à la stercobiline et au stercobilinegène s'associent des pigments biliaires; il s'agit de faits de polycholie, les pigments pénètrent en excès dans l'intestin, qui ne peut les réduire totalement et en laisse passer une partie sans modifications dans les fèces.

C'est, on le voit, la quantité des pigments introduits dans l'intestin qui rend compte des divsrs états observés. Il y là un phénomène semblable à celui que les auteurs ont décrit au niveau du rein qui, selon la quantité de pigments biliaires apportée par le sang, les réduit totalement ou partiellement en urobiline.

mais qu'aucun de ces cas n'a résisté à l'application d'un bandage compressif *cacheté*.

Signe de la ligne blanche. — M. Léon Bernard fait une communication sur ce sujet; il croit que le signe de la ligne blanche n'est fonction ni de l'hypotension artérielle ni de l'insuffisance surrénale; il estime que ce signe peut se présenter dans beaucoup de phénomènes morbides et qu'il n'est pathognomonique d'aucun état. C'est aussi l'opinion de M. de Massary.

Complication de l'oculo-réaction. — M. H. Barbier pré-

quefois des phénomènes parétiques très accusés, mais nous avons vu qu'il n'y avait aucune déformation rachitique chez la malade et que son affection était congénitale.

L'observation précédente est au contraire tout à fait semblable à celles qui ont été publiées soit par Oppenheim, soit par les auteurs cités plus haut; tous ces cas sont d'ailleurs presque superposables et la maladie d'Oppenheim ne présente que peu de variantes.

Chez ma malade l'origine congénitale est à peu près certaine, bien que les parents fassent remonter l'affection à un spasme de la glotte survenu à l'âge de sept semaines et qu'explique suffisamment du reste la broncho-pneumonie que l'enfant présenta à ce moment : en réalité, la myatonie congénitale ne peut se révéler aux parents qu'à l'âge où l'enfant devrait commencer à se tenir assis.

A noter la bonne santé des parents et l'absence de toute anomalie dans la grossesse et dans l'accouchement; cependant l'enfant a devancé le terme de quelques jours. A noter encore que la mère a senti bouger pendant la grossesse ; l'absence de mouvements du fœtus est au contraire notée dans plusieurs observations.

C'est toujours aux membres inférieurs que l'atonie est prédominante ; souvent même elle n'existe que là; chez ma malade elle s'étend aux muscles des membres supérieurs et du thorax; les muscles du cou qui au début ne pouvaient pas soutenir la tête ont retrouvé depuis quelques mois leur tonicité. Enfin les muscles innervés par les nerfs craniens sont respectés comme d'ailleurs dans tous les cas publiés jusqu'ici.

L'intégrité des sphincters, des organes des sens, l'abolition des réflexes rotuliens, la sensation de mollesse donnée par les muscles qui pourtant ne sont pas atrophiés sont des symptômes que toutes les observations signalent.

Enfin plusieurs observations parlent d'un certain degré de myxœdème de la peau qui a fait rapprocher la maladie d'Oppenheim du myxœdème atrophique congénital.

Sur les 17 cas connus, 4 se sont terminés par la mort à la suite d'accidents pulmonaires qu'explique facilement l'atonie des muscles respirateurs.

Mais ceux qui ont échappé aux complications pulmonaires ont tous été en s'améliorant. L'affection est d'étude trop récente pour qu'on puisse dire jusqu'à quel point cette amélioration se poursuit; l'enfant que j'ai observée fait des progrès notables et on peut espérer la guérison.

troisième la diarrhée persiste et au bout de quinze jours le malade présente les signes d'une fièvre typhoïde exceptionnellement grave dont il meurt huit jours après son entrée à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Dans un deuxième groupe, il s'agit d'un repas commun à plusieurs personnes, dans lequel deux convives ayant mangé des huîtres, furent atteints ultérieurement dans les délais classiques, de fièvre typhoïde tous les autres restant sains. La maladie fut très grave chez l'un de ces deux malades.

Chez ces deux typhoïdiques, l'ensemencement du sang donne du bacille d'Eberth et un bacterium coli. Or, chez 300 malades, atteintes de fièvre typhoïde, sur lesquels on compte 30 cas graves s'étant terminés par la mort, l'ensemencement du sang n'a jamais donné cette association du bacterium coli. Il y a donc lieu de penser qu'un *bacterium coli d'une virulence spéciale*, ingéré avec les huîtres a été la cause de l'infection sanguine constatée chez ces malades. C'est sans doute à ce dernier élément microbien qu'il faut attribuer la gravité habituelle des fièvres typhoïdes consécutives à l'ingestion d'huîtres contaminées.

M. Netter avait déjà émis l'idée d'une infection sanguine mixte pour expliquer la gravité de la fièvre typhoïde d'origine ostréaire. On trouve en effet fréquemment dans les huîtres le bacterium coli, mais sa présence n'avait pas encore été signalée dans le sang des sujets atteints de fièvre typhoïde à la suite d'ingestion d'huîtres.

M. Milian présente un malade atteint de **dermato-myosite scléreuse consécutive à la blennorragie.**

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 7 décembre 1907)

Culture sur placenta humain de quelques germes pathogènes. Conclusions relatives aux infections placentaires. — M. Paul Guéniot a ensemencé, sur placenta humain conservé frais suivant sa méthode précédemment exposée, divers microbes pathogènes. Il a obtenu des cultures du bacille pyocyanique, du staphylocoque doré, de la bactéridie charbonneuse, du bacille diphtérique, du coli-bacille : tous ces germes poussent abondamment. Par contre, il n'a jamais obtenu de développement apparent du streptocoque, et même par l'examen microscopique, répété plusieurs jours de suite, d'un raclage de la surface placentaire ensemencée, il n'a vu aucun développement appréciable de ce germe, qui cependant y restait vivant, comme le montra un repiquage.

Le fait saillant de ces recherches est le développement nul ou insignifiant du streptocoque, en opposition avec la vigoureuse croissance du coli-bacille et du staphylocoque. L'expérimentation confirme donc que les rétentions placentaires après l'accouchement ou l'avortement prédisposent aux infections; mais elles ne prédisposent pas, au moins directement, à l'infection streptococcique. Ces résultats s'accordent avec les données de la bactériologie clinique, qui montre que dans les rétentions placentaires putrides, le streptocoque est très inconstant et qu'on trouve bien plus habituellement d'autres germes, surtout coli-bacille et anaérobies (en particulier B. perfringens).

Des résultats de la placenta-culture et des données de la bactériologie clinique, se dégage donc la conception suivante : Le streptocoque est l'agent principal, quoique non exclusif, des infections puerpérales ordinaires de celles qui,

franchissant la muqueuse utérine, envahissent l'économie. Par contre, dans les rétentions placentaires putrides, son rôle est effacé et la prépondérance appartient alors à d'autres germes, surtout le coli-bacille et les anaérobies, véritables agents des infections placentaires.

Observation directe des hématoblastes dans le plasma. — MM. Achard et Aynaud ont étudié les hématoblastes dans le plasma sanguin, préservé du contact des tissus et du verre, manipulé au contact de la paraffine et examiné en goutte pendante. Ces éléments apparaissent très nombreux, distincts, réguliers, ovalaires, très réfringents, entourés d'un halo clair.

Lorsqu'on prolonge l'examen, ou rapidement en cas de faute de technique, ils se déforment et s'agglutinent. Cette agglutination que peut déterminer la peptone à 1 p. 100, le contact du verre ou la chaleur à 44 degrés, peut être observée indépendamment de la coagulation.

Outre ces arguments directs, qui tendent à montrer que les hématoblastes sont des éléments propres du sang, et non des produits de destruction ou d'expulsion des globules rouges ou blancs, il est encore des arguments indirects. Les hématoblastes ne se rencontrent pas dans le pus, les sérosités pathologiques, les épanchements hémorragiques, où les produits de cette destruction abondent. On sait aussi que le sérum anti-hématoblastique de L. Le Sourd et Pagniez les fait disparaître sans nuire aux globules rouges et blancs.

Action de la bile sur la toxine tétanique. — M. H. Vincent. La bile humaine et celle de divers animaux (chien, bœuf, lapin, cobaye) possèdent des propriétés antitoxiques à l'égard du poison tétanique. Un centimètre cube neutralise 20 à 50 doses mortelles de toxine, quelquefois davantage, en une heure et demte à deux heures à 18 degrés, en trente minutes à 38 degrés, en quinze minutes à 48 degrés. Le chauffage de la bile à 120 degrés atténue un peu son pouvoir antitoxique.

La bile des animaux morts de tétanos, celle de l'homme mort d'affections aiguës ou chroniques possèdent les mêmes propriétés. Ce liquide n'a cependant, d'après ses expériences, aucun pouvoir préventif ou curatif. La ligature ou la section du canal cholédoque faites, dans un but thérapeutique, à des chiens à qui on injectait ensuite deux à trois doses mortelles de toxine n'a pas prévenu le tétanos; elle semble seulement avoir retardé son apparition. La bile ne paraît donc pas présenter *in vivo* la même valeur antiseptique qu'*in vitro*, sans doute à cause de sa grande dilution dans les humeurs de l'animal tétanique.

Hémolyse expérimentale a frigore. — M. G. Froin. Les substances toxiques en général, principalement les toxines microbiennes, fixent l'alexine ou complément du sérum sanguin. Pour le démontrer, on met en contact un sérum hémolytique, naturel ou préparé, et le corps toxique; après une demi-heure de séjour à l'étuve à 37 degrés, on ajoute des globules rouges. Dans la suite, il ne se produit pas de diffusion hémoglobinique. Elle est au contraire très rapide en l'absence de substance toxique. Cette dernière se comporte donc comme un agent antiglobulicide très énergique, bien que son action isolée soit quelquefois très nocive. Ainsi l'urée en solution forte est très globulicide; par son mélange avec un sérum hémolytique, il ne se produit pas de diffusion hémoglobinique.

Il a essayé de dissocier le groupement alexine + substance toxique créé par la chaleur, avec différents procédés, en particulier par l'action du froid. Un corps chimique se prête remarquablement à l'expérience : c'est le chlorure d'ammonium, substance très globulicide. Il fixe l'alexine et entrave l'action d'un sérum hémolytique. Mais cette action empêchante disparaît si on refroidit le mélange pendant une demi-heure, à la température de 0 degré, et qu'on le porte ensuite à l'étuve à 37 degrés.

La réfrigération dissocie l'union de l'alexine et du chlorure d'ammonium parce que ces deux substances sont sensibles au froid ainsi que l'ont montré Ehrlich et Morgenroth d'une part et Nolf d'autre part. Lorsque les deux substances sont de nouveau isolées sous l'influence du froid et qu'on les réchauffe, elles retrouvent leur liberté d'action et manifestent toutes deux leur action globulicide.

Dans un sérum humain additionné de chlorure d'ammonium et mélangé à ses propres globules, on obtient ainsi, sous l'influence du froid, une hémolyse qui ne se produit pas dans un tube témoin non refroidi. Le sérum chauffé est préventif.

En somme le chlorure d'ammonium se comporte comme un poison qui se libère, sous l'influence du froid, de sa fixation à l'alexine, pour manifester aussitôt, avec l'élévation de sa température, sa fonction de substance très pénétrante et par conséquent très nocive pour le stroma globulaire.

Culture du sang des nourrissons au cours des diarrhées prolongées. — MM. Ribadeau-Dumas et P.-J. Ménard. La culture du sang paraît avoir été rarement pratiquée pendant la vie au cours des affections de la première enfance. Elle est cependant facile dans un grand nombre de cas et sans aucun inconvénient. Cette méthode de recherches a été appliquée à l'étude des entérites. Le sang a été ensemecé chez huit nourrissons; les résultats ont été négatifs en milieux aérobies et anaérobies. Pour six d'entre eux (rachitisme, athrepsie sans fièvre), les microbes isolés ont été pour l'un un coli, pour l'autre un paracoli dont les caractères permettent de le rapprocher du bacille de Käutsche et d'autres microbes qui ont été incriminés dans les toxi-infections alimentaires, et plus particulièrement dans les infections consécutives à l'ingestion de certains laits ou de leurs dérivés.

Pigments biliaires, stercobiline et stercobilinogène dans les fèces pathologiques. — MM. Gilbert et Herscher ont observé que si les fèces physiologiques de l'adulte ne contiennent pas de pigments biliaires et renferment seulement, mais en abondance, du stercobilinogène auquel s'associe parfois un peu de stercobiline, la recherche de ces substances dans les fèces pathologiques donne des résultats variables qu'on peut diviser en trois groupes. Ou bien, il n'y a ni pigments, ni stercobiline, ni stercobilinogène, c'est qu'aucune quantité de bile ne pénètre dans l'intestin. Ou bien, il existe moins de stercobilinogène et de stercobiline que normalement, sans qu'on constate de pigments biliaires; la bile arrive alors dans l'intestin en moins grande quantité que chez un sujet sain. Ou bien, enfin, à la stercobiline et au stercobilinegène s'associent des pigments biliaires; il s'agit de faits de polycholie, les pigments pénètrent en excès dans l'intestin, qui ne peut les réduire totalement et en laisse passer une partie sans modifications dans les fèces.

C'est, on le voit, la quantité des pigments introduits dans l'intestin qui rend compte des divsrs états observés. Il y là un phénomène semblable à celui que les auteurs ont décrit au niveau du rein qui, selon la quantité de pigments biliaires apportée par le sang, les réduit totalement ou partiellement en urobiline.

La stercobilinie a donc la même valeur que l'urobilinurie. Celle-ci est un indice de cholémie; celle-là témoigne de la pénétration de pigments biliaires dans l'intestin. Ni l'une, ni l'autre ne signifient insuffisance hépatique; bien au contraire, c'est la diminution de la stercobilinie normale, sa disparition ou l'adjonction à elle du passage de pigments biliaires dans les fèces qui prouvent une tare de la sécrétion ou de l'excrétion biliaires.

Numération des éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien. Limites de la lymphocytose physiologique. — MM. J. Nageotte et Lévy-Valensi comptent les éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien au moyen d'une cellule de 225 millimètres cubes. Grâce à ce procédé, employé dans 56 cas, ils arrivent à déterminer le taux au-dessus duquel la lymphocytose est pathologique. Ce taux serait de trois lymphocytes par millimètre cube. Cette technique permet d'apprécier surement les réactions méningées qui se traduisent par une lymphocytose faible non décelable par la centrifugation.

VARIÉTÉS

NOTES SUR UN VOYAGE DE MÉDECINS DANS LES UNIVERSITÉS DE L'ALLEMAGNE DU SUD ET DE L'AUTRICHE-HONGRIE

Le 7 août dernier partait de Nancy une caravane de 35 médecins, qui, sous la direction du professeur Monprofit, comptaient visiter successivement Stuttgart, Munich, Nuremberg, Marienbad, Carlsbad, Prague, Vienne, Budapest, Semmering, Gastein, Iunsbrük et être revenus à Belfort le 23 août, c'est-à-dire faire en dix-sept jours 3351 kilomètres de chemin de fer, sans compter les kilomètres supplémentaires nécessités par la visite des hôpitaux, des musées et des différentes curiosités des villes. Il est bien difficile d'étudier d'une façon fructueuse l'organisation médicale d'une ville en une demi-journée, et de juger de la valeur des individus, des méthodes et des installations en passant au pas de course dans tous les hôpitaux. Ce ne sont donc que des impressions de voyage très fugitives, très incomplètes, souvent très inexactes que je puis transcrire ici.

Il me faut d'abord rendre hommage au professeur Monprofit qui fut pour nous un guide précieux, un compagnon de voyage charmant, toujours plein de verve, d'entrain et de cordiale bonhomie. Partout les médecins, les représentants des facultés, les municipalités nous ont reçus avec une cordialité, un enthousiasme et parfois même avec une somptuosité un peu gênante pour beaucoup, plus touristes que médecins pour la plupart. L'empressement avec lequel les médecins étrangers ont répondu à l'appel des organisateurs du voyage fut vraiment remarquable. Certains professeurs n'ont pas hésité à quitter leurs villégiatures pour venir faire eux-mêmes les honneurs de leurs cliniques et opérer devant nous; malgré tout, ils n'ont pu rendre leur figure habituelle à des universités vidées par les vacances et c'est là encore une cause d'erreur qui risque de fausser nos impressions.

Partis de Nancy le 7 août, nous arrivons à Stuttgart le 8, le professeur Steinthal nous reçoit à la gare et nous fait d'abord visiter l'hôpital Catharina, vieil hôpital qui ne présente de particulier qu'un pavillon d'opérations de construction nouvelle, qui est un modèle d'organisation. Il est un peu isolé, construit suivant les lois de l'asepsie la plus stricte sans angles ni moulures; il comprend une grande salle d'opération aseptique, une salle de septiques, une salle pour la narcose et une pour les appareils plâtrés qui est adjacente au service de radiographie. Dans le même pavillon, se font également les examens histologiques et bactériologiques et on prépare tous les objets de pansement. En dehors du bâtiment rien de remarquable, l'instrumentation est normale, les salles d'opérations m'ont paru très peu commodes comme toutes celles d'ailleurs que nous avons vues par la suite et qui sont très inférieures aux modèles que nous avons en France.

On nous a fait ensuite visiter un très bel établissement de bains et d'électrothérapie, où l'on trouve toutes les variétés de bains, depuis les bains simples jusqu'aux bains de boue et aux bains de mer avec des vagues artificielles! on y fait aussi des bains de lumière et des bains électriques à quatre cellules. Il existe une installation pour donner des bains aux chiens! L'année précédente, il en est passé 3000 dans les piscines spéciales. L'hôpital Guillaume est à la fois hôpital et maison de santé; le prix de pension pour les indigents est de 2 marks, soins médicaux compris, les autres malades paient de 2 à 7 marks par jour et se font opérer par leur chirurgien particulier.

Munich. — C'est la *Semaine médicale de Munich* qui nous reçut et a organisé le programme. Malheureusement la matinée est trop courte et c'est au galop que nous visitons successivement la clinique chirurgicale du professeur von Angerer, l'hôpital général sous la conduite des professeurs von Bauer et Müller; j'entrevois une opération : une extirpation de goitre; le chirurgien est entouré de six aides dont deux religieuses. C'est beaucoup.

Nous visitons enfin la clinique psychiatrique du professeur Krœpelin qui nous montre quelques agités qui sont dans des bains froids depuis des journées entières.

Nuremberg. — Nous sommes reçus par la municipalité avec un faste presque exagéré, il doit y avoir méprise et on nous prend évidemment pour des célébrités que nous ne sommes guère, du moins pour le plus grand nombre d'entre nous. Des landaus aux armes de la ville, des gardiens à cheval, un service d'ordre, la vieille ville historique a fait royalement les choses.

L'hôpital de Nuremburg mérite une mention toute particulière, il a été inauguré en 1897 et a coûté 4 millions de marks; il est situé en dehors de la ville et couvre une superficie de 10 hectares. Il est formé d'une série de petits pavillons isolés entourés de jardins et réunis entre eux par des communications souterraines. Il compte 990 lits et forme une sorte de petite république indépendante gouvernée par un directeur médecin en chef. Il est muni d'une usine électrique, d'une blanchisserie mécanique, d'une fabrique de glace et toutes les eaux de l'hôpital, avant d'être déversées dans le tout à l'égout, sont grossièrement filtrées puis passées au lait de chaux; on comprime ensuite les détritus rendus stériles et on les transforme en briquettes qui sont brûlées, cette installation semblerait d'autant plus coûteuse que l'hôpital ne contient en moyenne que 537 malades pour 990 lits. La journée de malade ne revient cependant qu'à 4 marks 131, dont 3 marks sont couverts par les assurances sur la maladie, la ville ne paye que 1 mark 131 par journée de malade.

Ce bel hôpital m'a du reste paru très mort, tout y est trop neuf et trop propre, les laboratoires semblent n'avoir jamais servi, les flacons de colorants ne sont jamais débouchés, les appareils reluisent trop pour qu'on s'y soit jamais livré à des recherches bien sérieuses. Mais Nuremberg est une ville de

province et combien en est-il chez nous qui possèdent d'aussi luxueuses installations ?

Marienbad, Carlsbad. — On nous montre des baignoires, des quantités de baignoires, les eaux et les boues ont toutes les vertus, guérissent l'appendicite mieux qu'aucun chirurgien, déconstipent et constipent, nous sommes obligés de tout croire sur parole, le docteur Clémenceau, notre très illustre confrère, en traitement à Carlsbad, affirme au professeur Monprofit que c'est la vérité.

Prague. — Nous sommes reçus par la Société des médecins tchèques et dirigés par le professeur Kukula et Pilka qui opèrent un goitre devant nous; toujours trop d'aides, mais un opérateur extrêmement habile. Les installations ne présentent rien de particulier.

Vienne. — Nous nous arrêtons un peu plus longuement et malgré cela nous pouvons voir bien peu de choses ; le professeur Zeissl nous conduit avec une complaisance inlassable. Malheureusement les vacances ont vidé les services, la Faculté est morte, on nettoie et nous ne visitons que des salles vides où les tables sont empilées les unes sur les autres ; à l'Institut anatomique et anatomo-pathologique on nous montre de très belles pièces sèches et des collections de pièces conservées au Kaiserling avec leurs couleurs aussi fraîches qu'au jour où elles furent enlevées. Nous n'avons pas à Paris de centre d'enseignement clinique comparable à l'hôpital général de Vienne, c'est un très vieil hôpital, immense (2000 lits); ce qui lui donne son caractère particulier, c'est que tout y est réuni et que l'étudiant peut dans sa matinée, sans sortir de l'hôpital, suivre à la fois les services des professeurs de médecine et de chirurgie générale, puis ceux des professeurs de toutes les spécialités, y compris l'oto-rhino-laryngologie chez Politzer et la radiologie chez Holksnecht. Je me suis surtout attardé dans les services de chirurgie chez Eiselberg et Hochenegg. Ils sont loin d'avoir les installations luxueuses de l'Allemagne du sud, les capitaux manquent et le nouvel hôpital de clinique en construction est bien loin d'être fini. Certains prétendent même qu'on ne trouvera pas les fonds nécessaires pour exécuter les plans qui sont grandioses. Avec des installations modestes, on fait à Vienne de l'excellente chirurgie. Les assistants que j'ai vus opérer pratiquent l'asepsie la plus rigoureuse. Ils opèrent avec le masque, ont des blouses à manches longues stérilisées et boutonnées par derrière, tous opèrent avec des gants, gants de fil pour les opérations aseptiques, gants de caoutchouc pour les opérations septiques; certains mettent deux paires de gants, l'une en caoutchouc très fin, l'autre en fil pour pouvoir plus aisément serrer les ligatures. Les aides sont toujours nombreux, en général il y a quatre aides pour une laparotomie, sans compter le chloroformisateur. La multiplicité des aides leur permet d'opérer très vite, ils ne servent pas du tout de l'aiguille de Reverdin, et arrivent à faire très rapidement une gastro-entérostomie en Y uniquement avec des points séparés, en se servant d'aiguilles montées sur des porte-aiguilles. La technique générale ne présente d'ailleurs rien de très spécial, ils emploient uniquement la soie et le catgut stérilisé par immersion dans une solution iodo-iodurée. L'anesthésie se fait au chloroforme, qu'on donne à la compresse ou avec un petit appareil très simple composé d'un petit flacon de chloroforme où l'air vient barboter avant d'être aspiré par le malade.

Au Bienner Hopital, nous avons assisté à une opération extrêmement brillante exécutée par le professeur Latzko, qui en une heure a enlevé devant nous un cancer de l'utérus, ainsi que tout le parametrium et tous les ganglions lymphatiques du petit bassin. Le point très particulier de la technique, c'est qu'il a soigneusement respecté la continuité de la tumeur des vaisseaux lymphatiques et des ganglions et a tout enlevé en *une seule pièce*. J'ai profité de l'amabilité des assistants pour leur demander ce qu'ils pensaient du privat-docentisme qu'on prône actuellement avec tant de chaleur. Ils m'ont paru peu enthousiastes et envient beaucoup la gratuité des cours chez nous, et de fait j'ai pu voir, sur une affiche, que le prix du cours du privat-docent était assez élevé, il varie de 40 à 150 couronnes pour des séries de leçons assez courtes.

Buda-Pest. — Réception extrêmement cordiale, nous sommes sous la conduite des professeurs Preisz et Grosz, qui nous font visiter les cliniques, séparées ici encore des autres hôpitaux. En entrant dans le service du professeur Dollinger j'ai l'illusion d'être encore à Paris ; il parle le français le plus pur et a adopté presque tous nos procédés. Les instruments viennent de chez Collin, on donne le chloroforme avec l'appareil de Ricard, et enfin il opère devant nous un varicocèle par le procédé qu'il tient, me dit-il, du professeur Reclus lui-même, le malade est anesthésié par une injection lombaire de stovaïne Billon. Dollinger est à sa 350e rachistovaïnisation sans accident.

La salle d'opération est entourée d'un grand hémicycle pour les étudiants et comme je m'étonne de ce nombre de places le professeur Dollinger m'apprend qu'il a 180 stagiaires à instruire, et encore ceux-ci ne viennent-ils que cinq fois par semaine pendant deux heures, ce qui rend impossible la visite dans les salles des malades. Les malades intéressants sont montrés aux élèves à leur entrée dans le service, ils assistent à l'opération, au premier pansement et les voient une dernière fois le jour de leur sortie. Pour permettre aux professeurs d'apprendre aux élèves le plus de choses possibles, ils ne reçoivent dans leur service que les malades qui leur paraissent intéressants et ont le droit de prendre dans les services voisins les cas qui leur sont utiles. Il nous semble en France que 20 stagiaires constituent un nombre exagéré, que serait-ce s'il y en avait 180 par service de clinique ! Nous visitons ensuite la clinique de gynécologie et d'accouchement qui ne forment pas deux spécialités distinctes, puis très rapidement les autres groupes de cliniques.

A partir de Buda-Pest les voyageurs redeviennent de simples touristes, nous traversons les sites magnifiques du Tyrol en passant par Sömmering et Seltz-Thal. A Gastein on nous fit l'éloge de la radio-activité des sources et enfin à Innsbrük, le professeur Löbisch nous montra quelques goitres et le professeur Merk nous fit une fort intéressante conférence sur la pellagre et nous fit voir des tréponèmes de Schaudinn sans coloration à l'aide de l'ultra-condenseur de Reichert.

Le 22 août nous arrivions à Belfort après avoir traversé l'Arlberg et la Suisse.

René Toupet,
Interne des hôpitaux de Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(suite)

Ministère de l'intérieur. — Sont nommés membres du jury du concours du 3 février 1908, pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés, savoir :

Président : M. le docteur Drouineau, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur.

Membres titulaires : MM. Mairet, professeur, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; Gilbert-Ballet, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Régis, professeur-adjoint à la Faculté de médecine de Bordeaux; Ramadier, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Blois; Sérieux, médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard; Charon, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Dury-les-Amiens.

Membre suppléant : M. le docteur Viallon, médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Bron.

— M. Valette, sous-chef du premier bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'Intérieur, est nommé secrétaire du jury, sans voix consultative ni délibérative. Il lui est adjoint M. Lopin, attaché au ministère de l'Intérieur.

OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIÈNE. — Le président du Conseil municipal de Paris a informé le Conseil dans sa séance du 6 décembre qu'un office permanent pour l'étude des questions intéressant l'hygiène et les maladies épidémiques devait être prochainement installé à Paris.

Le ministre des Affaires étrangères a demandé si la Ville de Paris serait disposée à accorder le local nécessaire.

L'administration propose à cet effet un appartement situé au premier étage du presbytère de l'église Saint-Leu, boulevard de Sébastopol. Cet appartement serait accordé moyennant un loyer de 1 franc par an et le remboursement des charges y afférentes.

Ces conclusions sont adoptées.

SYNDICAT DES MÉDECINS DU RHONE. — L'assemblée générale annuelle du syndicat aura lieu le samedi 14 décembre, à cinq heures du soir, au siège social, rue de l'Hôpital, 6, à Lyon.

L'assemblée qui sera présidée par le docteur Aubert sera suivie d'un banquet.

SOUVENIR A M. LE PROFESSEUR QUÉNU. — Les amis et les élèves de M. le professeur Quénu ont le désir, à l'occasion de sa nomination au professorat, de lui offrir un souvenir.

Ce souvenir consiste en une plaquette. M. Dampt a bien voulu se charger de son exécution.

Le comité est composé de MM. les professeurs Terrier, Hutinel, Joffroy, Berger, Segond, Gilbert, MM. Perier, Félizet, Nélaton, Chauffard, Jalaguier, Tuffier, Lejars, Broca, Sébileau, Demoulin, Arrou, Launay, Balthazard, Baudet, Branca, Pierre Duval, Labey, Macaigne, Barnsby (de Tours), Brin (d'Angers), Lamotte (de Beauvais), Longuet (de Rouen), Masbrenier (de Melun), Tesson (d'Angers), Touchard.

Les cotisations sont reçues chez M. Georges Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris VI[e].

Tout souscripteur de 25 francs recevra un exemplaire de la plaquette en bronze; tout souscripteur de 100 francs, un exemplaire en argent.

BANQUET. — Le banquet annuel de l'Union fédérative des médecins de réserve et de l'armée territoriale aura lieu le mardi 16 décembre 1907, à sept heures et demie du soir, à l'Hôtel Continental, sous la présidence effective de M. Chéron, sous-secrétaire d'état à la Guerre, assisté de M. le professeur Chatin, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, président de la Société.

M. le Gouverneur militaire de Paris a bien voulu autoriser une musique militaire à prêter son concours à cette solennité.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Etienne Goujon, sénateur de l'Ain, commandeur de la Légion d'honneur. Notre regretté confrère qui était l'auteur de travaux nombreux et estimés en médecine mentale dirigeait depuis de longues années la maison de santé de la rue Picpus. Nous adressons à tous les siens l'assurance de notre très vive sympathie; — et celle de MM. les docteurs Ph. Aribaud (de Condrieu), Drochon (de Vihiers) et Voisin (de Creil).

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine navale. — (N° 11, nov.) Hyadès : La conférence de la Croix-Rouge en 1907 (*fin*). — Bonain : Plaies pulmonaires avec hémothorax. — Bonnefoy : Fièvre jaune expérimentale. — Bellet : Considérations hygiéniques sur la ville de Dakar (*fin*).

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 11, nov. 1907.) Hugounenq : Origine et modes de formation de l'acide urique. — Paul Carnot : Le jeu du sphincter pylorique. — Gaultier : Les troubles gastro-intestinaux de la maladie de Graves-Basedow.

Archives médico-chirurgicales du Poitou. — (N° 9, 15 sept. 1907.) Pouliot : Sur l'emploi de la ceinture cardiaque de Deschamps. — Orillard : Cure radicale de hernie inguinale chez un enfant de sept ans, de bonne santé apparente. Méningite tuberculeuse amenant la mort trente-six heures après l'opération. — E. Quillon : Furoncle du menton compliqué d'ostéo-périostite du maxillaire inférieur (anthrax cutanéo-muqueux). — Morichau-Beauchant : La dilatation aiguë de l'estomac (*fin*). — (N° 10, 15 oct.) Renon : Vingt-six interventions pour tumeurs fibreuses de l'utérus. — Pierre : Angine primitive et isolée de la base de la langue accompagnée d'accidents laryngés. — Morichau-Beauchant : Neurasthénie et psychasthénie. — (N° 11, 15 nov.) Lesguillon : Une affection mutilante des membres supérieurs chez une enfant. — Roulleau et Renon : Ostéomyélite grave bipolaire du fémur gauche avec diverses autres localisations. Double trépanation successive. Nécrose totale de la diaphyse et arthrite purulente du genou. Désarticulation de la hanche après extirpation de la diaphyse fémorale. Guérison. — J.-G. Petit : Vomissements cycliques de la première enfance. — Ranché et Pierre : Hernie inguinale étranglée avec adénite adhérente au sac chez une femme de soixante-huit ans. Kélotomie. Guérison.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 43, 26 oct. 1907.) Arnold : Sur l'action des injections intra-veineuses du collargol dans quelques maladies infectieuses.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 45, 10 nov. 1907.) Petit de la Villéon : Fumeurs d'opium (*fin*). — (N° 46, 17 nov.) Duvergey : Une variété d'abcès thoracique à marche froide. Les abcès non tuberculeux d'origine pleurale.

Le Directeur-gérant : D[r] François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 142. — JEUDI 12 DÉCEMBRE 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 12 DÉCEMBRE 1907. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est définitivement composé de MM. Méry, Darier, André Jousset, Courtois-Suffit, Alexandre Renault, Lenormant, Mauclaire, Ombrédanne, Broca et Ribemont-Dessaigne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté ministériel en date du 4 décembre 1907, M. Landouzy, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé pour trois ans, à partir du 16 décembre 1907, doyen de ladite Faculté.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Montpellier. — Le conseil de la Faculté a désigné à l'unanimité M. le professeur agrégé Vires comme chargé du cours de clinique des maladies des vieillards en remplacement de M. le professeur Rauzier.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — Le centenaire de l'Ecole de médecine d'Angers sera célébré, le 19 décembre 1907, sous la présidence de M. E. Port, inspecteur général, chef de cabinet du ministre de l'Instruction publique.

M. Cocar est nommé préparateur d'histoire naturelle.

M. Epervier est nomme aide-préparateur de chimie.

— Limoges. — M. le docteur Filhoulaud est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

— Nantes. — M. le docteur Malherbe, professeur d'anatomie pathologique, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite école.

M. le docteur Morin, suppléant, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux de physique.

— Reims. — Un concours s'ouvrira, le 23 mars 1908, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine de Reims.

Nul ne peut être admis à concourir s'il n'est Français ou naturalisé Français, âgé de vingt-cinq ans accomplis et pourvu du diplôme de docteur en médecine.

Les concurrents devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours. Les candidats auront à produire : 1° une copie légalisée de leur acte de naissance; 2° leur diplôme de docteur en médecine; à ces pièces, ils devront joindre l'indication de leurs services et de leurs travaux.

Ils déposeront un exemplaire de chacun des ouvrages ou mémoires qu'ils auront publiés.

PRIX NOBEL (1907). — Le prix Nobel de médecine est décerné à M. le docteur Laveran (de Paris).

Le prix de physique à M. Michelson (de Chicago).

Le prix de chimie à M. Hans Buchner (de Berlin).

Le prix de littérature à M. Rudyard Kipling (de Londres).

Les deux prix de la paix sont attribués à M. Louis Renault, professeur à la Faculté de droit de Paris, et à M. Ernesto-Teodoro Moneta (de Milan).

Chacun des lauréats a reçu une médaille d'or, un diplôme, et le montant du prix qui s'élève cette année à 190523 francs.

ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES. — *Séance annuelle.* — Prix Saintour : *Des modifications à apporter à la législation française sur les aliénés.* — 2000 francs à M. le docteur Cossa ; 1 000 francs à MM. les docteurs Marcel Viollet et Spach; 1 000 francs à M. le docteur Gimbal; 1 000 francs à MM. les docteurs Marie (médecin des asiles de la Seine) et R. Decante; 1 000 francs à MM. les docteurs A. et L. Antheaume.

Prix Carlier. — 1 000 francs à MM. les docteurs Landouzy, Marcel et Henri Labbé.

Nous avions déjà donné les noms de la plupart des lauréats au fur et à mesure qu'ils se faisaient connaître à l'Académie.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes de Noël et du Jour de l'An.* — A l'occasion des fêtes de Noël et du Jour de l'An, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 19 décembre 1907, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 6 janvier 1908, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue la conserveront.

La même mesure s'étend, bien entendu, aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

CLINIQUE CHIRURGICALE

SECTION DU CUBITAL DROIT

Par M. JABOULAY,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Je vais vous présenter aujourd'hui sur cette jeune couturière de seize ans un cas de griffe cubitale typique, par section de ce nerf survenue il y a six ans.

L'impotence fonctionnelle et l'attitude vicieuse consécutive et caractéristique que nous allons détailler vont nous contraindre à une intervention chirurgicale que nous allons pratiquer sous vos yeux dans quelques instants : je vous tiendrai au courant de la suite du résultat obtenu qui ne peut être qu'assez tardif.

L'accident en question est la chute banale sur un carreau de vitre, la main droite en avant. La plaie saigna beaucoup, mais, l'hémorragie arrêtée, un médecin sutura les lèvres de cette plaie qui guérit par première intention en quelques jours. Néanmoins on s'aperçut bientôt que les deux derniers doigts tombaient en flexion dans la paume de la main; le médecin appliqua une palette pendant trois semaines pour la redresser, malgré quoi l'attitude vicieuse se reproduisit immédiatement au lever de l'appareil.

Comme troubles sensitifs, la malade n'éprouva jamais d'ailleurs de symptômes caractérisés en dehors de l'anesthésie des deux doigts cubitaux qu'elle dit expressément avoir eue pendant les trois premiers jours. Elle n'éprouva par la suite, de temps à autre, qu'une légère douleur le long du bord cubital de l'avant-bras ainsi qu'une sensation de crampe plutôt que de doigt mort au niveau des doigts rétractés. C'était trop peu, paraît-il, pour inquiéter notre malade, d'ailleurs gauchère, et elle ne nous arrive de fait qu'accidentellement au bout de six ans, sur les conseils d'un rhabilleur consulté pour un traumatisme insignifiant.

Cette jeune fille, vous le voyez, est un peu frêle et pâle; elle offre d'ailleurs le facies adénoïdien le plus typique avec hypertrophie des amygdales, mais elle est, somme toute, assez bien portante et son examen viscéral est complètement négatif.

Limitons-nous donc à la main malade, et examinons ensemble en détail les symptômes, la cause et le traitement de cette affection.

L'attitude en griffe est ce qu'il y a de plus saillant dans ce cas. Vous savez à quoi elle est due; cette extension de la première phalange avec flexion des deux autres est l'attitude de paralysie des interosseux et lombricaux qui tendent à placer la main en équerre (attitude inverse).

Mais ce n'est pas tout : la griffe cubitale prédomine sur le bord cubital de la main et seuls les deux derniers doigts sont fléchis dans la paume de la main. Pourquoi cette différence? Elle tient à ce que, si tous les interosseux sont paralysés, les deux derniers lombricaux seuls le sont également avec eux; les deux autres dépendent, vous le savez, du médian.

Enfin cette paralysie se traduit encore par un autre signe : c'est l'atrophie visible des espaces interosseux (main de squelette) et de l'adducteur du pouce (main de singe).

Dans une telle main, les deux derniers doigts sont à peu près complètement immobiles, extenseurs et fléchisseurs ayant perdu le contre-poids physiologique indispensable des interosseux disparus; et d'autre part, et surtout, la rétraction secondaire s'étant actuellement installée au point que l'on ne peut plus redresser passivement les doigts fléchis. Quant aux deux doigts radiaux, leur mobilité en flexion et extension est simplement réduite d'étendue.

Il est une autre sorte d'impotence : les mouvements d'écartement et de rapprochement des doigts entre eux dont les seuls organes sont les interosseux ont naturellement disparu. Il en est de même de l'adduction du pouce, régie par l'interosseux du premier espace, qui n'est autre que l'adducteur innervé aussi, par une branche du cubital. Tous les autres mouvements du pouce (flexion et extension, opposition) persistent normalement.

En relevant maintenant le poignet de notre malade, nous découvrons la cicatrice de l'accident. C'est une ligne en forme de croissant à convexité distale affleurant en bas le pisiforme, tandis que ses deux cornes se relèvent à deux travers de doigt environ au-dessus du pli cutané supérieur du poignet. Cette cicatrice adhérente aux muscles paraît avoir été profonde; elle n'est le siège d'aucune douleur spontanée, ni locale, ni irradiée vers la périphérie, ou le long du tronc du nerf comme en cas de névrite : elle n'est pas douloureuse à la pression comme en cas de corps étranger ou de névrome.

Au niveau de la main et des doigts, vous serez étonnés sans doute de ne constater, sous aucun mode et à aucun degré, le moindre trouble de sensibilité objective. Pour les doigts, il n'y a rien là de très surprenant, ni qui puisse infirmer notre diagnostic; vous savez en effet la richesse des voies récurrentes en cette région. L'observation, très précise sur ce point, et qui note effectivement de l'anesthésie pendant les trois premiers jours, semble bien indiquer un retour secondaire quoique rapide de la sensibilité primitivement disparue. Pour le dos de la main, ce serait déjà plus étrange, mais vous savez que ce territoire dépend précisément du cutané dorsal, branche émise par le cubital à trois travers de doigt au-dessus du pisiforme, c'est-à-dire vraisemblablement épargnée par la section.

Quand je vous aurai signalé l'absence de troubles vasculaires et trophiques (glossy skin, chute des ongles, etc.) du côté de la main, ainsi que d'atrophie de l'avant-bras et de douleurs névritiques, nous en aurons fini avec l'examen local.

En présence d'une lésion aussi caractérisée, portant l'estampille du traumatisme causal, nous ne discuterons ici ni la paralysie cubitale, ni sa cause traumatique. Il est entendu qu'un éclat de vitre a sectionné, il y a six ans, au-dessous du cutané dorsal, les deux branches terminales du nerf cubital droit. Le bout supérieur, rétracté ou atteint de névrome, n'a pas pu atteindre de ses cylindraxes les gaines vides des cylindraxes dégénérés du bout périphérique.

Cette lésion est-elle définitive aujourd'hui? Probablement, encore qu'il ne faille jamais être si complètement affirmatif en chirurgie nerveuse.

J'ai vu guérir après des années une paralysie radiale par section, expertisée et déclarée incurable par deux chirurgiens distingués.

Est-elle du moins stationnaire et n'y a-t-il pas de complications à redouter? Vous savez combien est douloureuse, et grave parfois, la névrite plus ou moins ascendante qui peut s'installer, même à distance, à la suite de traumatismes, même fermés, des nerfs, on ne sait sous quelle influence? Des douleurs atroces irradiées sur le trajet du nerf, obligeant le malade à se frictionner énergiquement les zones douloureuses ou à les immerger dans de l'eau froide ou chaude, des troubles trophiques plus ou moins sérieux annoncent d'ordinaire cette complication.

En ce cas-là, Messieurs, dépêchez-vous d'électriser par des courants galvaniques ou faradiques, également efficaces pour calmer les douleurs et souvent pour enrayer des phénomènes de névrite au début : je ne saurais trop insister sur ce point.

Ce serait, dans l'espèce, une éventualité bien exceptionnelle à si longue échéance. Mais, sans parler de la menace de complications semblables, n'est-ce pas assez de cette impotence et de cette difformité pour nous inciter à intervenir malgré l'insouciance de notre malade à ce sujet.

Et qu'allons-nous faire? Evidemment, rechercher nos deux extrémités distale et proximale du cubital, les rapprocher, les unir bout à bout afin que les cylindraxes du bout central passent dans les gaines déshabitées du bout périphérique, et vous savez, Messieurs, que l'on évalue en moyenne à 1 millimètre par jour le chemin parcouru ainsi par l'expansion cylindraxile dans la régénération nerveuse.

Le manuel opératoire sera simple : une bande d'Esmarch appliquée sur le bras, nous procéderons à une asepsie rigoureuse de la région, car je vous l'ai déjà dit, les opérations sur les nerfs périphériques prédisposent au tétanos, et l'on peut voir survenir surtout des accidents de névrite et parfois, ce qui est beaucoup plus grave, la névrite ascendante infectieuse aiguë.

Nous ferons donc une asepsie rigoureuse et nous irons à la recherche des deux extrémités nerveuses : nous les dénuderons, et il est probable que nous aurons à couper la virole néoformée dont seront encapuchonnés les deux bouts; puis, nous ferons de l'élongation autant qu'il sera possible pour tâcher de les affronter : si nous ne pouvons arriver à les mettre en contact, laissant de parti pris tout procédé consistant à allonger le nerf aux dépens de sa propre substance, nous aurons recours à l'intervention de petits tubes d'osséine. Ils m'ont toujours donné de bons résultats et les cylindraxes du bout central cheminent très bien à la rencontre du bout dégénéré dans ces tunnels conducteurs.

Et si nous arrivons à cet affrontement, nous aurons soin autant que possible de ne pas faire de suture en traversant le nerf de part en part, mais bien en ne prenant que le périnèvre. Puis la plaie sera refermée et un pansement appliqué qui maintienne la main en flexion sur l'avant-bras afin que la suture nerveuse ne soit pas tendue.

Le résultat sera long à apparaître naturellement : mais, suivant toute probabilité, d'ici trois, quatre, six mois, notre malade pourra peu à peu recouvrer les mouvements qui lui manquent et verra disparaître l'attitude vicieuse de la griffe cubitale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 10 DÉCEMBRE 1907)

L'Académie a tenu sa séance annuelle avec la solennité habituelle. Le rapport annuel de M. Troisier a été un heureux début. Après une brève analyse des travaux des lauréats, M. Troisier a, dans un style sobre et élégant, rendu un juste hommage aux membres disparus, Berthelot, Duval, Javal, Moissan, Budin, Grancher, Poirier, Sevestre, et souhaité la bienvenue à ceux qui les ont remplacés, MM. Vincent, Behal, Weiss, Bar, Moureu, Henneguy.

Il faut rendre cette justice à M. Troisier que, sans élever la voix, il a su se faire parfaitement entendre. C'est, dans cette salle, un vrai mérite.

M. le Secrétaire perpétuel a prononcé cette année, toujours avec la même maîtrise, avec la même merveilleuse mémoire, avec la même parfaite diction, l'éloge de Léon Le Fort, dont les travaux, les idées, neuves alors, ont été peut-être un peu trop oubliés. Ce fut, en effet, un précurseur et un novateur. C'est lui qui, l'un des premiers, a substitué la notion de contagion à celle d'épidémie, a parlé du germe contage précédant le microbe. Ce fut, non seulement un chirurgien habile qui a imaginé des opérations nouvelles, a prévu les bienfaits de l'asepsie, mais ce fut aussi un hygiéniste et un statisticien de grand mérite.

En terminant, M. Jaccoud a rappelé que gendre lui-même de Malgaigne, Le Fort a marié sa fille à un chirurgien qui continue à marcher brillamment, comme ses devanciers, dans la voie du succès, à Lejars.

PRIX DÉCERNÉS EN 1907

PRIX DE L'ACADÉMIE (1 000 francs). — Question : *Physiologie et pathologie des capsules surrénales.* — Le prix est décerné à MM. les docteurs Léon Bernard et Bigard (de Paris). Une mention très honorable est accordée à M. le docteur André Mayer (de Paris).

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY [Brésil] (800 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Albert Frouin, licencié ès sciences, à Paris. Une mention très honorable est accordée à MM. les docteurs A. Riche, médecin-adjoint à l'hospice de Bicêtre, et G. Alphen, chimiste en chef au laboratoire du ministère du Commerce.

PRIX APOSTOLI (600 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Stéphane Leduc, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes. Des mentions très honorables sont accordées M. le docteur Henri Violle, médecin de la marine; M[lle] le docteur I. Ioteyko, chef de laboratoire à l'Université de Bruxelles.

PRIX FRANÇOIS-JOSEPH AUDIFFRED (un titre de 24 000 francs de rente). — L'Académie ne décerne pas de récompense.

PRIX BARBIER (2 000 francs). — L'Académie partage le prix entre M. Cadéac, professeur de clinique à l'Ecole vétérinaire de Lyon; MM. les docteurs E. François-Dainville (de Paris); A. Roussel, médecin honoraire des hôpitaux de Saint-Etienne.

PRIX LOUIS BOGGIO (4 300 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs A. Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, et C. Guérin, médecin vétérinaire, chef de laboratoire audit Institut.

PRIX MATHIEU BOURCERET (1 200 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Lucien Lamacq, médecin des hôpitaux de Bordeaux.

PRIX HENRI BUIGNET (1 500 francs). — L'Académie décerne le prix à M. A. Balland, ancien pharmacien principal de l'armée.

PRIX ADRIEN BUISSON (10 500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Dopter, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Hector Christiani, professeur à la Faculté de médecine de Genève.

PRIX CAPURON (1 000 francs). — Question : *Rapports de la menstruation et de l'ovulation.* — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde un encouragement de 300 francs à MM. les docteurs P. Ancel, professeur agrégé, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Lyon, et F. Villemin, moniteur d'anatomie à la même Faculté.

PRIX CHEVILLON (1 500 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Joseph Okinczyc, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris. Une mention honorable est accordée à M. le docteur René Leriche, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

PRIX CIVRIEUX (800 francs). — Question : *La syphilis spinale.* — Le prix est décerné à M. le docteur Jacquemart (de Paris).

PRIX CLARENS (400 francs). — Le prix est décerné à Mme Augusta Moll-Weiss, directrice de l'école des mères, Paris. Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Bu lureaux, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce; Armand Lévy (de Paris); Gaide, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales; J. Dupuy, directeur de la IVe circonscription sanitaire maritime, à Saint-Nazaire.

PRIX DAUDET (1 000 francs). — Question : *De l'évolution et du pronostic des tumeurs épithéliomateuses de l'ovaire* — L'Académie ne décerne pas le prix.

PRIX DESPORTES (1 300 francs). — L'Académie décerne : Un prix de 800 francs à M. le docteur E.-Albert Weill (de Paris). Un prix de 500 francs à M. le docteur Niclot, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire d'Oran. Elle accorde en outre des mentions honorables à MM. les docteurs Lafay (de Paris); Monteuuis, de Sylvabelle-la-Croix (Var); Louis et Paul Murat, médecins de paquebots, à Marseille.

PRIX FALRET (700 francs). — Question : *De l'état mental des dipsomanes.* — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Th. Simon, médecin adjoint des asiles publics d'aliénés, Paris. Une mention très honorable est accordée M. le docteur Jacquemart (de Paris).

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — L'Académie a accordé, en 1907, à MM. les stagiaires : Une récompense de 500 francs avec le titre de lauréat de l'Académie (prix d'hydrologie), à M. Chiray; une récompense de 500 francs à M. Ameuille et une somme de 1 500 francs pour sa mission; une somme de 1 500 francs à M. Feuillié pour sa mission; une somme de 1 500 francs à M. Parturier pour sa mission.

PRIX ERNEST GODARD (1 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Maurice Chevassu (de Paris). Elle accorde en outre des mentions très honorables à MM. les docteurs Amédée Baumgartner et Alphonse Huguier (de Paris); Duroux (de Lyon); Michel Ferron, médecin aide-major de première classe, surveillant à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon; Robert Leroux (de Paris); Louis Tavernier (de Lyon).

PRIX PIERRE GUZMAN. — Un titre de rente de 1 328 francs 3 p. 100. Pas de mémoire présenté.

PRIX THÉODORE HERPIN [de Genève] (3 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur L. Alquier (de Paris). Elle accorde en outre : une première mention à M. le docteur René Cruchet (de Bordeaux); une deuxième mention à MM. les docteurs A. Rodiet, médecin de l'asile public de Montdevergues; P. Pansier (de Montpellier), et F. Cans, interne à l'asile de Montdevergues; une troisième mention à MM. les docteurs Mosny et Malloizel (de Paris).

PRIX HUGUIER (3 000 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs F. Jayle et X. Bender (de Paris).

PRIX JACQUEMIER (1 700 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Paul Mantel (de Saint-Omer).

PRIX LABORIE (5 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur G. Luys (de Paris).

PRIX DU BARON LARREY (500 francs). — L'Académie partage le prix entre : MM. Turquan, chef du bureau des services de l'enfance au ministère de l'Intérieur; L. Marois, inspecteur de l'Assistance publique de l'Yonne, et le docteur Mocquot (d'Appoigny). Elle accorde des mentions honorables à MM. les docteurs R. Felhoen (de Roubaix) et Le Page-Viger, directeur du bureau d'hygiène d'Orléans.

PRIX LAVAL (1 000 francs). — L'Académie décerne le prix à Mlle Blanc, étudiante en médecine de la Faculté de Paris.

PRIX HENRI LORQUET (300 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur René Charpentier (de Paris). Une mention très honorable est accordée à M. le docteur J. Ingegnieros, professeur à l'Université de Buenos-Aires.

PRIX LOUIS (3 000 francs). — Question : *La radiothérapie des néoplasmes.* — Le prix est décerné à MM. les docteurs J. Belot et G. Haret, assistants de radiologie médicale à l'hopital Saint-Antoine et M. Auguste Jaugeas, chef de laboratoire de radiologie médicale audit hôpital. Une mention très honorable est accordée à M. le docteur H. Bordier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

PRIX MÈGE (900 francs). — Question : *Etiologie et pathogénie des phlébites.* — Le prix est décerné à M. le docteur Ernest Poulain, médecin consultant à Bagnoles-de-l'Orne.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère [Drôme] (2 600 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Etienne Ginestou (de Bordeaux). Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Robert Coulomb et A. Darier (de Paris); H. Truc, professeur, et P. Pansier, ancien aide de clinique ophtalmologique à Montpellier.

PRIX ADOLPHE MONBINNE (1 500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur J.-J. Matignon, médecin-major à Bordeaux.

PRIX NATIVELLE (300 francs). — Pas de mémoire présenté.

PRIX OULMONT (1 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Philibert, interne en médecine des hôpitaux de Paris.

PRIX PORTAL (600 francs). — Question : *Les leucémies.* Pas de mémoire présenté.

PRIX POURAT (700 francs). — Question : *L'innervation sensitive, motrice et vasculaire du larynx. Etude expérimentale.* — Le prix est décerné à MM. Lesbre et Maignon, de l'Ecole vétérinaire de Lyon.

PRIX PHILIPPE RICORD (600 francs). — L'Acadénie décerne le prix à M. le docteur Charles Fouquet (de Paris). Des mentions très honorables sont accordées à MM. les docteurs René Horand, préparateur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon, et Alfred Lévy-Bing (de Paris).

PRIX TARNIER (4 500 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une mention très honorable à M. le docteur Xavier Bender (de Paris).

PRIX VERNOIS (700 francs). — L'Académie partage le prix de la façon suivante : 400 francs à MM. J. de Loverdo, ingénieur sanitaire à Paris, H. Martel, chef du service sanitaire vétérinaire de Paris, et Mallet, directeur de l'abattoir d'Angers; 300 francs à M. le docteur A. Moreau, vétérinaire du service sanitaire de la Seine. Elle accorde en outre une mention honorable à MM. les docteurs H. Dehau et R. Ledoux-Lebard (de Paris).

Service des eaux minérales. — L'Académie a proposé et, par son arrêté du 3 janvier 1907, M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France, pendant l'année 1905. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1908, n° 24, p. 277.)

Service des épidémies. — L'Académie a proposé et, par son arrêté du 21 janvier 1907, M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder pour le service des épidémies en 1905. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1907, n° 26, p. 301.)

Service de la vaccine. — L'Académie a proposé et, par son arrêté du 8 décembre 1905, M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder pour le service de la vaccine en 1905. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1907, n° 23, p. 265.)

L'Académie accorde(1) pour le service de la vaccine en 1906:

1° *Un encouragement de 400 francs à* : M. le docteur J. Poujol, médecin colonial à Blida.

2° *Médailles d'or à* : MM. les docteurs Courtade (d Outarville), Gros (de Rébeval) et Rouffiandis, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales.

3° *Rappels de médaille d'or à :* MM. les docteurs Denizet (de Château-Landon), Hellet (de Clichy) et Le Guével (de Pont-l'Abbé).

4° *Médailles de vermeil à* : MM. les docteurs Cazal (de Toulouse), Creutz, médecin de colonisation, à Aïn-Temouchent; Ducourneau (de Benesse-Maremne), Fédou (d'Azille) et Robin (de Pantin).

M. Pourquier, médecin-vétérinaire à Montpellier.

5° *Rappels de médaille de vermeil à :* MM. les docteurs Colin (de Quimper), Michaux (d'Aubervilliers) et Sanquer (de Morlaix).

Mmes les sages-femmes Baudouin (de Vannes), Belloque (de Pontivy) et Mouro (de Rochefort-en-Terre).

6° *Médailles d'argent à* : MM. les docteurs Gauducheau, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales; de Goyon, médecin aide-major de première classe des troupes coloniales; Meinard (de Port-Gueydon), Pillet (de Niort) et Thiéry (de Saint-Mihiel).

7° *Rappels de médaille d'argent à* : MM. les docteurs Billon (de Paris), Blanquinque (de Laon), Bornèque (de Luxeuil), Castueil (de Marseille), Claude (de Paris), de Béchon (de Brest), Frasey (de Paris), Garavel (de Montreuil-sous-Bois), Genglaire (de Coucy-le-Château), Jacquet (de Faucogney), Laurent (de Paris), Le Coquil (de Châteauneuf), Lefaye (de Courbevoie), Lhomme, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales; Mallet (de Paris), Mérop (d'Audierne), Noc, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales; Pachot (de Vincennes), E. Pasteau (de Paris), Quintin (de Malestroit), Rebillard (d'Héricourt), Tariel (d'Issy) et Vallat (de Vincennes).

M. Darré, interne à l'hospice des Enfants-Assistés, à Paris.

Mmes les sages-femmes Cartron (de Caudan), Hellec (de Guéméné), Hénault, sage-femme en chef de la Maternité de Paris; Le Moénic (de Cléguérec) et Naizin (de Vannes).

8° *Médailles de bronze à* : MM. les docteurs Daiche (de Fougerolles), R. Dramard et G. Guilhaud (de Paris), Maussire (de Vesoul), Papon, médecin-major de première classe à hôpital militaire d'Amélie-les-Bains; Perrody (de Paris), Vicq (de Sampigny) et Voinot (de Jussey).

MM. Rivet et Tixier, internes à l'hospice des Enfants-Assistés à Paris.

Mmes les sages-femmes Jamet (de Kéryado) et Jégo (du Faouët). — M. Grac, caporal infirmier.

Service de l'hygiène de l'enfance. — M. le ministre de l'Intérieur met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel. — L'Académie accorde :

1° *Médaille d'or à :* M. Lépine, préfet de police, à Paris.

2° *Rappel de médaille d'or à* : M. Savouré-Bonville, inspecteur départemental de l'Eure, à Evreux.

3° *Médailles de vermeil à* : MM. les docteurs Ficatier (de Bar-le-Duc), Frémicourt, médecin de la protection de l'enfance, à Jaulgonne.

MM. Bougoiran, inspecteur départemental du Gard, à Nimes; Fleury, chef de bureau à la préfecture de police.

4° *Rappels de médaille de vermeil à* : MM. les docteurs Denizet, médecin de la protection de l'enfance, à Château Landon; Joly, médecin de la protection de l'enfance, à Fauquembergues.

MM. Auvert, inspecteur départemental du Cher, à Bourges; Lelimouzin, inspecteur départemental de la Loire-Inférieure, à Nantes; Léon Louis, inspecteur départemental des Vosges, à Epinal; de Maisoncelle, inspecteur départemental de la Loire, à Saint-Etienne; Martin-Dupont, inspecteur départemental de Saône-et-Loire, à Mâcon; Rouveyre, inspecteur départemental de l'Ardèche, à Privas.

5° *Médailles d'argent à* : MM. les docteurs Campion et Curtie, médecins de la protection de l'enfance, à Paris; Lévy (de Nancy), Truffet, médecin de la protection de l'enfance, à Seyssel.

MM. Bernis, inspecteur départemental de l'Hérault, à Montpellier; Blanc, inspecteur départemental d'Indre-et Loire, à Tours; Cabasse (de Paris); Drimon, inspecteur départemental de la Haute-Vienne, à Limoges; Dupont, inspecteur départemental de la Nièvre, à Nevers; Thomas, inspecteur départemental des Deux-Sèvres, à Niort; Viret, inspecteur départemental du Pas-de-Calais, à Arras.

6° *Rappels de médaille d'argent à* : MM. les docteurs Gagnière (de Lyon), Houssay, médecin de la protection de l'enfance, à Pontlevoy; Mazoyer (de Villefort), Subercaze, médecin de la protection de l'enfance, à la Ferté-Alais; Vivien, médecin de la protection de l'enfance, à Vienne.

MM. Grèges, inspecteur départemental de la Vendée, à la Roche-sur-Yon; Marois, inspecteur départemental de l'Yonne, à Auxerre; Menneret, inspecteur départemental de l'Aube.

7° *Médailles de bronze à* : MM. les docteurs Duvigneau, médecin principal de première classe des troupes coloniales; Hellet, médecin de la protection de l'enfance, à Clichy; Loranchet, médecin de la protection de l'enfance, à Bourg-la-Reine; Pujol, médecin colonial et sanitaire maritime, à Blida; Roger-Mesnil, médecin de la protection de l'enfance, à Bernay; Trouette (de Paris); Vidal (de Castres).

MM. Baudin, pharmacien de première classe à Montargis; de Charpal, inspecteur départemental de l'Aude, à Carcassonne; Delattre, commis expéditionnaire à la préfecture de police, à Paris; Descorps, inspecteur départemental de la Manche, à Saint-Lô; Drouilly, inspecteur départemental du Cantal, à Aurillac; Menin, pharmacien de première classe à Montargis; Vernhes, inspecteur départemental de l'Aveyron, à Rodez.

8° *Rappel de médaille de bronze à :* M. le docteur Delavalle, médecin de la protection de l'enfance, à Sailly-sur-la-Lys.

Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos tous les ans fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin.

En général, ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les nom et adresse des auteurs. Tout concurrent qui se fera connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Toutefois, les concurrents aux prix Amussat, Apostoli, Argenteuil, Audiffred, Baillarger, Barbier, Louis Boggio, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Campbell-Depier-

---

(1) Remarquons que cette année ce n'est plus le Ministre, mais l'Académie, qui accorde ces récompenses, — ce qui fait gagner du temps et exclue toute ingérence politique.

ris, Chevallier, Chevillon, Clarens, Desportes, Godard, Pierre Guzman, Théodore Herpin (de Genève), Hugo, Huguier, Itard, Jacquemier, Laborie, Baron Larrey, Jules Lefort, Henri Lorquet, Meynot, Monbinne, Anna Morin, Nativelle, Perron, Rebouleau, Ricord, Roger, Saint-Lager, Saintour, Stanski, Tarnier, Tremblay et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier, Huguier, Roger et Tarnier.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté la même année à deux concours de l'Académie de médecine.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1908

(Les concours seront clos fin février 1908. — Les lettres *p. i.* placées après le montant du prix indiquent « partage interdit », *p. a.* « partage autorisé ».)

Prix de l'Académie. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des relations étiologiques et cliniques entre les maladies infectieuses et les néoplasmes.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Amussat. — 1 000 fr., *p. a.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. — Ne seront point admis au concours pour le prix de chirurgie expérimentale les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut. — Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés. — Le sujet du travail restera au choix de l'auteur.

Prix Apostoli. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage, travail ou mémoire fait dans l'année, en France ou à l'étranger, sur l'électrothérapie.

Prix François-Joseph Audiffred. — Un titre de 24000 francs de rente 3 p. 100, *p. i.* — Ce prix sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre résidant de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 2 avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de médecine de Paris, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation.

Prix Baillarger. — 2 000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés. — Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

Prix du baron Barbier. — 2 000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Charles Boullard. — 1 200 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en atténuant la marche terrible.

Prix Mathieu Bourceret. — 1 200 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1 500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1 500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1 500 francs chacun.

Prix Campbell-Dupierris. — 2 300 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

Prix Capuron. — 1000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Du décollement placentaire au cours des deux derniers mois de la grossesse et pendant le travail de l'accouchement.*

Prix Chevillon. — 1 500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De l'homicide en pathologie mentale.*

Prix Clarens. — 400 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix Daudet. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Les sarcomes mélaniques.*

Prix Desportes. — 1 300 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique et sur l'histoire naturelle pratique et thérapeutique.

Prix Ernest Godard. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné alternativement au meilleur mémoire sur la pathologie interne et sur la pathologie externe. — Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où une année le prix n'aurait pas été donné, il serait ajouté au prix de l'année suivante.

En 1908, pathologie interne.

Prix Pierre Guzman. — Un titre de rente de 1 328 fr. 3 p. 100, *p. i.* — Ce prix sera décerné à celui qui trouvera un traitement réellement efficace dans les formes les plus communes des maladies organiques du cœur confirmées. — En attendant qu'on vienne à trouver s'il se peut un traitement qui guérisse la plupart de ces maladies, la testatrice veut que cette rente soit décernée, chaque année, au travail théorique ou pratique le meilleur sur l'une ou l'autre de ces maladies.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Laborie. — 5000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey. — 500 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera attribué à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale. Dans le cas où, par exception, il ne pourrait être décerné, l'Académie serait autorisée à l'employer dans son intérêt.

Prix Laval. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix devra être décerné à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Lefèvre. — 1 800 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

Prix Jules Lefort. — 600 fr., *p. a.* (Quinquennal.) — Ce prix sera attribué à l'auteur du meilleur travail original et non d'une œuvre de compilation (*étude chimique des eaux minérales et potables*). — L'Académie aura la plus grande latitude pour décerner cette récompense et sera seule juge de son attribution. — Ce prix ne pourra être divisé : si, dans une période, aucun travail n'était jugé digne du prix, la somme de 300 francs serait reportée sur la période suivante, ce qui en doublerait la valeur; mais, dans ce cas, l'Académie pourrait, sur la proposition de la Commission du prix, diviser le montant de la somme, même en fractions inégales, de façon à distribuer deux prix.

Prix Henri Lorquet. — 300 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des oreilles.

PRIX MONBINNE. — 1500 fr., *p. a.* (Annuel.) — M. Adolphe Moubinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs destinée « à subventionner par une allocation annuelle (ou biennale de préférence) des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. — Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins ». — Les candidats qui solliciteraient des avances en vue d'une mission adresseront leur demande au président de l'Académie : ils seront invités à fournir, à la Commission du prix, des renseignements sur la mission projetée.

PRIX ANNA MORIN. — 2000 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à un médecin âgé de moins de trente ans, ayant produit le meilleur travail pour la guérison de l'angine couenneuse.

PRIX NATIVELLE. — 300 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif, défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

PRIX ORFILA. — 4000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Question : *De l'épuration des eaux usées des villes et des eaux résiduaires des usines.*

PRIX OULMONT. — 1000 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

PRIX PORTAL. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Sang et organes hématopoiétiques dans l'anémie pernicieuse.*

PRIX POURAT. — 700 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des modifications de pressions qui surviennent dans les cavités cardiaques pendant la pause ventriculaire et des causes qui déterminent ces modifications.*

PRIX REBOULEAU. — 1700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix est destiné à récompenser des travaux et des découvertes concernant la guérison de la hernie.

PRIX HENRI ROGER. — 2500 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de médecine des enfants (pathologie, hygiène ou thérapeutique). Cet ouvrage devra avoir au moins deux ans de publication. — Pour ce prix, il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature ; seront exclus du concours les ouvrages des médecins étrangers et les traductions. Dans le cas où il n'y aurait pas eu lieu de le décerner, la somme de 2500 francs serait reportée à la fin de la période suivante de cinq années, afin de constituer soit un prix unique de 5000 francs, soit deux prix d'une valeur inégale.

PRIX SAINT-LAGER. — 1500 fr., *p. i.* — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » — Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

PRIX SAINTOUR. — 4400 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX STANSKI. — 1200 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance, en l'étudiant dans les épidémies en général ou au moins dans une maladie épidémique en particulier. — Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

PRIX TARNIER. — 4500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique.

PRIX TREMBLAY. — 7200 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix doit être décerné à l'auteur du meilleur mémoire traitant des maladies des voies urinaires, telles que le catarrhe de la vessie, affection de la prostate ; plus particulièrement ces deux cas. — Si le prix n'était pas donné, l'Académie pourrait le remettre à la période suivante, ce qui en doublerait la valeur.

PRIX VERNOIS. — 700 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1909

(Les Concours seront clos fin février 1909.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Pathogénie des œdèmes pulmonaires.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy (Brésil). — 800 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

PRIX APOSTOLI. — 600 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

PRIX BARBIER. — 2000 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1200 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

PRIX CAPURON. — 1000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Radioactivité des eaux minérales.*

PRIX MARIE CHEVALLIER. — 6000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement, soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

PRIX CHEVILLON. — 1500 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

PRIX CIVRIEUX. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De l'anorexie hystérique.*

PRIX CLARENS. — 400 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

PRIX DU XIII[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE PARIS DE 1900. — 3400 fr., *p. i.* — Ce prix sera mis à la disposition du président du Congrès international pour être décerné par ce Congrès sous forme de prix unique.

PRIX DAUDET. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De la sérothérapie dans le traitement des tumeurs cancéreuses.*

PRIX DESPORTES. — 1300 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

PRIX VULFRANC-GERDY. — M. Vulfranc-Gerdy a légué à l'Académie de médecine une rente annuelle de 5500 francs en faveur de deux élèves ayant été attachés en qualité d'internes au service des hôpitaux de Paris, Montpellier, Nancy, Lyon, Lille, Bordeaux, Toulouse, Alger. Ces élèves seront institués pour quatre ans, à la suite d'un concours public subi devant un jury pris parmi les membres titulaires de l'Académie. Ils résideront pendant quatre ans dans un des quarante ou cinquante principaux établissements de France ; ils y étudieront les propriétés et les effets des eaux minérales, et présenteront à l'Académie un rapport annuel sur leurs observations médicales et les effets du traitement, les conditions matérielles des établissements, les conditions hygiéniques et climatériques de la localité.

L'Académie met au concours une place de stagiaire aux eaux minérales. — Les canditats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine ; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1909. — Le candidat nommé entrera en fonction le 1[er] mai 1910. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe. (Voir plus haut. p. 1699.)

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

PRIX ITARD. — 2400 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

PRIX LABORIE. — 5000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

PRIX DU BARON LARREY. — 500 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

PRIX LAVAL. — 1000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut. p. 1699.)

PRIX HENRI LORQUET. — 300 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les maladies des yeux.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

PRIX NATIVELLE. — 300 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

PRIX OULMONT. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'Internat (médecine).

PRIX DU BARON PORTAL. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Le*

tumeurs du corps thyroïde, anatomie pathologique et pathogénie.

Prix Philippe Ricord. — 600 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage paru dans les deux ans sur les maladies vénériennes.

Prix Tarnier. — 6750 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

Prix Vernois. — 700 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1910

(Les Concours seront clos fin février 1910.)

Prix de l'Académie. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Physiologie et pathologie de l'hypophyse.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Amussat. — 1000 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Apostoli. — 600 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Baillarger. — 2000 fr., *p. i.* (Biennal.) — (Voir plus haut, p. 1698.)

Prix Barbier. — 2000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Louis Boggio. — 4300 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix est destiné à encourager et à récompenser les études faites dans le but de trouver la guérison de la tuberculose.

Prix Charles Boullard. — 1200 fr., *p. i.* (Biennal.) — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Mathieu Bourceret. — 1200 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Henri Buignet. — 1500 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Adrien Buisson. — 10500 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Campbell-Dupierris. — 2300 fr., *p. i.* (Biennal.) — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Capuron. — 1000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Influence de l'hérédo-syphilis sur la genèse des anomalies et des monstruosités fœtales.*

Prix Chevillon. — 1500 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Civrieux. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des signes fournis au diagnostic des maladies mentales par l'examen du liquide céphalo-rachidien.*

Prix Clarens. — 400 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Daudet. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De la leucoplasie dans ses rapports avec le cancer.*

Prix Desportes. — 1300 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Falret. — 700 fr., *p. i.* (Biennal.) — Question : *Traumatismes cérébraux et troubles intellectuels, au point de vue clinique et médico-légal.*

Concours Vulfranc Gerdy. — (Voir plus haut, p. 1699.) — L'Académie met au concours une place de stagiaire des eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine ; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1910. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1911. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne. (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Theodore Herpin (de Genève). — 3000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Herpin (de Metz). — 1200 fr., *p. a.* (Quadriennal.) — Question : *Traitement abortif, soit à leur début, soit dans la période d'incubation, des maladies causées par les trypanosomes.* — A défaut de concurrents spéciaux, l'Académie pourra employer tout ou partie de ce prix à récompenser ou à provoquer des travaux sur les effets thérapeutiques comparés de plusieurs sources d'eaux minérales naturelles, qui sont aujourd'hui employées contre des maladies semblables ou analogues entre elles.

Prix Huguier. — 3000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, en France, *sur les maladies des femmes et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés : seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Prix Jacquemier. — 1700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail sur un sujet d'obstétrique qui aurait réalisé un progrès important. — Les travaux devront avoir au moins six mois de publication avant l'ouverture du concours.

Prix Laborie. — 5000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix du baron Larrey. — 500 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Laval. — 1000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Henri Lorquet. — 300 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Louis. — 3000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Des méthodes hémostatiques internes.*

Prix Mège. — 900 fr., *p. i.* (Triennal.) — *De l'insuffisance thyroïdienne, moins le myxœdème.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des oreilles.

Prix Adolphe Monbinne. — 1500 fr. *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

Prix Nativelle. — 300 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

Prix Oulmont. — 1000 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

Prix Perron. — 3800 fr., *p. a.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire le plus utile aux progrès de la médecine.

Prix Portal. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Recherches expérimentales sur le cancer.*

Prix Saintour. — 4400 fr., *p. i.* (Biennal.) — (Voir plus haut, p. 1700.)

Prix Tarnier. — 4500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique.

Prix Vernois. — 700 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 5 décembre 1907)

La discussion **sur les tics de la face et du cou** commencée le mois dernier continue avec de nouveaux faits : M. Dufour présente un malade atteint depuis un an de **torticolis spasmodique**. Après ablation de séquestres du maxillaire, il avait pris l habitude, pour calmer la douleur, de tenir la tête en extension. Cette attitude devint un tic et, après guérison, se transforma en flexion avec rotation de la tête à droite. Une légère pression de la main sur le front suffit au malade pour corriger l'attitude vicieuse, c'est ce que M. Brissaud appelle le « geste antagoniste efficace ». M. Dufour pense que ce geste est peut-être moins disproportionné qu'on ne se l'imagine, avec l'intensité de la contracture. — Un malade de M. Rochon-Duvigneaud est atteint depuis sept à huit mois de **blépharospasme** sans photophobie ni troubles oculaires, mais cessant lorsque le malade est couché et dans l'obscurité. Il s'agit d'un tic : la compression des nerfs sus-orbitaires ayant momentanément supprimé le blépharospasme, leur résection le fit disparaître progressivement en quinze jours de temps. Puis le tic reparut : actuellement, trois mois après l'opération, le malade est dans l'état où il se trouvait avant. — Au point de vue pronostique et thérapeutique, M. Meige fait une remarque importante. Lorsqu'il s'agit de mouvements cloniques intermittents que la volonté peut diminuer, la rééducation devant le miroir donne de bons résultats : il en est autrement dans les cas où, comme chez ce malade, il s'agit d'un spasme presque continuel, se produisant malgré les efforts de volonté du malade. — M. Sicard souligne l'intérêt de l'amélioration transitoire obtenue par la résection des nerfs sus-orbitaires, nerfs purement sensitifs, et attribue ce résultat à la psychothérapie produite par l'opération. — M. Vincent montre une malade atteinte de crises d'épilepsie jacksonienne, avec contractions isolées du peaucier du cou, sans participation du sterno-mastoïdien ; l'autre sterno-mastoïdien est atteint synergiquemant avec les muscles des globes oculaires. Enfin les peauciers de la face présentent des contractions successives et non synergiques, comme dans le spasme facial.

Signe d'Argyll-Robertson dans la syringomyélie. — MM. Rose et Lemaitre. Dans deux cas de troubles bulbo-spinaux unilatéraux, le signe d'Argyll existait du même côté. Il ne s'agit pas de tabes associé. La ponction lombaire, pratiquée chez un de ces malades, demeura négative. M. Déjerine

rappelle avoir autopsié une syringomyélie cavitaire, avec signe d'Argyll sans tabes : ce signe peut exister dans la névrite hypertrophique, lésion qu'il faut rapprocher comme étiologie du tabes. — M. Babinski dit que ces faits sont exceptionnels et que le signe d'Argyll conserve une grande valeur comme signe de syphilis nerveuse.

Affection de la moelle lombo-sacrée. — MM. Claude et Touchard. Depuis trois ans, existe, dans ce cas, une paraplégie atteignant à gauche les muscles innervés par le sciatique, qui sont atrophiés, avec abolition du réflexe achilléen, exagération légère du rotulien, douleurs lancinantes. A droite, au contraire, la paralysie, d'ailleurs plus légère, et occupant la même topographie est spastique, avec signe de Babinski et douleurs crampoïdes. Ce syndrome permet de penser à une compression du plexus sacré. A gauche, la lésion située plus haut irrite le faisceau pyramidal. On note enfin une anesthésie en garniture, de l'incontinence des matières et la rétention des urines.

Sclérose en plaques et polynévrite éthylique associées. — MM. Claude et Oppert. Il y a quelques mois, aux signes de polynévrite s'associaient des troubles psychiques et des signes de sclérose en plaques : parole traînante, nystagmus, tremblement intentionnel, ataxie, exagération inégale des réflexes des membres supérieurs. La polynévrite ayant rétrocédé, la sclérose en plaques est, maintenant, en pleine évidence.

Le nystagmus dans l'apoplexie cérébrale. — M. Souques. Dans 11 cas d'apoplexie cérébrale avec hémiplégie, existait un nystagmus horizontal tantôt convulsif, tantôt paralytique. Dans un cas, il est apparu deux heures après l'ictus, et persiste jusqu'à la mort ou la guérison, varie parallèlement à la déviation des yeux, manque dans l'apoplexie hystérique et peut exister dans tous les comas avec hémiplégie.

Radiothérapie dans la syringomyélie. — M. Lhermitte. Dans un cas traité par la méthode des radiations juxtaposées, de manière à soumettre la moelle à la plus grande quantité possible de rayons, tout en respectant la peau, le plus possible, le clonus a disparu ainsi que la scoliose ; il y a eu une grande amélioration de la paralysie et des troubles de la sensibilité.

Autopsie de 3 cas de paralysie faciale. — M. Thomas complète l'étude anatomique de ces trois cas (v. *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 78, p. 931); dans l'un existait, dans l'aqueduc de Fallope, un névrome qui comprimant le nerf, avait pu engendrer le spasme facial que présentait la malade ; ces faits démontrent l'existence d'une névrite parenchymateuse, il ne s'agit pas d'une névrite transverse avec lésions dégénératives.

Trophœdème chronique congénital non familial. — M. Courtellemont. C'est un véritable trophœdème, avec peau rosée godet à la pression, augmentation après la station debout, troubles parétiques, douleurs vespérales, hyperthermie locale, nævi vasculaires.

Etude des réflexes tendineux. — M. Noïca. Ce sont des contractions plurimusculaires, des groupes musculaires de même fonction.

PRATIQUE MÉDICALE

LA MÉDICATION CURATIVE DIRECTE DES BRONCHITES

Le médecin qui étudie sérieusement les ressources actuelles de la thérapeutique finit par reconnaître que, dans beaucoup de cas, nous avons les moyens de guérir.

Au lieu, par exemple, de s'attarder aux potions opiacées pour calmer la toux des bronchites, il saura que la médication thiocolée, aseptisant les poumons, asséchant les bronches, stimulant les réactions locales, représente le moyen curatif énergique des phlegmasies broncho-pulmonaires. Et lorsque ce praticien sera en présence d'une bronchite aiguë ou chronique, il abandonnera la médication symptomatique et combattra les lésions directement, par les comprimés de thiocol Roche ou le sirop Roche au thiocol.

Les résultats que ces remèdes nous ont donnés souvent chez l'adulte et chez l'enfant méritent d'être signalés, car ils prouvent l'importance du traitement *curatif* des bronchites.

Nous donnons habituellement dans cette affection six comprimés par jour à l'adulte et quatre à six cuillerées à café de sirop Roche chez l'enfant. Certes, la toux ne se calme pas immédiatement, car le remède n'est pas un sédatif nervin, il est un modificateur des lésions, un destructeur des microbes pathogènes, et c'est par là que commence son action. Mais au bout de trois à quatre jours au plus, les accès de toux sont calmés, l'expectoration déjà fluidifiée et devenue muqueuse, tend à disparaître, la fièvre est nulle. En une semaine environ, la bronchite est guérie. L'auscultation démontre alors l'absence complète de râles muqueux et l'égalité respiratoire des deux côtés; il n'y a pas de reliquats inflammatoires.

Dans la bronchite chronique des arthritiques et des emphysémateux, il faut soumettre les malades à un traitement plus prolongé. Quatre à six comprimés par vingt-quatre heures déterminent un assèchement remarquable des bronches. L'oppression s'éloigne, les râles congestifs disparaissent.

Dans la bronchite banale ou spécifique des enfants (coqueluche, rougeole, etc.), nous prétendons que le sirop Roche à la dose d'une cuillerée à café par année d'âge, est l'un des remèdes les plus actifs de la thérapeutique. Il débarrasse les poumons des gros râles bullaires, du souffle bronchique et maintient un état général satisfaisant.

Depuis que nous utilisons la médication thiocolée dans le traitement des affections bronchiques, nous n'observons plus de complications broncho-pulmonaires. Même chez le vieillard, la phlegmasie gagne très rarement les petites ramifications intra-lobulaires.

Ce fait prouve évidemment l'action curative directe des comprimés et du sirop Roche au thiocol sur les lésions elles-mêmes, et démontre la supériorité scientifique de cette médication sur les traitements symptomatiques. Il était bon de les signaler. Dr E. CAUTEMIN.

LIVRES NOUVEAUX

Fièvre des foins. Asthme des foins. Causes, diagnostic et traitement (1), par William Lloyd.

L'auteur ne prétend pas avoir écrit un traité complet, mais une esquisse lui permettant quelques-unes des opinions qui sont personnelles au sujet des causes et du traitement de cette maladie. Une longue expérience l'a convaincu de leur exactitude et il espère que la lecture de ce petit traité sera utile à ceux que la question intéresse. Vingt observations, choisies parmi celles que l'auteur a recueillies, mettent en relief certaines particularités de la symptomatologie et montrent ce qu'on peut attendre d'un traitement bien dirigé.

A. HOUSQUAINS.

(1) 1 vol. de 95 pages. — Londres 1907, Henry J. Glaisher, édit.

NOTES POUR L'INTERNAT

TROMPES UTÉRINES

DÉFINITION. — Les trompes utérines peuvent être définies les conduits vecteurs des ovules, elles s'étendent de l'angle supéro-externe de la cavité utérine vers l'ovaire et la paroi pelvienne latérale.

DÉVELOPPEMENT. — La trompe dérive du canal de Muller, il faut rappeler que le corps de Wolff forme une bandelette, appelée l'éminence uro-génitale, véritable pyramide triangulaire ; la face postérieure de cette pyramide repose sur le rein primitif; fait important, la face externe est striée transversalement, la face interne regarde le mésentère primitif; ces deux faces se réunissent par un bord antérieur. Le canal de Muller se développe en dehors de cette saillie par un mécanisme encore assez obscur ; pour les uns il dériverait du canal de Wolff (opinion très contestée); pour d'autres, il y aurait reploiement épithélial se propageant de proche en proche. Quoi qu'il en soit, le tube de Muller est d'abord externe par rapport au canal de Wolff, puis lui devient antérieur, finalement lui est interne, et marche à la rencontre de celui du côté opposé; mais à partir de ce point les deux canaux de Muller formeront l'utérus dans les cas normaux, ou canal utéro-vaginal; en dernière analyse, les canaux de Wolff droit et gauche encadrent donc les canaux de Muller; cette disposition se retrouvera chez la femme adulte ou plus exactement on constatera le long des trompes et de l'utérus des débris wolffiens.

GÉNÉRALITÉS. — La *longueur* de la trompe chez la femme adulte oscille de 6 à 20 centimètres; pour Sappey, 12 centimètres en moyenne; il y a une différence de longueur en faveur de la trompe droite ; les trompes se replient, décrivent des courbures constantes ; déroulées, elles s'allongent de 3 à 4 centimètres.

Le *calibre* diminue de l'orifice abdominal vers l'orifice utérin, il atteint successivement 3, 6, 7 millimètres, les trompes constituent un canal essentiellement dilatable.

La *direction* est très discutée. Pour Richard, Cruveilhier, Sappey, les trompes se portent d'abord horizontalement en dehors, parallèlement au grand axe de l'ovaire et parvenues à la partie moyenne de cet organe, elles s'infléchissent en bas, en arrière et en dedans; pour se rapprocher de l'extrémité interne de l'ovaire; avec Heule, Rieffel, on peut considérer la trompe dans trois portions : *a*. une portion horizontale, elle s'étend presque transversalement à peine oblique en arrière de l'angle supéro-externe de la matrice vers l'extrémité inférieure de l'ovaire; *b*. la portion ascendante; elle commence au pôle inférieur de l'ovaire où elle se continue à angle droit avec la précédente et remonte ainsi verticalement le long de la paroi pelvienne jusqu'au pôle supérieur de l'ovaire ; *c*. la portion descendante ou pavillon se replie en arrière, en bas, en dedans.

RAPPORTS. — Les MOYENS DE FIXITÉ de la trompe sont de plusieurs ordres, ce sont les replis péritonéaux d'une part, et les vaisseaux d'autre part.

1° *Rapports péritonéaux*. — La trompe répond au bord supérieur libre ou *faîte du ligament large*; elle constitue l'aileron moyen ou tubaire, la séreuse au-dessous de la trompe formera respectivement les feuillets antérieur et postérieur du ligament large, mais la trompe ne reste pas tout entière sous-péritonéale; par son orifice abdominal, elle perfore la lame séreuse postérieure; tout le segment du ligament large qui se trouve en dehors de ce point perforé porte le nom de segment tubo-pariétal. On nomme parfois plus spécialement « mésosalpinx » le segment du ligament large qui répond à la trompe ; c'est le segment le plus mince ; il y a en effet accolement intime des deux lames entre lesquelles on peut trouver cependant une mince lame de tissu cellulaire lâche, des éléments musculaires ; il faut retenir que l'accolement des deux lames est si parfait que les injections diverses n'y passent jamais.

2° Les *ligaments tubaires* seront : *a*. Le ligament infundibulo-ovarique, ou tubo-ovarien ; ce ligament va de l'orifice abdominal de la trompe et se porte au pôle supérieur de l'ovaire ou plus exactement, à l'extrémité supéro-externe du bord adhérent de cet organe ; il représente une lame peu épaisse sur le bord libre tranchant de laquelle est fixée par sa face péritonéale, la frange ovarique, c'est-à-dire la plus développée des franges du pavillon tubaire; ce ligament forme le bord externe du mésosalpinx et offre sur un ligament large étalé une longueur de 5 centimètres; d'après Luschka, dans l'épaisseur de ce ligament on trouve des faisceaux contractiles.

b. Le *ligament supérieur* de l'ovaire peut être considéré comme constituant un moyen d'attache accessoire de l'ovaire : en effet il faut se souvenir que les vaisseaux utéro-ovariens sont entourés de tissu fibro-conjonctif et de fibres lisses. Ce ligament pénètre dans le bassin, croise les vaisseaux iliaques ; les fibres conjonctives sont irrégulièrement disposées, beaucoup plus abondantes chez l'enfant que chez l'adulte ; les faisceaux musculaires se perdent en soulevant le péritoine, sur le pavillon, sur le hile de l'ovaire ou dans l'enveloppe contractile de la trompe.

B. Les *rapports proprement dits* sont envisagés en plusieurs régions :

a. L'*ostium utérin* est un orifice arrondi, d'un diamètre de 1 millimètre environ, impossible à cathétériser sur le vivant, souvent difficile à voir sur le cadavre, ou même bouché par un mucus assez épais.

b. La *portion interstitielle* (dans la paroi utérine) d'un diamètre d'un demi-millimètre, est rectiligne ou un peu concave en bas, elle se dirige en haut et en dehors : elle est séparée de la paroi utérine par une couche conjonctive. Le point le plus étroit du canal tubaire est primitivement au niveau de ce segment.

c. L'*isthme de Barkow* est un cordon dur, presque inextensible, d'un diamètre de 3 à 4 millimètres ; il se détache de l'angle supéro-latéral de la matrice : *en avant* de la trompe et au-dessous est le ligament rond. Celui-ci s'insère plutôt sur le bord latéral de l'utérus; cette portion est mal limitée, confondue avec les faisceaux musculaires qui du corps utérin irradient dans les ligaments larges; *en arrière et au-dessous* de la trompe, on voit le *ligament utéro-ovarien* s'insérer à l'angle supérieur de la matrice : de ce point le ligament se porte à peu près horizontalement en dehors, pour devenir légèrement ascendant, au moment où il approche du pôle inférieur de l'ovaire, sur lequel il se termine; c'est un cordon arrondi, long de 2 centimètres et demi. Chez la nullipare, la trompe émerge de niveau avec le fond de l'utérus; chez les multipares, le fond dépasse la trompe.

d. L'*ampoule de Heule* présente un diamètre de 7 millimètres; elle est un peu aplatie dans le sens transversal; ses parois sont appliquées l'une contre l'autre ; sur son bord supérieur l'ampoule répond à la séreuse du ligament large; sur son bord inférieur on trouve des vaisseaux et des débris embryonnaires; les vaisseaux sont des artères, des veines, des lymphatiques ; comme artères, on rencontre les *branches terminales de l'utérine* ; celle-ci donne une branche interne (artère rétrograde du fond) mais fournit surtout une branche antérieure ou tubaire, c'est l'artère principale de l'oviducte ; c'est la *tubaire* ou *salpingienne* moyenne; elle se porte de dedans en dehors, devant le ligament de l'ovaire, et chemine dans le mésosalpinx, depuis le commencement de la trompe jusqu'au pavillon; un peu sinueuse, elle reste à un travers de doigt au-dessous de l'oviducte. D'après Fredet, elle s'effile de plus en plus, se termine vers l'ampoule, en s'anastomosant avec la terminaison de la spermatique interne ; cependant elle ne s'épuise pas toujours au niveau de l'ampoule, elle peut arriver jusqu'au pavillon, se subdiviser sur les franges. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 143. — SAMEDI 14 DÉCEMBRE 1907. 80e ANNÉE. SAMEDI 14 DÉCEMBRE 1907. — N° 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LE PROFESSEUR LAVERAN

Titulaire du prix Nobel de 1907 pour la médecine.

Le professeur Laveran, né en 1845, est actuellement le plus glorieux représentant de l'École de Strasbourg. Après de brillantes études, il fut reçu très jeune agrégé du Val-de-Grâce et partit pour l'Algérie aussitôt sa période d'agrégation terminée. C'est dans la province de Constantine, à Biskra, puis à Constantine, qu'il découvrit l'hématozoaire du paludisme. Cette découverte était tellement inattendue qu'elle n'excita d'abord qu'un scepticisme presque général, mais l'énergie et la persévérance de Laveran vinrent bientôt à bout de l'indifférence qui menaçait sa découverte. Appelé comme professeur au Val-de-Grâce, il semblait destiné dès lors à être placé à la tête de la médecine militaire qu'il représentait avec tant d'éclat, aussi l'impression de stupeur que produisit, il y a dix ans, à l'Académie de médecine, la demande de retraite de Laveran, n'est-elle pas encore dissipée.

Tout le monde connaît ses œuvres impérissables dont les moindres, écrites dans un style clair et incisif, eussent suffi à la réputation d'hommes moins modestes. L'Académie de médecine l'avait donc appelé fort jeune dans son sein et l'Institut le nomma bientôt membre correspondant. C'est peu après cette nomination que le professeur Laveran fut amené par les circonstances à demander sa retraite. L'Institut accueillit alors celui que la médecine militaire n'avait pas su retenir et lui donna, dans la section de médecine, le siège devenu vacant par la mort de Potain; l'opinion universelle ratifia ce choix et l'aéropage suédois vient, en toute indépendance, de confirmer à nouveau l'opinion des plus hautes personnalités du monde savant en attribuant, ainsi que nous l'avons annoncé, le prix Nobel (médecine) au professeur Laveran pour ses travaux sur l'hématozoaire du paludisme et sur la pathogénie de la maladie du sommeil. Nous ne pouvons qu'applaudir à cette décision.

RÉOUVERTURE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Une note de l'*Agence Havas* annonce que sur la demande du nouveau doyen, M. le professeur Landouzy, qui entre en fonctions le 16 décembre prochain, et prenant en considération l'attitude des étudiants depuis la fermeture de la Faculté, M. le ministre de l'Instruction publique a décidé que la Faculté de médecine serait rouverte le jour de l'entrée en fonctions du nouveau doyen.

Diverses mesures provisoires seront prises dans l'intérêt de l'ordre et des étudiants.

D'une manière générale, les cartes seront exigées à l'entrée de la Faculté et de l'École pratique, pour les cours et pour les travaux pratiques.

Les cours d'anatomie et d'histologie ne seront ouverts qu'aux étudiants de première et deuxième années auxquels ils sont destinés. Ces étudiants n'y seront admis que sur la présentation de cartes spéciales.

Les cartes seront à la disposition des intéressés au secrétariat de la Faculté, de neuf heures à midi, les vendredi, samedi, dimanche et lundi 13, 14, 15 et 16 décembre.

Des affiches spéciales feront connaître les jours et heures seront repris les différents cours.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — Un concours s'ouvrira le 15 juin 1908 devant la Faculté de médecine de Paris pour l'emploi de suppléant de la chaire de chimie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

BUREAU D'HYGIÈNE DE LA VILEE DE PARIS. — Un arrêté du préfet de la Seine constitue de la façon suivante la commission de surveillance et de perfectionnement du bureau d'hygiène de la ville de Paris :

Président : M. le docteur Roux, membre de l'Institut, directeur de l'Institut Pasteur.

Membres : MM. les docteurs Chantemesse, Duguet, Michel-Lévy, Alfred Riche et Thoinot.

MM. André Lefèvre, Armand Grébauval, Landrin, L. Guibert, Navarre, Ambroise Rendu, conseillers municipaux.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1714.*)

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES ULCÉRATIONS DE L'INTESTIN

Par M. LÉVI-SIRUGUE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Comme les autres segments du tube digestif, l'intestin peut être lésé de deux façons principales; ou bien par suite de son rôle d'organe d'absorption il laisse pénétrer les microbes ou les toxiques de la muqueuse, vers la profondeur, ou, par suite de son rôle d'organe d'élimination, les microbes ou les toxiques circulent de la profondeur vers la surface de la muqueuse. Le premier cas est réalisé quand dans une tuberculose pulmonaire déjà avancée, les crachats bacillifères déglutis vont infecter l'intestin; le second quand dans une endocardite ulcéreuse il se fait des embolies microbiennes qui donnent lieu à un abcès miliaire et à une ulcération; ou quand au cours d'une urémie il se produit des ulcérations intestinales.

La structure histologique de l'intestin rend compte de la localisation des ulcérations; on sait combien sont abondants les follicules clos isolés ou agminés en plaques de Peyer; ces follicules, vrais ganglions défendant la muqueuse contre des infections sans cesse menaçantes en raison du contenu toujours microbien de l'intestin même normal, peuvent succomber dans la lutte si les microbes sont trop abondants et trop virulents, et alors se nécroser; il se se produit de vrais bourbillons qui, en s'éliminant, laissent une perte de substance qu'entretiennent encore les infections secondaires par les microbes normaux de l'intestin. C'est, à la fois, la structure histologique et les associations microbiennes qui expliquent la fréquence des ulcérations dans l'intestin à partir de l'iléon. Au contraire le duodénum et le jéjunum participant plus des caractères histologiques de la muqueuse gastrique ont aussi une pathologie qui se rapproche de celle de l'estomac; s'ils s'ulcèrent c'est généralement sous un aspect analogue à celui de « l'ulcère simple de l'estomac », et la cause en est aussi l'érosion par l'action caustique d'un suc gastrique hyperacide.

I

Pathogénie des ulcérations intestinales. — On peut grouper sous quatre chapitres les causes multiples qui peuvent amener des ulcérations de l'intestin.

1° *Parasites* (*microbes ou vers*). — Les *parasites microbiens* peuvent arriver à l'intestin avec les aliments, surtout les boissons, ou ayant déjà pénétré dans le sang y parvenir sous forme d'embolies microbiennes. Ce dernier mode de transport est indéniable dans les cas d'endocardite ulcéreuse. Il est trois grandes maladies infectieuses où les ulcérations intestinales jouent un rôle capital; ce sont la *fièvre typhoïde* où elles se montrent au deuxième septénaire; la *dysenterie* et la *tuberculose*. On les observe encore au cours du *charbon*, dans la *syphilis* héréditaire ou acquise, dans l'*infection actinomycosique*.

Les *vers* jouent un rôle important dans la pathogénie de certaines ulcérations intestinales. Ce rôle a été nettement mis en évidence pour l'*ankylostome duodénal*, parasite de petit volume, mais qui par ses crochets perfore la muqueuse et provoque d'abondantes hémorragies. Metchnikoff a mis en lumière le rôle des *trichocéphales* dans la production des *ulcérations et des perforations appendiculaires*. Il est possible que dans certains cas le bacille d'Eberth pénètre dans l'organisme, à la faveur de la porte que lui ouvre le ver; il n'est pas rare de voir rejeter par les typhiques des ascarides et il est probable qu'il y a plus qu'un simple rapport de coïncidence entre la présence du ver et l'infection typhique. Le rôle des vers trop méconnu se montre donc de plus en plus important, à la fois par les perforations qu'ils peuvent causer (appendice), et par les germes microbiens qu'ils peuvent inoculer. Damaschino et Zancarol (1) ont vu des lésions ulcéro-végétantes du gros intestin produites par le *distoma hæmatobium*.

Enfin les *larves de mouches* (anthomye, sarcophage carnaria, musca vomitoria) ont donné lieu dans un cas de Schlesinger et Weichselbaum (2), à de la myase intestinale mortelle avec selles dysentériformes et issue de larves dans les matières. Il y avait trois volumineuses ulcérations du gros intestin.

2° *Irritations d'ordre chimique.* — Ici comme pour les microbes, deux cas se présentent : ou bien la substance toxique a été ingérée, comme cela se voit surtout dans les *intoxications mercurielles ou arsenicales*; ou bien le toxique vient du sang et tend à s'éliminer par l'intestin, comme dans l'*urémie*. C'est peut-être dans cette catégorie qu'il faut ranger les ulcérations des *brûlures*, dont la pathogénie a été fort discutée sans être bien élucidée. On a invoqué aussi le mécanisme de l'embolie pour les expliquer.

C'est encore à une action chimique qu'il faut rattacher l'*ulcère peptique du duodénum*, tout à fait de même nature que l'ulcus stomacal, et *celui du jéjunum* qu'on a observé à la suite de gastro-entérostomies pour des sténoses non cancéreuses du pylore.

Ces ulcérations, étudiées en Allemagne, en Angleterre, et en France par Quénu et Gosset, se produisent quand il y a un suc gastrique hyperacide, une grande dilatation stomacale et une sténose serrée du pylore. Lésion d'ailleurs rare, presque toujours observée dans le sexe masculin se manifestant un temps variable de quelques jours à plusieurs années après l'opération, le plus souvent unique, l'ulcération peut aller jusqu'à la perforation.

3° *Action mécanique.* — C'est à une action mécanique (irritation par des matières dures, ou ischémie) que sont dues les ulcérations par coprostase qu'on voit dans les *hernies étranglées ou l'étranglement interne*. Débutant par la surface de la muqueuse, la

(1) Damaschino et Zancarol. Soc. méd. des hôpit., 1883.
(2) Weichselbaum. *Wiener klin. Woch.*, 2 janv. 1902.

lésion peut gagner les autres couches et aboutir à la perforation. Rentrent aussi dans cette catégorie les *ulcérations par embolie* ou *thrombose* des artères mésentériques.

4° *Ramollissement de néoplasies*. — Les *cancers* (épithéliomes, plus rarement sarcomes) ne sont pas exceptionnels dans l'intestin. Ces tumeurs arrivent à se ramollir, à se nécroser, d'où ulcérations à leur surface qui s'infectent secondairement par les microbes du contenu intestinal. A côté des cancers il y a les *lymphadénomes* assez fréquents dans l'intestin grêle à cause de l'abondance des follicules clos.

Enfin la *dégénérescence amyloïde* est encore une cause à signaler d'ulcération ; elle est d'ordinaire en relation avec la tuberculose ou la syphilis.

II

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE. — Il est impossible de confondre dans une description d'ensemble des lésions si diverses de siège, d'aspect, d'évolution, selon la nature ; aussi faut-il envisager les cas les plus ordinaires. Nous nous aiderons surtout des travaux de M. Letulle.

Les ulcérations typhiques. — S'il y a des cas où la constatation à l'autopsie des ulcérations typhiques n'apporte qu'une confirmation à un diagnostic déjà dûment établi pendant la vie, il y a tel cas de typhoïde ambulatoire brusquement perforante où l'ulcération typhique a un intérêt capital, surtout quand le médecin légiste a à faire l'autopsie d'un de ces cas où la cause de la mort était obscure.

Les caractères classiques de l'ulcération typhique sont bien décrits par Trousseau (1) : « Au douzième jour, dit-il, l'affection intestinale jusque-là boutonneuse est devenue partiellement furonculeuse. Les glandes malades s'élèvent sous forme de fongosités coniques, rouges, offrant à leur sommet de légères érosions qui s'agrandissant vont constituer le quatorzième ou le quinzième jour un bourbillon de tissu rougeâtre, coloré en ocre très foncé par la bile qui, à cette époque de la maladie, coule en très grande abondance et avec une teinte toute spéciale ; ce tissu sphacélé est implanté au centre d'une vaste ulcération et adhère encore par sa base. Le lendemain ce bourbillon entièrement détaché et cédant au moindre effort laisse une ulcération profonde dont le fond repose ordinairement sur la tunique musculeuse. Quelquefois cinq ou six ulcérations de cette nature se voient sur une seule glande de Peyer et lui donnent un aspect fongueux, inégal, bien propre à faire méconnaître l'existence de la glande. Tout autour des ulcères isolés occupent la place des cryptes solitaires, détruits par le même travail inflammatoire. Les ganglions mésentériqnes d'une teinte lie de vin sont ramollis pour la plupart et se résolvent presque en bouillie. Dès les dix-septième et dix-huitième jours les bords des ulcérations s'affaissent, leur fond diminue de profondeur, la tuméfaction qui les circonscrivait commence à disparaître. Les dix-neuvième, vingtième et vingt et unième jours, elles sont devenues superficielles et tendent à cicatrisation. Celle-ci est complète le vingt-cinquième jour ; mais les cicatrices ne sont généralement affermies que le trentième jour ; quelques ulcérations persistent encore quinze à trente jours de plus, surtout dans les glandes qui occupent la fin du petit intestin. » Telles sont les ulcérations typhiques siégeant au voisinage de la valvule iléo-cæcale dans le dernier tiers de l'iléon. Ajoutons que les recherches bactériologiques ont montré à la surface des ulcérations des microbes d'infection secondaire et non le bacille typhique (Chantemesse).

(1) TROUSSEAU. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*.

Mais à côté de ces formes habituelles il y a les cas de *colo-typhus* où la lésion siège surtout dans le côlon et présente des analogies avec celles de la dysenterie. Ces lésions ont été décrites et représentées par M. Letulle (1).

Dans un de ces cas un malade ayant une fièvre typhoïde avec les lésions classiques succombait à une perforation du côlon située à un mètre de l'anus et ayant au plus les dimensions d'un grain de millet. Cette perforation était au centre d'une ulcération de la largeur d'une pièce de 20 centimes, taillée à pic, nettement isolée sur le côlon descendant. On trouvait aussi sur tout le cæcum, sauf l'appendice et sur le côlon ascendant une quarantaine d'ulcérations, les unes arrondies ou ovalaires, en séries transversales, mettant à nu la musculeuse, les autres, plus abondantes, uniquement dans le cæcum, punctiformes.

Le même auteur relatait à côté de ce cas un cas plus curieux encore où *la lésion était purement colique*. L'S iliaque seul présentait en son milieu deux îlots de lésions ulcératives très circonscrites ; l'îlot inférieur était le siège de perforation. Les ulcérations étaient ovalaires, transversales par rapport à l'axe de l'intestin ; sur leurs bords à pic la muqueuse se recroquevillait ; leur fond à nu, bien détergé, grisâtre, était formé par le tissu musculaire. Il y avait à la suite de décollements des ponts de muqueuse vivante flottants entre deux ulcérations.

Ces lésions dysentériformes ne se distinguaient guère même au microscope de celles de la dysenterie. Mais le séro-diagnostic fait avec le sang du cœur était positif, et d'autre part le rectum était sain, sauf sur un point, alors que dans la dysenterie il est rarement indemne.

En somme, l'ulcération typhique peut porter sur tout l'intestin ; on peut même dire sur tout le tube digestif depuis le pharynx (ulcération de Duguet) jusqu'à la fin du côlon.

Les ulcérations dysentériques. — Que la dysenterie soit épidémique ou sporadique, aiguë ou chronique, sa lésion capitale est l'ulcération intestinale. Surtout difficile à dépister, est la forme sporadique qui n'est pas rare dans la région parisienne. M. Letulle qui en a étudié quelques cas avec autopsie a insisté sur les caractères anatomo-pathologiques des ulcérations.

Dans un cas où on croyait à un cancer intestinal,

(1) LETULLE. Colites ulcéreuses, *Presse méd.*, 22 mars 1899.

l'autopsie venait révéler une forme un peu particulière de dysenterie. Le rectum était entièrement ulcéré sauf vers l'anus. Les ulcérations étaient à pic, serpigineuses, mettant à nu la musculeuse. Certaines étaient recouvertes de fausses membranes escarotiques, grisâtres, déchiquetées aux bords. Mêmes ulcérations mais plus discrètes sur l'S iliaque et les côlons avec intégrité de la valvule iléocæcale, par contre de petites ulcérations sur l'iléon, mais non limitées au tissu réticulé avec intégrité des plaques de Peyer, telles étaient les lésions dans ce cas.

Au microscope on notait surtout des *kystes* sous la muscularis mucosæ dans le tissu cellulo-vasculaire sous-muqueux. Ces kystes tapissés d'épithélium cylindrique ont été déjà vus par Cornil et par Kelsch. Ce sont là des *lésions spécifiques*. Il y avait en outre beaucoup de cellules géantes non tuberculeuses sous les ulcérations les plus profondes.

En résumé, les ulcérations dysentériques sont d'autant plus fréquentes qu'on se rapproche du rectum ; elles sont rondes, à pic ; elles peuvent confluer et donner à la muqueuse l'aspect d'une dentelle. En s'étalant dans la sous-muqueuse l'ulcère peut prendre la forme en bouton de chemise. La surface de l'ulcère est couverte d'une fausse membrane ; ailleurs il est détergé, de couleur grise ou verte ; ailleurs on voit des végétations très vasculaires, qui donnent à la muqueuse un aspect velvétique. Ces ulcérations sont disposées circulairement, au lieu que celles de la fièvre typhoïde sont plutôt longitudinales.

Dans les *formes chroniques* on observe des lésions à divers stades traduisant le caractère d'évolution par poussées successives. Par places, la muqueuse est comparable à « un morceau de bois rongé par les vers ». Mais le caractère essentiel est la sténose et la transformation d'îlots de muqueuse en tissu cicatriciel.

Les ulcérations tuberculeuses. — Par leur siège les ulcérations tuberculeuses se rapprochent des ulcères typhiques ; comme eux ils frappent surtout *la fin de l'iléon et le cæcum*. Les diverses formes ont été bien décrites dans les travaux de Spillmann et de Girode. Il y a des ulcérations lenticulaires et de grandes ulcérations. Ces dernières sont souvent annulaires et dues à des thromboses consécutives à l'artérite tuberculeuse ; elles forment rarement un anneau complet. D'autres fois elles sont longitudinales, développées aux dépens des plaques de Peyer. Quelle que soit leur forme, ce qui les caractérise, c'est la présence de tubercules sur les bords ; de plus en raclant les bords et le fond de l'ulcération, on peut dans le produit de raclage colorer des bacilles de Koch. Les ulcérations peuvent être localisées au cæcum ou à l'appendice. Le péritoine épaissi rend la perforation moins à craindre que dans la fièvre typhoïde. Si elle se fait, la péritonite reste le plus souvent enkystée.

Dans le *côlon*, le bacille de Koch donne lieu à des lésions plus ou moins circonscrites, s'accompagnant de modifications profondes du calibre. On y voit des ulcérations folliculaires du volume d'un pois ou d'une lentille, rondes, à pic, à bords saillants. L'ulcération ne dépasse guère la couche musculaire interne. A l'œil nu la lésion semble limitée au follicule clos ; au microscope on voit les parois tuméfiées par suite de l'évolution diffusante des bacilles (Letulle). De telles lésions ainsi limitées ne sont pas rares dans l'*appendice*, où elles peuvent exister à l'exclusion de toute autre localisation intestinale.

D'autres fois au contraire il y a une *tuberculose confluente de tout le gros intestin*, qui est hypertrophié et sténosé. Les ulcérations serpigineuses ressemblent à celles de la dysenterie chronique. Au microscope on trouve des follicules tuberculeux dans les parties persistantes des couches musculeuses et jusque dans la séreuse. La découverte de bacilles de Koch et à son défaut la présence de cellules géantes tuberculeuses viennent confirmer le diagnostic, qu'éclaire encore l'existence de lymphangites tuberculeuses interstitielles et sous-péritonéales qui ont un aspect caractéristique ; quant aux cellules géantes elles n'ont qu'une valeur relative (Letulle).

Les ulcérations syphilitiques. — Dans la *syphilis acquise* tertiaire, l'entéropathie peut se traduire par des ulcérations. Ce qui les caractérise, c'est, d'après Cornil, l'épaisseur des bords où l'on voit des nodosités caséeuses, la densité et la couleur gris jaunâtre du fond qui suppure peu et est fibreux. Il peut y avoir aussi des saillies fibreuses du côté séreux. Les artérioles sont frappées de dégénérescence amyloïde. Les perforations sont rares.

Dans la *syphilis héréditaire* on peut voir aussi des ulcérations caractérisées par des bords à pic, un fond lardacé.

Les *ulcérations actinomycosiques* portent surtout sur le rectum et le cæcum, où il y a des foyers du volume d'une lentille à un pois. Les bords des ulcérations ont des grains caractéristiques. La lésion évolue vers le péritoine.

Les ulcérations des cancers et des lymphadénomes. — Parmi les *cancers* ce sont surtout les formes molles, à marche rapide, à prolifération épithéliale plus que conjonctive, qui aboutissent à l'ulcération. Pouvant siéger sur n'importe quel point de l'intestin, le cancer est surtout fréquent au rectum et à l'S iliaque. L'ulcération est plus ou moins profonde, quelquefois simple exulcération, ailleurs c'est un cratère profond, creusé au centre de la tumeur bourgeonnante, et rempli de sanie putride. Lorsqu'il y a un cancer inférieur du gros intestin, on note souvent des ulcérations mécaniques du cæcum, dues à la coprostase en ce point.

Les *lymphadénomes* ne sont pas rares. A l'encontre des cancers qui siègent surtout sur le gros intestin, ces néoplasmes portent principalement sur la fin de l'iléon près de la valvule en raison de la plus grande abondance en ce point du tissu lymphoïde. Les lésions intestinales coexistent avec des lésions des ganglions, de la rate. Les ulcérations sont rares lorsque la lésion se fait aux dépens des follicules, plus fréquentes quand elle est diffuse et développée aux dépens du tissu adénoïde sous-muqueux. Ce caractère extra-folliculaire des lésions les différencie des lésions typhiques.

Les ulcères peptiques. — Ces ulcères ont des ca-

ractères bien spéciaux; tout d'abord leur siège au duodénum ou au jéjunum après la gastro-entérostomie. L'*ulcère du duodénum* est rarement loin de la valvule, le plus souvent unique, arrondi ou ovalaire, dirigé généralement perpendiculairement à l'intestin, il est souvent térébrant comme l'ulcus stomacal et peut être resté latent jusqu'au moment où il se perfore; en somme il ne diffère que par le siège duodénal de l'ulcus de Cruveilhier.

Il est inutile de revenir ici sur les *ulcères peptiques du jéjunum* dont nous avons parlé à la pathogénie.

Les ulcérations de l'appendicite. — L'appendicite ulcéreuse se présente, comme l'a montré M. Letulle, sous deux formes : ou bien il y a lésion folliculaire ou nécrose diffuse non folliculaire. Cette dernière serait plus souvent perforante.

Dans le premier cas il y a au microscope abcès aigu folliculaire, dans le second cas la nécrose domine la suppuration. C'est cette mortification aiguë produite par l'action nécrosante de toxines microbiennes encore mal déterminées et dont peut-être la sérothérapie pourra paralyser l'action, qui est le grand danger et produit les perforations foudroyantes. Si les poisons sont d'une violence faible, on voit se faire ce que MM. Letulle et Weinberg ont appelé la *nécrobiose fibrinoïde*, produisant à la place de tissus différenciés une gangue fibrinoïde anhiste; s'ils sont violents on voit la *gangrène* où on ne retrouve pas les blocs fibrineux du cas précédent. Pour ces auteurs, le sphacèle serait toujours secondaire à la nécrose fibrinoïde.

Les ulcérations toxiques. — Les ulcérations toxiques siègent en général sur le côlon. Il en est ainsi dans l'*intoxication mercurielle* surtout par le sublimé, remarquable par les boursouflements noirâtres, les plis escarotiques apoplectiques.

Dans l'*urémie*, Treitz a décrit des ulcérations de la fin de l'intestin grêle ou du gros intestin, siégeant dans les follicules et le tissu périfolliculaire, et entourées d'une muqueuse congestionnée; ces ulcérations peuvent aboutir à la perforation.

Les ulcérations dysentériformes par coprostase. — M. Letulle se basant sur des observations publiées à la Société anatomique (1898-1899) a distingué les caractères propres à ces observations. Consécutives à la coprostase, quelle qu'en soit la cause (cancer du rectum ou du côlon, bride péritonéale, péritonite tuberculeuse), elles siègent sur l'intestin ectasié (S iliaque, côlon, appendice, fin de l'iléon, quelquefois même tout l'intestin grêle et le gros intestin). Les bords en sont à pic; le fond peut être perforé et alors la perforation porte sur le gros intestin. M. Letulle assigne à ces ulcérations les caractères suivants : elles sont bien détergées, sans escares, sans suppuration sous-muqueuse, elles sont en îlots et sont perpendiculaires à l'axe de l'intestin. Au microscope, ce qui les différencie nettement des lésions dysentériques, c'est l'hyperplasie qui porte sur la musculeuse et la muqueuse, dont les glandes en tube sont allongées et ramifiées d'une façon remarquable.

Anderson, Gandy et Bufnoir ont étudié ces ulcérations que Kocher et Prutz ont vues dans les cas d'ileus où elles sont dues à la distension par les gaz. Dans les cas de coprostase il faut ajouter la pression des matières; Nothnagel a appelé ces ulcérations « ulcères par décubitus ». Elles siègent surtout sur l'S iliaque et provoquent de la périsigmoïdite. Ebner (1) a relaté l'observation d'un homme chez qui on diagnostiqua d'abord une fièvre typhoïde, puis une appendicite; la laparotomie rendue urgente pour des accidents de péritonite aiguë montre un énorme abcès sous-hépatique avec gaz et fèces. Le malade meurt et à l'autopsie on trouve de nombreuses ulcérations intestinales, allant du duodénum au côlon transverse, et dont les dernières au moins pouvaient s'expliquer par la coprostase.

III

Séméiologie des ulcérations intestinales. — On peut dire que le symptôme presque unique est la *modification des selles* en quantité et en qualité. La diarrhée est d'abondance variable; le nombre des selles peut être considérablement augmenté; souvent elles renferment du *pus* et du *sang*. Le pus sera reconnu au microscope; quant au sang, la présence peut en être décelée par le spectroscope qui fait constater, suivant l'état plus ou moins avancé de sa digestion, de l'hémoglobine ou de l'hématéine. La dernière indique une digestion plus avancée, c'est-à-dire que le sang venant de plus haut a séjourné plus longtemps dans l'intestin. D'ailleurs à l'œil nu, le sang venant des parties élevées de l'intestin est plus ou moins noir, tandis que le sang qui provient des parties inférieures est rouge.

On peut aussi mettre le sang en évidence par la réaction chimique suivante : dans un verre à essai on met un peu de fèces diluées dans de l'eau distillée, on ajoute un tiers d'acide acétique glacial; on verse avec précaution 6 à 8 centimètres cubes d'éther qui surnage et entraîne l'hématine. Une partie est versée dans un tube à essai; on ajoute 1 à 2 centimètres cubes de teinture de gaïac fraîche et un demi-centimètre cube d'eau oxygénée. Le mélange bleuit s'il y a du sang. La réaction se produit au bout de deux à trois minutes; elle est passagère; la coloration s'efface après quelques minutes (2).

Si l'ulcération vient à rompre un vaisseau, il peut y avoir une vraie hémorragie; le melæna est quelquefois le signe révélateur de l'ulcération. D'autres fois l'ulcération reste latente jusqu'au moment où éclatent brusquement les signes de la perforation; il en est ainsi dans certaines fièvres typhoïdes, dans certaines appendicites. Il est difficile de pousser plus loin le tableau d'ensemble; il est préférable d'étudier ici comme pour l'anatomie pathologique les principaux cas qui s'offrent en clinique, et dont toute la séméiologie se limite à l'étude des selles.

Les selles typhiques. — « La diarrée des typhiques, dit le professeur Dieulafoy dans son Manuel classique, est constituée par des selles liquides, fétides, fréquentes, de couleur ocre jaune; elles surviennent parfois à l'insu des malades. » Cette diarrhée s'ac-

(1) Ebner. *Deuts. Zeitz. f. chir.*, 1906, t. LXXXI, p. 533.

(2) R. Gaultier. *Précis de coprologie clin.*, 1907.

compagne de gargouillement de la fosse iliaque droite et de douleurs provoquées par la pression à ce niveau. Au microscope on trouve dans les selles des débris épithéliaux de l'intestin, des cellules embryonnaires, des cellules graisseuses, des éléments conjonctifs nécrosés et des microbes. Du dixième au vingtième jour, il est à peu près constant d'y rencontrer le bacille d'Eberth. Sans détailler ici les procédés de recherche du bacille dans les selles, nous rappelons seulement les cultures de ce bacille sur le milieu d'Elsner (milieu ioduré) ou sur celui de Drigalsky et Conradi (agar tournesolé lactosé), et le procédé du gélo-diagnostic de Chantemesse (1), basé sur ce que la gélose phéniquée ne laisse pousser que le bacille d'Eberth et le colibacille, qu'on différencie ensuite parce que ce dernier rougit le milieu lactosé-tournesolé. On achève le diagnostic par la recherche de l'agglutination.

La dothiénentérie peut évoluer sans melæna ; mais si les ulcérations sont profondes et si un vaisseau a été sectionné à l'emporte-pièce comme le montrent les autopsies, dans ces cas alors les matières prennent l'aspect d'une masse de poix ou de goudron : rarement il sort du sang rouge. On sait que souvent ces hémorragies s'accompagnent de phénomènes syncopaux et d'abaissement thermique. Une hémorragie abondante doit faire encore plus redouter la perforation.

Les selles dysentériques. — Dans la forme typique de la dysenterie les selles revêtent les caractères bien décrits par Trousseau : « Au début, dit-il, sans cause appréciable les individus sont pris de diarrhée; au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures les garde-robes deviennent dysentériques. Elles contiennent des mucosités glaireuses d'un blanc jaunâtre, ressemblant à un mélange du blanc et du jaune d'un œuf mal cuit, ou bien ce sont des glaires transparentes mêlées de filets de sang, ou bien encore elles ont alors un aspect qui rappelle celui des crachats péripneumoniques. Avec les matières glaireuses, spumeuses, les garde-robes contiennent aussi du sang pur, des fausses membranes courtes, peu épaisses, ressemblant assez bien à du riz crevé, et quand elles sont plus épaisses et plus longues, constituant ce que les malades vous diront être de la râclure de boyaux. Ces matières sont rendues en quantité peu considérable à chaque effort de défécation, mais comme les malades ont jusqu'à deux cents selles dans le courant de la journée et de la nuit, il en résulte que la masse totale des garde-robes peut s'élever à deux, trois, quatre et six litres. Chose remarquable et tout à fait caractéristique, ajoute Trousseau, au milieu de ces garde-robes vous verrez des matières fécales en petites masses, mais moulées, plus ou moins dures, quelques-unes même marronnées. Vers le huitième ou le quatorzième jour les garde-robes, d'une fétidité horrible, ne contiennent presque plus de mucus ; elles sont constituées par un liquide séreux, rougeâtre, au milieu duquel nagent comme des débris de chair réduite en bouillie. Cette *lavure de chair*, pour me servir de l'expression de Stoll, indique la gangrène de l'intestin. Alors aussi et déjà avant ce moment les matières renferment du pus. »

(1) Voir pour plus amples détails R. Gaultier. *Précis de coprologie clinique.*

Ces selles si caractéristiques sont rendues avec des épreintes continuelles, un ténesme intense, des coliques, et au milieu de ces vives douleurs le malade ne rend qu'une cuillerée à café de matières ou même moins.

Dans les formes graves, mortelles, les matières sont constituées par un liquide foncé, comme une boue noire et fétide contenant des lambeaux gangrénés. Quelquefois c'est une purée verdâtre avec des grumeaux noirs.

A côté de ces faits classiques, il y a des formes insidieuses, tel le cas dont nous avons déjà parlé, observé par M. Letulle (1), et où les phénomènes furent si peu nets qu'on crut jusqu'à l'autopsie à un cancer de l'intestin. Dans ce cas les selles étaient des glaires liquides, souvent séro-sanguinolentes; une fois il y eut beaucoup de sang pur, mais jamais on n'observa de débris de muqueuse intestinale, ni de lambeaux gangréneux, pouvant faire penser à la dysenterie.

Dans les cas difficiles l'examen bactériologique des selles peut rendre service. On y a trouvé diverses espèces de parasites. Dans une dysenterie observée chez des soldats revenant de Cochinchine, Normand avait trouvé un nématode, l'*anguillule stercorale.* Les deux parasites le plus souvent mentionnés sont l'*amœba coli* et le *bacille de Chantemesse et Widal.* L'amibe demande à être cherché dans les selles fraîches; on l'y trouvera dans les grumeaux sous forme d'une masse protoplasmique avec un noyau, un nucléole, des vacuoles, des granulations et souvent des pseudopodes. Chantemesse et Widal ont observé un bacille dans les selles et à l'autopsie dans l'intestin. Court, peu mobile, prenant mal les couleurs, se cultivant rapidement à la température ordinaire sur les milieux usuels, il donne des résultats nets par l'inoculation dans l'intestin des animaux. Ce bacille, étudié par Shiga, Vaillard et Dopter, semble bien l'agent pathogène de la dysenterie des pays tempérés, tandis que l'amibe serait le parasite de la dysenterie des pays chauds.

M. Roger a trouvé, dans certains cas, un bacille voisin du colibacille, remarquable par son pouvoir pathogène; dans d'autres un gros bacille ressemblant un peu à la bactéridie charbonneuse ; dans ces derniers cas l'évolution a été bénigne.

Quoiqu'il en soit, l'examen des selles devra surtout être fait dans les cinq à six premiers jours, et lors de poussées aiguës. Il devra porter sur des selles fraîches ; sinon on ne trouverait que le colibacille. Dopter a signalé un caractère important des bacilles pathogènes de la dysenterie, leur agglutination par le sérum du malade ou d'autres dysentériques. On obtiendra des cultures du bacille en lavant à l'eau salée physiologique un flocon glaireux et ensemençant quelques gouttes du lavage sur agar lactosé tournesolé.

Les selles tuberculeuses. — Un tuberculeux peut

(1) Letulle. Dysenterie sporadique, *Presse méd.*, déc. 1897.

avoir de la diarrhée sans qu'il ait pour cela des ulcérations de l'intestin, mais celles-ci sont très probables quand la diarrhée est tenace, rebelle aux moyens ordinaires, et surtout quand les selles renferment des lambeaux de muqueuse reconnaissables au microscope, ou quand elles se produisent sous forme d'une bouillie noirâtre. Cette diarrhée noire et fétide est un indice certain d'ulcérations. Au microscope les selles renferment des aliments non digérés, des cellules de pus, des globules sanguins, du mucus, des cristaux de Charcot-Leyden; la proportion d'eau est augmentée, les graisses sont plus ou moins dédoublées, l'azote total est très augmenté (R. Gaultier). Mais ce qui est capital, c'est la recherche du bacille. Girode l'a trouvé au centre des grumeaux jaunâtres; Rosenblatt (1) a conseillé, pour faciliter la recherche, de constiper le malade par de la teinture d'opium et de le chercher dans le muco-pus qui tapisse les matières. De Nabias (2) a préconisé le procédé suivant : on délaie les matières en forte quantité avec de l'alcool à 40 degrés ou encore plus concentré si les matières sont très liquides. On ajoute une couche d'éther, on remue un instant, on laisse reposer. L'éther surnageant entraîne les bacilles qui forment un voile; il est facile alors d'y colorer les microbes tuberculeux par les procédés ordinaires. Mais il importe de remarquer que la seule présence du bacille dans les matières n'implique pas l'existence d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin. Ces bacilles peuvent venir de crachats déglutis, et Anglade et Chocreaux (3) chez des tuberculeux qui crachaient, porteurs ou non d'ulcérations intestinales, ont souvent trouvé le bacille de Koch.

Les selles des ulcérations syphilitiques. — MM. Fournier et Lereboullet (4) ont observé un syphilitique tertiaire chez qui survint assez brusquement une hémorragie intestinale profuse, se reproduisant à quelques jours d'abord, puis à quelques semaines d'intervalle; puis à l'hémorragie succéda une diarrhée avec épreintes douloureuses. Malgré tous les traitements tentés la diarrhée muco-sanguinolente persista avec ténesme. Un traitement antisyphilitique par injections d'huile grise donna les meilleurs résultats; la guérison se compléta par une cure à Uriage. Ces diarrhées, sujettes à récidive, ont été, dans des faits observés par M. Fournier, toujours enrayées par le traitement mercuriel. Chez l'adulte comme chez l'enfant, la liqueur de van Swieten donne d'excellents résultats. Le toucher rectal devra être fait pour s'assurer qu'il n'y a pas de syphilome ano-rectal. Enfin bien des cas de melæna de cause obscure chez le nouveau-né relèvent de la syphilis et sont justiciables du traitement.

Les selles des cancers intestinaux. — L'ulcération des cancers est marquée par la diarrhée qui survient sous forme de débâcle et fait suite à la constipation qui traduisait auparavant la sténose. Ces selles sont muco-purulentes, sanguinolentes; rarement il y a du melæna vrai. Le microscope peut déceler des particules cancéreuses, fait rare mais d'un intérêt capital pour le diagnostic. Quant au siège du cancer la sigmoïdoscopie permet de reconnaître l'origine haute d'une entérorragie.

L'ulcération appendiculaire. — En raison du siège de l'appendice qui est comme en dehors du courant des matières qui parcourent l'intestin, la diarrhée, que nous avons vu le phénomène le plus constant et souvent le seul indice des ulcérations fait ici le plus souvent défaut. Il est vraisemblable que si elle existe elle tient plus à la typhlite qu'à l'appendicite. L'ulcération appendiculaire reste latente jusqu'au moment où apparaissent des signes de réaction péritonéale locale ou généralisée. La constipation, la douleur, la tuméfaction sont en effet des signes péritonéaux. Le plus souvent il se fait un abcès enkysté, et quelquefois on a vu dans des selles très fétides s'éliminer des fragments d'appendice nécrosé.

L'ulcère duodénal. — Comme l'ulcère stomacal, l'ulcus du duodénum peut rester latent jusqu'à la péritonite par perforation. Ailleurs il donne lieu à des douleurs vers le siège du pylore, survenant assez tardivement après le repas, et à du melæna qui peut être foudroyant. Ce melæna peut s'accompagner d'hématémèse par reflux du sang dans l'estomac. Il peut d'ailleurs y avoir coexistence d'ulcère stomacal.

Conséquences des ulcérations intestinales. — En pleine période évolutive les ulcérations intestinales donnent lieu à deux espèces d'accidents graves. La première et la plus fréquente, c'est la *perforation* avec péritonite consécutive; nous avons vu que certaines ulcérations y sont particulièrement sujettes, telles les ulcérations typhiques, et celles de l'appendicite. La dysenterie est moins souvent perforante; dans la tuberculose l'épaississement péritonéal préserve aussi le plus souvent de cet accident.

L'autre accident est le départ d'*embolies microbiennes* partant du foyer ulcéreux et allant au cœur, au poumon et surtout au foie. On sait les relations entre les ulcérations dysentériques de l'intestin et les abcès du foie.

Enfin les ulcérations peuvent laisser des reliquats qui deviennent à leur tour l'origine d'accidents. Ce sont des *rétrécissements*; très rares dans la fièvre typhoïde ils sont fréquents dans la dysenterie et la tuberculose. L'ulcère du duodénum peut aussi en provoquer.

IV

Traitement. — Favoriser la « natura medicatrix » dans son processus de réparation, à cela se borne l'œuvre du médecin. Pour cela il faut éviter toute alimentation solide susceptible de léser un intestin déjà malade; le lait, des potages au lait, constitueront la base de l'alimentation; d'autre part on tâchera de désinfecter le contenu intestinal, cela par une alimentation aussi peu chargée que possible en microbes, telle que le lait bouilli, et par des lavements que l'on peut additionner d'un peu de borate de soude. En outre dans la fièvre typhoïde Chantemesse a eu de bons résultats avec la sérothérapie.

Dans la dysenterie le spécifique est l'ipéca, que

(1) Rosenblatt. *Centralbl. f. inn. Med.*, 1899, n° 29.
(2) De Nabias. Congrès de la tuberculose, 1906.
(3) Anglade et Chocreaux. Soc. de biol., 19 avril 1902.
(4) Fournier et Lereboullet. Acad. de méd., juillet 1900.

l'on donne soit en infusion, soit en potion (4 grammes d'ipéca dans les vingt-quatre heures). Enfin les travaux de MM. Vaillard et Dopter ont établi la valeur de la sérothérapie antidysentérique.

Pour ce qui est de la tuberculose il faut d'abord comme moyen prophylactique bannir absolument la consommation de lait non bouilli, dont les travaux récents démontrent la nocivité. Il n'y a pas de traitement spécifique; les antidiarrhéiques ordinaires, surtout l'opium, sont usités; Hayem a recommandé l'acide lactique, Debove le talc à hautes doses.

Les ulcérations appendiculaires pourront être souvent évitées en écartant de l'alimentation toutes les causes d'infection par le trichocéphale, c'est-à-dire en ne mangeant pas de légumes crus sans les avoir au moins passés dans l'eau bouillante et en ne buvant que de l'eau bouillie (Metchnikoff). On évitera la perforation en s'abstenant de toute purgation violente, et en donnant au moindre symptôme menaçant de l'opium et mettant de la glace sur le ventre. Aujourd'hui on s'abstient autant que possible d'intervenir dans les poussées aiguës; on a bien plus de chances de succès en intervenant à froid.

On est le plus souvent réduit dans le cancer à un traitement palliatif et symptomatique; si la tumeur est limitée, il y a lieu d'intervenir chirurgicalement.

Quant à l'ulcère simple du duodénum, son traitement est en tout semblable à celui de l'ulcère de l'estomac.

Lorsque l'ulcération provoque des hémorragies on maintient le malade confiné au lit, en lui faisant ingérer du lait glacé et des boissons froides; on met de la glace sur le ventre, et au besoin on recourra aux injections d'ergotine et aux lavements de sérum gélatiné, dont l'efficacité est douteuse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1907)

Tumeurs inflammatoires abdominales. — A propos de l'intéressante communication de M. Lejars sur ce sujet, M. Potherat rapporte deux faits personnels : comme dans la plupart des faits qui ont été présentés il s'agit, dans ces deux cas, de tumeurs inflammatoires prises pour des tumeurs malignes. Le premier fait a trait à un homme âgé qui portait dans le ventre une tumeur présentant tous les caractères d'une tumeur maligne. L'opération a montré qu'il s'agissait d'une tumeur inflammatoire. Dans le second cas, il s'agit d'une jeune femme qui avait présenté des accidents de salpingite. Quelque temps après, le 28 juillet 1906, elle est amenée à l'hôpital dans un état très grave et avec tous les signes d'une occlusion intestinale. Son état était si grave, que M. Potherat se borna à établir un anus contre nature. Après cette opération, l'état de la malade s'améliora et comme elle portait dans le ventre une tumeur qu'on prit pour un néoplasme de l'anse oméga, M. Potherat fit, le 8 décembre 1906, une laparotomie. Il s'agissait d'une masse inflammatoire englobant une ancienne salpingo-ovarite. Cette masse fut enlevée non sans peine et la malade guérit. L'anus artificiel fut fermé le 20 mars 1907.

M. Routier fait observer que ces tumeurs juxta ou péri-intestinales sont assez rares. Dans sa pratique déjà longue il n'en a rencontré qu'un très petit nombre de cas. Dans le premier cas qu'il lui a été donné d'observer, il s'agissait d'une jeune fille qui fut opérée par Terrillon. Elle portait une volumineuse tumeur à gauche de l'ombilic. M. Terrillon fit une laparotomie médiane et tomba sur une énorme tumeur que recouvrait le côlon. Croyant avoir affaire à un sarcome, Terrillon referma le ventre. Quelque temps après, cette tumeur avait presque complètement disparu et la malade sortit de l'hôpital parfaitement guérie. Il ne s'agissait donc pas, dans ce cas, d'une tumeur maligne. Dans le second, il s'agissait d'une femme atteinte d'une hernie ombilicale volumineuse. En voulant faire la cure radicale de cette hernie, M. Routier rencontra derrière le côlon une tumeur dure dans le méso-côlon et complètement recouverte d'intestin. Il réduisit le tout et la malade a guéri ayant vu sa tumeur disparaître peu à peu.

Chez deux malades opérées pour des pyosalpinx chez lesquelles les pédicules furent liés avec de grosses soies plates, survint ultérieurement une grosse tumeur ganglionnaire, dure. M. Routier pensa à une adénite secondaire. Il y avait aussi une tumeur du col de l'utérus. MM. Routier et Tillaux qui virent une de ces malades pensèrent à une tumeur cancéreuse. M. Routier enleva la tumeur de l'aine. C'était un ganglion avec abcès central. Chez l'autre malade, il s'agissait d'une tumeur inflammatoire volumineuse du flanc droit.

M. Routier communique un autre fait analogue. En résumé, il s'agit, dans ces cas, de tumeurs inflammatoires dont le diagnostic est possible, en ce sens qu'elles forment une masse unique tandis que le cancer est généralement bosselé, irrégulier.

En terminant, M. Routier fait observer, avec juste raison, que cette variété de tumeurs peut expliquer bien des guérisons de soi-disant cancers par les sérums.

Goitre. Exothyropexie. — M. Faure fait un rapport sur une observation de M. Jacob (du Val-de-Grâce). Il s'agit d'un homme de vingt-quatre ans, atteint d'un goitre compliqué de troubles graves surtout du côté de la respiration. M. Jacob fit l'incision de Kocher pour pratiquer la thyroïdectomie.

Il n'y avait pas de lobes. Il pénétra dans la cavité thyroïdienne, fit une thyroïdectomie partielle et ne put aller plus loin, étant arrivé sur le paquet vasculo-nerveux. Il fit alors une exothyropexie. Le malade guérit. Dans ces cas, l'opération idéale est l'énucléation intra-glandulaire, mais elle n'est pas toujours possible comme cela eut lieu dans le cas de M. Jacob. Alors l'exothyropexie est une ressource précieuse.

Traitement des hydarthroses. — M. Rochard fait une intéressante communication sur le traitement des hydarthroses du genou par la ponction et la mobilisation immédiate. Nous y reviendrons.

M. Berger appuie les conclusions formulées par M. Rochard sur l'efficacité de ce traitement.

Gastro-entérostomie. — M. Delbet a fait, sur le chien, une série d'expériences d'où il conclut à l'insuffisance de la nouvelle bouche dans les cas où le pylore reste libre. On n'obtient donc pas le repos physiologique de l'organe qui est le but de ces bouches gastro-intestinales.

Traitement des tumeurs blanches par la méthode sclérogène. — M. Walther présente une malade qui était atteinte d'une tumeur blanche grave de l'articulation du genou et qui a été et est restée guérie après plusieurs injections sclérogènes et après deux mois d'extension continue.

Incisions cachées. — M. Morestin présente une jeune femme chez laquelle il a fait une cure radicale de hernie à l'aide d'une incision sur le mont de Vénus dont il ne reste, paraît-il, aucune trace.

Rétrécissements de l'œsophage. — M. Guisez communique cinq observations de rétrécissements œsophagiens guéris par la dilatation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

HOPITAUX DE BONE. — Un concours pour un emploi de médecin suppléant à l'hôpital civil de Bône sera ouvert en février 1908.

Pour être admis à prendre part à ce concours, les candidats devront justifier : 1° qu'ils sont Français, jouissant de leurs droits ; 2° qu'ils sont docteurs en médecine d'une Faculté française ; 3° qu'ils ont deux ans d'exercice comme docteur en médecine, soit en France, en Algérie ou dans les colonies françaises.

Les candidats devront déposer à la préfecture du département de leur domicile, avant le 1er janvier 1908, en même temps que leur demande, les pièces suivantes : 1° leur acte de naissance dûment légalisé ; 2° leur diplôme de docteur en médecine ; 3° un certificat de bonne vie et mœurs ayant moins d'un an de date ; 4° les justifications de leurs titres ou travaux scientifiques et les services publics qu'ils auraient précédemment rendus.

La liste des candidats est arrêtée définitivement par le Gouverneur général. Les candidats agréés seront informés, en temps utile, du moment précis des épreuves et du lieu où ils devront les subir.

CONGRÈS DES PRATICIENS. — Sous-Commission de l'enseignement. — *Réunion du 23 novembre.* — M. Reymond, sur une question de M. Motais, montre qu'il a été impossible de faire connaître à la sous-commission le sens des délibérations de la Commission ministérielle, les membres de celle-ci s'étant engagés au cours d'une séance à garder le secret.

Après discussion, il est convenu que la sous-commission de l'enseignement sera réunie dès que le rapport de la Commission ministérielle sera connu.

M. Le Fur communique une étude sur la question de l'autonomie au point de vue financier.

Il résulte de cette étude que dans la plupart des écoles de province, sinon toutes, une partie des fonds va à l'Etat, auquel l'enseignement médical rapporte, au lieu de coûter. M. Le Fur déclare cette situation inacceptable.

Dans les Facultés de médecine, autre situation. Elles peuvent coûter à l'Etat, mais une partie, parfois considérable, des fonds dont elles disposent va au budget commun des Universités.

L'étude de la question sera poursuivie dans une prochaine séance.

M. Le Fur donne des renseignements sur le mouvement en faveur de l'autonomie des Facultés et Ecoles. Un grand nombre de journaux en ont déjà parlé, les Sociétés d'arrondissement en sont saisies, il en a été question au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences.

M. Leredde a déjà reçu un certain nombre de lettres émanant de présidents ou secrétaires de syndicats de province, relatives à l'autonomie. Toutes sauf une sont jusqu'ici favorables.

M. Heckel lit un travail sur la Faculté de médecine de Marseille. Il insiste sur les énormes ressources dont l'Ecole actuelle dispose au point de vue de l'enseignement clinique, et déclare que la formation d'une Faculté à Marseille est une question d'intérêt national, en raison de l'influence qu'elle devrait exercer dans le bassin de la Méditerranée.

M. Motais ne comprend pas l'existence d'écoles de plein exercice. Il faut ou qu'elles soient ramenées à l'état d'écoles préparatoires ou qu'elles soient transformées en Facultés.

La question sera reprise à la prochaine séance.

M. Reymond rappelle que la sous-commission a décidé de faire une demande auprès de la cinquième commission du Conseil municipal, pour lui faire connaître les vœux du Congrès des praticiens et le sens du mouvement d'opinion qui s'est produit. Ses idées sur l'enseignement clinique, sur le rôle actif et utile des élèves dans les services, seront certainement accueillies avec faveur au Conseil.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-neuuième semaine, 934 décès, au lieu de 908 pendant la semaine précédente et de 957, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

La rougeole et la scarlatine ont causé peu de décés, mais les malades qui en sont atteints sont toujours nombreux.

La fièvre typhoïde a causé 2 décès au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 32 au lieu de 36 pendant la semaine précédente (moyenne 43).

La variole n'a causé aucun décès depuis huit semaines (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 8, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 13).

La coqueluche a causé 3 décès ; la diphtérie, 3 décès.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 146 décès, au lieu de 138 la semaine précédente.

La phtisie pulmonaire a causé 199 décès.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 16 AU 21 DÉCEMBRE 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Jeudi 19 décembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Desgrez et Macaigne.

1er (oral), *Salle Corvisart* : MM. de Lapersonne, Launois et Cunéo.

2e, *Salle Vulpian* (1re série) : MM. Prenant, Langlois et Maillard ; — *Salle Velpeau* (2e série) : MM. Gley, Mulon et Nicloux.

3e (1re partie, oral), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Pozzi, Thiéry et Brindeau ; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Bar, Retterer et Marion ; — (2e partie), *Salle Broussais* : MM. Dieulafoy, Rénon et Janselme.

4e, *Salle Charcot* (1re série) : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard ; — *Salle Béclard* (2e série) : MM. G. Ballet, Fernand Bezançon et Richaud ; — M. Carnot, suppléant.

Vendredi 20 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Pierre Duval et Ombredanne ; — (2e série) : MM. Reclus, Proust et Lecène ; — M. Gosset, suppléant.

Samedi 24 décembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Alb. Robin et Fernand Bezançon ; — (2e série) : MM. Hutinel, Rénon et Nobécourt ; — (3e série) : MM. Chantemesse, Jeanselme et Castaigne ; — M. Launois, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Demelin et Jeannin ; — M. Aug. Broca, suppléant.

THÈSES

Jeudi 19 janvier 1907, à une heure. — M. Michaut. Considérations sur le traitement des brûlures et en particulier sur le traitement préventif de leurs cicatrices vicieuses par l'emploi du pyroléol. (MM. Berger, président ; Albarran, Morestin et Lenormant.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 144. — MARDI 17 DÉCEMBRE 1907. 80e ANNÉE. MARDI 17 DÉCEMBRE 1907. — N° 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le concours s'est ouvert aujourd'hui lundi 16 décembre.

Questions données : « Configuration extérieure et rapport du corps thyroïde. — Signes, diagnostic et traitement de la gangrène pulmonaire. »

Questions restées dans l'urne : « La prostate. — Complications articulaires de la blennorragie. » — « Triangle de Scarpa. — Formes cliniques de l'urémie. »

— Concours pour une place de médecin-adjoint du service des aliénés. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. Vurpas.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Montpellier. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Maillet, Delmas, Guignot, Sappet et Roques, internes titulaires; MM. Clap, Peyron, Desmons, Lisbonne, Mas et Teissier, internes provisoires.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — Le ministre de l'Instruction publique vient de décider la réouverture de la Faculté de médecine à partir du 17 décembre.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — M. Braillon est nommé professeur de clinique médicale.

— Nantes. — M. Viaud est institué, après concours, suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale.

— M. le docteur Castagnary est nommé après concours, chef de clinique médicale.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le *Journal officiel* du 15 décembre publie le règlement des concours pour le poste de médecin en chef des asiles de la Seine, à l'exclusion du poste de directeur-médecin des colonies d'aliénés, dont les titulaires continueront à être nommés comme par le passé.

Par mesure transitoire, un poste sur deux sera réservé au fur et à mesure des vacances dans les asiles de la Seine, aux directeurs-médecins des colonies d'aliénés actuellement en fonctions.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle ont lieu les mutations suivantes :

Médecins principaux de première classe. — MM. Pauzat, affecté à l'hôpit. milit. Saint-Martin (provis.) et détaché à la 7e direction du ministère de la Guerre; Polin, nommé adjoint au directeur du service de santé au ministère de la Guerre.

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Béchard, nommé médecin-chef de l'hôpit. milit. de Belfort; Sudour, médecin-chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Nîmes; Jarry, passe à l'hôp. milit. du Dey, à Alger.

Médecin-major de première classe. — M. Dupard, nommé médecin-chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Limoges.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Cadet, passe au 48e d'inf.; Rougier, au 126e d'inf.; Beaujean, au 35e d'inf.; Binet, affecté à la 7e direction du ministère de la Guerre; Rubenthaler, passe à la place et laboratoire de bactériologie de Châlons-sur-Marne; Paloque, aux hôpit. de Constantine.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Piétremont, passe au 9e drag.; Van Merris, au 15e d'art.; Cenet, au 3e d'art.; Beau, au 160e d'inf.; Vallat, au 13e d'inf.; Maisonneuve, au 16e d'inf.; Capdevielle, au 60e d'inf.; Jousselin, à l'Ecole milit. préparat. de cavalerie d'Autin; Perrin, à la Compagnie saharienne de Colomb; Paon, au 7e hussards; Séverac, à l'Ecole milit. d'inf. de Saint-Maixent; Salzes, au 11e chass. à cheval; Gobinot, au 9e drag.; Billet, au 26e bat. de chass. à pied; Seigneurin, au 26e d'inf.; Martinet, au 10e d'inf.; Pérot, à la Compagnie saharienne de la Soura-Beni-Abbès.

RÉUNION MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX DE BORDEAUX. — Dans sa dernière réunion du jeudi 12 décembre, la réunion médico-chirurgicale a renouvelé son bureau pour 1908. Ont été élus : président, M. Courtin; vice-président, M. Billot; secrétaire, M. J. Carles.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX. — Maladies des enfants. — M. le docteur Lesage, médecin de l'hôpital Hérold, fera tous les vendredis, à deux heures de l'après-midi, à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, à partir du 10 janvier 1908, un cours sur *Le nourrisson, sa vie, ses maladies.*

HOPITAUX D'AMIENS. — MM. les docteurs Victor Pauchet et Blondel, assistant de la clinique des voies urinaires, commenceront le premier lundi de mars 1908, à dix heures, un cours d'urologie pratique qui sera continué les lundis suivants. Examen clinique des malades.

TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE

Associée à des symptômes basedowiformes et à un rétrécissement mitral.

CRISE SURVENUE AU COURS D'UN ÉRYSIPÈLE DE LA F CE

Par M. J. CRESPIN,
Professeur suppléant à l'École de médecine d'Alger.

Les relations du goitre exophtalmique avec la tachycardie paroxystique ont déjà frappé certains cliniciens qui feraient de celle-ci une forme fruste de celui-là. L'observation suivante est un exemple de crises tachycardiques chez une basedowienne incomplète, associées en outre à un rétrécissement mitral apparent seulement au moment de la crise de tachycardie. Les diverses particularités de cette observation, en raison des réflexions d'ordre pathogénique qu'elles suscitent, me paraissent dignes d'intérêt.

Observation. — Mlle A.R..., âgée de quarante ans, employée dans un magasin de teinturerie, entre dans mon service de contagieux pour un érysipèle de la face le 24 avril 1907. Malade depuis trois jours, elle présente une fièvre modérée (37°9 à l'entrée), et l'on compte 84 pulsations radiales. L'affection suivait son cours normalement, quand le 25, lendemain de l'entrée, vers quatre heures de l'après-midi, la malade se plaignit d'une constriction thoracique angoissante, en même temps qu'elle était en proie à une vive agitation. Assise sur le lit, elle respirait lentement, bruyamment, mais il n'y avait pas de polypnée, le nombre des respirations n'excédant pas 15 à la minute. Le cœur battait violemment, et la malade cherchait à comprimer les battements, en comprimant avec la main la région précordiale. La face était rouge, vultueuse. Le pouls était très faible à la radiale, incomptable, mais les pulsations radiales et cardiaques dépassaient 160 à la minute. Les vaisseaux du cou, artères et veines, participaient à l'agitation du cœur.

Après quelques inhalations d'éther, et une injection de sulfate de spartéine (0g05), la crise se calma graduellement, mais à 8 heures du soir, il y avait encore 132 pulsations, alors que toute sensation d'angoisse avait disparu. Pendant la crise la température oscilla entre 39 degrés et 39°6.

Le lendemain (26 au matin), on comptait 104 pulsations, avec une température de 38 degrés.

La nuit avait été relativement calme, et, en coïncidence avec la fin de la crise, il y avait eu un peu de diarrhée, alors que depuis l'invasion de l'érysipèle, la malade souffrait de constipation.

L'examen du cœur montra l'augmentation, en largeur surtout, de la matité cardiaque, un frémissement cataire diastolique perceptible à la palpation large, et à l'auscultation, un roulement présystolique susapexien, avec un petit souffle systolique doux le long du bord droit du sternum.

Le reflux jugulaire paraissait évident. Pression artérielle = 19. Il y avait en somme deux signes non équivoques de rétrécissement mitral pur, avec un léger degré d'insuffisance tricuspidienne, cette dernière pouvant expliquer l'augmentation du diamètre transversal du cœur (la pointe battait dans le sixième espace interscostal, à un centimètre en dehors du mamelon gauche).

Mais on ne trouvait pas trace d'asystolie dans les autres organes. Les poumons étaient normaux, comme le foie et la rate. Pas de battements hépatiques.

L'érysipèle continua sa marche normale. La température baissa graduellement, et, dès le 28, on ne percevait plus le souffle tricuspidien, ni les signes de rétrécissement mitral (frémissement cataire et roulement présystolique), tandis que la pointe du cœur battait en dedans du mamelon et dans le cinquième espace intercostal.

La pression artérielle était de 16 et se maintint à ce chiffre pendant toute la durée de l'érysipèle pour se relever à 17 et 18 au cours de la convalescence.

L'augmentation signalée dans le décours de la crise (19) ne s'était donc pas maintenue, et en pleine crise, il y avait certainement une hypotension marquée, bien qu'on ne l'ait pas mesurée. L'hypertension passagère, au moment où la crise se terminait, était peut-être précisément l'indice de la fin de cette crise.

Les urines analysées plusieurs fois dans le cours de la maladie ne révélèrent rien d'anormal, sauf la présence de 0g25 à 0g34 d'albumine dans les vingt-quatre heures, et cette faible quantité d'albumine disparut d'ailleurs complètement à partir du 1er mai, jour où il y eut une crise polyurique et qui marqua l'entrée en convalescence. La malade sortit guérie le 7 mai, et la desquamation érysipélateuse était terminée.

En dehors des troubles qui viennent d'être décrits, on a noté chez cette malade dès son entrée, dans le service, un exorbitisme double très marqué, et un tremblement généralisé, menu, très rapide, persistant au repos, nullement modifié par les mouvements intentionnels ou non, susceptible d'exacerbations particulièrement sous l'influence de l'émotion, mais ne cessant jamais.

Ce tremblement intéresse surtout les membres supérieurs et les doigts. Ceux-ci ne tremblent pas pour leur compte, mais participent aux oscillations générales du membre.

D'après les dires de la malade et de son entourage, la saillie des globes oculaires et le tremblement ont toujours existé, mais le tremblement paraît avoir augmenté d'intensité depuis quelques années. Il n'y a pas et il n'y a jamais eu d'hypertrophie thyroïdienne.

Bien portante habituellement, la malade fut toujours très nerveuse, souffrant de bouffées de chaleur à la face, d'oppression, de sueurs faciles, de douleurs vagues le long de la colonne vertébrale. Elle a toujours été mal réglée.

Il y a huit ans, en pleine santé, une crise analogue à celle décrite, avait été provoquée par la mort de son frère. Cette crise fut, paraît-il, très violente et mériterait le nom d'attaque composée de plusieurs crises successives qui ne cessèrent guère qu'au bout de cinq à six jours. Elle se rappelle que les médecins avaient insisté sur la fréquence du pouls pendant ces crises. Tout rentra d'ailleurs peu à peu dans l'ordre, et la santé fut parfaite, après quelques semaines de lassitude.

Il y a six ans et demi, seconde crise, n'ayant duré que quelques heures et provoquée par une contrariété minime.

Enfin, il y a trois ans et demi, à l'occasion de la mort de sa mère, crise violente, ayant persisté quarante-huit heures.

La crise actuelle serait donc la quatrième.

En ce qui concerne les antécédents familiaux, nous avons appris que la malade avait perdu sa mère de mort subite à l'âge de soixante-seize ans, que son père avait succombé à une affection qu'elle ignore, qu'elle a eu sept frères ou sœurs, dont trois morts en bas âge, et un frère mort à quarante-deux ans d'une affection ayant duré deux ans. Ce frère jouissait d'une bonne santé, mais présentait un léger tremblement des

mains avec une saillie marquée des globes oculaires. Elle a encore deux frères et une sœur, se portant bien, et n'ayant ni exorbitisme ni tremblement.

S'agit-il de deux névroses, évoluant indépendamment l'une de l'autre, le goitre exophtalmique, congénital, peut-être familial (1), d'une part, la tachycardie paroxystique dite essentielle, d'autre part? Certains auteurs ont tenté le rapprochement des deux névroses, témoin Gordon Hill dans la *Lancet* (1893) (2). D'autres (3) ont fait remarquer que la tachycardie de la maladie de Basedow n'était pas toujours permanente et se montrait chez quelques sujets par accès.

Pour Jacoby (4), la caractéristique de la tachycardie paroxystique essentielle est le contraste très marqué entre la faiblesse du pouls et la contraction énergique du cœur pendant l'accès. Ce serait le contraire qui prédominerait pendant les accès de tachycardie de la maladie de Basedow. M. Barie (5) a fait remarquer que, dans la tachycardie paroxystique, l'hypotension artérielle est beaucoup plus marquée que dans le goitre exophtalmique.

Sans doute, si l'on admet la définition de Bouveret qui en 1889 renferma les faits épars des auteurs dans le cadre d'une névrose spéciale, on devrait rejeter dans notre cas l'idée de la tachycardie paroxystique puisque, d'après cet auteur, il s'agit dans la névrose de crises intermittentes de tachycardie uniquement attribuables à une perturbation de l'innervation motrice du cœur, sans lésions appréciables de cet organe et de ses nerfs. Dans notre cas, en effet, il y avait une lésion de rétrécissement mitral, attestée au moment de la crise par le frémissement cataire et le roulement présystolique. Il est vrai qu'en dehors de la crise, il n'était pas possible de déceler le moindre signe de cette lésion.

Mais Tripier (6) n'a-t-il pas vu des cas de rétrécissement mitral où cette lésion n'était révélée à l'auscultation pendant la vie que par de la tachycardie? La thèse de Grellet (7) renferme des exemples de tachycardie paroxystique dans les affections valvulaires.

Un grand nombre d'auteurs considèrent la tachycardie paroxystique comme étant toujours symptomatique; mais alors que les uns pensent à des altérations valvulaires minimes et méconnues, d'autres (Mercklen) incriminent plutôt des altérations encore indéterminées du système nerveux intra ou extra cardiaque, d'autres enfin (Huchard) ont décrit des crises de tachycardie paroxystique dans l'artério-sclérose. P. Mercklen (8) mentionne le cas d'un de ses malades, artério-scléreux, qui eut une première crise de trente-six heures après une pneumonie grippale et une seconde analogue à l'occasion d'un érysipèle de la face après quatre ans de santé parfaite, ce dernier cas devant être rapproché du nôtre, Mlle R... ayant eu sa quatrième crise au cours d'un érysipèle de la face. Roger (1) parle aussi d'un malade qui avait eu à deux reprises une crise de tachycardie à l'occasion d'une fatigue ou d'un embarras gastrique et entra dans son service où il eut une troisième crise à l'occasion d'un érysipèle de la face.

En ce qui concerne l'assimilation des crises de tachycardie aux attaques d'asystolie survenant dans l'évolution des lésions valvulaires, il faut remarquer, que, dans cette dernière circonstance la tachycardie est généralement arythmique avec dyspnée, tandis que dans la névrose, les battements du cœur restent réguliers et la dyspnée manque. C'est ce qui arriva dans notre cas. Après plusieurs crises plus ou moins subintrantes, le tableau de l'asystolie vulgaire peut se dérouler, et si la crise précédemment discutée n'avait cessé rapidement, nous aurions pu observer l'asystolie, menaçante déjà comme l'attestaient l'insuffisance tricuspidienne et la dilatation du cœur droit.

Aussi l'opinion de Mercklen qui fait remonter la crise de tachycardie paroxystique à une lésion du système nerveux du cœur, même au cours des altérations valvulaires, doit-elle être prise en considération.

La tachycardie paroxystique peut s'observer en somme dans beaucoup d'affections, dans l'hystérie, dans la neurasthénie, dans l'épilepsie. MM. Teissier, Lecorché et Talamon, etc., tendent à considérer la crise de tachycardie paroxystique comme un équivalent de l'attaque comitiale. L'alcoolisme peut aussi donner lieu à des crises de tachycardie paroxystique [Triboulet (2)].

Dans certains états de l'organisme, notamment dans le cours de la ménopause, des crises de tachycardie peuvent s'observer au même titre que beaucoup d'autres symptômes basedowiformes, qui ont été mis en relief dans ces derniers temps. S'agit-il d'une dystrophie thyroïdienne ou d'une dystrophie ovarienne retentissant sur le corps thyroïde [Dalché (3)]? Peu importe. Le fait est patent, et notre observation vient montrer que dans un goitre exophtalmique plus ou moins fruste, il peut y avoir des crises de tachycardie ressemblant absolument aux crises de la tachycardie névrose décrite par Bouveret et d'autres auteurs. C'était l'opinion de Boix, que nous avons rappelé plus haut. C'est aussi l'opinion de Vaquez (4). Par contre, dans la même séance de la Société des hôpitaux, Mercklen s'efforçait de distinguer la tachycardie paroxystique de la tachycardie basedowienne. « Elle est due, disait-il, à une névrose familiale, comme l'a montré Faisans.

(1) M. Dubreuil-Chambardel (*Prov. méd.*, 25 mai 1907) relate des cas de goitre exophtalmique familial.

(2) Sainton, in Brouardel. — Gilbert, t. X, p. 637.

(3) Boix, in Bouchard, t. X, p. 570.

(4) Jacoby. *New-York med. Journ*, 1893.

(5) Barié. *Revue de méd.*, 1883.

(6) Tripier, in *Pathologie générale* de Bouchard, p. 190.

(7) Grellet. De la tachycardie paroxystique dans les affections valvulaires, Paris 1899.

(8) P. Mercklen, in Brouardel-Gilbert, t. VI, p. 18 et 19.

(1) Roger. *Maladies infectieuses*, p. 913.

(2) Triboulet. *Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 3 avril 1903.

(3) Dalché. *Id.*, 15 novembre 1901.

(4) Vaquez. *Id.*, 23 mai 1902.

Les cardiopathies valvulaires en favoriseraient l'apparition. La coïncidence entre la tachycardie paroxystique et les affections valvulaires se retrouve à peu près dans le cinquième des cas. »

Donc entre les partisans de la tachycardie paroxystique névrose distincte, il y a des divergences, puisque Bouveret ne fait pas rentrer dans cette névrose les cas avec cardiopathies, tandis que Mercklen admet au contraire que les altérations valvulaires prédisposent aux crises de tachycardie paroxystique.

Ces discussions prouvent que la réalité de la névrose en question est très suspecte, et qu'il y a peut-être lieu de reviser les cas décrits comme tels.

Sous une influence spéciale (émotion, maladie infectieuse), chez un malade dont la glande thyroïde fonctionne mal, l'hyperthyroïdie peut s'accuser tout d'un coup par une violente crise de tachycardie, plus violente encore s'il s'agit d'un malade atteint d'une lésion valvulaire, et dans ce dernier cas les battements du cœur atteindront une fréquence qu'ils n'atteignent pas dans le goitre exophtalmique. Donc, en présence d'un cas de tachycardie paroxystique qui paraît pur, il importera de rechercher : 1° les grands et petits signes de l'hyperthyroïdie, 2° les grands et petits signes des lésions valvulaires.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1907),

Effets de la lumière sur la vision. — M. Jules AMAR. Des observations faites par l'auteur, dans le Midi, en Italie et dans l'Afrique du Nord, il résulte que l'excès de lumière, en dehors des accidents pathologiques, met les yeux dans des conditions fâcheuses pour fonctionner normalement.

La mort subite des enfants par le thymus et dans l'anesthésie chloroformique (étude anatomique, physiologique et clinique). — M. R. ROBINSON. L'attention a été de nouveau attirée par certains cas de mort subite des nouveau-nés, et à la suite de l'anesthésie par le chloroforme. On a incriminé les parents dans le premier cas, la pureté du chloroforme dans l'autre. Des recherches cadavériques on a conclu que l'hyperplasie congénitale ou l'hypertrophie pathologique du thymus étaient la cause de ces morts inexpliquées.

Les expériences de M. Robinson lui permettent d'affirmer que la mort subite dans ce cas est le résultat de paralysie diaphragmatique (syncope respiratoire) suivi de la paralysie du pneumogastrique et de ses rameaux cardiaques (syncope cardiaque — chloroforme) par les anastomoses nervo-nerveuses incontestables. C'est une grande chaîne qui entoure la cloison thoraco-abdominale qui commande la vie et la mort de l'individu.

Autres communications :

De l'action des ichtyotoxines sur le système nerveux des animaux immunisés contre ces substances. Contribution à l'étude de l'immunité. — M. E. GLEY.

Sur la présence du phosphore dans la matière grasse des microbes. — M. E. ALILAIRE.

Sur la propriété trypanolytique du sérum dans le nagana expérimental. — MM. A. RODET et G. VALLET.

Pathogénie du glaucome. — M. A. TERSON.

PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1908, 1909, 1910, 1911 ET 1912

Prix annuels.

MÉDECINE ET CHIRURGIE

PRIX MONTYON (2 500 francs, mentions de 1 500). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes les plus utiles relatives à *l'art de guérir.*

PRIX BARBIER (2 000 francs). — A l'auteur d'une découverte précieuse dans les *Sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique*, et dans la *Botanique ayant rapport à l'art de guérir.*

PRIX BRÉANT (100 000 francs). — « A celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau. » (Voir pour les détails *C. r. de l'Acad. des sc.*, 1907, n° 23, p. 1081.)

PRIX GODARD (1 000 francs). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

PRIX LARREY (750 francs). — Au médecin ou chirurgien des armées de terre ou de mer, auteur du meilleur ouvrage présenté à l'Académie et traitant un sujet de médecine, de chirurgie ou d'hygiène militaire.

PRIX BELLION (1 400 francs). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes « surtout profitables à la santé de l'homme ou à l'amélioration de l'espèce humaine ».

PRIX MÈGE (10 000 francs). — Le docteur J.-B. Mège a légué à l'Académie « 10 000 francs à donner en prix à l'auteur qui aura continué et complété son « Essai » sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine, depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours ».

PHYSIOLOGIE

PRIX MONTYON (750 francs). — A un ouvrage de physiologie expérimentale, manuscrit ou imprimé.

PRIX PHILIPEAUX (900 francs). — Physiologie expérimentale.

PRIX LALLEMAND (1 800 francs). — Destiné à « récompenser ou encourager les travaux relatifs au système nerveux, dans la plus large acception des mots ».

Prix proposés pour 1908.

(Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 147, p. 1760).

Prix proposés pour 1909.

PRIX LONCHAMPT (4 000 francs). — Ce nouveau prix *annuel*, sera décerné pour la première fois, en 1909, à l'auteur du meilleur mémoire *sur les maladies de l'homme, des animaux et des plantes, au point de vue plus spécial de l'introduction des substances minérales en excès comme cause de ces maladies.*

PRIX PARKIN (3 400 francs). — Destiné à récompenser les recherches sur les effets curatifs du carbone sous ses diverses formes et plus particulièrement sous la forme gazeuse ou gaz acide carbonique, dans le choléra, les différentes formes de fièvre et autres maladies. (Le testateur stipule que les recherches devront être écrites en français, en allemand ou en italien, et que l'auteur du meilleur travail publiera ses recherches à ses propres frais et en présentera un exemplaire à l'Académie dans les trois mois qui suivront l'attribution du prix.)

PRIX POURAT (1000 francs). — *De l'origine des antiferments.*

PRIX LACAZE (10000 francs) [Biennal]. — A l'auteur français ou étranger du meilleur travail sur la physiologie. — Ne peut être partagé.

Prix proposés pour 1910.

PRIX LECONTE (50 000 francs) [Triennal]. — Aux auteurs de découvertes nouvelles et capitales en mathématiques, physique, chimie, histoire naturelle, sciences médicales. — Ne peut être partagé.

PRIX DUSGATE (2 500 francs). — Au meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

PRIX POURAT (1 000 francs). — *Action qu'exercent les*

rayons X et les rayons du radium sur le développement et la nutrition des cellules vivantes.

Prix Martin-Damourette (1 400 francs) [Biennal]. — A l'auteur d'un ouvrage de physiologie thérapeutique.

Prix Serres (7500 francs). — Au meilleur ouvrage sur l'embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine.

Prix proposés pour 1911.

Prix Chaussier (10000 francs). — Décerné à l'auteur du meilleur ouvrage soit sur la médecine légale, soit sur la médecine pratique, qui aura paru dans les quatre années qui auront précédé le jugement de l'Académie.

Prix Jean Reynaud (10000 francs). — Décerné « à une œuvre originale, élevée et ayant un caractère d'invention et de nouveauté » ou « à quelque grande infortune scientifique, littéraire ou artistique ». — Ne peut être partagé.

Prix proposé pour 1912.

Prix Parkin (3400 francs). — Sur les effets de l'action volcanique dans la production de maladies épidémiques dans le monde animal et le monde végétal, et dans celle des ouragans et des perturbations atmosphériques anormales.

Prix généraux (annuels).

Prix Trémont (1 100 francs). — Destiné à aider dans ses travaux tout savant, ingénieur, artiste ou mécanicien, auquel une assistance sera nécessaire pour atteindre un but utile et glorieux pour la France.

Prix Lannelongue (2000 francs). — Donné au choix de l'Académie et sur la proposition de la Commission administrative à une ou deux personnes au plus, dans l'infortune, appartenant elles-mêmes, ou par leur mariage, ou par leurs père et mère au monde scientifique, et de préférence au milieu scientifique médical.

Prix Saintour (3000 francs). — Décerné dans l'intérêt des sciences.

Conditions communes à tous les concours.

Les pièces manuscrites ou imprimées destinées aux différents concours doivent être adressées au secrétariat de l'Institut avec une lettre constatant l'envoi et indiquant le concours pour lequel elles sont présentées.

L'anonymat qui était obligatoire pour certains concours est devenu maintenant *facultatif.*

Les ouvrages imprimés doivent être en double exemplaire.

Une analyse succincte doit indiquer la partie du travail où se trouve exprimée la découverte sur laquelle est attirée l'attention de l'Académie.

Les ouvrages et manuscrits ne sont pas rendus, les auteurs ont la liberté d'en faire prendre copie au secrétariat.

Nul ouvrage ne peut être présenté la même année à deux concours de l'Institut.

La clôture de tous les concours a lieu le 31 décembre de l'année qui précède celle où le concours doit être jugé.

Nul n'est autorisé à prendre le titre de lauréat de l'Académie s'il n'a été jugé digne de recevoir un prix. Les personnes qui ont obtenu des récompenses, des encouragements ou des mentions n'ont pas droit à ce titre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 13 décembre 1907)

Anémie grave chez une brightique azotémique. Formule sanguine d'apparence aplastique; moelle osseuse en activité; hématies granuleuses avec résistance globulaire normale. — MM. F. Widal, P. Abrami et M. Brulé rapportent l'observation d'une anémie grave terminée par la mort. Elle était apparue chez une brightique, ancienne chlorotique, qui lorsqu'elle fut observée était en plein état d'azotémie avec torpeur sans avoir jamais présenté trace d'œdème. Son sérum contenait la quantité considérable de 4g49 d'urée par litre; il renfermait en plus la quantité élevée de 91g43 d'albumine qui témoignaient que la dilution sanguine ne devait pas être en cause. L'anémie était très marquée; le chiffre des globules rouges était toujours au-dessous d'un million. La formule avait l'apparence aplastique; l'examen le plus attentif n'avait permis de reconnaître aucun élément myéloïde : ni myélocytes, ni hématies nucléées. Le chiffre des globules blancs était de 31000; la formule leucocytaire était normale; la valeur globulaire était au-dessus de l'unité; il y avait anisocytose, polychromatophilie intense et nombreuses granulations basophiles.

Depuis que MM. Chauffard et Fiessinger ont montré que dans l'anémie, au cours des ictères hémolytiques, on trouvait des hématies granuleuses en même temps que de la fragilité globulaire, il est intéressant de rechercher dans les divers états anémiques les rapports de ces deux phénomènes.

Dans le cas de M. Widal, malgré la présence d'hématies granuleuses, la résistance était normale, aussi bien avec le sang total qu'avec les hématies déplasmatisées.

Cette dissociation peut s'observer en expérimentation comme en clinique. La simple anémie provoquée par de larges saignées chez le lapin ou chez le chien, tout comme celle provoquée par la simple injection hémolysante d'eau dans les veines entraîne l'apparition dans le sang d'hématies granuleuses sans qu'il y ait encore diminution de la résistance globulaire. Les hématies granuleuses ne s'observent pas seulement dans les anémies intenses, on peut expérimentalement les voir apparaître au cours d'anémies peu marquées.

En produisant chez le chien un ictère hémolytique par injection d'une forte dose de toluylène-diamine, M. Widal a vu la fragilité globulaire intervenir en même temps que l'ictère et précéder l'apparition des hématies granuleuses. Dans les ictères hémolytiques la fragilité globulaire doit donc entretenir l'état anémique qui entraîne lui-même la formation d'hématies granuleuses.

On ne trouvait pas d'autre étiologie que le mal de Brigh arrivé à la période azotémique pour expliquer l'anémie du malade de M. Widal. L'existence d'une anémie allant jusqu'à revêtir le masque de l'anémie pernicieuse, au cours des néphrites est rarement observée. Il existe cependant un certain nombre d'observations indiscutables dues à Grawitz et Ewing, et à Marcel Labbé et Lortat-Jacob. Dans une observation de ces derniers auteurs il n'existait que très peu d'hématies nucléées dans le sang, et la moelle osseuse fémorale n'était en rénovation que dans son extrémité supérieure.

Le cas de MM. Widal, Abrami et Brulé tire une partie de son intérêt de ce fait, que malgré l'apparence aplastique de la formule sanguine, la moelle osseuse fémorale était rouge et en reviviscence dans toute son étendue. De l'absence absolue d'hématies nucléées et de myélocytes dans le sang, on ne peut donc conclure à l'aplasie de la moelle.

Un cas mortel de pustule maligne. — MM. Griffon et Feuillié communiquent les résultats de l'étude bactériologique et anatomo-pathologique d'un cas mortel de charbon de la face. Par la culture, on put déceler la bactéridie charbonneuse dans le sang et sur les coupes des organes; on constata l'existence d'une infection streptococcique du foie, de la rate et des ganglions du cou.

M. Martin insiste sur la gravité de ces infections associées dans le charbon.

Du diagnostic des kystes dermoïdes du médiastin antérieur. — MM. L. Rénon et Arthur Delille présentent un

énorme kyste du médiastin antérieur. Signes particuliers de l'évolution clinique : la dyspnée se montre ou s'aggrave à la puberté, évolution longue sans altération de l'état général, peu de signes de compression vasculaire ou nerveuse, pas de déformation du thorax.

Symbiose porto-sus-hépatique et ictère. — M. Géraudel. Dans le foie, il existe une systématisation des cellules hépatiques suivant deux zones bien différentes, fonctionnant synergiquement et constituant une véritable symbiose porto-sus-hépatique. La zone porte fonctionne suivant le type endocrine, la zone sus-hépatique suivant le type exocrine. La sécrétion biliaire se fait en deux temps, les pigments étant fabriqués et obversés dans le sang intra-hépatique par la zone porte, puis repris et évacués dans les voies biliaires par la zone sus-hépatique. Elle reste normale tant que persiste l'équilibre fonctionnel des deux zones. L'ictère traduit la rupture de cet équilibre.

Infection colibacillaire et autres associations microbiennes dans la fièvre typhoïde. — M. H. Vincent a fait connaître en 1893, dans un travail présenté à l'Académie de médecine, la présence possible du colibacille dans la rate des typhiques pendant la vie ou après la mort. Les faits signalés précédemment par MM. Sacquépée et Lemoine viennent donc confirmer les constatations. Dans tous cas le bacille a été retrouvé une fois dans vingt autopsies ; la rate était ponctionnée peu d'heures après la mort.

Dans d'autres cas les ensemencements lui ont donné soit le streptocoque, soit le staphylocoque, chez un homme présentant des symptômes septicémiques (frissons violents et irréguliers dès le début, température désordonnée et inverse, hallucinations, délire) en même temps que des taches rosées et de la mégalosplénie, le sang renfermait, outre le bacille d'Eberth, le staphylocoque et le proteus vulgaris.

Un autre malade avait dans le sang, indépendamment du bacille typhique, un bacille visqueux d'une virulence extrême pour le lapin, le cobaye et le rat blanc qu'il tuait en six à neuf heures.

Paralysie diphtérique généralisée progressive traitée par des injections répétées de sérum antidiphtérique (540 centimètres cubes). Guérison. — MM. Sicard et Barbé. Chez un adulte atteint, après angine diphtérique, de paralysie grave généralisée aux quatre membres et à tendance progressive bulbaire, la sédation des troubles paralytiques ne fut obtenue que par un traitement sérothérapique intensif à la dose quotidienne de 20 centimètres cubes durant vingt-sept jours consécutifs.

Dans un autre cas à manifestations cliniques analogues, la sérothérapie à des doses moindres — trois injections de 20 centimètres cubes, chacune d'elles pratiquée à une semaine d'intervalle — fut au contraire impuissante à arrêter l'évolution mortelle.

Ces observations rapprochées de celles de M. Comby montrent qu'il y a tout intérêt à soumettre certains paralytiques diphtériques à un traitement sérothérapique sévère. MM. Sicard et Barbé ont observé dans leur cas aucun accident d'anaphylaxie, aucune réaction locale ou générale, malgré le pouvoir précipitant très net du sérum du malade vis-à-vis du sérum antidiphtérique.

L'éosinophilie hydatique. Sa genèse, son évolution, ses rapports avec la toxicité hydatique. — MM. A. Chauffard et L. Boidin ont constaté dans le liquide d'un kyste hydatique opéré par M. Faure un nombre considérable d'éosinophiles qui présentaient les caractères particuliers donnés par M. Dominici comme démontrant l'origine locale des éosinophiles aux dépens des lymphocytes. Ces éosinophiles spéciaux ont été trouvés par MM. Widal et Faure-Beaulieu dans le liquide pleural et le sang d'un malade atteint de pleurésie à grande éosinophilie, puis par MM. Griffon et Abrami dans les bulles du pemphigus, Mosny et Harvier dans le liquide céphalo-rachidien. Cette conception de Dominici n'a pas encore été appliquée à la genèse des éosinophiles dans la maladie hydatique. Ceux-ci se forment dans le tissu périkystique sous l'influence des poisons qui diffusent à travers la membrane et peuvent essaimer secondairement dans le sang. Ils ont vraisemblablement un role antitoxique et s'opposent à la diffusion des poisons; cependant à la longue l'organisme tout entier est imprégné, sensibilisé en état d'anaphylaxie. Cette notion est la seule pour le moment capable d'expliquer les accidents subits, parfois mortels, qui se montrent à la suite de l'irruption dans une zone non protégée par l'éosinophilie locale de quelques gouttes seulement de liquide pourtant bien peu toxique pour les animaux. Cet état anaphylactique disparaît pendant la narcose générale par l'éther (Besredka) ce qui permet encore d'expliquer l'absence d'accidents à la suite de la rupture fortuite opératoire du kyste sous le chloroforme. La genèse locale des éosinophiles permet d'ailleurs d'expliquer encore un point fort curieux de l'évolution de l'éosinophilie sanguine après l'intervention. Dans le cas opéré par M. Faure les auteurs ont vu l'éosinophilie à 38 p. 100 avant l'intervention, tomber à 1 p. 100 cinq heures après elle et se maintenir à ce chiffre dans la suite. Cette disparition subite et définitive est la règle dans les kystes complètement évacués; la disparition lente indique que l'évacuation est insuffisante ; la persistance de l'éosinophilie, la reproduction secondaire doivent faire penser soit à l'existence d'un kyste passé inaperçu, soit à une récidive ou au développement d'échinococcose secondaire. L'examen du sang ne doit donc pas seulement servir au diagnostic de la maladie à reconnaître, mais encore au pronostic de la maladie traitée.

Carcinose généralisée; cancers des doigts simulant des troubles trophiques. — MM. E. de Massary et Pierre Weil rapportent l'observation d'un homme dont tous les symptômes étaient ceux d'une scléro-tuberculose des deux sommets avec poussée granulique récente dans le reste des poumons; par trois fois l'ophtalmo-réaction confirma ce diagnostic. De plus, cet homme présenta des lésions aux extrémités des doigts, prises en raison même de leur symétrie pour des troubles trophiques ; elles se caractérisaient d'abord par une ecchymose sous-unguéale avec battements des capillaires et des artères collatérales des doigts, puis par une déformation en baguette de tambour de la phalangette; enfin sur un doigt par une prolifération bourgeonnante considérable.

En réalité, il s'agissait d'une carcinose généralisée à point de départ rénal sans aucune trace de tuberculose; les lésions digitales étaient des noyaux cancéreux secondaires.

Recherches sur la présence du spirochæte pallida dans le système nerveux de l'homme au cours de la syphilis acquise et héréditaire. — MM. P. Ravaut et A. Ponselle ont trouvé le spirochæte pallida dans le noyau des cellules épendymaires de la moelle et dans les cellules névrogliques péri-épendymaires dans 3 cas de syphilis héréditaire et 2 cas de syphilis acquise. Dans un de ces cas, le malade

avait contracté la syphilis deux ans auparavant et les spirochètes étaient encore très nets et très nombreux.

Chez 3 malades atteints de syphilis acquise, chez 5 malades hérédo-syphilitiques, chez un singe syphilitique, les recherches ont été négatives; il en a été de même chez 9 malades non syphilitiques.

Chez 3 syphilitiques présentant des spirochètes au niveau de l'épendyme, ils ont constaté une grosse lymphocytose du liquide.

Ils font remarquer que l'épendyme et la névroglie si étroitement unies, par leur origine commune (ectoderme), le sont encore par leur mode de réaction vis-à-vis de la syphilis.

Leurs recherches permettent de supposer que l'hydrocéphalie des enfants atteints de syphilis héréditaire et la céphalée de l'adulte sont dus à cette épendymite.

Ils montrent le rapport qu'il faut établir entre la syphilis et les lésions nerveuses de certaines maladies à trypanosomes (dourine, maladie du sommeil), au cours desquelles le canal épendymaire et la névroglie sont constamment et précocement altérés.

Aphasie motrice et sensorielle par double ramollissement frontal et temporal. — MM. Laignel-Lavastine et Jean Troisier présentent le cerveau d'une hémiplégique spasmodique droite avec aphasie, suite d'ictus survenu six mois avant la mort.

L'aphasie motrice était telle que la malade n'avait à sa disposition que le monosyllabe « oui ! oui ! » qu'elle nuançait d'intonations différentes selon l'émotion ou le désir qu'elle voulait exprimer. Elle exécutait les ordres parlés simples, mais elle se fatiguait vite. Elle ne savait ni lire ni écrire.

A l'autopsie, on voit à la face externe de l'hémisphère gauche deux foyers de ramollissement atteignant la corticalité au niveau du pied de la frontale ascendante et du tiers moyen des première et deuxième temporales.

Une coupe horizontale passant par le pied de F^3 montre un foyer de ramollissement détruisant la substance grise et la substance blanche de la frontale ascendante, gagnant considérablement en profondeur et émergeant un prolongement dans la substance blanche du corps de F^3 et du deuxième foyer de ramollissement détruisant la partie moyenne des deux premières temporales et la substance blanche de l'isthme temporo-pariétal et du tiers postérieur de l'insula.

Pour les classiques, le ramollissement de la frontale ascendante prolongé dans le pied de F^3, centre de Broca, explique l'aphasie motrice, et le ramollissement de la partie moyenne de T^1 explique la surdité verbale et pour Pierre Marie le ramollissement antérieur situé dans la zone lenticulaire explique l'anarthrie et le ramollissement postérieur situé dans la zone de Wernicke explique l'aphasie vraie de Pierre Marie.

Ce cas, qui rentre dans le schéma classique, rentre donc aussi dans la formule de Pierre Marie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1907)

Recherches expérimentales sur la toxicité des tabacs dits dénicotinisés. — MM. G. Guillain et A. Gy. Pour éviter les troubles organiques et fonctionnels créés par l'intoxication tabagique, on a préconisé l'usage de tabacs dits désintoxiqués, M. Lesieur concluait récemment que la dénicotinisation rend le tabac incapable chez le lapin de produire des convulsions, des paralysies, de l'athérome. Les auteurs ont d'abord déterminé, dans une série d'expériences, la toxicité comparée des macérations à 20 p. 100 datant de vingt-quatre heures, des tabacs nicotinisés et dénicotinisés et constaté qu'il faut injecter par voie intra-veineuse une quantité plus grande de macérations de tabacs dénicotinisés pour amener la mort rapide du lapin.

Les injections intra-veineuses à doses non mortelles de macérations ou de dissolutions aqueuses de fumée de tabacs dénicotinisés déterminent chez le lapin des crises épileptiformes suivies de paralysies transitoires des quatre membres ou du train postérieur, et d'une grande asthénie. De plus les animaux maigrissent.

L'ingestion de macérations ou de dissolutions aqueuses de fumée chez le lapin amène l'amaigrissement et la mort de l'animal en quelques jours.

Par les autres méthodes, on détermine aussi des troubles avec les tabacs dénicotinisés.

De leurs expériences, les auteurs concluent que la toxicité des tabacs dits dénicotinisés, est un peu moindre que celle des tabacs habituels, mais expérimentalement, ils ne sauraient admettre avec M. Lesieur que leur toxicité soit nulle. Pas plus avec ces tabacs qu'avec aucun autre et par aucune méthode, les auteurs n'ont créé chez les animaux l'athérome expérimental, mais d'autres lésions viscérales.

Hématoblastes des ovipares. — MM. Achard et Aynaud. On a décrit sous le nom d'hématoblastes, chez les ovipares, des éléments volumineux allongés, pourvus de noyaux et fort différents, quant à leur forme, leurs dimensions et leur structure, des hématoblastes des mammifères. Or, en examinant le sang ou le plasma des ovipares, préservé du contact des tissus et du verre, nous y avons trouvé des éléments tout à fait comparables aux hématoblastes des mammifères et très différents des soi-disant hématoblastes des ovipares. Ils sont petits, arrondis, réfringents, incolores. Ils s'agglutinent aisément, comme ceux des mammifères et paraissent encore plus fragiles.

Nous en avons trouvé aussi d'analogues chez quelques invertébrés.

De la teneur en albuminoïdes du sérum sanguin. — M. A. Javal. L'hypoalbuminose du sérum sanguin a été signalée par MM. Gilbert et Chiray, d'une part, chez des cirrhotiques ascitiques, et par M. Grenet, d'autre part, chez des malades atteints d'insuffisance hépatique. Cette hypoalbuminose n'est pas spécifique des maladies du foie; l'auteur l'a observée trois fois dans des cas où l'insuffisance hépatique ne pouvait être incriminée.

La teneur en albuminoïdes du sérum sanguin est anormale plus souvent par excès que par défaut. Sur 39 analyses, l'auteur a trouvé 23 fois de l'hyperalbuminose, et cela chez des malades atteints des affections les plus diverses. Il l'a même observée chez deux cirrhotiques.

Recherches sur la genèse des hématies granuleuses. — MM. A. Chauffard et N. Fiessinger étudient l'origine et la genèse des hématies granuleuses, dont ils ont signalé l'abondance dans le sang de certains ictères hémolytiques congénitaux. Ces hématies granuleuses apparaissent dans le sang de lapins, chez lesquels on a provoqué une forte hémolyse par le sérum d'anguille.

Il est facile sur les frottis de moelle osseuse colorée au Pappenheim et provenant de ces animaux, de découvrir en grande abondance les hématies granuleuses bien plus abon-

dantes que dans le sang. *On peut suivre l'évolution progressive d'une hématie nucléée granuleuse à l'hématie granuleuse. Les hématies granuleuses prennent donc naissance dans la moelle osseuse*; ce sont des éléments atypiques et pathologiques de régénération sanguine.

L'hématie granuleuse, dans les ictères hémolytiques, n'est donc qu'un compagnon de l'hémolyse, un témoignage *indirect* de la destruction globulaire, mais, par cela seul, elle mérite de prendre dans l'examen pathogénique et clinique des ictères une importance prépondérante.

Relations entre le régime lacté et l'indicanurie. — MM. H. Labbé et G. Vitry ont recherché si le régime lacté intégral était capable de faire disparaître l'indicanurie, comme certains auteurs l'ont prétendu. Chez une dizaine de sujets qu'ils ont soumis au régime lacté absolu pendant une durée de quatre à quinze jours, ils ont toujours constaté la présence de quantités dosables d'indican dans l'urine.

Diminution de l'amylase urinaire par l'absorption d'eau thermale bicarbonatée sodique forte. — Pour M. Pariset, sous l'influence de l'absorption d'eau de Vichy à des doses quotidiennes variant de 400 à 1000 grammes, le pouvoir amylolytique de l'urine diminue, en même temps que le sucre, lorsque l'urine en contient. Le pouvoir amylolytique des urines présentant une fixité relative, on peut supposer que sa recherche donnera dorénavant des résultats intéressants.

Influence des éléments composants de la bile sur la toxine tétanique. — M. H. Vincent a montré précédemment que la bile de l'homme et des animaux a des propriétés neutralisantes actives à l'égard de la toxine tétanique. Quels sont les principes qui communiquent à la bile ses propriétés antitoxiques? L'auteur a préparé des solutions de glycocholate de tauro-cholate de soude, de cholestérine, de lécithine et d'oléo-margarate de soude aux taux indiqués par Ritter et par Hoppe-Seyler, dans leurs analyses chimiques de la bile, et a mélangé chacune de ces substances à une quantité de toxine tétanique égale à vingt doses mortelles.

Chacun de ces éléments a manifesté des propriétés antitoxiques et neutralisé la toxine en deux heures, à la température ordinaire, en trente minutes à 38 degrés. En augmentant la dose de toxine et diminuant celle des principes biliaires, l'auteur a constaté que la *cholestérine* et surtout les *savons biliaires* sont plus antitoxiques que les autres substances.

L'oxydose biliaire de Dastre participe aussi aux propriétés antitoxiques de la bile, car de la bile fraîche est plus antitoxique que lorsqu'elle a été chauffée ou lorsqu'elle est ancienne.

Numération directe des éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien, limites physiologiques de la lymphocytose. — Pour MM. Nageotte et Lévi-Valensi, 1° le nombre des lymphocytoses dans le liquide céphalo-rachidien normal est notablement plus considérable qu'on ne le croit à l'heure actuelle; il varie le plus souvent entre un demi et un centimètre et demi par millimètre cube; 2° au-dessous de trois éléments par millimètre cube, on ne peut pas conclure à un état pathologique; au-dessus de trois, la réaction méningée est certaine; 3° dans certaines affections qui se caractérisent habituellement par une lymphocytose moyenne ou forte, les éléments du liquide céphalo-rachidien peuvent parfois descendre à un chiffre voisin de la limite normale; 4° il existe peut-être des éléments anatomiques des méninges qui provoquent une diminution du nombre d'éléments contenus dans le liquide céphalo-rachidien.

De la septicémie observée chez les lapins soumis au régime carné. — MM. Garnier et L.-G. Simon ont trouvé quatre fois une infection sanguine chez dix lapins soumis au régime carné exclusif. Parmi les microbes rencontrés, un seul, un coccus, était facultativement aérobie, les autres étaient des bacilles strictement anaérobies. Ces bacilles appartiennent à deux types : l'un est sinueux, incurvé, d'aspect polymorphis, l'autre est un court bâtonnet trapu ; tous deux donnent une gélose sucrée profonde de colonies irrégulières, transparentes, sans gaz, n'ayant que de légères différences d'un type à l'autre. Ces microbes paraissent venir de la cavité intestinale dont la muqueuse présente de fines altérations histologiques ; il ne s'agit pas d'une infection digestive à proprement parler puisqu'on ne retrouve pas de microbes dans le sang de la veine-porte chez les animaux sacrifiés après un ou deux repas de viande; il ne s'agit pas non plus d'une infection agonique puisque les animaux vivaient souvent plusieurs jours après le moment où la septicémie avait été constatée. Ces faits moutrent qu'une irritation intestinale légère comme celle qui produit le régime carné chez les lapins y joint à un affaiblissement de l'organisme, suffit pour permettre l'infection du sang par les microbes de l'intestin.

Autres communications :

L'indicanurie du lapin. — MM. H. Labbé et Vitry.

Structure de l'épiderme de la vulve du cobaye normal. — M. Retterer.

Sur une réaction de la bilirubine. — MM. Bierry et A. Ranc.

Sur l'origine de l'indoxyle urinaire chez le lapin soumis au jeûne. — MM. Gautier et Hervieux.

Sur quelques modes de l'inoculation expérimentale. — M. Pinoy.

Sur l'élévation des ferments par la lécithine. — Mlle Kalaboukoff et M. Terraine.

Emploi de milieux bactériens stérilisés pour la culture des anaérobies. — M. Proca.

Sur la notion de globuline, et la classification des albuminoïdes d'après leur état colloïdal. — M. A. Mayer.

Le soufre en nature insoluble, colloïdal ou à l'état naissant en injections sous-cutanées et intra-veineuses. — M. Fleig.

Action de la fumée de tabac sur les phénomènes respiratoires et vaso-moteurs. — MM. Fleig et de Visme.

Quelques remarques sur l'interprétation de tracés plétysmographiques et les effets cardio-vasculaires de la fumée de tabac. — M. Pachon.

Adrénaline et purpurine. — M. Dubois.

Reproduction expérimentale des tuberculides humaines. — MM. Gougerot et Laroche.

Action des phosphates neutres de sodium et de potassium sur la coagulation du lait de vache par les présures végétales. — M. Gerber.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE LA MALADIE D'OPPENHEIM

Monsieur et cher confrère,

Au cours de l'article que vous avez bien voulu insérer dans la *Gazette des hôpitaux* (1907, n° 141, p. 1683), sur « Un cas d'atonie musculaire congénitale », je cite parmi les cas antérieurement publiés, l'observation d'un auteur anonyme parue dans la *Revue de médecine des enfants* en 1906. Or je viens de recevoir une lettre de M. Comby me disant que l'auteur anonyme n'est autre que lui-même et que l'observation en question constitue le premier cas de maladie d'Oppenheim vu et publié en France.

Je me hâte de vous signaler ce fait, rectifiant ainsi un petit point de l'historique de la maladie d'Oppenheim.

Recevez, Monsieur et cher confrère, l'assurance de ma parfaite considération. G. LECLERC.

PRATIQUE MÉDICALE

LE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE CHEZ L'HOMME PAR L'OPHTALMO-RÉACTION A LA TUBERCULIN-TEST DE L'INSTITUT PASTEUR DE LILLE.

La récente découverte de la réaction spécifique de la conjonctive oculaire à l'instillation de tuberculine, chez les sujets en puissance de tuberculose, est certes un événement en médecine clinique. Cette ophtalmo-réaction est, en effet, un moyen à la fois commode, sûr et anodin de diagnostic de toutes les variétés de tuberculose latente, y compris les tuberculoses chirurgicales, et cela à la période la plus précoce de l'affection, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, même chez les fébricitants. Elle est donc appelée à jouer un grand rôle dans toutes les branches de la médecine et de la chirurgie cliniques : en pratique hospitalière comme en clientèle de ville, en médecine militaire, dans toutes les spécialités : gynécologie, obstétrique, urologie, ophtalmologie, laryngologie, rhinologie, otologie, dermatologie, pédiatrie, neurologie, psychiatrie et en art vétérinaire.

L'ophtalmo-réaction, en tant que méthode d'exploration clinique, fut élaborée en France par Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille. Les observations de ce savant furent pleinement confirmées d'abord par toute une pléaide de cliniciens français (Comby, Dufour, Leroix, Bazy, Lépine, Marie, Mongour), puis en Allemagne (Citron, Eppenstein), en Belgique (Derscheid), en Suisse (Métraux) et en Italie (Calzolaji).

A l'heure présente l'ophtalmo-réaction à la tuberculine est employée couramment par les médecins français qui se servent, à cet effet, de la tuberculin-test préparée par l'Institut Pasteur de Lille.

Elle est délivrée en ampoules dont le mode d'emploi est des plus simples : enlever le capuchon en caoutchouc et casser la pointe effilée qu'il recouvre ; remettre en place le capuchon et tenir le tube horizontalement ; casser la grosse effilure du compte-gouttes à l'endroit indiqué par un trait de lime. Le compte-gouttes est prêt à servir. Il contient plusieurs gouttes de tuberculine. Laisser tomber une ou deux gouttes sur la conjonctive de l'un des yeux du sujet à éprouver, de préférence vers l'angle interne, en maintenant pendant un court instant les paupières écartées. La personne ainsi traitée n'éprouvera aucune gène ni douleur et pourra continuer de vaquer à ses occupations normales. Si elle n'est pas tuberculeuse, aucune réaction ne se produira. Si elle est atteinte de lésions tuberculeuses, même très bénignes et sans retentissement sur la santé générale, la conjonctive palpébrale inférieure et la caroncule de l'œil tuberculiné commencent à rougir dès la troisième heure. L'injection vasculaire s'accentue peu à peu et s'accompagne de larmoiement. Au bout de six heures, la caroncule se gonfle et l'œil se couvre d'un léger exsudat fibrineux qui se rassemble en filaments dans le cul-de-sac conjonctival inférieur.

La réaction maxima s'observe entre six et seize heures. Elle ne s'accompagne d'aucune élévation de température. Il ne se produit ni chémosis ni douleur, seulement un peu de gêne en rapport avec le larmoiement. Celui-ci disparaît et tout rentre dans l'ordre après quarante-huit heures à trois jours. Il est facile d'apprécier l'intensité de la réaction en examinant comparativement l'œil qui n'a pas reçu de Tuberculin-Test (1).

(1) *Journ. méd. de Bruxelles*, 17 oct.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Jahrbuch für Kinderheilkunde. — (Juin 1907.) KOB : Considérations cliniques sur douze cas de péricardite inflammatoire oblitérante comme phénomène participant aux graves affections du cœur chez l'enfant. — WERNSTEDT : Contribution à l'étude du pyloro-spasme chez le nourrisson ; considérations particulières sur son caractère congénital. — GUNDOBIER : Particularités de l'enfant. — BOGEN : Recherches expérimentales sur la sécrétion psychique du suc gastrique chez l'homme. — BARON : Deux cas de maladie d'Hirchsprung. — (Tome LXV, fascicule complémentaire.) ESCHERICH : Isolement et moyen d'éviter les contagions dans les hôpitaux d'enfants. — HAMBURGER : Résorption de l'albumine dans l'alimentation. — JEHLE : L'entérite à streptocoques et ses complications. — BENJAMIN et SLUKE : Le chlorome. Contribution à l'étude de la leucémie aiguë chez l'enfant. — HECHT : Recherches expérimentales et cliniques sur les hémorragies cutanées chez les enfants. — SCHICK : Séquelles de la scarlatine. — BIENEHFELD : Les leucocytes dans la maladie du sérum. — RACH : Un cas d'artério-sclérose chez une fillette de treize ans. — HECHT : Remarques sur l'action de la méthode hydriatique chez les enfants atteints de rougeole. — BENJAMIN et SLUKE : Leucémie dans le jeune âge. — (Juillet.) FINKELSTEIN : Sur l'intoxication alimentaire. — KERMANNER : Prospérité des enfants nourris au sein dans les Maternités et influence qu'exerce sur elle la fièvre des accouchées. — TOBLER : Atonie musculaire congénitale. — KŒPPE : Alimentation avec « la nourriture hollandaise des jeunes enfants ». — ROTHBERG : Influence des composants organiques de l'alimentation sur les échanges calciques des nourrissons élevés au biberon. — (Août.) CAMERER : La loi de l'énergie en physiologie humaine. — FEER : Influence de la consanguinité des parents sur les enfants. — OBERWARTH : Les dents d'Hutchinson. — BERNHARDT : Faiblesse musculaire congénitale. — (Ssptembre.) ALLARIA : Recherches sur la dissolution dans l'estomac des nourrissons. — LEHNDORFF : La masse graisseuse des joues des nourrissons. — W. BIRK : Sur les échanges de magnésie chez les nourrissons. — RASMUS : Un cas de troubles psychiques dans le jeune âge. — FUHRMANN : Sténose congénitale du pylore. — (Octobre.) HASSENKNOPF : Contribution à l'étude des porteurs de bacilles dans la diphtérie. — BRÜCKLER : Deux essais d'alimentation de la chèvre avec du lait de vache cuit et cru. — SCHMID : Résultats durables des traitements opératoire et « conservatif » dans la péritonite tuberculeuse de l'enfance. — SCHNEIDER : Les sarcomes médullaires du rein. — (Novembre.) MÜLLER : Echanges nutritifs chez l'enfant de trois à six ans. — EGIS et LANGOVOG : Sérum de Moser comme moyen de traitement dans la scarlatine. — MOLTSCHANOFF : Remarques sur le traitement de la scarlatine avec le sérum de Moser.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

POUDRE DE VIANDE
de TROUETTE-PERRET
La plus agréable à prendre
sans odeur ni saveur.
E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

TUBERCULOSE — ASTHME — ANÉMIE — CHLOROSE — DIABÈTE

ARRHENAL
CHIMIQUEMENT PUR
ADRIAN

GOUTTES	à 2 millig.	12 à 20 par jour
AMPOULES	à 50 —	1 à 2 —
COMPRIMÉS	à 25 —	1 à 3 —
GRANULES	à 1 centig.	2 à 6 —

9, Rue de la Perle, Paris.

Dermatologie — Gynécologie
THIOL
LIQUIDE ET POUDRE
Pour badigeonnages, pommades, pâtes. vernis, crêmes, emplâtres, glycérolés.
Antiprurigineux remarquablement bien toléré, inodore, se dissout facilement dans l'eau et n'abîme pas le linge.
Étudié par MM. LEREDDE, BUZZI, GARLOPEAU Th. de Paris, janv. 1898), SCHWIMMER, etc.
Éviter les contrefaçons.
Littérature et échantillons, **M. M. REINICKE,**
39, r. Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, Paris.

TOPIQUES CHAUMEL
GROS : FUMOUZE, 78, FAUBOURG St-DENIS, PARIS
DÉTAIL : CHAUMEL, 87, RUE LAFAYETTE, PARIS



DIMENSIONS RÉDUITES DE MOITIÉ
à la glycerine solidifiée

DRAGÉES au Lactate de Fer de GÉLIS & CONTÉ
Approuvées par l'Académie de Médecine
Le FER le PLUS ASSIMILABLE
Contre *ANÉMIE, CHLOROSE,* etc.
Dose : Cinq centigrammes par Dragée.
LABÉLONYE & Cie, 99, Rue d'Aboukir, PARIS

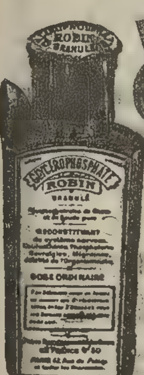
Capsules Dartois
0 gr. 05 véritable créosote de hêtre titrée en Gaïacol. 2 à 5 à chaque repas, contre :
Toux rebelles, Bronchites chroniques, Tuberculose
83, RUE DE RENNES, PARIS — 3 FR. LE FLACON

BORNYVAL
(Isovalérianate de Bornéol)
Sédatif de premier choix.
SANS AUCUNE ACTION SECONDAIRE DÉSAGRÉABLE
DOSE : une perle 3 ou 4 fois par jour, en boites d'origine de 25 perles.
Echantillons et notices gratuitement à la disposition de MM. les médecins.
SEVIN, phien, médaille d'or des hôpitaux de Paris, r. Meslay, 4, Paris.

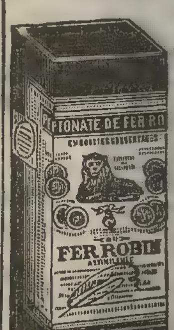
Plasma de Quinton
Eau de mer isotonique injectable captée au large de la côte des Landes
par les soins de
LA STATION BIOLOGIQUE D'ARCACHON
H. CARRION & Cie, 54, Faub. St-Honoré, Paris.

ELIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Dyspepsies, anorexies, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et Phies.

KÉPHIR SALIÈRES
Préparé par M. SALIÈRES, *Ingénieur-Agronome,* sur les indications de DUCLAUX (Dr Institut Pasteur).
Un seul numéro, nº 2, non caillebotté.
CONSERVATION PARFAITE
Le *"KÉPHIR SALIÈRES"* permet partout la cure de képhir, si efficace dans toutes les *Dyspepsies, Entérites, Diarrhées* rebelles aux moyens thérapeutiques ordinaires.
1f25 LE FLACON (forme canette à bière) 1 à 3 par jour.
GROS : ADRIAN & Cie, PARIS.
DÉTAIL : LANCOSME, 71, Av. d'Antin, PARIS.



GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN
(GLYCÉROPHOSPHATE de SOUDE et de CHAUX)
Le Seul Phosphate assimilable ne fatiguant pas l'Estomac
ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS
Infaillible contre : **Rachitisme, Faiblesse des Os, Croissance** chez les **Enfants, Allaitement, Grossesse, Neurasthénie, Surmenage intellectuel, etc.** Très agréable à prendre dans un peu d'eau ou de lait. — Pour les diabétiques se prépare sous forme de comprimés.
VENTE en GROS : PARIS, 13, Rue de Poissy, — DÉTAIL : *Principales Pharmacies.*



PEPTONATE de FER ROBIN
DÉCOUVERT PAR L'AUTEUR EN 1881.
ADMIS OFFICIELLEMENT dans les HOPITAUX de PARIS et par le MINISTÈRE des COLONIES.
Guérit : **ANÉMIE, CHLOROSE, DÉBILITÉ**
Ne fatigue pas l'Estomac, ne noircit pas les Dents, ne constipe jamais.
Ce FERRUGINEUX est ENTIÈREMENT ASSIMILABLE.
VENTE EN GROS : **Paris, 13, Rue de Poissy.**
DÉTAIL : PRINCIPALES PHARMACIES.

APPROBATION de l'ACADÉMIE de MÉDECINE — MÉDAILLE d'OR de la Socté de PHARMACIE
DIGITALINE de HOMOLLE & QUEVENNE
SOLUTION DE DIGITALINE Cristallisée AU MILLIÈME 1 millig. par 50 gouttes
GRANULES de DIGITALINE chloroformique à 1 MILLIGR. 1 à 3 par jour.
Phcie GENEVOIX, 14, Rue des Beaux-Arts, PARIS, ET TOUTES PHARMACIES.

N° 145. — JEUDI 19 DÉCEMBRE 1907. 80e ANNÉE. JEUDI 19 DÉCEMBRE 1907. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Anatomie. — Le jury se compose de MM. les docteurs Méry, Jousset, Mauclaire, Ombrédanne et Ribemont-Dessaignes.

Les séances auront lieu, à Beaujon, les lundis à cinq heures, les mercredis à cinq heures et demie, les vendredis à cinq heures.

Première séance vendredi 20 décembre, à cinq heures.

Ordre de lecture : Du n° 1 au n° 420, en suivant l'ordre de tirage au sort.

Pathologie. — Le jury se compose de MM. les docteurs Darier, Alexandre Renault, Courtois-Suffit, Broca et Lenormant.

Les séances auront lieu, à la Charité, les lundis, mercredis et samedis, à quatre heures et demie.

Première séance mercredi 18 décembre, à quatre heures et demie.

Ordre de lecture : Commencera au n° 211, se continuera jusqu'au n° 420, recommencera au n° 1 et se terminera au n° 210.

Ordre de lecture des copies. — 1. MM. Finot, Richet, Rousselot, Mlle d'Argent, MM. Gastaud, Swiécinski, Dournay, Cotillon, Odoul,

11. Gosselin, Ferry (Maurice), Boutet, Philippon, Desbouis, Pont, Patenostre, Maisons, Wilmet, Théry, Avezou,

21. Malterre, Petit (Jacques), Roy, Marie, Bernard, Jolivet, Guerrero, Delagenière, Palis, Chamard-Bois,

31. Perdroux, Block (Marcel), Croissant, Lemarignier, Lefèvre, Lévy (Georges-Alfred), Roux (Georges), Marquis (Paul), Prieur, Hue,

41. Gautier (Emile), Poisson, Blacque, Bourrouillou, Rouget, Mlle de Jong, MM. Godlewski, Dutheil, Mora, Fouquiau,

51. Rousseau (Emile), Delivet, Cruvost, Ghys, Toulant, Nicaud, Pimpaneau, Dubois (Robert), Philbert, Rolland,

61. Mlle Peltier, M. Bouhey, Mlle Hertz, MM. Velter, Bachy, Perrin, Fontorbe, Séguinot, Ferrand, Molard,

71. Fasson, Jacquet, Gougelet, Rabourdin (André), Séjournet, Ribo, Gendron, Besnard (Jean), Ausset, Sigwald,

81. Barthélemy, Phélip, Flandrin, Cheurlot, Mallet (Charles), Dragoesco, Weill, de Vaugiraud, Sourdel, Keuyer,

91. Dequidt, Bienvenue, Gazel, Magniel, Dardel, Thiel, Mlle Dechaux, MM. Lorne, Achard, Lehmann (Pierre),

101. D'Halluin, Fortin, Monnier (Paul), Moutet, Chichmanian, Rouyer, Ollé, Morellet, Lévy (Pierre-Paul), Rafinesque,

111. Samson, Loubeyre, Brémond, Gastaud, Miégeville, Bruslé, Stepowski, Gheorghiu, Alexandre (Paul), Renaud-Badet,

121. Fenard, de Cumont, Manne, Gauchery, Mouradieu, Clarac, Petit (Henri), Buizard, Cain, Petit (Charles),

131. De Beaufond, Gras, Beck, François (Paul), Gillot, Renault (Charles), Guignard, Potelet, Lenormand, Brocq,

141. Zaeppfel, Salin, Luzoir, May, Coustère, Voillemot, Villechaise, Lamoureux, Buquet, Legrand,

151. Postret, Haller, Bruslon, Angot, Pezon, Maréchal, Baumgartner, Durand (Louis), Giraud (Alban), Miriel,

161. Heimnetz, Beulan (Pierre), Segard, Latil, Gauduchau, Lasnier, Buc, Chabert, Bruneau, Fourrière,

171. Strauss, Denet, Gautier (Claude), Vilbort, Desvaux de Lyf, Béchade, Colombe, Roussel, Davesne, Fège,

181. Malarte, Guénot, Vignes, Weber, Liébault, Houlmann, Métivet, Lévy (Isaac), Vallery-Radot, Carrié,

191. Ménard, Levant, Le Roy des Barres, Boulland (Léon), Allard, Tison, Kœchlin, Mutel, Detré, Sédillot,

201. Chédeville, Morancé, Goret, Durveux, Patorvski, Vignal, Mlle Neveux, MM. Caillé, Carnot, Saint-Girons,

211. Léger, Piot, Maleplate, Douay, Chevallier (Paul), Weissenbach, Fricker, Bougeant, Paris, Bax,

221. Poirot-Delpech, Chatang, Chabbert (Paul), Vignéras, Pinchon, Cotoni, Sorrel, Corpechot, Huber, Bollack,

231. Collet, Bruel (Léon), Logre, Escallier, Bricout, Mornard, Fabre, Mignot, Aine, Chevallier (Pierre),

241. Pellot, Lorin, Jullien, Bobrie, Boulongue, Morant, Feil, Pernet, Bloch (André), Maillet,

251. Tanzi, Fouchet, Sidoun, Le Savoureux, Chauvet, Prigent, Zislin, Mlle Lévy, MM. Girou,

261. Gastinel, Lelièvre, Jacquemin, Fenestre, Verdoux, Magron, Pellissier (Paul), Leveuf, Balland, Doucet,

271. Pierret, Teisset, Girode, Lenormand, Guyonnaud, Mondor, Schneider, Dumont, Danton, Chatelin,

281. Netter, Binet du Jassonneix, Monod (Robert), Cottenot, Bertier, Petit (Paul), Dufour, Besnard (Jacques), Ferté, Lechevallier,

291. Sourdille, Mateias, Martingay, Prilat, Boivin, Ferry (Charles), Bith, Collin, Caudrelier, Lelongt,

301. Viel (Victor), Vosy, Dufourmentel, Lamy, Prost, Plesse, Legal-Lasalle, Alexandre (Pierre), Molina, Chibret,

311. Crétaux, Jean, Wilhelm, Malègue, Vernes, Verdun, Couput, Nadal, Lataillade, Baufle,

321. Rouèche, Libert, Dreyfus, Baron, Besnard (Gustave), Bénazet, Passot, Blechmann, Ageorges, Onfroy de Bréville,

331. Lévy (Georges), Amaudrut, Bénard (Louis), Trotain, Labourdette, Wunschendorff, Krebs, Garsaux, Miniot, Desnoues,

341. Mosqueron, Madre, Tixier, Mairesse, Regnard, Jumon, Bellin du Coteau, Delort, Rousseau (Fernand), Crozet,

351. Jaisson, Routier, Violle, Astruc, Roudinesco, Duranton, Josset-Moure, Vuillet, Miginiac, Boucaut,

361. Mlle de Pfeppel, MM. Lévy (Alfred), Bonnet, Bergeret, Genil-Perrin, Bel, Thibaut (David), Brac, Cassard, Théoharide,

371. Pélissier (André), Rousseau-Langewelt, Tzauck, Chamard, Aubry, Kindberg (Léon), Tissier, Camboulives, Pignot, Reilly,

381. Parent (Robert), Viel (Emile), Roullier, Faure-Beaulieu, Cuny, Erard, Sevestre, François (Maurice), Brisson, Michaut,

391. Bodineau, Moulonguet, Moriez, Hébrard, Chaperon, Guéniot, Perrier, Desplas, Cadoul, Pierrot,

401. Rosenwald, Gaillard, Lévy (Edmond), Dubois (Jean), Durand (Gustave), Brodin, Teyssier, Ramadier, Monnier (Henri), Meyer-Heine,

411. Madier, Giraud (Georges), Monin, Burguet, Lutembacker, Lafont (Paul), Bougot, Mornet, François (René), Lancrenon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Jusqu'à nouvel ordre, les guichets du secrétariat de la Faculté seront ouverts tous les jours, de neuf heures à midi, au lieu de neuf heures à trois heures.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LE HAVRE. — M. le docteur Laurent est nommé médecin titulaire, en remplacement de M. le docteur Caron, décédé.

MARINE. — Par décret du 15 décembre 1907, M. Belley, élève du service de santé, reçu docteur en médecine, a été nommé au grade de médecin de troisième classe dans le corps de santé de la marine.

LA TUNIQUE DES MÉDECINS MILITAIRES. — Le *Bulletin du service de santé militaire* de novembre, qui vient de paraître, publie la circulaire ministérielle récente qui fixe d'une façon définitive, nous l'espérons, la forme de la tunique attribuée aux médecins.

La tunique adoptée, en remplacement du dolman et de la vareuse, est de la forme générale de la tunique des officiers d'infanterie sans brides d'épaulettes.

Le col est en velours rouge. — Les parements droits sont en drap du fond, avec pattes de parement en velours rouge.

Dans la grande tenue, les épaules sont ornées de pattes d'épaules mobiles brodées en or, d'un modèle analogue à celui actuellement réglementaire pour les médecins.

Pour la tenue du jour et la tenue de campagne, les pattes seront remplacées par des pattes mobiles unies en drap du fond, de mêmes dimensions que la patte brodée et portant comme elle un petit bouton d'uniforme vers son extrémité supérieure.

Le bas des manches de la tunique de deuxième tenue des médecins sera fendu comme l'est actuellement la vareuse de deuxième tenue.

CONFÉRENCE PRIVÉE D'EXTERNAT. — MM. Doury et Deverre, internes des hôpitaux, commenceront au début de janvier 1008 une conférence privée d'externat.

S'adresser à la salle de garde de Tenon.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 23 AU 28 DÉCEMBRE 1907

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 23 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Brissaud, Legry et Sicard; — (2e série) : MM. Déjerine, André Jousset et Lœper; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 24 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Quénu, Morestin et Lenormant; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Rénon et Jeanselme; — M. Gouget, suppléant.

Jeudi 26 décembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Fernand Bezançon et Nicloux.

1er (oral) : MM. Quénu, Auvray et Morestin.

3e (1re partie, oral) : MM. Pozzi, Cunéo et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 27 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Nicolas et Lecène.

4e : MM. Pouchet, Déjerine et Macaigne; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chrurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Pierre Duval et Ombredanne; — (2e série) : MM. Segond, Gosset et Proust; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 28 décembre, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Demelin et Brindeau; — M. Langlois, suppléant.

THÈSES

Jeudi 26 janvier 1907, à une heure. — M. PRIOU. Sur l'anastomose des voies biliaires principales avec l'intestin. (MM. Berger, président; Albarran, Marion et Lenormant.) — M. LINÉ. Contribution à l'étude du pneumothorax chirurgical. (MM. Berger, président; Albarran, Marion et Lenormant.) — M. CLAEYS. La tumeur blanche du coude de l'enfant. (MM. Albarran, président; Berger, Marion et Lenormant.) — M. CHAMBRAY. Cataracte zonulaire. (MM. de Lapersonne, président; Thoinot, Bar et Jeannin.) — M. DOUCET-BON. De l'état antérieur dans les accidents du travail. (MM. Thoinot, président; de Lapersonne, Bar et Jeannin.) — M. DAUNAY. Remarques sur quelques-unes des modifications de l'urine chez les éclamptiques. (MM. Bar, président; de Lapersonne, Thoinot et Jeannin.)

Vendredi 27 janvier 1907, à une heure. — M. BOURDENNE. Accidents d'intolérance dans le traitement opothérapique du myxœdème. (MM. Brissaud, président; Gaucher, Roger et Sicard.) — M. MALLOIZEL. Recherches anatomo-cliniques sur les réactions pleuro-corticales. (MM. Gaucher, président; Brissaud, Roger et Sicard.) — Mlle FRISON. Recherches expérimentales sur l'anesthésie par le chloroforme. (MM. Roger, président; Brissaud, Gaucher et Sicard.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

POLYURIE ESSENTIELLE CHEZ L'ENFANT

Par MM. L. BABONNEIX,
Chef de clinique des maladies infantiles à la Faculté de médecine,
et ROUSTAN (de Creil).

La polyurie essentielle (1) n'est pas rare chez l'enfant. En 1878, Külz pouvait déjà en rassembler 35 cas; depuis cette époque, il ne s'est guère passé d'années qu'on n'en publie quelque exemple, si bien qu'au premier abord, il semble qu'il n'y ait plus rien à dire de nouveau sur une maladie aussi bien connue. Et cependant, dans l'histoire de la polyurie essentielle, bien des obscurités subsistent encore. Cette affection doit-elle être rapprochée du diabète sucré, dont elle ne représenterait, en quelque sorte, que la phase initiale? De ses deux manifestations principales, la polydipsie et la polyurie, laquelle conditionne l'autre? en d'autres termes, les malades boivent-ils beaucoup parce que leur sécrétion urinaire est très abondante, ou n'urinent-ils, au contraire, d'une façon excessive que parce qu'ils absorbent une quantité anormale de liquide? Et, si la polyurie est primitive, est-elle d'origine névropathique ou organique? quelle est son évolution? quel traitement convient-il de lui opposer? Autant de questions qui, à l'heure actuelle, n'ont pas encore reçu de solution définitive. Aussi nous a-t-il paru intéressant de rapporter un cas de polyurie essentielle que nous avons eu l'occasion d'étudier récemment et de le comparer, dans ses détails, aux observations recueillies par nos prédécesseurs.

OBSERVATION. — G..., onze ans.

Antécédents héréditaires. — Le grand-père paternel est mort d'accident; la grand'mère paternelle vit toujours; elle est très bien portante, et n'a jamais souffert que de légers maux de gorge, aux changements de saisons.

Le grand-père maternel est en excellente santé; il est âgé, aujourd'hui, de soixante-treize ans. La grand'mère maternelle présente quelques signes de rhumatisme chronique déformant, mais son état général est très satisfaisant.

Le père et la mère n'ont jamais été malades; ils ne présentent, en particulier, aucun signe de syphilis. La mère dit avoir éprouvé une grande peur un mois avant son accouchement.

Antécédents personnels. — Le petit malade est né à terme; il s'est développé sans accident jusqu'à l'âge de quatre ans. A ce moment, il nous a été amené pour de l'énurésis nocturne que nous avons traitée par différentes médications, et, finalement, par la circoncision. La polyurie n'a fait son apparition qu'un an après. Selon les parents, elle aurait débuté brusquement, *subitement même*, au milieu de la nuit. Les journées précédentes avaient été bonnes, et la santé de l'enfant n'avait rien présenté de particulier. Aucun événement important ne s'était passé qui ait pu frapper fortement son imagination et laisser à sa suite des troubles nerveux réflexes. Donc, en pleine nuit, notre petit malade réveille sa mère pour lui demander à boire. Depuis cette époque, la polydipsie a persisté jusqu'à aujourd'hui sans aucune modification. L'enfant boit dans sa nuit plus d'un litre de liquide; dans la journée, de 5 à 6 litres. Pendant que nous l'examinons, il regarde autour de lui avec anxiété, puis se décide à nous dire qu'il meurt de soif; nous lui faisons apporter une carafe et un verre; il remplit aussitôt le verre et le vide d'un seul coup. Dix minutes après, nouvelle rasade. Avant la fin de l'examen, la carafe est vide. La mère nous dit que la qualité du liquide n'intéresse que médiocrement l'enfant; il boit habituellement de l'eau pure ou de l'eau rougie, mais, à leur défaut, il absorbera n'importe quel liquide, pourvu qu'il se désaltère. Jamais on ne l'a surpris en train de boire de l'alcool.

Au début, il y a eu de l'incontinence nocturne d'urine qui a duré un an environ, et qui a complètement cessé aujourd'hui. Mais il persiste de la polyurie. Dans les vingt-quatre heures, le malade rend de 7 à 8 litres d'urines. La quantité d'urines émises dans la nuit oscille entre 2 et 3 litres. Ces urines sont pâles, transparentes, légèrement acides; *elles ne contiennent ni sucre, ni albumine*, comme l'ont montré des examens répétés; il n'y a pas non plus d'indicanurie.

Etat actuel. — L'enfant est bien développé; sa taille est à peu près normale, son embonpoint suffisant, sa mine florissante. Il ne se plaint que de la soif.

Le *système nerveux* est à peu près intact. Les fonctions motrices s'accomplissent normalement, la sensibilité à tous les modes est conservée, les réflexes tendineux sont vifs. L'intelligence paraît à peu près saine. En tout cas, il n'existe aucun signe de nervosisme, d'irritabilité ou d'hystérie : pas d'anesthésie conjonctivale, pas d'anesthésie pharyngée, pas de zones hystérogènes, pas de crises de nerfs.

L'*appareil digestif* fonctionne régulièrement. L'appétit est bon sans que l'on puisse, en aucune façon, parler de polyphagie. Il n'y a pas de gingivite. Les amygdales ne sont pas grosses; il n'existe aucun signe de végétations adénoïdes. L'estomac n'est ni dilaté, ni douloureux. La région appendiculaire ne présente rien de particulier. Il en est de même de la fosse iliaque gauche. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. Les selles sont normales. Il n'y a pas d'ictère. En somme, intégrité absolue des fonctions digestives.

L'*appareil respiratoire*, par contre, présente quelques anomalies. Au niveau de la région sous-claviculaire droite, il existe une élévation légère de la tonalité qui se retrouve, d'ailleurs, dans la fosse sus-épineuse et dans la zone interscapulo-vertébrale du même côté. Les vibrations vocales sont peut-être un peu augmentées. En tout cas, à l'auscultation de ces diverses zones, on perçoit une inspiration rude et soufflante. Le reste du poumon est sain.

Les fonctions *circulatoires* s'accomplissent normalement. Il n'y a pas, il n'y a jamais eu de fièvre. Le pouls bat à 80, il est régulier. Il n'existe aucun signe d'endo ni de péricardite. L'aorte n'est pas dilatée. On ne trouve pas de micropolyadénopathie.

L'enfant aurait, à sa naissance, souffert d'eczéma. A l'heure actuelle, les *téguments* sont intacts.

Nous n'avons pu relever enfin, chez notre malade, aucun stigmate d'*hérédo-syphilis*; il n'y a pas de kératite interstitielle, pas de périostoses tibiales, pas d'anomalies dentaires importantes. Il n'existe pas non plus de *stigmates de dégénérescence*.

Tous les traitements ont été essayés sans succès : valériane, bromure de potassium, belladone, antipyrine, douches et bains tièdes, électricité. Nous avons proposé à la mère de

(1) Syn. : *diabète insipide, hydrurie simple.*

faire entrer l'enfant dans un hôpital afin de tâcher de le guérir par l'isolement et la suggestion, mais elle s'y est obstinément refusée.

S'agit-il, dans ce cas, de polyurie dite essentielle? La réponse ne nous paraît pas douteuse. Il ne saurait être question de diabète ordinaire, puisque les urines n'ont jamais contenu de sucre. Au reste, il manque à notre petit malade bien des symptômes pour pouvoir être considéré comme un diabétique vrai : il n'offre ni polyphagie, ni gingivite, ni dermatoses, ni troubles nerveux. Parfois, il est vrai, le diabète peut présenter des phases transitoires de diabète insipide. Mais, dans ces cas, à un moment donné, on trouve toujours du sucre dans les urines. Or, depuis six ans, on n'a jamais constaté de glycosurie. On ne saurait non plus rattacher la polyurie à une lésion rénale, puisqu'il ne présente aucun signe de néphrite chronique : ni albuminurie, ni bruit de galop, ni hypertrophie du ventricule gauche, ni hypertension artérielle, ni œdèmes. On ne relève d'ailleurs, dans ses antécédents, aucune maladie capable d'expliquer le développement, chez lui, d'une affection rénale. En particulier, il n'a ni mal de Pott, ni tumeur blanche, ni vieux foyer d'ostéomyélite. On sait, en effet, que la polyurie d'origine rénale, chez l'enfant, est presque toujours liée à une dégénérescence amyloïde des organes chargés de sécréter l'urine. On ne saurait penser, non plus, à une polyurie symptomatique d'un néoplasme cérébral, puisque la maladie évolue depuis déjà plusieurs années, que l'état général est excellent, et qu'il n'y a, de plus, aucun symptôme d'hypertension cranienne : céphalée, vomissements, névrite optique. Il est aussi aisé d'éliminer les autres variétés de polyuries : polyurie postépileptique, polyurie des convalescences, etc. On est donc amené, par exclusion, à poser, dans notre cas, le diagnostic de polyurie essentielle.

Entre la plupart des observations publiées sous ce nom et la nôtre, il existe en effet de nombreux points de contact. Qu'il nous soit permis de les signaler rapidement. Tout d'abord, chez notre petit malade, le premier symptôme noté a été l'*énurésis nocturne*, C'est là un signe qui marque fréquemment le début de la polyurie. C'est ainsi que, dans un cas de Cautley, la maladie s'annonça par de l'énurésis qui, d'abord exclusivement nocturne, ne tarda pas à persister toute la journée. Le malade d'Eichhorn, un petit garçon d'une dizaine d'années, ne présenta, pendant longtemps, que de l'incontinence nocturne, et ce n'est qu'ultérieurement qu'apparurent les autres symptômes. M. Lauritzen a publié l'histoire d'une famille de 19 personnes sur lesquelles 8 étaient atteintes de diabète insipide : 3 présentaient en même temps de l'incontinence d'urine. Bien plus, dans certains cas, l'énurésis nocturne peut être retrouvée dans les antécédents héréditaires des malades. Dans le cas de MM. Achard et Ramon, il est à remarquer que la mère a été atteinte « dans son enfance, jusqu'à onze ans, d'incontinence nocturne d'urine ». Mêmes constatations dans les cas rapportés par M. Lauritzen.

Début brusque, soudain, voici une seconde analogie entre notre observation et les autres. Dans le cas de M. Baumel, la polyurie débuta brusquement; dans celui de MM. de Bück et de Moor, à la suite d'une angine aiguë, apparurent presque subitement de la polydipsie et de la polyurie. La petite fille observée par M. Lacombe, après avoir souffert de gastro-entérite aiguë, fut prise « tout à coup » d'une soif ardente qui a persisté depuis avec la même intensité. Nous pourrions multiplier les exemples. M. Guinon écrit : « La polyurie d'origine nerveuse *débute assez brusquement*; » M. J. Comby, dans son *Traité des maladies de l'enfance*, arrive à la même conclusion.

Chez notre malade, les deux symptômes dominants sont la *polydipsie* et la *polyurie*. Il en est de même dans la plupart des observations. Les malades boivent tout ce qu'ils trouvent, l'eau des carafes, des fontaines et des ruisseaux, voire même leur propre urine. Chez l'enfant observé par MM. Achard et Ramon, « la soif paraît inextinguible; l'enfant boit souvent en une seule fois un litre de liquide. La quantité totale ingérée en vingt-quatre heures varie de 5 litres et demi à 9 litres et demi; il avale toute espèce de liquide qui lui tombe sous la main : tisanes, eaux, etc.; il court souvent boire à même le robinet de l'office, et on l'a surpris buvant l'eau des boules servant à chauffer les lits, l'eau sale contenue dans un seau, et jusqu'à sa propre urine. » L'enfant examiné par M. Ausset a, de même, bu plusieurs fois le contenu de son vase de nuit.

La petite malade de MM. de Bück et Moor buvait 43 pintes d'eau (près de 40 litres par jour). Les expressions de soif inextinguible, extrême (Cautley), intense (Eichhorn, Neureutter), ardente (Lacombe), etc., se retrouvent dans toutes les observations. M. Guinon écrit justement : « Le trouble sécrétoire établi, il se manifeste par un ensemble de symptômes dont le plus frappant est l'augmentation de la soif... Tandis que, chez quelques enfants, ce symptôme n'a que l'intensité d'un besoin énergique, chez d'autres il devient un véritable supplice; le nouveau-né, à peine retiré du sein, crie et proteste, et sous l'influence de ce besoin incompris, la mère passe des nuits sans sommeil. L'enfant plus âgé emploie tous les moyens pour se procurer du liquide, vole si on ne lui en fournit pas assez, boit tout ce qui lui tombe sous la main. »

Chez notre malade, *la polydipsie n'a été influencée par aucune thérapeutique* : il en est de même dans la plupart des cas. Cependant MM. Achard et Ramon, étant arrivés, par la simple suggestion, à réduire de 8 litres à 1 litre et demi la quantité d'eau ingérée par jour, en concluent, comme nous le dirons dans un instant, que, dans certains cas, la polydipsie joue le rôle prépondérant, et que c'est elle qui conditionne tous les autres symptômes, et, particulièrement, la polyurie.

La quantité d'urines émises, en vingt-quatre heures, par notre petit malade, oscille, nous l'avons vu, entre 5 et 8 litres. Ce sont des chiffres assez habituels (Achard et Ramon, Cautley, Eichhorn, Gentile, Lacombe, Reza ben Mokim, Neureutter,

Whittle, etc.), et il est bien exceptionnel que cette *polyurie*, comme dans un cas connu de Vierordt, atteigne 15 litres en vingt-quatre heures (1).

Il eût été assurément fort intéressant de savoir si, chez notre malade, la quantité totale des urines émises dans un temps donné était ou non supérieure à la quantité de boissons absorbées dans le même temps. On sait que cette question a été très discutée, Eichhorn et Kissel la résolvant par l'affirmative, d'autres auteurs, par la négative. Malheureusement, les conditions dans lesquelles il nous a été donné d'examiner le sujet ne nous ont permis de faire ni cette recherche, ni même l'analyse qualitative des urines. Il importe d'ailleurs de remarquer que la plupart des chiffres fournis à ce sujet ne possèdent qu'une valeur relative, car les auteurs ont régulièment oublié de nous faire connaître le régime alimentaire suivi par les malades au moment de l'analyse. Seuls, MM. Achard et Ramon ont pris soin de mettre leur sujet à un régime bien déterminé : ils ont pu se convaincre ainsi que l'urée et les sels étaient éliminés en proportion des quantités ingérées. La même chose s'observe, on le sait, dans la polyurie nerveuse de l'adulte (Lemierre et Digne, Mongour et Carles, Widal).

Quoi qu'il en soit, les urines de notre malade *sont claires, pâles, limpides*; *elles n'ont jamais contenu de glucose ni d'albumine*. Ce sont là les caractères fondamentaux des urines dans la polyurie nerveuse (Monti). « L'urine est habituellement pâle, limpide, de densité très faible pouvant aller de 1001 à 1010... Le plus souvent, les éléments fixes de l'urine sont en quantité sensiblement normale; il s'agit presque toujours d'un véritable diabète hydrurique » (Lacroix). Aussi ne peut-on admettre, avec Parkes Weber, que la polyurie essentielle soit due à l'élimination excessive des éléments normaux de l'urine.

Dans la plupart des observations publiées sous le nom de polyurie essentielle de l'enfance, il n'existe, en dehors de la polydipsie, de la polyurie et de quelques autres symptômes sur lesquels nous reviendrons, *aucun trouble de l'état général* : les différents appareils organiques fonctionnent normalement, il n'y a pas de fièvre. Le malade de MM. Achard et Ramon est robuste et bien constitué; il ne présente « aucun trouble des fonctions du cœur, des poumons, des reins. L'abdomen est normal : il n'y a pas de troubles digestifs ». Chez le sujet de Gentile, même intégrité des fonctions respiratoire, circulatoire, digestive. La fillette observée par Lacombe n'offre aucun trouble de la santé générale. Mêmes remarques pour le nourrisson dont Liebmann a rapporté l'observation et pour le petit malade de Neureutter. L'état général de notre malade est satisfaisant, si l'on fait abstraction de la légère anomalie inspiratoire qu'il présente.

D'habitude, la polyurie nerveuse de l'enfant persiste indéfiniment; sa *marche* est *essentiellement chronique* et son incurabilité peut être considérée comme la règle.

(1) On sait que, chez le nourrisson, ce symptôme peut à lui seul mettre sur la voie du diagnostic (Cozzolino).

C'est là un dernier argument à faire valoir en faveur de notre diagnostic puisque, chez notre malade, la polyurie dure sans aucune modification depuis plus de sept ans.

Après les analogies, les différences. Il y en a au moins trois à signaler.

La première, c'est que notre petit malade ne présente *aucune manifestation d'ordre névropathique*. C'est là l'exception. Dans la plupart des cas, les enfants atteints de polyurie essentielle sont des nerveux, des hystériques, des anormaux, des dégénérés. Souvent même, leurs antécédents héréditaires sont lourdement chargés : leurs parents ont souffer d'affections nerveuses diverses, se sont adonnés à l'alcoolisme, ou même ont été atteints, eux aussi, de polyurie essentielle. C'est ainsi que, dans l'observation de MM. Achard et Ramon, les parents présentaient des signes évidents d'éthylisme; quant au malade lui-même, ses fonctions nerveuses sont loin d'être normales : « Les sentiments affectifs sont très émoussés chez lui... Il dit facilement des grossièretés... Il n'a aucune pudeur... Il est très vantard..., très porté à mentir... Il a des peurs exagérées et électives. » Le père du malade observé par M. Ausset est nerveux, sa mère hystérique. Il est lui-même très irritable, bien que ne présentant aucun stigmate d'hystérie. Le père de la fillette observée par MM. de Bück et de Moor est migraineux; la malade est très nerveuse. Même remarque pour l'enfant dont M. Eichhorn a rapporté le cas : sa mère est épileptique; il est lui-même très émotif. Parfois (Debreey, Gee, Knöpfelmacher, Lacombe, Lauritzen, Marinesco, Orsi, Variot, Weil), la polyurie affecte un caractère familial des plus typiques. On voit donc que, par l'absence de toute manifestation névropathique, héréditaire ou acquise, notre cas se distingue assez nettement de la plupart des cas analogues.

Seconde différence. Le plus souvent, la polyurie survient à la suite d'un incident pathologique, qui peut, jusqu'à un certain point, être considéré comme la cause occasionnelle qui, chez les prédisposés, a fait apparaître le trouble névropathique. M. Lacroix, dans son intéressante monographie. a étudié l'influence des infections sur le développement de la polyurie, il a rassemblé les cas où celle-ci s'était montrée à la suite d'angine aiguë (de Bück et de Moor), de gastro-entérite (Bidard, Féron, Gentile, Lacombe, Liebmann, Störmer), de péritonite tuberculeuse (Cima), de coqueluche (Mirza Reza ben Mokim), de diphtérie (Richter, Weizbarth, Whittle), de scarlatine (Külz), de rougeole (Cima, Finlayson), de paludisme (Leteinturier, Niemeyer, Witte), d'hérédo-syphilis (Cima, Demme, Gentile). Dans les cas de Baumel, Dickinson, Eade, Frantz, Robert, les accidents paraissent être apparus à la suite d'une forte frayeur. On a vu la maladie survenir à la suite de piqûres faites par une abeille (Frank), par des ixodes (Johannescu), d'ingestion excessive de miel (Przibram), d'eau froide (Lacombe). D'autres fois encore, elle succède à un choc sur la tête (Charcot, Comby, Klemann et Kosler, Popoff, Queyrat), ou à une chute (Delpierre, Murrel et Korel). Rien de semblable

pour notre malade. Chez lui, la polyurie ne peut être rattachée à *aucune cause évidente*; elle n'est en rapport ni avec une infection, ni avec un traumatisme, ni avec une violente émotion.

Enfin, la plupart des enfants atteints de polyurie essentielle ne se développent que lentement (Dickinson, Mosler et Klemann, Strauss, Vamos). Chez le sujet de MM. Achard et Ramon, la taille et le poids étaient au-dessous de la moyenne, fait que ces auteurs expliquent par le lavage continu que fait subir à l'organisme l'énorme quantité d'eau qui le traverse. Nous n'avons rien observé d'analogue, et, comme nous l'avons dit, le *développement physique* de notre malade est *absolument normal*.

Que conclure de tout ce qui précède, si ce n'est que, comme l'a fait remarquer M. Berkenheim, l'expression de diabète insipide englobe une foule de faits disparates? Il n'est pas encore possible de proposer, pour tous les cas parus sous ces noms, une classification correcte. Toutefois, dès maintenant, on peut établir quelques catégories : 1° la première serait composée par les *simulateurs*. Nombre d'enfants que l'on traite pour du diabète insipide ne sont, en réalité, que des simulateurs (Hutinel, Nobécourt), et il suffit de les surveiller attentivement pour faire disparaître chez eux polydipsie et polyurie. Il convient, cependant, de ne pas généraliser. D'une part, en effet, on connaît un certain nombre de cas de diabète insipide chez des nourrissons (Berkenheim, Cozzolino, Delafield, Guinon, Jewell, Kissel, Liebmann, Mirza Reza ben Mokir, Rachel, Variot), d'autre part, il existe au moins un cas (Carter) de diabète insipide terminé par le coma et la mort; 2° dans certaines circonstances, *le diabète insipide affecte, avec le diabète sucré, des rapports si étroits*, qu'il en annonce l'apparition, cas habituel, ou qu'il lui succède comme dans un cas assez obscur de Garnerus (1); 3° *le plus souvent, la polyurie essentielle* est indépendante de toute glycosurie, et alors, elle *survient chez des enfants dégénérés*, hystériques, psychasthéniques ou *névropathes* (L. Guinon). Elle paraît alors liée à une irritation nerveuse périphérique : lésions dentaires (Baumel), phimosis (Loeb), troubles digestifs, traumatismes (Berkenheim), helminthiase, etc. (2). Mais, des deux symptômes qui la caractérisent, la polydipsie et la polyurie, lequel doit être considéré comme le phénomène primitif? Pour Lacombe, Sauvage, Baudin, Trousseau, Magnant, Bouchut, Guéneau de Mussy, la polydipsie est l'accident initial, le symptôme essentiel. M. Variot adoptant la même opinion, propose, pour ces faits, le nom de *dipsomanie*, MM. Achard et Ramon, celui de *potomanie*. Küls, Lancereaux et Guinon, s'attachent au contraire à établir que le rôle primordial revient à la polyurie, que la polydipsie n'est qu'un effet secondaire, que ce n'est pas le pharynx qui a soif, mais l'ensemble des cellules de l'organisme. Cette opinion est aujourd'hui universellement acceptée (Berkenheim). On pourrait peut-être faire valoir, pour la défendre, l'existence d'hypersécrétions protopathiques, essentielles, chez certains sujets névropathes. Nous voulons parler de la sialorrhée qui conditionne si souvent, comme l'a montré Hayem, l'aérophagie. D'autre part, certains auteurs, ayant voulu rationner leurs malades, ne sont pas arrivés à diminuer la polyurie; ils ont seulement vu apparaître des symptômes plus ou moins inquiétants de déshydratation : dépression psychique, petitesse du pouls, refroidissement des extrémités (Eichhorn), perte de poids, somnolence, faiblesse du cœur [Berkenheim (1)]. Aussi Monti suppose-t-il que certaines affections locales, comme certains traumatismes. exercent une irritation, qui, de la périphérie, se réfléchit sur les centres nerveux, et cause ainsi la polyurie, laquelle détermine secondairement la polydipsie. Mais où localiser exactement le centre de la polyurie? Les auteurs étrangers le situent volontiers dans le grand sympathique (Berkenheim, Eichhorn, Gentile, Monti), et, particulièrement, dans le plexus solaire (Cima, Neureutter). Parfois aussi, la polyurie est d'origine bulbaire. On sait, depuis les belles expériences de Cl. Bernard, que l'excitation d'une région déterminée du quatrième ventricule est capable d'accroître immédiatement la sécrétion urinaire. D'autre part, M. Marinesco, examinant histologiquement le bulbe d'un enfant atteint de diabète insipide, y a trouvé des lésions assez marquées : prolifération de l'épithélium du quatrième ventricule, hyperplasies cellulaires, œdème neuroglique, petits foyers hémorragiques (2). Les désordres fonctionnels d'autres territoires encéphaliques peuvent, d'ailleurs, déterminer, eux aussi, l'apparition de la polyurie. Aussi M. Eichhorn fait-il remarquer avec raison que la polyurie essentielle ne peut, dans tous les cas, être rattachée à un fonctionnement anormal du centre découvert par Cl. Bernard.

4° Ces considérations mettent en lumière l'influence du système nerveux dans la production de la polyurie, mais elles n'expliquent pas tous les cas. Il y a des malades, comme le nôtre, chez lesquels le diabète insipide ne semble pas pouvoir être considéré comme une manifestation d'ordre névropathique. Quelle pathogénie invoquer alors? C'est ce qu'il est difficile de dire. La question est donc loin d'être définitivement résolue, et c'est aux recherches ultérieures qu'il appartiendra de classer les faits disparates que l'on englobe actuellement sous le nom de polyurie essentielle et de nous fixer sur la place exacte que doit occuper cette affection dans les cadres nosologiques.

---

(1) M. Baumel admet même, avec réserves, l'intervention, dans le déterminisme du diabète insipide, de lésions pancréatiques.

(2) Dans un cas de Jewel, la polyurie était apparue au cours d'une otite externe. Elle disparaissait quand l'abcès se vidait pour réapparaître lorsqu'il se reformait.

(1) MM. Achard et Ramon arrivent d'ailleurs à des résultats négatifs.

(2) Dans certains cas que nous avons complètement laissés de côté, la polyurie paraît avoir été causée par une lésion encéphalique : hydrocéphalie (van der Heijden, Wiedermeister); méningite cérébro-spinale (Mosler); méningite tuberculeuse (Dickinson, Hagenbach); tubercules cérébraux (Hœsselin, Vamos, Watson); carie du clivus de Blumenbach (Przibram); otite suppurée (Chavanis, Jewell).

BIBLIOGRAPHIE

I. OBSERVATIONS. — ACHARD et RAMON. Potomanie chez un enfant, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit*,, 12 mai 1905. — AUSSET. Un cas de diabète insipide chez un enfant de quatre ans, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1899. — BAUMEL. Contribution à l'étude du diabète insipide chez l'enfant, *Montpellier méd.*, 1904, p. 469-475. — BERKENHEIM. *Soc. de pédiat. de Moscou*, 26 mars 1903 (discussion : Popov, Kissel). — CARTER. Un cas de diabète insipide aigu avec coma mortel, *Lancet*, 27 août 1904. — DE BÜCK et DE MOOR. *Belgique méd.*, 1897. — CAUTLEY. Un cas de diabète insipide, *Society for the study of diseases in children*, nov. 1906 (discussion : Sutherland, P. Weber, Clutterbrück). — CIMA. Diabète insipide dans le jeune âge, *Pediatria*, 1898, p. 178. — COZZOLINO. Observations cliniques et urologiques sur un cas de diabète insipide chez un enfant de deux mois, *Policlinico*, 1900, t. VII. — EICHHORN. Du diabète insipide chez l'enfant, *Jahr. f. Kinderh.*, 1896, p. 45. — FÉRON. Diabète insipide, *Clinique de Bruxelles*, 1902. — GARNERUS. Cas de diabète sucré et insipide chez un nourrisson, *Deuts. med. Wochens*,. 23 oct. 1884. — GENTILE. Diabète insipide essentiel chez l'enfant, *Gazz. degli osped.*, 19 juillet 1903, p. 911. — GUINON. *De quelques troubles urinaires de l'enfance*, Th. de Paris, 1889 (bibliographie), Steinheil édit. — HŒSSELIN. Tumeur de l'épiphyse : diabète insipide, paralysie nucléaire de l'oculomoteur, *Münch. med. Wochens.*, 1896, n° 13. — KISSEL. *Otschotte Dietskoy bolnits St Olgay v. Movkvé*, 1899. — KNOPFELMACHER. *Soc. de méd. int. de Vienne*, 9 mars 1905. — LACOMBE, Th. de Paris, 1841. — LACROIX. *Contribution à l'étude du diabète insipide*, Th. de Paris, 1904. — LIEBMANN. *Inaug. Dissert.*, Berlin 1888. — LŒB. Guérison d'un diabète insipide après opération de phimosis congénital chez un malade de vingt ans, *Unterelsäss. Ærzte Verein in Strasburg* 28 janv. 1905. — MARINESCO. Deux cas de polyurie familiale dite essentielle, *Soc. de biol.*, 19 janv. 1895, p. 41. — MILLON. Polydipsie et accidents nerveux, *Bull. offic. des Soc. méd. d'arrondissement de Paris*, 1906, p. 553. — MIRZA REZA BEN MOKIM, Th. de Paris, 1860. — MONTI. Sur le diabète insipide, *Internat. kl. Rundschau*, 1893, n°s 21 et 22. — NEUREUTTER. Diabète insipide chez un enfant de trois ans, *Cesapis cesk. lekaru*, 1893, n° 23. — POPOV. *Med. Obosr.*, 1903, LX, 13. — RACHEL. Diabète insipide chez les nourrissons, *Med. Monats.*, New-York, oct. 1891. — SEILER. Existence du diabète insipide, *Zeits. f. klin. Chir.*, Bd. LXI, A. 1, S. 1. — VAMOS. Un nouveau cas de diabète insipide, *Pest. med. Chir. Presse*, 1890. — VARIOT. Dipsomanie avec polyurie chez un enfant de quatre ans, *Soe. méd. des hôpit.*, 1899, p. 155. — WHITTLE. On renal diphteria, *Dubl. quart. of med. Sc.*, 1867.

II. ARTICLES CLASSIQUES. — BAGINSKI. *Traité des maladies des enfants*, trad. GUINON et ROMME, t. I, p. 359 (G. Steinheil édit.) — COMBY. *Traité des maladies de l'enfance*, 2e éd., p. 510. — GERHARDT. *Kinderkrank.*, p. 576. — GUINON. *Traité Grancher-Comby*, 2e édit., t. II. — KÜLZ. *Gerhardt's Handbuch*, vol. III, 1re partie. — STEINER. *Compendium des maladies des enfants*, trad. Kéraval. — UNGER. *Manuel de pédiat.*, trad. franç. de DE BÜCK et DE MOOR, p. 551.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE CHRONIQUE PAR LA NÈFLE

Il y a quelque temps, le docteur A. Mercier, médecin en chef de la marine. publiait dans les *Archives de médecine navale* (1) un travail dans lequel il signalait l'efficacité de la nèfle dans le traitement de l'entérite chronique, efficacité qu'il a pu contrôler notamment sur lui-même.

(1) T. LXXXVII, p. 115-130.

La nèfle est le fruit du néflier (*Mespilus germanica*), famille des rosacées, tribu des Pyrées. Le fruit, presque sphérique, à cinq noyaux, est couronné à son sommet par le calice persistant. Il y a deux sortes de néfliers : le néflier rustique et le néflier greffé. Le premier donne des fruits plus acides que le second qui fournit une pulpe plus sucrée, plus brune et même plus efficace. Avant sa maturité sa saveur est tellement âcre et astringente qu'elle n'est pas utilisable. Pour être prescrite aux malades il faut qu'elle soit arrivée à l'état blet. A ce moment l'analyse montre une forte proportion de sucre et une proportion non moins grande d'acide tannique.

M. Mercier formule ainsi le régime :

Deux litres de lait, 230 grammes de nèfles blettes à prendre dans les vingt-quatre heures. Il est inutile d'ajouter que l'on doit peler les fruits et en extraire les noyaux.

Dès que les selles sont normales, M. Mercier recommande d'augmenter graduellement l'alimentation en prescrivant œufs crus, crême de riz, poisson, ris de veau, cervelle, poulet, bifteck, pain, lait comme boisson.

Pour suppléer à l'absence des nèfles pendant une partie de l'année, puisque la saison de ces fruits ne dure guère plus de deux mois, de novembre à janvier, M. Mercier utilise des produits conservés qu'il prépare en faisant cuire pendant trois quarts d'heure 1 kilog de nèfles dans 800 grammes de sucre avec 500 grammes d'eau; on les conserve ensuite en flacons hermétiquement bouchés, après avoir placé sur le contenu un papier imbibé d'alcool en vue d'empêcher les moisissures.

Les dix-huit observations publiées par l'auteur montrent que ce fruit a produit des effets excellents chez un certain nombre de malades atteints de la dysenterie.

Il semble que la nèfle agit comme agent astringent par le tannin qu'elle renferme sous forme d'acide cafétannique, et à la fois comme agent osmotique en augmentant le pouvoir de l'osmose du sang sous la forme de citrates, malates, tartrates alcalins et principalement de magnésie. Son action sous ce rapport se rapprocherait de celle du sulfate de soude à petites doses. Notons que l'action osmotique ne va pas jusqu'à la constipation.

L. G.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1907)

Un cas de chromidrose. — M. BLANCHARD présente un garçon de treize ans, qu'il observe de très près depuis treize mois et qui présente un cas très net de chromidrose. Il rappelle que, dès 1865, Le Roy de Méricourt avait appelé l'attention de l'Académie sur plusieurs faits de ce genre qui avaient été très contestés et attribués, pour la plupart, à la simulation.

Le jeune garçon présenté par M. Blanchard est intelligent, bien portant, issu de parents en parfaite santé, ayant des frères et sœurs ne présentant aucune tare pathologique. Les phénomènes singuliers qu'il présente datent de trois ans. Ils consistent en l'apparition presque subite de photophobie avec conjonctivite, et d'une coloration noire intense des paupières et des deux régions maxillaires avec chute des poils. L'examen microscopique de cette substance n'a révélé l'existence d'aucun parasite, d'aucun microorganisme. Elle provient des glandes sudoripares.

M. Blanchard, avec plusieurs de ses collaborateurs ou de ses élèves, a été maintes fois témoin du fait. La réalité du phénomène n'est donc pas douteuse. M. Vaillard a fait l'examen de cette poudre et l'a trouvée constituée par une substance

analogue au pigment noir de la choroïde, ce qui pourrait expliquer les relations de ce phénomène avec la photophobie et la conjonctivite.

Hygiène et épidémies des casernes. — Tel est le titre d'un important travail que communique M. Delorme.

Il résulte des recherches de l'auteur que l'examen des causes des épidémies qui sévissent dans les casernes démontre que d'une façon générale, contrairement à l'opinion commune et à celles de beaucoup de médecins, ces épidémies ne peuvent servir à apprécier la valeur hygiénique de ces habitats collectifs.

La caserne ne fait que refléter l'état sanitaire de la ville de garnison.

Le soldat présente une réceptivité toute particulière vis-à-vis des principales épidémies qui sévissent dans le milieu militaire.

Les contacts trop fréquents que les permissionnaires établissent entre les milieux civils et militaires, constituent au point de vue de la contagion une infériorité de l'armée actuelle vis-à-vis de l'ancienne.

Peu de casernes, en somme, ont réellement besoin d'être désaffectées.

Enfin, dit M. Delorme en terminant, cette campagne de dénigrement qui a été entreprise contre le casernement français ne fait honneur ni à l'esprit ni aux connaissances de ceux qui l'ont poursuivie. En fin de compte, elle servira à faire ressortir la compétence et la vigilance des médecins de l'armée et la sollicitude du commandement.

Bien que très perfectible encore, la caserne, habitat de collectivités dont l'éducation est trop à faire au point de vue de la propreté, surtout avec le service à court terme, est au point de vue de l'hygiène supérieure à celle des milieux de la ville et de la campagne qui abritent les mêmes éléments.

Un nouvel anesthésique local. — M. Reynier fait connaître les résultats d'une étude expérimentale et clinique sur un nouvel anesthésique local, la novocaïne. Ce corps est doué d'un pouvoir anesthésique local sensiblement égal à celui de la cocaïne et sa toxicité est infiniment moindre. La durée de l'anesthésie qu'elle provoque est notablement plus longue.

La loi de 1902 en Algérie. — M. Vincent fait un rapport très documenté sur l'application à l'Algérie de la loi du 25 février 1902.

Félicitations académiques. — A quatre heures et demie! le président prononce quelques mots d'éloge à l'adresse du lauréat du prix Nobel. Félicitations académiques un peu tardives, car M. le professeur Laveran avait déjà quitté la séance.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 14 décembre 1907)

Syphilis et cancer. — M. Richelot. La question du rôle de la syphilis dans la production du cancer est toute d'actualité. Hier, c'était l'appendicite qu'elle revendiquait, à l'étonnement général, aujourd'hui c'est le tour du cancer. On s'est demandé par quel mécanisme la syphilis pouvait favoriser cette prolifération, cette anarchie des cellules épithéliales. Les arthritiques font de la sclérose, de la sénilité précoce : arthritisme, vieillesse, syphilis agissent de la même façon, et c'est indirectement, par *l'intermédiaire des lésions scléreuses*, que la syphilis entre pour sa part dans l'étiologie du cancer.

M. Lefas pense qu'il ne suffit pas de constater la syphilis dans les ascendants des cancéreux pour permettre par ce fait d'établir des relations entre les deux affections; la syphilis est trop répandue et pourrait, de la sorte, revendiquer la plupart des maladies.

Les ulcérations syphilitiques agissent probablement comme inflammation préparant le terrain. D'autre part, l'élément histologique spécifique de la syphilis, en dehors du spirochète, n'est pas encore bien déterminé.

Est-ce la sclérose? la nécrose gommeuse, la périartérite ou l'endartérite?

Assemblée générale. — Après la séance, on a procédé à l'élection aux sièges vacants du bureau, pour l'année 1908.

Ont été élus : président, M. Dignat; vice-présidents, MM. Buret, Boursier et Cayla; secrétaires des séances, MM. Blanche, Gigon, Granel et Mortier; membre du conseil d'administration, M. Coudray, président sortant.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris. — (N° 4, avril 1907.) Gilbert et Jomier : Structure de la cellule hépatique aux divers temps de la digestion et dans les divers régimes.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 nov. 1907.) Hallopeau : Nouvelle note sur l'emploi de l'atoxyl dans la syphilis, la tuberculose et la lèpre; — Sur une nouvelle indication de pratiquer systématiquement l'ablation du chancre induré et de son ganglion satellite ou d'en atténuer la virulence. — (18 nov.) Rochard : Un nouveau signe permettant de différencier le sarcome de l'extrémité inférieure du radius des autres affections chirurgicales de cette région. — Albert Robin : L'artério-sclérose et son traitement; l'hypertension artérielle, ses causes, ses signes et son évolution; l'artério-sclérose et ses types cliniques. — Bloch-Wormser : Traitement des hémorragies et écoulements hémorragiques d'origine génitale chez la femme.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 132, 3 nov. 1907.) Lorenzo Borelli : La recherche du bacille typhique dans le sang par les cultures sur milieux biliaires. — Arturo Montini : Contribution à la chirurgie du cervelet. Abcès du lobe droit et otite moyenne aiguë. — Mario Ferrari : Hernie de l'ovaire droit. — G. Polini : Le traitement de l'épithélioma cutané. — (N° 135, 10 nov.) Prof. G. Fornario: La virulence de certains germes intestinaux en rapport avec les produits de la putréfaction. — Luigi Tarabini : Syndesmolyse polyarticulaire. Relâchement polyarticulaire généralisé. — G. Malan : La valeur de l'ophtalmo-réaction de Calmette. — Diliberti Herbin : Un nouvel entérostat. — G. Alessandri : Contribution au diagnostic précoce de la tuberculose par l'ophtalmo-réaction de Calmette. — Domenico Sassi : Contribution clinique à l'étude de la gangrène symétrique des extrémités. — (N° 138, 17 nov.) Aurelio Giovine : Contribution à l'étude de la spondylose rhizomélique. — Sebastiano Cannata :

Valeur diognostique de la cuti-réaction à la tuberculine. — Pasquale TAGLIAMURO et Mario MAURO : Autosérodiagnostic et autosérothérapie. — Alessandro BONGIOVANNI : Un cas d'albuminurie orthostatique intermittente consécutive à des accès malariques. — Aldo Maggioni WINDERLING : La lumière bleue comme anesthésique et agent thérapeutique. — Ennio TOGNOLI : Polyclonie et bromure de camphre. — Arturo Aly BELFADEL : Un nouveau symptôme précoce de la rougeole.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 45, 10 nov. 1907.) CORIVEAUD : Médecins experts et magistrats. — AUCHÉ et PEYRE : Kyste muqueux juxta-intestinal. — (N° 46, 17 nov.) VERDELET : Hernies et accidents du travail. — CROUZEL : Remèdes empiriques. Vieux remèdes.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 nov. 1907.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Les erreurs de la radiographie.

Nord médical. — (N° 315, 15 nov. 1907.) GÉRARD et LEMOINE : Traitement de la tuberculose basé sur l'action antitoxique du foie.

Presse médicale. — (N° 90, 6 nov. 1907.) LEVADITI : La question de la syphilis au XIVe Congrès d'hygiène et de démographie. — (N° 91, 9 nov.) ROGER : Les réactions défensives de l'organisme contre les infections. — (N° 92, 13 nov.) Léon BERNARD et Alex. CAWADIAS : Le cœur des goitreux. — (N° 93, 16 nov.) GOUGET : Athérome humain. Athérome expérimental et capsules surrénales. — (N° 94, 20 nov.) CHAPUT : De la rachistovaïnisation. — (N° 95, 23 nov.) E. GÉRAUDEL : A propos du foie cardiaque. — JOSUÉ : Athérome humain, athérome expérimental et capsules surrénales. — S.-I. DE JONG : Valeur pratique de la vaccination antituberculeuse des bovidés par le procédé de von Behring. L'expérience de Leipzig d'après le professeur Eber.

Pédiâtrie pratique. — (N° 22, 15 nov. 1907.) GIARRATANA : Sur un cas de chlorose infantile. — Antoine JOUTY : Complications des affections du rhino-pharynx chez l'enfant.

Policlinico. — (*Section chirurgicale.* Fasc. 10, oct. 1907.) Sante SOLIERI : Leucoplasie de la muqueuse des voies urinaires. — Giovanni RAZZABONI : Contribution expérimentale à l'histogénèse des processus inflammatoires du testicule. — TARANTINI : Le mécanisme d'action de l'hyperémie par stase suivant le procédé de Bier. — Dominici LEONARDO : Action de la tiosinamine et de la fibrolysine sur les cicatrices, les bactéries et le sang. — (*Section médicale,* nov.) Prof. Ettore MARCHIAFAVA : La sclérose pulmonaire comme terminaison de la pneumonie lobaire fibrineuse. — Prof. A. CECONI : Le diagnostic de la tuberculose miliaire aiguë. — G. SPADARO : Les piastrines et leur dérivation des globules rouges (observations chez l'homme et les mammifères à l'état normal et pathologique). — (*Section chirurgicale,* nov.) Ramberto MALATESTO : Sur un cas de diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic. — Filippo CACCIA : Sur un cas d'infection staphylococcique du sang à évolution atténuée et à localisations multiples. — Giovanni RAZZABONI : Contribution expérimentale à l'étude de l'histogénèse des processus inflammatoires du testicule (*suite*). — Enrico MARTINI : A propos de deux cas de paraplégie consécutive au traitement de tumeurs malignes par les rayons de Röntgen.

Province médicale. — (N° 45, 9 nov. 1907.) PUECH : La tension artérielle dans la puerpéralité. — BOUCHUT (de Lyon) : Association de la syphilis et de la tuberculose pulmonaire. (N° 46, 16 nov.) DARDEL : Le traitement du rhumatisme chronique. — CORNIL et BROSSARD : Utérus et trompe situés entre les deux testicules dans la tunique vaginale.

Revue de chirurgie. — (N° 11, 10 nov.) Comptes rendus du Congrès de chirurgie. — Comptes rendus du XXXVIe Congrès de la Société allemande de chirurgie.

Revue de la tuberculose. — (N° 5, oct. 1907.) LANDOUZY : Rapport sur les voies de pénétration de la tuberculose. — KUSS et LOBSTEIN : Etude expérimentale de la transmission de la tuberculose par inhalation. — Ch. MANTOUX : Les réactions thermiques chez les tuberculeux et leur interprétation clinique.

Revue de médecine. — (N° 11, 10 nov. 1907.) MARFAN : La tension artérielle dans la tuberculose pulmonaire chronique et son importance pour le pronostic. — P. LONDE : L'asthénie constitutionnelle. — MARANDON DE MONTYEL : Altérations isolées et simultanées des réflexes iriens dans la paralysie générale. — BOURCY et LAIGNEL-LAVASTINE : Autopsie d'un cas de maladie de Recklinghausen. — MARCHAND et NOUET : Du caractère dit « épileptique ».

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 45, 9 nov. 1907.) J.-N. ROY : L'huile de vaseline dans le pansement de l'évidement pétro-mastoïdien. — M. LANNOIS : Mastoïdite furonculeuse. — KAUFMANN : Coup de pied de cheval sur le nez ; épistaxis rebelle ; ligature de la carotide externe gauche ; guérison. — (N° 46, 16 nov.) J.-N. ROY : Mélanose palatine primitive ancienne ; fistule naso-buccale récente d'origine sarcomateuse. — BLANC : Chancre de la cloison des fosses nasales. — FIOCRE : De l'emploi du chlorétone comme anesthésique en laryngologie.

Riforma medica. — (N° 42, 19 oct. 1907). V. PATRICELLI : L'action biologique des rayons X sur le sang et les organes hématopoiétiques. — Giacomo BONANNO : L'épreuve de la glycosurie alimentaire dans un cas d'atrophie musculaire avancée. — Oreste CIGNOZZI : Un cas de volumineuse hernie ombilicale entéro-épiploïque irréductible étranglée. Chélotomie, vaste résection épiploïque, cure radicale (omphalectomie). Guérison. — SALVOLINI : L'ophtalmo-réaction à la tuberculine. — (N° 43, 26 oct.) Pietro CALABRESE : Contribution à l'étude du drainage dans les laparotomies. — Pietro SISTO : Contribution à l'étude de la leucocytose. — Carmine CIANCI : Les altérations du système nerveux central dans l'empoisonnement aigu et chronique par la cinchonidine. — (N° 44, 2 nov.) Nicola DI GIOVINE : Contribution à l'étude des ions en thérapeutique. — Ferruccio SICURIANI : La valeur séméiologique et la genèse de l'uroxanthine et l'uroxanthinurie. — Giovanni Arpa AUVERNY : Deux cas de lésion du fond de l'œil déterminée par l'influenza. Maladies infectieuses aiguës et lésions oculaires. — (N° 45, 9 nov.) LANDOLFI et SEVERINO : Recherches comparatives, chimiques et histo-chimiques dans la cirrhose hypertrophique pigmentaire et dans la maladie d'Addison. — Stefano VALLIVERO : Un cas d'enurèse nocturne guéri par le redressement de l'utérus rétroversé. — G. PERRANDO : Appendicite traumatique et causes concomitantes. — (N° 46, 16 nov.) LANDOLFI et SEVERINO : Recherches comparatives, chimiques et histo-chimiques dans la cirrhose hypertrophique pigmentaire et dans la maladie d'Addison (*suite*). — Torindo SILVESTRI : L'indépendance anatomique fonctionnelle et clinique des lobes du foie. — BIRY et MASENTI : L'ophtalmo-réaction dans la tuberculose humaine.

Tribune médicale. — (N° 44, 2 nov. 1907.) DE BEURMANN et GOUGEROT : Etiologie et pathogénie de la sporotrichose. — (N° 45, 9 nov.) BRAULT : Distribution géographique des fièvres éruptives dans les pays coloniaux. — (N° 46, 16 nov.) ACHARD : Un cas de tétanos traité par la méthode de Bier. — Louis MARTIN : Résultats éloignés du traitement de la maladie du sommeil par l'atoxyl.

NOTES POUR L'INTERNAT

TROMPES UTÉRINES [1]

RAPPORTS. — L'ampoule de Heule a encore comme rapports artériels l'artère spermatique interne : celle-ci est flexueuse comme l'utérine et se divise en trois branches : *a.* une branche tubaire ou artère tubaire externe ; elle chemine dans le méso-salpinx, fournit au pavillon, en communiquant d'une façon variable avec la branche salpingienne de l'artère utérine. Quand l'anastomose est bien marquée, elle figure une arcade qui par son côté convexe donne à la trompe, par son côté concave, au méso-salpinx : *b.* une branche ovarique allant au hile de la glande génitale. Comme son nom l'indique, elle va au hile de l'ovaire et ébauche parfois une petite arcade anastomotique, arcade sous-ovarienne. Les *veines* suivent un trajet analogue mais non identique à celui des artères ; il existe principalement des arcades veineuses sous-tubaires richement anastomosées entre elles : affluents des veines utéro-ovariennes, mais quelques-unes de ces veines aboutissent aux veines du ligament rond, elles sont donc affluents des veines épigastriques. L'ampoule de Heule répond encore, par son bord inférieur, aux *organes para-ovariens*. On distingue :

1° Le corps de Rosenmüller, corps aplati, triangulaire, étalé en éventail placé dans le méso-salpinx : la base du triangle, large de deux à deux centimètres et demi, regarde la trompe : le sommet fortement tronqué regarde le hile de l'ovaire. Sa face antérieure répond au feuillet correspondant du ligament large ; sa face postérieure repose sur les vaisseaux spermatiques internes, énoncés plus haut. Sa base supérieure, représentée par un canal longitudinal, est parallèle à la trompe dont elle reste à une certaine distance. Le corps de Rosenmüller dans son ensemble ressemblerait à un peigne dont le canal principal serait sous-tubaire, les dents verticales représentant autant de canaux accessoires.

2° Le paroophore, placé en dedans du corps de Rosenmüller, est un corpuscule brunâtre ou jaunâtre assez mal limité, composé de grains allongés qui renferment un pigment jaune ;

3° Le canal tubo-ovarien part du corps de Rosenmüller et débouche dans l'extrémité terminale de la trompe.

L'ampoule de Heule, par sa *face postérieure*, répond au hile de l'ovaire ; le sommet de l'anse remonte plus ou moins près du pôle supérieur de la glande génitale : en effet, on voit de l'angle supéro-latéral de l'utérus se détacher et se porter presque horizontalement en dehors, deux cordons : le ligament utéro ovarien et la trompe de Fallope. Au moment où le premier atteint son insertion sur le pôle inférieur de l'ovaire, le second change de direction, d'une façon assez brusque, pour remonter le long du hile de l'ovaire jusqu'au pôle supérieur. Arrivée à ce niveau, la trompe se recourbe en arrière et en bas ; en somme, l'ovaire est encapuchonné par le péritoine qui entoure spécialement l'ampoule tubaire ; il en résulte la formation d'une bourse ovarienne ; cette bourse entoure l'ovaire en bas, en arrière, en haut, en dehors ;

4° L'*orifice externe ou abdominal* ne peut être aperçu qu'après déplissement du pavillon ; il fait communiquer la cavité de l'ampoule avec la cavité du péritoine, il est extensible, son diamètre pouvant varier de 2 à 7 millimètres. Il est clos durant la vie pour Farre, sous l'influence d'un sphincter tubaire, après la mort il est béant ;

5° Le *pavillon* est, suivant la comparaison classique, un entonnoir inséré par son sommet sur l'orifice abdominal : la base est irrégulière, festonnée, crénelée, les franges peuvent être au nombre de dix à quinze ; parmi celles-ci il en est une qui a une longueur de deux centimètres et demi à trois centimètres ; c'est la frange ovarique, elle est appliquée contre la face interne de l'ovaire, mais peut remonter verticalement vers le pôle supérieur auquel elle est fixée par un ligament ; en outre, lorsqu'on l'examine sur un méso-salpinx étendu et déplissé, on voit qu'elle est fixée dans une véritable gouttière que lui offre le bord libre du ligament infundibulo-ovarien ; elle présente une rainure répondant à cette gouttière, elle atteint parfois l'extrémité supérieure de l'ovaire, l'épithélium vibratile qui le tapisse à sa face interne se continue avec l'épithélium ovarien. Parfois au contraire il y a un espace d'un centimètre, entre la frange tubaire et l'ovaire. Il faut mentionner la présence possible, sur une des franges du pavillon, de l'hydatide pédiculée vraie de Morgagni, renfermant un liquide clair, formé d'une mince paroi conjonctive que recouvre un épithélium, cilié pour Williams, pavimenteux pour Kollicher ; cette hydatide a été décrite comme dérivant du canal de Muller ou du canal de Wolff ou même comme une production pathologique.

CONFIGURATION INTÉRIEURE. — Le mucus tubaire étant enlevé, on reconnaît que la trompe a une couleur plus pâle que la muqueuse utérine ; les plis tubaires semblent naître au nombre de deux à trois petites crêtes qui se multiplient, puisque dans l'isthme on en compte *six*. Dans l'ampoule les plis s'anastomosent, peuvent s'accoler et former de petites cavités. Les plis se continuent sur le pavillon, mais sont moins élevés.

STRUCTURE. — La trompe est formée de dehors en dedans par : 1° la séreuse ; 2° la *sous-séreuse* ou tunique adventice de la trompe, c'est un tissu cellulaire lâche qui permet à la trompe de glisser sous le péritoine qui le tapisse ; il est moins développé aux deux extrémités du conduit ; 3° la tunique *musculaire*, de consistance dense, les fibres lisses, plexiformes, présentent deux couches : une externe longitudinale, une interne circulaire. Pour Tourneux, les fibres circulaires s'arrêtent à l'orifice abdominal, mais les faisceaux longitudinaux se continuent avec les fibres utérines ; 4° la *sous-muqueuse* serait caractérisée par des fibres circulaires et longitudinales ; 5° la muqueuse présente un chorion avec cellules rondes et lacunes lymphatiques ; l'épithélium cylindrique à cils vitratiles, a une hauteur de 15 à 20 μ ; le mouvement des cils est dirigé vers l'utérus ; souvent des cellules migratrices infiltrent la bordure épithéliale ; dans la moitié interne de la trompe les cellules ne sont pas ciliées. Au niveau du pavillon, la muqueuse revêt toute la face interne des franges, sous forme d'une membrane rouge et se continue sur leur face externe avec le péritoine plus blanc. Les glandes n'existent qu'à l'état pathologique.

VAISSEAUX artériels viennent de la tubaire externe, de la tubaire interne, de la tubaire moyenne, celle-ci branche de l'utérine. L'oviducte est souvent vasculaire au niveau du pavillon. Il y a un réseau sous-péritonéal et un réseau muqueux ; les artères tubaires seraient riches en fibres musculaires. Les *veines* sont des affluents des spermatiques, elles ont été décrites. Les *lymphatiques* ont une origine peu connue, ils naîtraient au niveau des fentes lymphatiques ; la circulation se résumerait en deux à trois troncs efférents cotoyant le bord supérieur du ligament large et s'unissant au réseau du hile ovarien pour se terminer aux ganglions *lombaires*.

Nerfs satellites des vaisseaux dépendent des plexus ovariques ; les fibres de Remak entourent en aire le pourtour de la trompe, forment un plexus dans la tunique musculaire et donnent un dernier plexus sous-épithélial.

Anomalies. — Se distinguent en anomalies par défaut de développement, par excès de développement (pavillons tubaires surnuméraires, ou para-salpinx de Kossmann), trompes doubles d'un même côté pouvant présenter une situation anormale dans le canal inguinal.

Physiologie. — L'isthme est le segment excréteur, l'ampoule est suivant l'expression consacrée : le *receptaculum seminis*.

Pendant la période *menstruelle*, on tend à croire que la muqueuse tubaire est modifiée, mais beaucoup moins que la muqueuse utérine ; pour Frestich, c'est un phénomène pathologique. Pendant la grossesse la trompe s'hypertrophie, paraît s'allonger, s'élève dans l'hypogastre, la fosse iliaque, puis les régions lombaires ; en même temps des phénomènes microscopiques se révèlent, c'est-à-dire hypertrophie des cellules musculaires, augmentation des plis muqueux ; les cellules du stroma sont gonflées, leur noyau est arrondi, vésiculeux.

Après l'*accouchement*, il y a chute d'une véritable *caduque tubaire*. A la *ménopause*, les cellules deviennent pavimenteuses, atrophie et sclérose des trompes *tubaires*, atrésie des vaisseaux.

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 142, p. 1703.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Notes.* — PATHOLOGIE. — Séance du 18 décembre 1907 : MM. Léger, 8; Douay, 11; Chevallier (Paul), 8; Weissenbach, 11; Fricker, 2; Bougeant, 5; Paris et Bax, 6; Poirot-Delpech, 3; Chataing, 4.

Prochaine séance samedi 21 décembre, à quatre heures et demie, à la Charité.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Les fêtes du centenaire de l'Ecole de médecine ont eu lieu hier jeudi 19 décembre, ainsi que nous l'avions annoncé.

A trois heures ,a eulieu une cérémonie au grand théâtre, sous la présidence du professeur Pozzi (de Paris).

Des discours ont été prononcés par MM. Pozzi, Joxe, maire; Legludic, directeur de l'Ecole ; Jagot et Monprofit, professeurs.

Le préfet assistait à cette cérémonie, ainsi que les notabilités de la ville. Le soir a eu lieu un grand banquet.

MARINE. — Ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin principal en retraite Roby.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de première classe en retraite Jourdan ; M. le médecin de première classe démissionnaire Lassignardie.

CONTRE L'ABSINTHE. — Un décret présidentiel décide que les absinthes et similaires livrables à la consommation ne peuvent renfermer, par litre, plus de 3gr50 d'essence de toutes sortes, ni plus de 1 gramme d'essence d'absinthe.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la cinquantième semaine, 886 décès, au lieu de 934 pendant la semaine précédente et de 957, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

Bien que les malades atteints de scarlatine soient toujours très nombreux, les décès causés par cette maladie sont audessous de la moyenne.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 51 au lieu de 32 pendant la semaine précédente (moyenne 43).

La variole n'a causé aucun décès depuis neuf semaines.

La scarlatine a causé 1 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 182 ; il s'élevait à 177 pendant la semaine précédente (moyenne 64).

La coqueluche a causé 4 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 3).

La diphtérie a causé 4 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 6).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 151 décès, au lieu de 146 la semaine précédente, et au lieu de 178, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 187 décès (moyenne 203).

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX. — HOPITAL LARIBOISIÈRE. — *Démonstrations d'ophtalmologie.* — *Enseignement de premier degré* : M. le docteur Morax, ophtalmologiste de Lariboisière, fera, du mardi 7 janvier au lundi 10 février 1908, une série de trente démonstrations techniques et cliniques, avec la collaboration de MM. Carlotti, Duverger et Hariett.

Cet enseignement de premier degré s'adresse aux étudiants en médecine et aux docteurs désireux d'acquérir les notions élémentaires indispensables de pathologie oculaire.

Les démonstrations auront lieu, tous les matins, à huit heures trois quarts, dans le service d'ophtalmologie, et ne dépasseront pas trois quarts d'heure.

Le droit d'inscription est de 30 francs. Les internes et externes des hôpitaux en sont dispensés.

M. Hariett, assistant du service, recevra les inscriptions à l'hopital Lariboisière et adressera sur demande un programme détaillé.

Enseignement de second degré : Cet enseignement s'adresse aux étudiants en médecine et aux docteurs qui veulent approfondir l'étude de la pathologie oculaire. Il comprendra une série de cours répartis sur une période de deux années et dont une affiche ultérieure précisera la date et le programme.

Les cours suivants auront lieu pendant les mois de mai, juin et juillet 1908 :

1° Un cours de technique histologique et bactériologique, dans ses rapports avec le diagnostic oculaire;

2° Un cours de technique chirurgicale spéciale.

Des cours de sémiologie oculaire, de technique ophtalmologique, etc., seront faits pendant l'année 1909.

REVUE GÉNÉRALE (1)

PHYSIOLOGIE DE L'IRIS

État actuel de nos connaissances sur cette question.

Par M. CAILLAUD,
Assistant-adjoint d'ophtalmologie des hôpitaux de Paris.

I

Anatomie. — Avant d'aborder l'étude de la physiologie de l'iris, il est important d'avoir présents à l'esprit certains détails de l'anatomie de cette membrane. L'iris comme le corps ciliaire et la choroïde qui lui font suite en arrière, est un organe vasculaire. Il se présente sous forme d'un diaphragme tendu verticalement derrière la cornée. Il est maintenu en place par quelques fibres du muscle ciliaire et par les vaisseaux et les nerfs qu'il reçoit. L'iris diaphragme est percé d'un trou qui est la pupille dont l'ouverture varie constamment.

Anatomiquement, l'iris comprend cinq couches : 1° l'épithélium antérieur constitué par une seule rangée de cellules aplaties, à contours polygonaux, sans pigment; 2° une membrane basale hyaline; 3° le tissu propre de l'iris qui comprend un stroma de nature conjonctive, des cellules lymphatiques, des cellules étoilées, des granulations pigmentaires libres, des nerfs, des artères et des veines sur lesquels nous reviendrons plus loin, et enfin des fibres musculaires lisses qui forment le sphincter pupillaire. C'est dans sa totalité un muscle annulaire plat s'étendant jusqu'au bord pupillaire. C'est le seul muscle qui par sa contraction diminue d'épaisseur. Comme les muscles des glandes sudoripares, seules dans l'économie ces cellules musculaires sont d'origine épithéliale; 4° une membrane basale postérieure qui pour Kolliker est de nature anhiste; pour Grynfeltt (1899) est constituée de la façon suivante : certaines cellules iriennes sont des cellules myo-épithéliales situées dans le plan postérieur. Ces cellules comprennent une partie musculaire en arrière et une partie de nature épithéliale en avant. La partie postérieure de ces cellules contractiles ferait dilater la pupille.

Pour Heerfort, cette membrane est constituée de cellules musculaires lisses qui formeraient un muscle dilatateur de la pupille. Forsmark en fait également un muscle dilatateur constitué par une couche unique de cellules musculaires épithéliales, s'étendant en haut jusqu'au bord ciliaire, étant en bas intimement uni au sphincter. En certains points se verraient d'après ce dernier auteur des épaississements à disposition radiaire de cellules musculaires lisses ordinaires. Tout dernièrement, Karl Munch objecte que la membrane de Henle semble bien faible pour exercer le rôle de dilatateur; aussi admet-il que les mouvements de dilatation sont dus aux cellules du stroma dont la nature est musculaire; 5° enfin une couche épithéliale postérieure composée de deux rangées de cellules très pigmentées qui donnent à l'iris sa couleur.

Les artères de l'iris sont fournies par les artères ciliaires longues postérieures, branches de l'ophtalmique, et par les artères ciliaires antérieures, branches des artères musculaires des quatre muscles droits. Par leur réunion, ces artères forment dans le muscle ciliaire le grand cercle artériel de l'iris d'où partent des rameaux radiaires qui autour de la pupille forment le petit cercle artériel de l'iris.

Les veines de l'iris situées sur un plan plus profond que les artères suivent le même trajet radiaire que celles-ci. A la périphérie, elles gagnent le réseau choroïdien et participent à la formation des vasa verticosa. Elles aboutissent ainsi aux veines ophtalmiques.

Il n'y a pas de vaisseaux lymphatiques dans l'iris.

Les nerfs de l'iris proviennent en presque totalité du ganglion ophtalmique : ce sont les nerfs ciliaires courts. Quelques filets du nasal ou nerfs ciliaires longs viennent compléter l'innervation de l'iris. Partis du ganglion ophtalmique, les nerfs ciliaires forment dans la choroïde un plexus choroïdien, puis dans la région ciliaire un plexus ciliaire; et enfin un plexus irien d'où surviennent trois ordres de fibres : *a.* les unes dirigées en arrière vont probablement aux muscles iriens; *b.* des fibres à myéline se portent en avant, se terminent en fibres nues; peut-être sont-ce des fibres sensitives; *c.* enfin d'autres fibres se distribuent aux vaisseaux. Dans les différents plexus formés par les nerfs ciliaires on rencontre des cellules nerveuses dont le rôle physiologique est intéressant à étudier.

Le ganglion ophtalmique ou ciliaire qui émet les nerfs ciliaires reçoit trois branches afférentes : 1° une racine sensitive, longue ou grêle venant du nasal (branche de l'ophtalmique) après son entrée dans l'orbite. Valentin et Hyrlt ont décrit une autre racine venant également du nasal en avant de la précédente; 2° une racine motrice, courte ou grosse se détachant du filet nerveux que le nerf moteur oculaire commun envoie au petit oblique. Panas fait remarquer que dans quelques cas le ganglion ciliaire reçoit une racine du moteur oculaire externe; 3° une racine sympathique venant du plexus caverneux, entrant dans l'orbite par l'anneau de Zinn.

Disons encore quelques mots des nerfs dont nous venons de parler. Le nerf ophtalmique est une des branches du trijumeau naissant du ganglion de Gasser. C'est un nerf sensitif, comme tout le trijumeau, qui est l'homologue d'une racine postérieure de la moelle dont le ganglion de Gasser représente le ganglion spinal.

Le nerf moteur oculaire commun est un nerf moteur qui innerve tous les muscles extrinsèques de l'œil, sauf le droit externe et le grand oblique. Il prend naissance dans un noyau situé au niveau de la protubérance, près du raphé, dans le plancher de la substance grise, en avant de l'aqueduc de Sylvius. On a reconnu dans ce noyau des groupes de cellules spécialisées pour tel ou tel muscle (Perlia, Bernheimer).

(1) Reproduction interdite.

Au milieu de ces groupes de cellules nerveuses, Perlia a décrit un noyau central; et en avant existerait le noyau d'Edenger-Wesphal à petites cellules.

Au point de vue qui nous occupe, de la physiologie de l'iris, ces notions sont importantes à retenir, car on a placé dans le noyau de la troisième paire le centre photomoteur de la pupille.

Enfin le grand sympathique qui envoie au ganglion ophtalmique une longue racine forme des plexus autour des vaisseaux de l'orbite, plexus qui suivent le plexus carotidien en rapport avec le ganglion cervical supérieur. Nous reviendrons longuement sur ce sujet à propos de l'action du sympathique sur l'iris.

II

Physiologie. — Pour étudier avec méthode la physiologie de l'iris il convient de considérer l'iris à deux points de vue différents : I, l'iris pris isolément comme un autre organe isolé, le foie par exemple, et de voir quelles sont ses propriétés physiologiques spéciales, quelle est sur lui l'action de ses nerfs et de ses vaisseaux; II. l'iris pris comme faisant partie d'un tout qui s'appelle l'œil, comme le foie a un rôle dans la digestion et dans l'absorption de certaines substances.

Dans l'étude de l'iris pris isolément, nous verrons successivement sa sensibilité, l'étude de ses mouvements, l'action des vaisseaux, l'action des nerfs, et l'action de certaines substances qui peuvent agir sur sa sensibilité ou sa contractilité.

Puis dans le globe de l'œil, nous verrons le rôle de l'iris dans l'hydrostatique oculaire, et son rôle visuel. Ce dernier chapitre comprendra l'étude des réflexes de l'iris et l'étude des mouvements de l'iris associés à d'autres phénomènes visuels.

Toute cette étude n'envisage que la physiologie normale. Nous laissons de côté complètement la physiologie pathologique et nous n'aurons pas à parler des troubles des réflexes ou de la motilité de l'iris.

I. Physiologie de l'iris pris isolément. — 1° *Sensibilité.* — La sensibilité de l'iris est assez développée. Les tractions sur cette membrane sont douloureuses; mais la section dans l'iridectomie est peu douloureuse.

L'iris a-t-il une sensibilité propre à la lumière. Il était déjà reconnu que l'iris de l'anguille isolé se contractait par la lumière. Nepveu a étendu ses expériences à plusieurs séries animales et il a constaté que chez les animaux à iris autres que les mammifères, l'irritabilité lumineuse directe agit sur la pupille (Nepveu). Chez les mammifères, cette sensibilité propre est douteuse.

Le toucher sur l'iris peut déterminer des mouvements de cette membrane (Venneman). Le centre de ce réflexe est peut-être dans les cellules annexées aux nerfs ciliaires.

2° *Mobilité.* — A l'état du repos l'iris est, semble-t-il, en état de dilatation moyenne. C'est ce que l'on trouve après la mort. A quoi est dû cet état d'équilibre de l'iris? Est-ce par l'action antagoniste des fibres musculaires circulaires et des fibres radiées?

L'iris est mobile, il se meut comme un diaphragme se dilatant ou se resserrant. Ces mouvements sont concentriques et réguliers par rapport au centre pupillaire. Dans ces mouvements l'iris glisse sur la face antérieure du cristallin contre laquelle est appliqué le bord pupillaire.

C'est par ces mouvements alternatifs que se fait la communication facile entre les chambres antérieure et postérieure. En état de dilatation, les deux chambres communiquent largement; en état de constriction, elles communiquent peu. Le cristallin sert donc de soutien à l'iris dans ses mouvements. L'absence du cristallin est souvent accompagnée d'un flottement de l'iris (iridodonésis).

Ces mouvements sont actifs (excitation des filets nerveux), passifs (paralysies) ou mécaniques (tremblement de l'iris).

3° *Action des vaisseaux.* — Les artères de l'iris venant de l'ophtalmique et des artères musculaires ne sont pas terminales. Aussi la ligature de l'ophtalmique serait-elle sans action. Dans les cas d'embolie de l'artère ophtalmique on constate une cécité complète due à ce fait que l'artère centrale de la rétine est terminale; mais l'iris se nourrit par ailleurs et l'immobilité pupillaire observée dans ce cas est le fait de l'amaurose; la rétine n'étant plus impressionnable, le réflexe photomoteur direct ne se produit plus; il subsiste le réflexe consensuel. De même dans les cas de thrombose des veines ophtalmiques, l'iris ne subit pas de modifications dans sa contractilité. On observe seulement un peu de turgescence suivie rapidement de phénomènes infectieux (iritis) par infection sanguine.

Dans l'expérimentation, on note cependant que la réplétion des vaisseaux iriens resserre la pupille; et que la déplétion la dilate. Les injections poussées dans ces vaisseaux agissent sur le diamètre de la pupille.

4° *Action des nerfs.* — Pour étudier les modifications de la pupille dues aux actions nerveuses, il est préférable pour être méthodique de suivre les filets nerveux du centre à la périphérie. Aussi verrons-nous successivement : *a.* l'action de l'écorce cérébrale ; *b.* l'action du moteur oculaire commun; *c.* l'action du sympathique; *d.* l'action du trijumeau; *e.* l'action du ganglion ophtalmique; *f.* l'action des nerfs ciliaires.

a. *Action de l'écorce cérébrale.* — Ferrier a obtenu le resserrement de la pupille par excitation de la troisième circonvolution externe chez le chien. François Franck obtient l'irido-dilatation chez le chien par excitation de la branche antérieure du gyrus sigmoïde et du gyrus supra-sylvien; chez le chat par excitation de la partie externe de la région supra-sylvienne et de la portion adjacente de la troisième circonvolution externe. Pour F. Franck, ces régions ne sont pas des centres corticaux oculo-pupillaires, mais de simples points de départ de réflexes.

En 1902, Herbert obtient la dilatation de la pupille par excitation de deux points de l'écorce : dans la région des mouvements des muscles de l'œil, en avant du sillon crucial; dans la région du centre

occipital de la vision. La dilatation se produit encore après section du trijumeau; elle est moindre après section du sympathique, et abolie par section du nerf de la troisième paire. Comme la dilatation se produit malgré la section du corps calleux, il est probable que l'excitation doit se transmettre aux couches optiques et aux tubercules quadrijumaux antérieurs. Pour Herbert, cette action corticale bilatérale de dilatation est produite par inhibition sur le tonus fourni normalement par le moteur oculaire commun.

En somme jusqu'à ce jour les centres corticaux irido-constricteurs et irido-dilatateurs sont encore à l'étude, s'ils existent. On ne connaît pas davantage le trajet intra-cérébral et la terminaison des fibres pupillaires corticales.

b. *Action du moteur oculaire commun.* — Angelucci note que l'excitation du nerf de la troisième paire avant le ganglion ciliaire n'a pas d'action sur la pupille. Après ce ganglion, l'excitation produit une constriction énergique. La section du moteur oculaire commun produit une mydriase moyenne. Comment expliquer cet effet paradoxal que, avant le ganglion ciliaire, l'excitation du moteur oculaire commun est négative, tandis que sa section produit la dilatation pupillaire?

Pour Kolliker et Michel, l'excitation de l'oculo-moteur agit grâce au ganglion ciliaire qui reçoit l'excitation et la transmet au moyen d'une articulation neuronique de nature sympathique.

Cependant, dans leurs dernières expériences chez le chien, Dubois et Castelain constatent que le moteur oculaire commun produit la contraction par excitation dès son émergence.

Ce qui est certain, c'est que le nerf oculo-moteur de la troisième paire est un nerf irido-constricteur et qui agit après toute excitation sur son noyau d'origine.

c. *Action du sympathique.* — Le sympathique a sur la pupille une double action : une action vasomotrice et une action irido-dilatatrice.

Etudions d'abord l'action vaso-motrice. La section du sympathique cervical produit la vaso-dilatation de l'iris; son excitation produit la vaso-constriction. Le sympathique renferme des fibres vaso-constrictives et des fibres vaso-dilatatrices. Les nerfs vaso-constricteurs naissent des deuxième, troisième et quatrième paires dorsales; les uns suivent les vaisseaux, les autres vont au premier ganglion thoracique puis dans le sympathique du cou. On a trouvé un centre vaso-constricteur dans le méso-céphale, et des centres annexes dans la moelle.

Les nerfs vaso-dilatateurs moins connus semblent provenir également de la moelle dorsale. Leur action est-elle active ou inhibitrice? Existe-t-il un centre vaso-dilatateur? Les physiologistes ne sont pas d'accord à ce sujet.

Voyons maintenant l'action irido-dilatatrice du sympathique cervical. On observe en effet une dilatation intense par excitation du sympathique cervical, et une contraction légère par section de ce même cordon.

La dilatation produite par excitation du sympathique disparaît après quelque temps et alterne avec du rétrécissement (Lodato). L'ésérine dans ce cas rétrécit moins la pupille, et l'atropine la dilate davantage.

Comment agit le sympathique? Les uns prétendent que l'excitation du sympathique produit la contraction des fibres musculaires radiées de l'iris (théorie musculaire). Mais nous avons vu que l'existence de ces fibres radiées n'est pas encore démontrée anatomiquement. D'autres admettent que les modifications pupillaires sont dues à l'action du sympathique sur les vaisseaux (théorie vasale). Mais, objecte Fr. Franck, si les vaisseaux sont vidés, l'excitation du sympathique produit cependant l'irido-dilatation; et l'excitation des rameaux vaso-moteurs rétrécit les vaisseaux oculaires sans modifier le diamètre pupillaire. Karl Munch va même plus loin, car il nie que le sympathique ait des effets vaso-moteurs sur les vaisseaux de l'iris, ces vaisseaux étant pour lui dépourvus de fibres musculaires. Enfin Fr. Franck met en avant une action inhibitrice du sympathique sur les cellules de la troisième paire, au niveau des ganglions périphériques (théorie d'inhibition).

François Franck dans ses expériences remarquables établit l'indépendance des mouvements de la pupille par rapport aux modifications vasculaires. Il montre en effet que : 1° la section de l'anastomose sympathicogassérienne produit l'irido-constriction, l'excitation de cette anastomose produit l'irido-dilatation, sans effet vasculaire. Si cette anastomose est coupée, le sympathique cervical n'a plus d'action irido-motrice, mais produit des effets vasculaires; 2° dans l'excitation du sympathique cervical, la dilatation se produit plus tôt que le resserrement des vaisseaux, atteint rapidement son maximum avant que les vaisseaux aient achevé de se resserrer et a cessé tout à fait alors que les vaisseaux continuent à se resserrer; 3° la dilatation et le resserrement de la pupille se produisent encore par excitation du sympathique et du moteur oculaire commun chez les animaux tués par hémorragies.

Quelle voie suivent les fibres irido-dilatatrices du sympathique? Fr. Franck en distingue deux groupes :

1° Un groupe cervico-dorsal constitué par les filets aboutissant au premier ganglion thoracique provenant des troisième, quatrième, cinquième et peut-être sixième nerfs dorsaux qui gagnent ce ganglion par le cordon thoracique du sympathique; des premier et deuxième nerfs dorsaux qui gagnent directement le ganglion par les rameaux communiquants; des trois ou quatre derniers nerfs cervicaux qui suivent le nerf vertébral pour gagner le premier ganglion thoracique. De ce ganglion les fibres irido-dilatatrices gagnent le cordon cervical en passant surtout par la branche antérieure de l'anneau de Vienssens. La dissociation des filets irido-dilatateurs et vasomoteurs du sympathique ne commence à s'opérer au point de vue anatomique qu'au delà du ganglion cervical supérieur. Les fibres vaso-motrices gagnent la carotide interne; les fibres pupillaires suivent le filet sympathico-gassérien qui, parti du ganglion cervical supérieur, pénètre dans le crâne avec l'artère

vertébrale, et se termine dans le ganglion de Gasser où il rejoint le deuxième groupe irido-dilatateur.

2° Un groupe bulbaire qui suit les filets radiculaires du trijumeau, arrive au ganglion de Gasser qui constitue ainsi le centre de convergence des deux systèmes qui suivent alors le nerf ophtalmique.

Nous retrouverons ces filets avec l'étude du nerf ophtalmique.

Sur ce trajet le ganglion premier thoracique a une influence tonique irido-dilatatrice. Les ganglions cervicaux paraissent sans action et le ganglion cervical supérieur pour Franck ne reçoit pas de filets irido-dilatateurs. L'action tonique du ganglion de Gasser peut être aussi réelle que celle du ganglion premier thoracique, mais elle est encore difficile à prouver.

Bach et Meyer admettent l'existence de centres dilatateurs et de centres inhibiteurs sympathiques dans la moelle allongée. Certains ont admis l'existence d'un centre cortical du sympathique.

Avant de quitter l'étude du sympathique, nous voulons dire deux mots d'un phénomène que Budge, en 1855, a appelé la constriction paradoxale. La section du sympathique cervical produit la constriction de la pupille du côté sectionné; si on enlève en même temps le ganglion cervical supérieur du côté opposé, on observe une constriction plus considérable du côté où ce ganglion est enlevé (quelquefois le phénomène inverse a lieu). Quelle est la raison de cette constriction paradoxale? Quatre théories sont aujourd'hui en présence : 1° Budge, Levinston attribuent le phénomène à un affaiblissement du sphincter irien du côté sans ganglion; 2° Langendorff en fait une contracture permanente des vaisseaux de l'iris; 3° Kowalewsky, une inhibition du dilatateur; 4° Anderson, une augmentation de tonus des tissus dilatateurs du côté privé de ganglion.

d. *Action du nerf ophtalmique*. — La section du trijumeau produit l'insensibilité de l'iris et du rétrécissement de la pupille. L'ophtalmique amène à l'iris ses nerfs sensibles qui, lorsqu'ils sont irrités, donnent lieu aux douleurs ciliaires. Le rétrécissement pupillaire, produit par section du trijumeau, vient lentement et dure une demi-heure. Si en même temps que le trijumeau on sectionne l'ophtalmique, on observe un rétrécissement permanent. L'excitation du bout périphérique de l'ophtalmique après sa section amène un rétrécissement plus considérable de la pupille. Pourquoi? Ce phénomène paradoxal est inexpliqué.

Nous voyons donc que l'ophtalmique renferme des fibres sensitives. François Franck y fait passer les fibres irido-dilatatrices des deux groupes bulbaire et cervico-dorsal. Pour Angelucci il n'y a pas de fibres irido-dilatatrices dans le trijumeau. Le trijumeau contient-il des fibres vaso-constrictives? Nous ne sommes pas encore fixés sur ce point. En résumé, à part l'action sensitive bien caractérisée, les physiologistes ne sont pas d'accord pour attribuer au nerf trijumeau une action sur la pupille. Ce que nous pouvons dire avec Dubois et Castelain, c'est que le trijumeau ne joue aucun rôle en tant que nerf centrifuge.

e. *Action du ganglion ophtalmique*. — D'après ce qui précède, nous voyons que le ganglion ophtalmique reçoit par sa racine motrice, les fibres irido-constrictives de l'oculomoteur commun, par sa racine sympathique des fibres vaso-motrices, et par sa racine sensitive des fibres sensitives venant de l'ophtalmique et des fibres irido-dilatatrices venant du sympathique. Les fibres sensitives ne s'arrêtent pas dans le ganglion, mais les autres fibres viennent se terminer dans les cellules ganglionnaires. Etudié dans son action sur l'iris, le ganglion ciliaire a une quadruple action : il est tonique irido-constricteur, tonique irido-dilatateur, trophique, réflexe irido-dilatateur.

f. *Action des nerfs ciliaires*. — Les nerfs ciliaires renferment les fibres irido-constrictives, irido-dilatatrices, trophiques, et réflexes venues du ganglion ciliaire, et les fibres sensitives venues de l'ophtalmique passant aussi par le ganglion. Les nerfs ciliaires renfermant les fibres irido-dilatatrices sont plus nombreux que ceux renfermant les fibres irido-constrictives. L'excitation d'un nerf ciliaire dilatateur donne lieu à la dilatation régulière et totale de la pupille, d'où association périphérique probable dans l'épaisseur de l'iris des différents nerfs ciliaires irido-dilatateurs. La dilatation de la pupille dans ce cas paraît résulter à la fois d'une action directe des nerfs moteurs sur les fibres radiées, et de l'action inhibitrice sur l'appareil antagoniste (Fr. Franck).

Si on excite l'extrémité centripète des nerfs ciliaires où dominent les dilatateurs, on observe de l'irido-constriction, et non seulement du côté correspondant, mais à un moindre degré du côté opposé. La voie centripète pourrait être le trijumeau et le centre au noyau de l'oculomoteur commun (Fr. Franck).

On peut admettre aussi dans les plexus ciliaires quelques centres irido-constricteurs périphériques. Peut-être ainsi pourrait-on expliquer la contraction de l'iris produite quelquefois par le simple toucher.

En résumé, l'iris reçoit : 1° des nerfs sensitifs venus du trijumeau; 2° des nerfs vaso-moteurs venus du sympathique qui arrivent au ganglion ophtalmique par sa racine sympathique, et peut-être aussi en partie par la racine venue de l'ophtalmique; 3° des nerfs irido-constricteurs venus de l'oculomoteur commun, sur le trajet desquels le ganglion ciliaire a une action toxique; 4° des nerfs irido-dilatateurs venus du sympathique et empruntant la voie de l'ophmique; renforcés par le ganglion premier thoracique, le ganglion de Gasser et le ganglion ciliaire. Ces nerfs agissent peut-être par inhibition; 5° des nerfs trophiques venus du ganglion ophtalmique.

5° *Action sur l'iris de diverses substances*. — a. *Substances mydriatiques*. — Prenons comme exemple l'atropine, extrait de la belladone. L'atropine a pour effet de dilater la pupille. A quoi est due cette dilatation? Deux théories : 1° L'atropine paralyse les extrémités du moteur oculaire commun et excite les extrémités périphériques du sympathique (Gubler). L'atropine a aussi une action vaso-constrictive; 2° Peut-être y a-t-il excitation simultanée du nerf de la troisième paire et du sympathique, effet simultané qui ne produit que la dilatation. Au bout de quelque temps, la troisième paire se paralyse par épuisement et complète la dilatation.

Les autres mydriatiques agissent sensiblement de même. Ce sont l'hématropine, la duboisine, la daturine, la cocaïne, la stovaïne, l'hyosciamine (jusquiame), l'hyoscine, la scopolamine, la gelsemine, la scopoléine, l'éphidrine, l'euphtalmine.

b. *Substances miotiques.* — L'ésérine, extrait de la fève de Calabar, rétrécit la pupille. Trois théories essaient d'expliquer son action : 1° dilatation des artères ciliaires consécutive à une paralysie du muscle ciliaire qui est traversé par ces artères ciliaires et qui se relâche (Legros et Rabuteau); 2° paralysie des fibres radiées de l'iris, l'ésérine agissant directement sur la fibre musculaire elle-même (Fraser); 3° excitation des filets terminaux du moteur oculaire commun (Nothnagel et Rossbach). Dans ce cas l'ésérine qui paralyse les autres nerfs de l'organisme n'exciterait que le seul moteur oculaire commun.

D'autres substances agissent sur la pupille en la rétrécissant : la pilocarpine, la muscarine, la nicotine, la morphine, le chloral, l'aconit; ces quatre dernières substances prises par voie interne à assez hautes doses.

II. Rôle de l'iris dans le globe de l'œil. — 1° *Rôle dans l'hydrostatique oculaire.* — La face antérieure de l'iris sécrète-t-elle? Venneman admet que l'iris sécrète de l'humeur aqueuse par exosmose des vaisseaux antérieurs de l'iris.

La face antérieure absorbe-t-elle de l'humeur aqueuse? Les expériences de Leber tendent à le prouver. Il est aussi un fait connu que le rétrécissement de l'iris favorise la résorption des produits pathologiques de la chambre antérieure.

Par ses mouvements l'iris remplit le rôle de soupape entre les deux chambres.

2° *Rôle visuel.* — L'iris a un double rôle dans la vision : *a.* il sert de diaphragme pour la quantité de lumière; *b.* son épithélium postérieur arrête les rayons marginaux qui traversent la cornée et le cristallin à leur périphérie et empêche ainsi les imperfections de l'image rétinienne. Ce qui explique la vision défectueuse des albinotiques dont cet épithélium est privé de pigment.

A. Etude des réflexes. — L'iris règle la quantité de lumière d'une façon réflexe. Le réflexe photomoteur est le seul vrai réflexe. Ce qu'on appelle le réflexe à la convergence n'est qu'un phénomène associé, mais pas un vrai réflexe isolé.

Le réflexe photomoteur est un phénomène involontaire et inconscient. A la lumière la pupille se reserre; dans l'obscurité elle se dilate. Pendant le sommeil cependant la pupille est rétrécie; elle se dilate au réveil par un réflexe sensoriel.

Quelles sont les voies de conduction du réflexe photomoteur? Le point de départ de l'excitation est dans la rétine ou dans le nerf optique. (Nous avons vu que chez les animaux à iris autres que les mammifères le point de départ de l'excitation peut être directement l'iris.) Le réflexe ne se produit pas si le nerf optique est sectionné; il se produit par excitation mécanique, physique ou chimique du nerf optique ou de son bout central. Ce réflexe est double.

Le point de départ du réflexe dans la rétine est pour les uns dans la couche des cônes et des bâtonnets; pour d'autres dans les cellules amacrines. L'excitation se communique aux cellules ganglionnaires. Le point le plus sensible est la macula.

La voie centripète est constituée d'abord par le nerf optique : ces fibres pupillaires seraient, d'après Berheimer, plus grosses que les fibres optiques. (Ce fait n'est pas certain pour Bach.) Elles subissent la dégénérescence de Marchi si on les sépare de la rétine.

Dans le chiasma il y a décussation partielle, les fibres croisées paraissant plus nombreuses.

Dans la bandelette optique on rencontre des fibres directes et des fibres croisées. Ces fibres se réunissent un peu en avant du corps genouillé externe, le contournent sans le traverser, passent dans la substance du tubercule quadrijumeau antérieure au delà du niveau de l'aqueduc sans s'y arrêter, et se mettent en connexion avec le noyau du moteur oculaire commun.

Le centre réflexe photomoteur, pour Bernheimer et Levinston, se trouverait dans le noyau médian à petites cellules de la troisième paire (noyau d'Edinger Westphal ou noyau central de Perlia). Certains ont situé un centre irido-constricteur dans la moelle cervicale à l'aide du faisceau de Held qui partirait des tubercules quadrijumeaux antérieurs et descendrait dans les noyaux des nerfs craniens.

Bach émet une hypothèse nouvelle quant aux centres pupillaires. Pour lui les fibres pupillaires se termineraient dans le tubercule quadrijumeau antérieur. De là naissent des fibres arciformes qui contournent la partie verticale du noyau de la troisième paire et se réunissent aux fibres radiculaires de la troisième paire, une partie du même côté, l'autre plus considérable du côté opposé. Il y aurait donc, d'après lui, un double entrecroisement : dans le chiasma des fibres centripètes et dans la protubérance des fibres centrifuges.

La voie centrifuge du réflexe est le nerf moteur oculaire commun et le ganglion ciliaire.

Bach trouve un centre d'arrêt de la réaction pupillaire à l'extrémité inférieure du quatrième ventricule; il fait remarquer que l'excitation du corps strié, des tubercules quadrijumeaux, de la couche optique dilate la pupille.

La réaction pupillaire est en rapport direct avec l'intensité de l'agent lumineux.

Il paraît exister également une dilatation réflexe dont la voie centripète est le nerf optique, dont le centre est inconnu (sympathique?) et dont la voie centrifuge pourrait être le sympathique cervical puis le trijumeau probablement.

Si l'on place les deux yeux dans l'obscurité et que l'on éclaire l'une des pupilles seulement, l'autre restant dans l'obscurité, on remarque que la pupille obscure se rétrécit en même temps et de quantité égale à la pupille éclairée. C'est ce que l'on appelle le réflexe consensuel. Ce réflexe se produit : 1° ou

bien par suite de l'entrecroisement des nerfs optiques dans le chiasma (mais le phénomène persiste si on sectionne une des bandelettes optiques); 2° ou bien par associations centrales; 3° ou bien par entrecroisement partiel des fibres pupillaires constrictives.

B. *Etude des changements de l'iris associés à d'autres phénomènes oculaires.* — a. *Modifications de l'iris pendant la convergence et l'accommodation.* — Le point de départ de l'excitation dans ce cas est dans la rétine. Le trajet des fibres centripètes est inconnu. Le centre des changements de l'iris est mal délimité. Il serait peut-être cortical (centre pariéto-occipital de Grasset) ou protubérantiel. Les fibres centrifuges sont contenues dans le moteur oculaire commun et le ganglion ciliaire.

Pendant l'accommodation la contraction de la pupille est due à l'action synergique qui existe entre la convergence, le rétrécissement de la pupille et la contraction du muscle ciliaire; l'iris se contracte plus lentement que le muscle ciliaire.

Pendant la convergence la contraction pupillaire se produit par l'action synergique entre le centre pupillaire de l'oculomoteur et celui du droit interne.

Morax fait remarquer que ce rétrécissement pupillaire est plutôt en rapport avec la convergence qu'avec l'accommodation. En effet : 1° dans la paralysie diphtérique de l'accommodation, la pupille se contracte cependant dans la convergence; 2° si on couvre un œil et qu'on fasse regarder de près par l'autre, il n'y a pas de convergence, mais accommodation, et la contraction pupillaire ne se fait plus (Morax). Ce fait mérite d'être confirmé et il serait intéressant à rechercher dans les cas de paralysie de la troisième paire où il n'y a plus convergence.

Le rétrécissement de la pupille et de l'accommodation sont donc deux phénomènes associés à la convergence.

b. *Etat de la pupille pendant l'attention* (*réflexe à l'attention de Haab*). — Si l'œil fixe avec attention un objet situé dans son champ visuel sans converger ni accommoder, il se produit une contraction pupillaire. Il vaut mieux prendre comme exemple un objet non lumineux. Ce phénomène disparaît dans la paralysie diphtérique du muscle ciliaire. Le point de départ de cette modification pupillaire est probablement dans l'écorce cérébrale.

Lorsqu'un sujet est attentif par un autre sens que la vue, lorsqu'il écoute parler avec attention par exemple, sans que son regard soit attaché sur un objet déterminé, il écarquille ses paupières et quelquefois la pupille se dilate également.

c. *Etat de la pupille pendant la contraction palpébrale faite avec effort* (réflexe de Pilz-Westphal, réflexe palpébral de Graefe, de Galassi, de Gifford). — Quand on fait un effort considérable pour fermer les paupières tenues ouvertes, la pupille se contracte. Après une occlusion violente des paupières, on voit la pupille se dilater, même si elle est en face d'un éclairage intense, preuve que la pupille était rétrécie pendant cette occlusion des paupières. Dans ce cas la pupille qui était contractée pendant l'occlusion, se dilate au moment de l'ouverture des paupières, et se contracte ensuite sous l'influence du réflexe photomoteur.

Les voies centripètes et centrifuges de ce phénomène sont inconnues. Quelle est la signification de ce phénomène? Dans l'Encyclopédie française d'ophtalmologie, Morax rapporte les opinions des auteurs s'étant occupés de la question : Wundt en fait une forme du réflexe de convergence lié au mouvement d'adduction et d'élévation des globes, qui se produit toujours au moment des efforts d'occlusion palpébrale. Gifford objecte que cette contraction peut être plus forte que le simple réflexe de convergence. Schanz en fait une modification vasculaire de l'iris amenant le myosis sous l'influence de la pression palpébrale; mais (Westphal) aucune pression sur le globe ne modifie le diamètre pupillaire.

d. *Mouvements de la pupille accompagnant une douleur périphérique.* — La dilatation pupillaire qui accompagne la douleur peut être presque considérée comme uu véritable acte réflexe. Cette dilatation est lente, suivie, quand la douleur cesse, d'une constriction quelquefois brusque. Le point de départ de cette réaction pupillaire est dans l'excitation douloureuse d'un nerf sensitif sur un point quelconque du corps; cette réaction se produit aussi dans la région sous-bulbaire de la moelle. Le centre de ce réflexe paraît être dans la région médullaire cervico-dorsale, ou même dans l'écorce cérébrale. La voie centrifuge serait le sympathique. Tout ce trajet est problématique; ce qui est certain, c'est que la voie réflexe est longue. Bach constate que la dilatation pupillaire à la douleur persiste après section du trijumeau, du sympathique, du ganglion cervical supérieur; disparaît après section de l'oculomoteur commun. Il s'agirait donc d'une abolition du tonus de l'oculomoteur. Dubois et Castelain ne font disparaître la dilatation à la douleur que par section simultanée du sympathique et de l'oculomoteur commun, ce qui confirme la théorie de Bach.

e. *Réactions sensorielles et psychiques de la pupille.* — Il existe plusieurs réactions pupillaires de cette nature. Il peut se produire une dilatation psychique de la pupille, avec le nerf optique comme voie centripète, et comme voie centrifuge très allongée.

Dans la peur, la pupille se dilate. Pourquoi? Pourquoi la pupille du maniaque est-elle dilatée, et celle de l'idiot rétrécie?

Il existe aussi une contraction pupillaire liée à la représentation mentale d'une lumière, même chez les aveugles avec double atrophie optique.

Comme le montre ce travail, la physiologie de l'iris est un vaste problème dont bien des points sont encore obscurs. La question de l'action des nerfs et des réflexes a donné lieu à de nombreuses recherches et a fait émettre bien des théories. Nous pensons que de nouvelles recherches avec l'aide de l'histologie pathologique permettront d'éclaircir bon nombre de phénomènes dont l'état actuel de nos connaissances ne nous permet pas d'affirmer le pourquoi et le comment.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1907)

Traitement des atrophies musculaires consécutives à l'hydarthrose. — Dans la dernière séance, M. ROCHARD a fait une communication sur le traitement des atrophies musculaires consécutives aux épanchements articulaires et, en particulier, à l'hydarthrose par la méthode du travail musculaire avec progression des résistances. Le travail que M. Rochard a fait en collaboration avec M. de Champtassin (voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 90, p. 1071), a déjà été l'objet d'un rapport de M. Berger à l'Académie (séance du 9 février 1907).

Dans les cas d'hémarthrose comme dans les cas d'hydarthrose, le traitement, auquel a recours M. Rochard, consiste dans la ponction suivie de la mobilisation immédiate et du travail musculaire progressif obtenu à l'aide de mouvements de la jambe, le pied soutenant des poids de plus en plus lourds.

M. HARTMANN, dans les hémarthroses, préfère à la ponction préconisée par M. Rochard, l'arthrotomie, l'évacuation complète du liquide, le lavage avec le sérum stérilisé et la mobilisation précoce et même immédiate. Il estime, avec M. Rochard, que le massage et l'électrisation ne donnent pas des résultats aussi rapides que cette gymnastique musculaire. M. Hartmann conseille aux malades de faire mouvoir eux-mêmes leur membre atrophié, le pied supportant des poids variables. Le retour des fonctions est plus rapide et plus complet avec ce mode de traitement qu'avec les anciens traitements.

M. MOTY emploie depuis longtemps la ponction dans les hémarthroses du genou. Il la fait suivre d'un pansement au sublimé et de bains à 45 degrés.

M. TUFFIER, dans les gros épanchements, fait l'incision du cul-de-sac supérieur, évacue complètement la synoviale, fait la compression pendant quelques jours, conseille les mouvements très précoces, et cherche aussi à obtenir la récupération progressive de la force musculaire par l'effort progressif.

M. ROUTIER rappelle que la ponction a déjà été préconisée par Broca père. Il la fait avec le bistouri, lave l'articulation avec du sérum stérilisé. Il traite ainsi les hémarthroses depuis longtemps. Quant à l'hydarthrose chronique, il fait la taille articulaire, lave à l'eau phéniquée et prescrit les mouvements précoces.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE est heureux de voir préconiser aujourd'hui la pratique qu'il suit depuis vingt ans. Depuis plus de vingt ans, en effet, il ouvre largement les hydarthroses, lave l'articulation avec la solution phéniquée forte et a recours à la mobilisation précoce. Il applique le même traitement à l'hémarthrose et s'applique aussi à obtenir la réparation des muscles par le mouvement.

M. BROCA dit que chez l'enfant il est inutile de recourir à la ponction pour les hémarthroses puisqu'elles guérissent toutes seules. Quant à l'hydarthrose, elle est presque toujours tuberculeuse.

Tumeurs du rectum. — A propos d'une présentation faite dans la dernière séance par M. Schwartz d'une tumeur épithéliale du rectum pédiculisée qu'il avait enlevée facilement en incisant une certaine portion de la muqueuse, M. QUÉNU ne croit pas que cette opération soit suffisante pour les tumeurs végétantes épithéliales. Il est préférable selon lui d'enlever toute l'épaisseur de la paroi rectale. Il intervient donc par la voie parasacrée. Dans un cas, il a excisé une grande portion de la paroi rectale, qu'il a ensuite réunie. Malheureusement la réunion n'a pas tenu, mais la malade n'en est pas moins restée guérie depuis quatre ans. Chez une autre malade chez laquelle la tumeur était plus étendue, il eut recours à la voie abdomino-périnéale avec anus contre nature. Cette malade a guéri. Dans les cas de tumeurs épithéliales végétantes, l'excision doit comprendre plus que la muqueuse rectale. M. Quenu préfère ces excisions partielles de la totalité de la paroi rectale par la voie parasacrée.

M. BAZY communique plusieurs cas de sa pratique personnelle qui justifient cesablations larges de la muqueuse rectale, préconisées par M. Quénu.

M. POTHERAT, chez un homme de soixante-douze ans, a enlevé une volumineuse tumeur villeuse du rectum en se contentant de dilater ce rectum, d'amener la tumeur en dehors, de pédiculiser les tuniques du rectum où s'implantait la tumeur, d'exciser cette muqueuse avec la tumeur, de faire une suture intra-rectale, de bourrer la plaie de poudre d'iodoforme. Le malade a très bien guéri à la suite de cette opération simple et facile.

M. QUÉNU estime qu'en matière de cancers du rectum, il faut faire des opérations larges, radicales, laissant après elles une vaste ouverture, la région étant indésinfectable autrement.

M. SCHWARTZ pense que parmi ces tumeurs villeuses, il en est de relativement bénignes pour lesquelles l'opération préconisée par M. Quénu serait peut-être exagérée. Dans le cas qu'il a présenté, il s'agissait d'une de ces tumeurs moins malignes, pour lesquelles l'excision par les voies naturelles peut être suffisante.

Gastro-entérostomie. — Dans la dernière séance, M. Delbet avait fait connaître les résultats de nombreuses expésiences sur les chiens, d'où il résultait que la gastro-entérostomie semblait inutile dans les cas où le pylore restait libre.

M. TUFFIER a fait aussi des recherches et des expériences sur le même sujet. Il rappelle aussi les mêmes recherches de Kœnig. De toutes ces expériences, il résulte que, quand le pylore est normal, tous les aliments continuent à passer par le pylore. Ce fait est absolument vrai quand on expérimente sur des estomacs et des pylores normaux. Mais il n'en est plus de même quand on intervient chez des malades dont le pylore fonctionne mal, soit par suite de contracture, de spasme, d'ulcère ou de rétrécissement par toute autre cause. Les résultats cliniques des gastro-entérostomies, les digestions plus faciles après qu'avant l'opération prouvent que la nouvelle bouche n'est pas tout à fait inutile.

En effet, au moment de l'ingestion des aliments, il passe un peu de liquide par la bouche gastro-intestinale, qui va exciter la muqueuse jéjunale ou duodénale. Sous l'influence de cette excitation, la fonction pylorique sera facilitée. Voilà comme quoi, bien que la nouvelle bouche au point de vue expérimental comme au point de vue clinique, ne serve pas au passage des aliments, elle améliore et favorise la digestion en rendant plus aisé le fonctionnement du pylore.

Quand le duodénum est distendu, l'estomac est paralysé, d'où la dilatation stomacale aiguë post-opératoire, d'où les avantages du lavage dans ces cas.

M. HARTMANN fait observer que toutes les expériences, celles de Kœnig comme celles de Delbet, confirment ce fait que la nouvelle bouche est inutile dans les cas où le pylore reste perméable.

La prothèse après la résection du maxillaire. — M. VALLAS (de Lyon) estime, contrairement à l'opinion soutenue par M. Sébileau, qu'après la résection du maxillaire inférieur, pour réparer les désordres qui en résultent, la prothèse immédiate, telle qu'on la pratique à Lyon, donne d'excellents résultats. M. Vallas fournit plusieurs exemples appuyés de photographies.

Pour que cette prothèse immédiate donne de bons résultats, il faut au cours de l'opération, conserver intact l'orifice buccal, respecter l'orbiculaire des lèvres, pratiquer l'incision un peu en arrière de l'incision classique, recourir ensuite à des lavages continuels à l'aide de drains bien placés.

M. MICHAUX a fait, pour une tumeur, l'ablation du maxillaire inférieur avec prothèse immédiate ayant donné de très bons résultats.

Election du bureau. — Le bureau, pour 1908, est ainsi constitué :

Président : M. Nélaton, élu à l'unanimité; vice-président : M. Reynier; secrétaire général : M. Felizet; premier secrétaire annuel : M. Ricard; deuxième secrétaire annuel : M. Lejars; archivistes : MM. Broca et Arrou.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE LA TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE ASSOCIÉE A DES SYMPTOMES BASEDOWIFORMES ET A UN RÉTRÉCISSEMENT MITRAL.

Monsieur et cher confrère,

Me permettrez-vous de joindre au travail intéressant et si documenté de M. Crespin deux observations et quelques indications bibliographiques qui le complètent : les unes et les autres figurent dans ma thèse (*Cardiopathies valvulaires compliquées de basedowisme*, Th. de Lyon, 1906, p. 64 à 68).

Voici d'abord le résumé de ces deux observations :

Observation due à M. Porot, médecin des hôpitaux de Tunis. — M. H..., trente et un ans. Rhumatisme subaigu ancien. Pseudo-angor. Tachycardie paroxystique. Goitre. Tremblement des doigts. Rétrécissement mitral.

Observation personnelle (recueillie dans le service de mon ancien maître, M. Mollard). — Ch. M..., quarante-neuf ans. Rhumatisme articulaire subaigu ancien. Basedowisme fruste. Tachycardie paroxystique. Rétrécissement mitral. Asystolie sans rémission, rapidement mortelle. Autopsie.

J'ai rappelé également dans ma thèse l'*observation de Breton* (*Gaz. des hôpit.*, 1905, p. 1335), concernant une femme de soixante-neuf ans, avec goitre basedowifié, tachycardie paroxystique, insuffisance mitrale intercurrente et pleurésie hémorragique, et *celle d'Apert* (*Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1902, p. 488), avec insuffisance aortique et tachycardie paroxystique chez un goitreux, et compression douteuse du pneumogastrique (cf. discussion et opinion de Vaquez).

De ces faits il faut rapprocher les *deux observations de Minnich* et *celle de Birsch-Hirschfeld*, de goitreux avec tachycardie paroxystique (*Minnich das Kropfherz*, Wien 1904, p. 162).

Si l'on ajoute aux faits rapportés par M. Crespin ces quelques observations, on a en main les éléments du problème suivant : *Faut-il rattacher la tachycardie paroxystique au basedowisme*, ou plus exactement à un trouble de la fonction thyroïdienne ?

Nous ne croyons pas non plus qu'on puisse actuellement l'affirmer, mais on n'est pas en droit de le nier. Nous pensons aussi qu'*en présence d'un cas de tachycardie paroxystique qui paraît pur, on doit rechercher* :

1° *Une lésion valvulaire* qui existe souvent (Savy. *Contribution à l'étude de la tachycardie paroxystique et de ses rapports avec les lésions valvulaires du cœur*, Th. de Lyon, 1906);

2° *Les symptômes d'un basedowisme fruste* qui ont existé dans quelques cas indiscutables. Nous le disions déjà formellement dans notre thèse en 1906.

Recevez, Monsieur et cher confrère, l'assurance de ma haute considération,

J. FROMENT,
chef de clinique médicale à la Faculté de Lyon.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 6 AU 11 JANVIER 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 6 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Reclus, Proust et Lecène; — (2e partie) : MM. Déjerine, Macaigne et André Jousset; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 7 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Pozzi, Marion et Lenormant; — (2e partie, 1re série) : MM. A. Robin, Jeanselme et Carnot; — (2e série) : MM. G. Ballet, Fernand Bezançon et Balthazard; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 8 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Nicolas et Proust.

2e : MM. Ch. Richet, Branca et Zimmern.

4e : MM. Pouchet, Macaigne et Lœper.

2e (chirurgien-dentiste) : MM. Roger, Desgrez et Lecène; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 9 janvier, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Desgrez et Brumpt.

3e (1re partie, oral) : MM. Quénu, Demelin et Cunéo.

4e : MM. Gilbert, Thoinot et Langlois.

2e (chirurgien-dentiste) : MM. G. Ballet, Carnot et Lenormant; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 10 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Nicolas et Proust.

2e : MM. Gautier, Ch. Richet et Mulon.

3e (oral, 2e partie) : MM. Blanchard, Déjerine et A. Jousset.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Macaigne.

2e (chirurgien-dentiste) : MM. Segond, Richaud et Lœper. — M. Zimmern, suppléant.

5e (chrurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Lecène; — (2e série) : MM. Delens, Pierre Duval et Ombredanne; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Desgrez, suppléant.

Samedi 11 janvier, à une heure. — 5e (1re partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, A. Robin et Renon ; — (2e série) : MM. Hutinel, Jeanselme et Nobécourt; — M. Launois, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Brindeau et Jeannin; — M. Nicloux, suppléant.

THÈSES

Mercredi 6 janvier 1908, à une heure. — M. Vezard. Incisions esthétiques thoraco-abdominales. (MM. Segond, président; Delens, Pierre Duval et Ombrédanne.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 43, 24 oct. 1907.) Küttner : Sur les diarrhées chroniques et leur traitement. — Neisser : L'atoxyl dans la syphilis et la frambœsia. — Hart : Sur la question de la genèse de la phtisie pulmonaire tuberculeuse. — Löwenstein : Sur la situation intra-cellulaire des bacilles tuberculeux dans l'expectoration et sur son importance pronostique. — Hippius et Lewinson ; Oxyure et appendice. — Hirschberg : Orchite dans une infection à pyocyanique. — Veckenstedt : Un cas de sialodochite warthonienne chronique avec formation d'une structure, d'origine traumatique. — Becker : Sur le traitement par la fibrolysine.

Revue neurologique. — (N° 21, 15 nov. 1907.) Marinesco : Plasticité et amiboïsme des cellules des ganglions sensitifs.

Semaine gynécologique. — (N° 45, 5 nov. 1907.) R. Pichevin : A propos du cancer de l'utérus. — (N° 46, 12 nov.) Pichevin : Du traitement post-opératoire de la métrite totale. — (N° 47, 19 nov.) Pichevin : Quelques indications opératoires du fibrome utérin.

Semaine médicale. — (N° 45, 6 nov. 1907.) F. Lejars : L'opération de Freunot dans l'emphysème pulmonaire. — (N° 46, 13 nov.) Chauffard : Urémie aiguë et polynucléose rachidienne. — (N° 47, 20 nov.) A. Jacquet : Le régime des diabétiques.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Notes.* — ANATOMIE. — Séance du 20 décembre : MM. Richet, 12; Rousselot, 10; Mlle d'Argent, 4; Siviecinski, 7; Dournay, 11; Cotillon, 13; Odoul, 8.

PATHOLOGIE. — Séance du 21 décembre : MM. Chabbert (Paul), 6; Vignéras, 12; Pinchon, 5; Cotoni et Sorrel, 12; Corpechot, 8; Huber, 11; Bollack et Bruel, 10.

HOPITAUX DE PROVINCE. — GRENOBLE. — Le concours pour une place de médecin adjoint des hôpitaux de Grenoble, ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, s'est terminé par la nomination du docteur J. Corneloup, ancien interne des hôpitaux de Lyon, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Grenoble.

— LILLE. — Le concours pour la médaille d'or de l'internat vient de se terminer. La médaille est décernée à M. Goehlinger.

— MARSEILLE. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Corsy, Weil, Monges, Michel; internes provisoires : MM. Bouniol, Sénès, Eiglier, Küss, Rémy, Payan, Thumin, Arnaud, Camoin.

Concours de l'externat : MM. Monier, Roque, Nevière, Battesti, Galop, Sicard, Ourgaud, Abbattucci, Abeille, Gallerand.

Concours de l'internat en pharmacie : M. Veyrolatti, Mlle Battesti, M. Gérard.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BOURSES ACCORDÉES. — Le *Journal officiel* du 23 décembre publie la liste des bourses accordées pour un an à un certain nombre d'étudiants dans les différentes facultés de médecine.

— BORDEAUX. — M. le docteur Aubaret, ancien prosecteur, ancien chef de clinique ophtalmologique, est nommé chef des travaux anatomiques à la Faculté de Bordeaux.

COMMISSION EXTRA-PARLEMENTAIRE DES ÉTUDES MÉDICALES. — Cette commission, qui siège au ministère, vient de se réunir régulièrement depuis une dizaine de jours et a pris des décisions importantes. Malgré le silence fait autour de ses délibérations, il nous est possible de faire connaître la suivante que nous apprend notre excellent confrère le *Journal de médecine de Paris* : tout médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux sera autorisé, sous certaines conditions, à recevoir des élèves stagiaires. Alors qu'actuellement ces médecins, auxquels sont confiés des élèves, reçoivent une indemnité de 3000 francs par an, à l'avenir, cette indemnité sera proportionnelle au nombre des élèves qui se seront fait inscrire, le nombre des élèves étant toutefois limité. Il en résultera naturellement que seuls les services intéressants seront suivis, que seuls les médecins-enseignants qui sauront attirer les élèves seront indemnisés. On pourra alors voir des services de professeurs de clinique dépourvus d'élèves.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS, dans son assemblée générale annuelle du 20 décembre, a nommé son bureau pour 1908. Ont été élus : président, M. le docteur Le Filliâtre; vice-présidents, MM. les docteurs Monnet et A. Morin; secrétaire général, M. le docteur P. Barlerin; trésorier, M. le docteur Kaminsky.

La Société a entendu ensuite une communication très intéressante, faite par le docteur Kolbé, ancien professeur à l'Université de Buenos-Ayres, sur l'emploi de la radioscopie pour le diagnostic des affections du tube digestif (avec nombreuses projections à dessins).

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA DROME ET DE L'ARDÈCHE. — Le bureau pour 1908 est ainsi constitué : président, M. Mayoud (de Vienne); vice-président, M. Pignal (d'Annonay); secrétaire-trésorier, M. Fayard (du Péage).

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE RÉSERVE. — Le bureau est ainsi constitué pour 1908 : président, M. le professeur Chatin (de l'Institut); vice-présidents, MM. les docteurs Jeanton, Reymond, sénateur; secrétaire général, M. le docteur Tollemer; secrétaire général adjoint, M. le docteur P. Archambaud; trésorier, M. le docteur Brodier; secrétaire des séances, MM. les docteurs Podevin et Fouineau.

Les membres de l'Union sont au nombre de 296 pour la Seine et Seine-et-Oise, et de 146 pour le reste de la France, soit au total 442 membres. De ces 442 membres 159 appartiennent à l'armée active.

CONFÉRENCE PRIVÉE D'EXTERNAT. — MM. Doury et Deverre, internes des hôpitaux, commenceront au début de janvier 1908 une conférence privée d'externat.

S'adresser à la salle de garde de Tenon.

LE PROLAPSUS DU RECTUM
ET SON TRAITEMENT

Par VICTOR PAUCHET (d'Amiens).

Le prolapsus est l'issue à travers l'anus d'un segment ano-rectal, plus ou moins étendu. Cette descente des tissus est plus ou moins prononcée et constitue suivant son degré le prolapsus muqueux, le processus ano-rectal et le prolapsus rectal.

I. Prolapsus de la muqueuse. — C'est un prolapsus partiel. La muqueuse anale, éversée, déborde l'anus, sous forme d'un bourrelet circulaire. On dirait la doublure trop longue d'une manche d'habit. Sa hauteur est de 3 ou 4 centimètres. Il est constitué par l'adossement de deux muqueuses séparées par du tissu conjonctif.

II. Prolapsus ano-rectal — Toutes les tuniques de l'intestin participent alors au prolapsus. La portion anale d'abord, puis l'ampoule, se retournent en tumeur ovoïde, sorte d'ananas rouge ; la longueur de la masse atteint 10, 12 centimètres. Au point où la tumeur se pédiculise, la muqueuse prolabée se continue avec la peau sans sillon de séparation. La masse est constituée par deux cylindres qui sont les deux parois rectales adossées. Au sommet se trouve un orifice arrondi, central, reporté en arrière du côté du coccyx. La paroi antérieure est plus développée, plus bombée, plus saillante. La paroi postérieure est incurvée, rétractée vers le coccyx par traction du méso-rectum. Le cul-de-sac de Douglas se prolonge en avant entre les deux cylindres. Il constitue un vrai sac herniaire (hédrocèle) dans lequel s'engagent les anses grêles. Le sphincter anal est béant, flasque, distendu, sans tonicité.

III. Prolapsus du rectum. — Le rectum se déplace le premier, tandis que le canal anal reste en place. Le prolapsus passe à travers l'anus, et présente ainsi trois cylindres emboîtés. Au point où la tumeur se pédiculise, la muqueuse ne se continue pas avec la peau, mais il existe un sillon qui pénètre plus ou moins haut au-dessus de l'anus.

Pathogénie et mécanisme. — Le prolapsus muqueux s'explique par la laxité de la lame celluleuse sous-muqueuse, surtout s'il existe un polype, des hémorroïdes ou de l'entérocolite. Le prolapsus total présente un mécanisme plus complexe. Ce mécanisme relève de l'une ou l'autre de ces deux causes :

a. *Le relâchement des moyens de fixité du rectum* (hernie de faiblesse). — Ces moyens de fixité sont : le sphincter externe, le releveur de l'anus, enfin le méso-rectum. Tous les tissus de ces organes s'affaiblissent et provoquent le prolapsus. Il est vraisemblable que les causes précédentes n'agissent pas sans la troisième.

b. *Un vice de conformation* (la hernie périnéale congénitale). — Le prolapsus rectal est simplement une hernie périnéale dont le cul-de-sac de Douglas est le sac. Ce sac s'engage dans l'intérieur du rectum, puis apparaît à l'anus, entraînant à sa suite l'ampoule rectale qui se retourne d'abord en avant, puis sur les côtés et en arrière. La hernie est donc formée par un sac constitué par le Douglas et doublé par la paroi antérieure du rectum. Elle contient des anses grêles qui produisent du gargouillement quand on réduit le prolapsus. Ces anses peuvent s'étrangler et produire de l'occlusion.

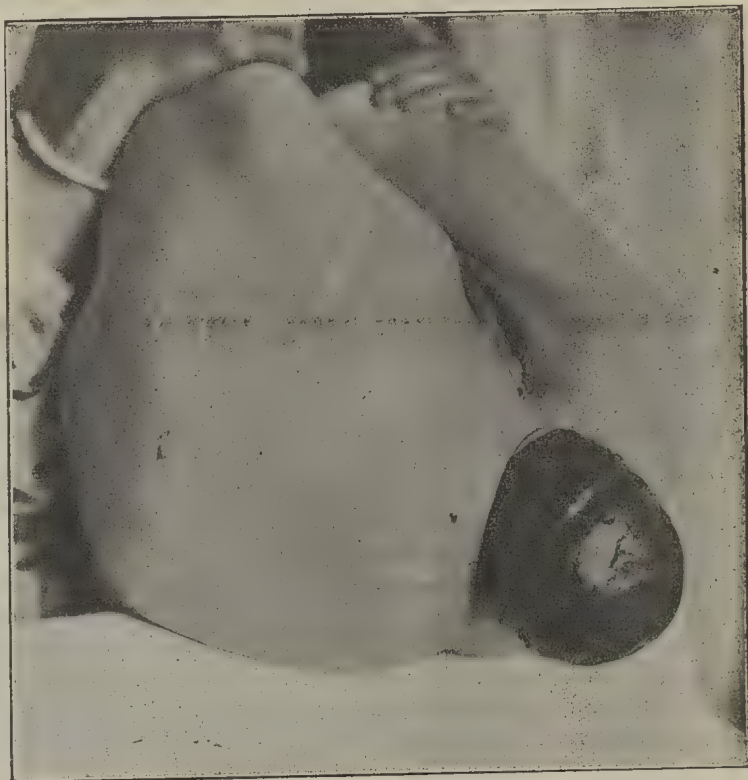


Fig. 1. — *Photographie de prolapsus chez une femme.* — La lumière intestinale est portée en arrière et invisible sur la photographie. La masse surtout saillante en avant est sonore à la pression et se réduit avec gargouillement (contenu intestinal). L'anus est flasque, dilaté; la peau péri-anale se continue avec la muqueuse.

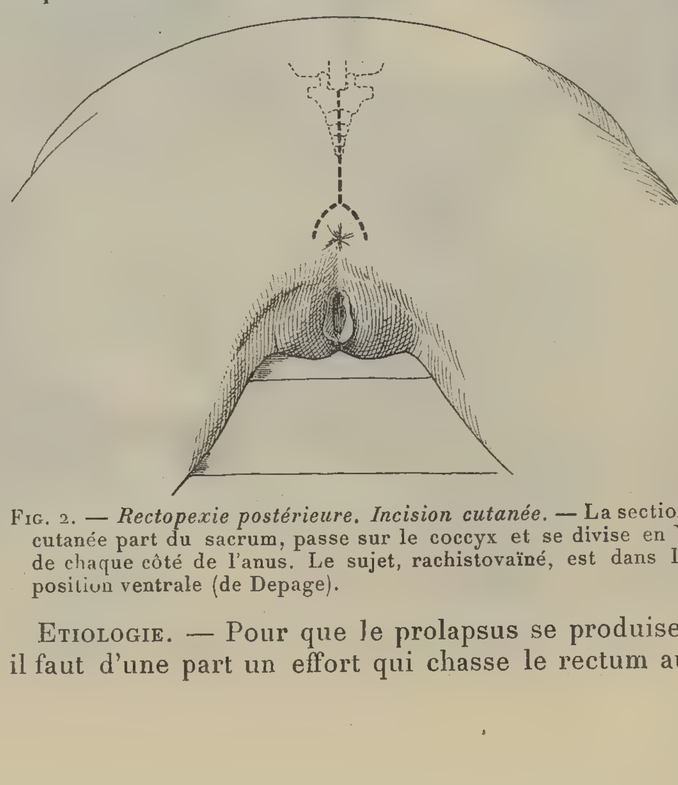


Fig. 2. — *Rectopexie postérieure. Incision cutanée.* — La section cutanée part du sacrum, passe sur le coccyx et se divise en Y de chaque côté de l'anus. Le sujet, rachistovaïné, est dans la position ventrale (de Depage).

Etiologie. — Pour que le prolapsus se produise, il faut d'une part un effort qui chasse le rectum au

dehors, et d'autre part l'affaiblissement des moyens de fixité qui le maintiennent en place.

Chez l'enfant, le prolapsus est purement muqueux. On l'observe pendant les quatre premières années de la vie. Il est souvent causé par de l'entérocolite et favorisé par l'inattention des parents qui laissent l'enfant longtemps sur le vase. Il peut apparaître à titre de complication chez les enfants atteints de calcul vésical, phimosis ou polype du rectum. Les enfants rachitiques, qui ont des tissus plus flasques que les autres, y sont plus prédisposés.

Chez l'adulte, il est plus rare que dans l'enfance, dont il n'est d'ailleurs souvent qu'une infirmité prolongée. Tous nos opérés présentaient cette infirmité depuis l'âge de trois à sept ans. Il peut pourtant apparaître chez l'adulte à la suite de la rectite, de la dysenterie, des hémorroïdes, des polypes, etc. Dans tous les cas on retrouve le rôle de l'effort expulsif répété, insuffisance des moyens de fixité, relâchement des sphincters, atonie musculaire généralisée et ptose.

SYMPTÔMES. — *Chez l'enfant*, il s'agit d'un prolapsus muqueux. C'est un repli rouge qui se montre après chaque défécation et disparaît ensuite spontanément. La muqueuse plissée se continue sans sillon avec la peau de l'anus. La lumière du rectum est au centre du bourrelet sous forme d'une dépression étroite et froncée.

Chez l'adulte. — Il peut apparaître spontanément à la suite d'un effort. Le plus souvent il apparaît lentement et progressivement. Chez un de nos malades il était gros comme une orange, chez un autre il dépassait le volume d'une tête d'enfant. Il ressemble à une massue, à un ananas rouge, violacé, tout sillonné de plis transversaux et soulevé par un réseau veineux. Le développement se fait surtout aux dépens de la paroi antérieure, par suite des anses grêles contenues dans l'hydrocèle ; cette paroi est tendue, bombe dans l'effort, est sonore à la percussion, et réductible à la pression avec gargouillement. La paroi postérieure, retenue par le méso, se plisse et force le prolapsus à s'incurver en arrière. L'orifice regarde ainsi en arrière et en bas. Il est de forme ovalaire et bordé par une valvule qui correspond aux fibres circulaires qui limitent l'ampoule en haut.

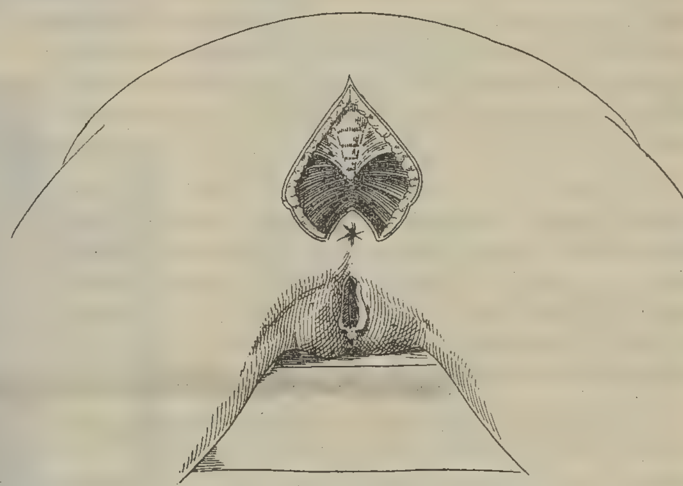


FIG. 4. — *Rectopexie postérieure* (procédé de G. Marchant). — Découverte du deuxième plan : muscles, coccyx, tractus fibreux, péricoccygiens. De chaque côté de la ligne médiane, on voit les releveurs de l'anus, qui vont être séparés.

Le prolapsus sort au moment des garde-robe, pendant les quintes de toux et les efforts. Le malade arrive à le réduire en quelques minutes.

COMPLICATIONS. — 1° *Ulcération.* — Quand le prolapsus devient irréductible, la muqueuse s'ulcère, s'infecte, suppure, saigne ; le malade perd ses forces par suite des hémorragies répétées ou par l'inflammation chronique.

2° *Incontinence des matières fécales.* — Celle-ci est due à la perte de tonicité du sphincter distendu. Dès que le prolapsus est réduit, le sphincter reste béant, ouvert, laisse voir l'ampoule rectale. Cet orifice est aussi large qu'une pièce de 2 ou de 5 francs.

3° *Etranglement.* — Le prolapsus peut s'étrangler par suite de la contracture du sphincter anal. Il se gangrène et le patient succombe à la suite d'infection ou d'hémorragie.

Occlusion intestinale. — C'est l'étran-



FIG. 3. — *Rectopexie postérieure.* — La malade, rachi-anesthésiée, est en position ventrale. L'anus bâille sans tonicité et permet de voir l'intérieur du rectum. La peau est incisée, les plans musculeux et fibreux sont découverts ; cette figure correspond à la figure 2.

glement d'une anse grêle dans le sac herniaire. C'est une véritable hernie étranglée qui nécessite une opération d'urgence.

Traitement. — *Chez l'enfant*, il faut par une sorte de taxis réduire le prolapsus muqueux après chaque selle. Le petit malade devra aller à la garde-robe debout. On soignera l'entérocolite par un régime alimentaire sévère. On le tonifiera par la culture physique, les bains d'air, de lumière, le séjour au bord de la mer. Si le prolapsus ne guérit pas spontanément, on le traitera chirurgicalement à l'aide de l'*ignipuncture* ou des injections d'alcool. Suivant l'axe du rectum, la lame du thermo-cautère fera six raies de feu intéressant toute la muqueuse. Le tissu de cicatrice « clouera » la muqueuse aux plans profonds et s'opposera au prolapsus. Un traitement plus simple, plus propre, que j'ai vu appliquer par Roux (de Lausanne) est celui-ci : le chirurgien injecte en trois ou quatre séances 5 à 6 centimètres cubes d'alcool absolu sous la muqueuse. Le travail de réaction cicatricielle amène la guérison.

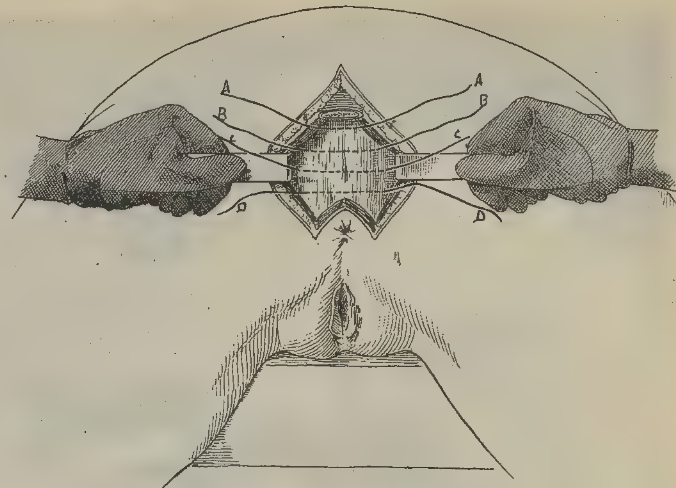


Fig. 6. — *Rectopexie postérieure.* — Passage des catguts dans la paroi rectale. Points transversaux passés dans la largeur et destinés à plisser, puis à rétrécir le rectum.

Traitement du prolaspsus chez l'adulte. — L'opération que j'ai toujours employée et qui a toujours réussi est la *rectopexie postérieure.* Elle constitue :

a. *Raccourcir l'ampoule* rectale en la plissant verticalement;

b. *Rétrécir l'ampoule* rectale en la plissant transversalement;

c. *Rétrécir l'anus* trop béant au moment où on réunit les deux lèvres de la plaie;

d. *Fixer le rectum* plissé au plan fibreux postérieur et aux ligaments sacro-sciatiques.



Fig. 5. — La peau a été incisée ; les lèvres cutanées libérées ; les deux releveurs écartés, l'ampoule rectale décollée latéralement et en haut est amenée hors de la plaie à l'aide d'une pince tenue par la main gauche de l'opérateur.

Le malade est purgé et mis à la diète pendant trois jours. Comme anesthésique : *rachistovaïne.* Comme position, *position ventrale* de Depage, laquelle donne du jour et pas de sang.

1. *Incision cutanée.* — Elle commence en haut sur le sacrum (tiers inférieur), descend jusqu'à l'anus, puis se divise en Y pour passer de chaque côté de l'anus. Le triangle cutané, qui résulte de l'écartement de l'Y, est excisé.

2. *Découverte du rectum.* — Le coccyx est libéré à la rugine, puis arraché à l'aide du davier de Farabeuf. Les plans fibreux et graisseux qui séparaient le coccyx du rectum sont incisés sur la ligne médiane. Les deux releveurs sont écartés latéralement. L'ampoule rectale découverte est largement libérée, décollée, mobilisée, le plus loin possible, en haut et sur les côtés.

3. *Plicature transversale.* — A l'aide d'aiguilles courbes montées sur une pince hémostatique, on passe un catgut n° 1 ou 2 dans l'épaisseur de la paroi rectale sans traverser la

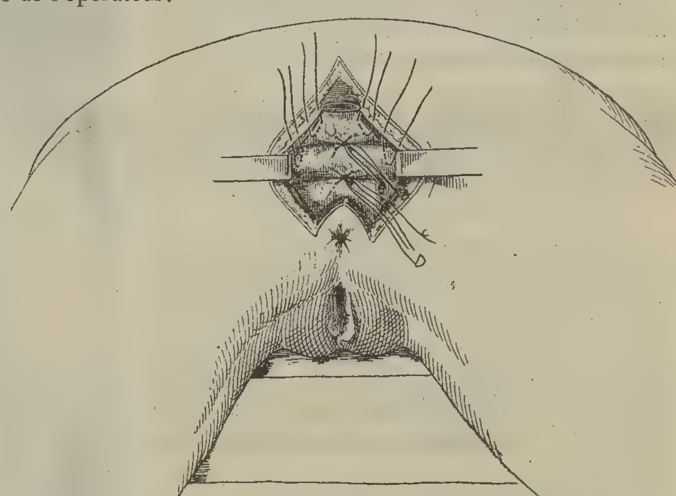


Fig. 7. — *Rectopexie postérieure.* — Les fils transversaux de la figure 3 ont été serrés et ont plissé transversalement le rectum. Puis, les fils A et B d'une part, et C et D d'autre part, ont été liés ensemble de façon à plisser le rectum pour en diminuer la hauteur, en « lanterne vénitienne ». — Quatre nouveaux points en U ont été passés dans l'ampoule, très loin en dehors des points médians, et fixent l'ampoule aux tissus péricoccygiens.



Fig. 8. — *Commencement de la réparation.* — Celle-ci débute par la réfection et le rétrécissement de l'anus et des tissus péri-anaux.

muqueuse. Le faufilé est mené sur une largeur de 4 à 5 centimètres. On passe ainsi quatre points superposés et distants de 2 centimètres, le dernier est placé très haut.

4. *Plicature verticale.* — Ces fils noués transversalement sont ensuite noués aux fils sous-jacents. Il en résulte un plissement transversal « en lanterne vénitienne ». L'ampoule est ainsi réduite de hauteur.

5. *Rectopexie postérieure.* — Quatre nouveaux points sont passés le plus loin possible de la ligne médiane et suivant la hauteur de l'ampoule. Ces points vont unir le segment rectal aux ligaments sacro-sciatiques et aux plans fibreux pré-sacrés et pré-coccygiens.

6. *Réunion de la plaie et rétrécissement de l'anus.* — Cinq ou six points au crin de Florence réunissent, en un plan, la peau et les parties molles profondes. Les deux points les plus près de l'anus comprennent le sphincter externe et rétrécissent cet orifice.

Suites opératoires. — Le sujet est mis à la diète et constipé pendant huit jours. Dans le cas où le prolapsus est causé par de la rectite, de la dysenterie, etc., il faut faire un anus contre nature provisoire (fosse iliaque gauche). Cette précaution présente les avantages suivants :

Le segment suturé est au repos, la rectite se guérit et la fixation du côlon iliaque maintient le rectum suturé en bonne position.

Observation I. — Homme de vingt-cinq ans, réformé après deux ans de service militaire comme dragon. Ce malade a été présenté à la Société de chirurgie de Paris en 1900. Ce prolapus datait de l'âge de six ans. Il s'est toujours réduit facilement. Pourtant, à deux ou trois reprises, entre quinze et vingt ans, il a présenté une réductibilité plus difficile et quelques ulcérations. Celles-ci ont guéri par le repos. Quand je vis ce malade pour la première fois, la masse herniée était plus volumineuse que le poing. Je pratique la rectopexie postérieure sans résection du coccyx et avec excision d'un losange de peau. Le malade a été l'objet à la Société de chirurgie d'un rapport présenté par Gérard-Marchant.

Depuis ce temps, la guérison s'est maintenue malgré des travaux pénibles.

Obs. II. — Le deuxième malade est une femme de quarante ans qui a eu de l'entéro-colite dès son jeune âge. La hernie rectale a apparu fort tard (dix-huit ans). Elle eut trois enfants. A chaque grossesse, il lui sembla que la tumeur avait augmenté, celle-ci atteignit le volume d'une tête de fœtus. Je l'opérai en 1905. Comme il existait des ulcérations sur la muqueuse, je pratique une incision iliaque gauche et une petite incision à l'intestin. Pendant trois semaines les matières et les gaz passent par l'anus artificiel. Au bout de trois semaines, je retirai le drain qui maintenait la hernie du côlon iliaque au dehors. L'intestin se rétracta peu à peu et les matières repassèrent par l'anus normal. Trois mois plus tard, je revis la malade guérie de sa fistule stercorale et du prolapsus ano-rectal.

Cette combinaison de l'anus iliaque et de la rectopexie pos-



Fig. 9. — *Opération terminée.* — On voit la manière dont la patiente rachistovaïnée est à cheval sur la table en position ventrale. L'anus est rétréci. L'incision suturée commence sur le tiers inférieur du sacrum.

térieure m'ont paru une heureuse combinaison dans les cas de prolapsus compliqué de rectite.

Obs. III. — Homme de vingt-deux ans, soldat au train des équipages à Amiens, porteur d'un prolapsus gros comme le poing. L'infirmité date de l'enfance. Le docteur Geyssen, chef de service des salles militaires à l'Hôtel-Dieu, me prie de l'opérer.

Je pratique la rectopexie postérieure sans résection du coccyx. Le malade a guéri opératoirement, mais a fait un abcès dans la cicatrice. La guérison a demandé six semaines. Cette guérison s'est maintenue.

Obs. IV. — Femme de trente ans, célibataire, opérée de l'appendicite il y a quatre ans, vient me retrouver pour la cure d'une éventration au niveau de la cicatrice. En même temps elle me montre un prolapsus gros comme une orange.

Elle le porte depuis l'âge de quinze ans. C'est une femme mince, à tissus flasques, à mauvaise paroi abdominale, constipée, entéro-colitique. Il s'agit d'un prolapsus acquis. Je pratique la rectopexie postérieure, mais tous les fils superficiels coupent. La réunion se fait secondairement. La guérison n'est obtenue qu'au bout de vingt-cinq jours.

Obs. V. — Femme de quarante ans, porteuse d'un volumineux prolapsus (gros comme une tête d'enfant). Celui-ci sort à chaque garde-robe (voir photographies prises sur elle fig. 5, 6, 7, 8, 1). La malade le réduit aisément avec gargouillement. L'anus reste béant comme une pièce de 5 francs.

Opération : résection du coccyx, rectopexie postérieure, suites très simples (opération faite au pavillon Duvauchel, en octobre 1907).

En somme, le prolapsus du rectum est une véritable hernie généralement *congénitale*, rarement *acquise*. Quand elle est congénitale, le sac herniaire est formé par le cul-de-sac de Douglas qui, au lieu de s'arrêter à 6 ou 7 centimètres au-dessus de l'anus, descend plus bas vers le périnée. Ce cul-de-sac donne refuge alors à l'intestin qui refoule la paroi rectale vers la cavité de l'ampoule d'abord et l'anus ensuite. Quand la hernie est acquise, elle se produit sous l'influence des efforts et se trouve favorisée par le relâchement des tissus. En somme, la pathogénie du prolapsus rectal est celle de toutes les hernies.

Traitement. — Le traitement du prolapsus rectal n'est pas celui d'une hernie ordinaire. Il ne s'agit pas ici de découvrir un sac, de le disséquer et de refaire les parois abdominales. Le chirurgien se contente de consolider les plans de soutien du rectum. Il peut également réséquer le rectum prolabé, mais l'opération est alors plus grave.

Sur cinq malades atteints de prolapsus grave, j'ai pratiqué la rectopexie postérieure. J'ai eu cinq guérisons sans accidents, sans incidents, sans morbidité post-opératoire. Pourquoi recourir à la résection, opération sérieuse, tandis qu'un procédé simple et bénin réussit?

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 16 décembre 1907).

Hommage à M. Laveran. — A l'ouverture de la séance, M. Chauveau adresse les félicitations de l'Académie au professeur Laveran, qui vient, on le sait, de recevoir le prix Nobel pour la médecine en récompense de ses travaux de bactériologie. (Applaudissements unanimes.)

Très ému, le professeur Laveran se lève et remercie ses collègues. Il raconte ensuite l'accueil flatteur qui lui a été fait à Stockholm à la fois comme lauréat et comme membre de l'Institut de France. (Nouveaux applaudissements.)

Action sur le cœur de certains ions métalliques introduits par électrolyse dans l'organisme. — M. Jean Gautrelet.

Présence de tréponèmes pâles de Schaudinn dans l'appendice d'un fœtus hérédo-syphilitique. — M. Ch. Fouquet.

Au sujet de la possibilité d'établir le diagnostic de la mort réelle par la radiographie. — M. Ch. Vaillant.

La chaire de M. Berthelot. — L'Académie est appelée à dresser une liste de deux candidats à la chaire de chimie organique du Collège de France, vacante par suite de la mort de M. Berthelot.

Elle présente, en première ligne, M. Jungfleisch, membre de l'Académie de médecine, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris, par 37 voix contre 26 accordées à M. Bouvault, professeur adjoint à la Sorbonne. M. Bouvault est présenté en deuxième ligne à l'unanimité des suffrages.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 20 décembre 1907)

De la diminution du murmure vésiculaire aux sommets et en particulier au sommet droit. Sa valeur séméiologique. — M. F. Besançon a pu relever pendant les six années passées à la consultation de médecine de l'hôpital Boucicaut 173 observations de diminution de murmure vésiculaire, limitée aux sommets, sans râles, et sans modification notable de la sonorité à la percussion; tantôt il s'agissait de silence complet, tantôt de diminution plus ou moins notable du murmure, avec ou sans rudesse de l'inspiration; fréquemment il y avait diminution du murmure d'un côté (en général le droit) avec rudesse du côté opposé. Cette diminution du murmure vésiculaire siège beaucoup plus souvent au sommet droit qu'au sommet gauche; 127 cas à droite, sur 46 à gauche; la fréquence à droite est surtout grande chez la femme, 69 à droite pour 18 à gauche.

Les 173 observations se divisent en deux catégories:

1° Chez les deux tiers on trouve des antécédents ou des signes concomitants de tuberculose; il est exceptionnel qu'il s'agisse de tuberculose au début; quelquefois au contraire il s'agit de tuberculose guérie ou en régression, presque toujours de tuberculose à forme lente, torpide, n'ayant que peu de tendance à évoluer vers la phtisie, de tuberculose atténuée (forme abortive de Bard). Les hémoptysies, surtout les hémoptysies non fébriles, à répétition, mais à étapes éloignées, sont très fréquentes dans cette forme.

2° Chez le dernier tiers on ne trouve aucun stigmate de tuberculose; la constatation de la diminution du murmure, comme dans les cas de Grancher et de Lemoine, n'est due qu'au fait d'un examen systématique du thorax.

De ces individus un certain nombre présentent des lésions rhino-pharyngées et de l'insuffisance de la respiration nasale; la diminution du murmure n'est souvent alors que temporaire et cède à l'ablation de la cause de l'obstruction nasale et à la gymnastique respiratoire. Pour les autres, on est en droit de se demander si la diminution n'est pas due à la présence de tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire latente, dont la

fréquence extrême est révélée par les autopsies et les examens radioscopiques.

Ou bien, comme il semblerait résulter des observations de Marfan et de Renon, on a une sorte d'atélectasie des sommets, on a de l'emphysème (observation de Variot).

En résumé, la diminution du murmure vésiculaire localisée permanente du sommet est un symptôme de probabilité de tuberculose, non de tuberculose au début, mais de tuberculose plutôt atténuée ou latente; en l'absence de tout autre symptôme pouvant faire soupçonner la tuberculose, il ne suffit pas cependant pour qu'on puisse porter un diagnostic certain de tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire, même latente, et ne doit pas entraîner par sa simple constatation les mesures thérapeutiques que nécessite le diagnostic de tuberculose avérée.

Aphasie de Wernicke avec double foyer (frontal et temporo-pariétal) de ramollissement. — M. Souques montre le cerveau d'un malade droitier qui, durant sa vie, avait présenté de l'aphasie de Wernicke : cécité et surdité verbales, agraphie, jargonaphasie sans anarthrie.

A l'autopsie, on trouve sur l'hémisphère gauche deux foyers de ramollissement : l'un antérieur ou frontal, l'autre postérieur ou temporo-pariétal. Le foyer frontal intéressait une notable partie du pied, du cap et de la portion orbitaire de la troisième circonvolution frontale, ainsi que le tiers postérieur de la deuxième frontale. Le foyer temporo-pariétal intéressait la moitié supérieure du tiers postérieur de la première temporale et la partie moyenne de la circonvolution pariétale intérieure, en respectant la petite courbe.

Sur des coupes horizontales de cet hémisphère, on voit que le foyer frontal est assez profond et que, en outre de la troisième frontale, il détruit la partie antérieure de l'insula. Les deux circonvolutions postérieures de l'insula sont intactes, ainsi que la capsule externe, la capsule interne, les noyaux gris centraux et la temporale profonde. Le foyer temporo-pariétal, assez étendu mais superficiel, pénètre peu profondément dans la zone de Wernicke.

La topographie de ces lésions explique tous les symptômes présentés pendant la vie. L'aphasie de Wernicke est due naturellement au siège du foyer temporo-pariétal. L'intégrité de l'isthme temporo-pariétal et de la région lenticulaire justifie l'absence de l'anarthrie. Quant aux lésions de la troisième frontale, encore quelles soient étendues et profondes, il est à remarquer qu'elles n'ont produit aucune aphasie motrice, ce qui vient à l'appui de l'opinion que la troisième circonvolution frontale ne joue aucun rôle dans la fonction du langage.

Cette observation et la précédente (dont les pièces ont été coupées en séries) s'éclairent, se corroborent et se complètent l'une par l'autre.

Intégrité microscopique de la troisième circonvolution frontale gauche dans un cas d'aphasie de Broca. Coupes en séries. — M. Souques montre les coupes en série du cerveau d'une aphasique, dont il avait présenté l'an dernier à la Société médicale l'observation clinique et les pièces macroscopiques. Il s'agissait d'un cas d'aphasie de Broca ou d'aphasie totale. A l'autopsie, on n'avait constaté qu'un foyer de ramollissement temporo-pariétal, occupant la zone de Wernicke; la troisième circonvolution frontale gauche était macroscopiquement intacte.

Depuis lors l'hémisphère gauche a été coupé en séries. Il en a été fait 1800 coupes et l'examen histologique de ces coupes a démontré l'intégrité absolue de la troisième frontale.

Ce fait confirme la théorie de M. Pierre Marie, qui refuse à la troisième circonvolution frontale gauche tout rôle spécifique dans la fonction du langage.

Gomme sporotrichosique du triceps brachial. Ostéite astragalienne et ramollissement du sommet d'un poumon de nature indéterminée. — MM. de Massary, Doury et Monier-Vinard présentent un malade ayant une gomme sporotrichosique dans le triceps brachial droit; les recherches du laboratoire ne laissent aucun doute sur l'origine sporotrichosique exclusive de cette gomme; l'inoculation au cobaye permit en outre d'affirmer l'absence de bacille de Koch. Mais le malade a de plus une ostéite de l'astragale et un ramollissement du sommet du poumon droit. De quelle nature sont ces lésions?

L'oculo-réaction fut négative; les crachats ne contiennent pas de bacilles ; il est vrai qu'il ne fut pas possible non plus d'y déceler le sporotrichum. L'ostéite et la lésion pulmonaire sont-elles dues au sporotrichum? Sont-elles dues au bacille de la tuberculose? Sont-elles dues à une association de bacille et de sporotrichum?

Autant de problèmes qui ne peuvent recevoir de solutions immédiates. Seul le traitement ioduré prolongé peut, par ses résultats, indiquer la nature exacte de ces deux lésions.

Un cas de spondylose d'origine blennorragique. — MM. Crouzon et Doury présentent un malade atteint d'une ankylose douloureuse de la colonne vertébrale, à prédominance sacro-lombaire, datant de trois ans, et survenue un an après une blennorragie. Les mouvements des articulations de la racine des membres sont possibles quoique légèrement douloureux, et l'attitude du malade pendant la marche rappelle celle de la spondylose rhizomélique.

L'origine blennorragique de cette spondylose est ici facile à mettre en évidence, car le malade qui n'a pas cessé d'avoir une goutte matinale a présenté récemment des phénomènes de cystite, avec urines purulentes. Ce cas montre une fois de plus le rôle que peut jouer la blennorragie dans la pathogénie des ankyloses vertébrales.

Anémies et rénovation sanguine. — M. Vaquez. L'observation publiée par M. Widal dans la dernière séance montre qu'une anémie caractérisé nécropsiquement par une réaction médullaire intense peut, pendant la vie, ne pas s'accompagner de présence dans le sang d'hématies nucléées ou de myélocytes. Mais il est possible dans ces cas, d'apparence aplastique, de reconnaître des caractères indiquant l'existence d'une rénovation sanguine évidente : la polynucléose relative, la polychromatophilie et l'apparition de globules rouges granuleux. Il ressort en effet des observations que M. Vaquez a publiées avec Aubertin et des recherches peu récentes de Blumenthal et de Widal que ces signes coïncident non pas avec la destruction des hématies, mais avec celle de la reviviscence globulaire.

Mégacôlon. — MM. Guinon et Reubsaët présentent un mégacôlon, ou maladie de Hirchsprung, développé chez un garçon actuellement âgé de trois ans et demi. La maladie aurait débuté à un an par la constipation. Peu à peu s'est constitué le syndrome actuel : le *développement énorme de l'abdomen*, refoulement du diaphragme, *constipation tenace*, l'enfant n'allant à la selle qu'au moyen de lavages intestinaux ou de purgations à l'huile de ricin. Le ventre est souple, de consistance à peu près égale partout; on n'y rencontre pas les masses dures ou demi-molles que constituent généralement les matières fécales accumulées. Sous l'influence du palper et du froid, on voit apparaître *des mouvements péristaltiques* extrêmement marqués qui envahissent toute la surface de l'abdomen. La radiographie montre la dilatation énorme du côlon, rempli par un lait de bismuth. Jusqu'à présent, l'état général se maintient assez bon, car il n'y a pas d'intoxication appréciable, et l'évacuation artificielle par les lavages est relativement facile.

MM. Le Gendre et Poisot rapportent l'observation d'un **syndrome fébrile récurrent** observé dans un cas de méningite tuberculeuse.

M. Carnot fait une communication sur l'**analyse du suc gastrique après repas fictif.**

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 21 décembre 1907)

Sur quelques caractères morphologiques des hématoblastes. — Pour M. L. Nattan-Larrier, les hématoblastes, lorsqu'on soumet une préparation de sang sec à l'action prolongée des réactifs de Giemsa ou de Leishman, présentent quelques caractères morphologiques qui pourraient exposer à les confondre avec les hématozoaires du paludisme, avec les trypanosomes ou avec des protoplasmes. Telles sont les formes étirées, les formes géantes, les formes munies de prolongements flagelliformes. Sans insister sur la valeur des grains à

affinités neutrophiles que contiennent les hématoblastes, l'auteur se contente de décrire les diverses variétés de l'élément.

Diagnostic de la syphilis et de la paralysie générale. — Les nouvelles recherches sur le matériel fourni par MM. Marie (de Villejuif) et Ravaut ont montré à MM. C. Levaditi et Ianamouchi que la méthode de Wassermann donne des résultats satisfaisants en ce qui concerne le diagnostic de la syphilis, surtout lorsqu'il s'agit de malades en pleine éruption, et celui de la paralysie générale. Pour ce qui a trait au liquide céphalo-rachidien, la réaction est rigoureusement spécifique; positive dans la paralysie générale, elle est nulle chez les témoins ou les individus atteints de maladie du sommeil ou de méningite cérébro-spinale.

Les auteurs ont étudié le mécanisme de la réaction de Wassermann. Ces recherches prouvent que la séro-réaction de la syphilis et de la paralysie générale n'est pas due à l'intervention d'anticorps ou d'antigènes et n'a aucun rapport avec le tréponème pâle. Tout en étant spécifique, elle est attribuable à la présence, dans le sérum des syphilitiques et le liquide cérébro-spinal des paralytiques, de certains composés non protéiques qui, en présence des sels biliaires et des lipoïdes du foie, précipitent et fixent le complément hémolytique.

M. Wassermann apprécie ces conclusions. Il fait remarquer que certains syphilitiques, qui ne paraissent plus présenter aucune manifestation spécifique, offrent encore la réaction qu'il a décrite. Ils sont donc en état d'infection latente.

Action des rayons de Röntgen dans le testicule du lapin. — MM. Regaud et Dubreuilh concluent de leurs expériences que les rayons de Röntgen, tout en respectant la motilité des spermatozoïdes, les mettent hors d'état de remplir, chez le lapin, leur fonction fécondatrice, fait qui contraste avec la conservation de la puissance virile.

Action de la lécithine sur les ferments. — Pour Mlle Kalaboukoff et M. Terroine, 1° l'ovolécithine n'exerce pas de modifications sur la vitesse d'action de ferments que nous avons étudiés : lipases pancréatique, gastrique et intestinale, trypsine, amylase et lab pancréatique; 2° lorsque la bile exerce une action activante sur un ferment, cette action doit être, sinon totalement, tout au moins en très grande partie, rapportée aux sels biliaires.

Les lipoïdes de l'organisme. — Pour M. Iscovesco, la lécithine comme la cholestérine sont électro-négatives. La lécithine forme avec le fer colloïdal un complexe dont quelques-unes des propriétés le rapprochent des toxo-lécithines.

Quelques conditions de l'anaphyllaxie sérique passive chez le lapin et le cobaye. — Pour MM. B. Weill-Hallé et H. Lemaire, le sérum de lapins hypersensibilisés, injecté au lapin ou au cobaye, leur transmet son hypersensibilité qui peut se traduire par des lésions locales ou des symptômes généraux allant jusqu'à la mort. Cette hypersensibilité se manifeste dans des conditions qui dépendent surtout des proportions relatives du sérum et de l'antisérum.

Les variations de ces proportions permettent de trouver un optimum assez comparable à celui qu'affectent les réactions colloïdales et notamment le phénomène de précipitation.

Autres communications :

Bouillon intestinal pour l'isolement et l'étude des anaérobies stricts et facultatifs de l'intestin. — M. Cohendy.

La coagulation du plasma sanguin. Etude ultra-microscopique. — M. A. Mayer.

Evolution et structure de l'épiderme soumis à l'irritation chronique. — M. Retterer.

Sur le dosage des métaux dans les solutions colloïdales. I. Argent. — M. G. Rebière.

Cytologie du bacille de la tuberculose humaine dans les milieux salins. — MM. Péju et Rajat.

Etude du mode de neutralisation de la toxine tétanique par diverses substances. — MM. Tiffeneau et Marie.

Sur l'excitation chimique des terminaisons cutanées des nerfs sensitifs. I. Méthode d'observation. — MM. Dhéré et Prigent.

Dosage des petites quantités de chlorure d'éthyle pur. — M. Nicloux.

Dosage du chlorure d'éthyle dans le sang. — M. Nicloux.

Sphygmanomètre clinique pour l'humérale. — M. J. Bergonié.

Sur un détail du spectre de l'urobiline. — M. Auché.

Sur une nouvelle méthode pour rechercher et séparer l'urobiline et son chromogène. — M. Auché.

Action différente des rayons X sur le cristallin des animaux jeunes et des animaux adultes. — MM. Tribondeau et Lafargue.

Sur les causes de l'insertion du digastrique de quelques mammifères sur l'hyoïde. — M. Chaine.

Élection. — M. Jean Camus est élu membre titulaire.

ACTUALITÉS

HOPITAL SAINT-LOUIS. — HOMMAGE AU DOCTEUR HALLOPEAU

Dimanche matin a eu lieu, à l'hôpital Saint-Louis, la remise solennelle de la médaille offerte à M. H. Hallopeau par ses élèves et ses amis à l'occasion de son élévation au grade d'officier de la Légion d'honneur et de sa prochaine retraite.

Ce fut l'occasion d'une imposante manifestation de sympathie et d'affectueux respect envers le maître qui, depuis vingt-cinq ans, travaille sans relâche à augmenter les trésors scientifiques de l'hôpital Saint-Louis.

M. le professeur Lannelongue, qui présidait la cérémonie, après avoir précisé en termes heureux le sens de la réunion, remit à M. Hallopeau la belle médaille gravée à son effigie par le maître Chaplain.

Puis des discours furent prononcés, parmi lesquels il faut citer particulièrement celui de M. le professeur Gaucher qui prouva que, si le doyen aimé et respecté de l'hôpital Saint-Louis a eu des compétiteurs parfois heureux, il n'a jamais eu de rivaux et n'a jamais cessé de marcher amicalement la main dans la main avec tous les membres du corps médical de Saint-Louis.

M. Gaucher montra combien les travaux originaux de M. Hallopeau justifient la devise inscrite sur la médaille de Chaplain :

Primum multos cognovit cutis morbos.

« C'est d'abord, dit-il, la pyodermite végétante à progression excentrique qu'on a pu, à juste titre, appeler la maladie d'Hallopeau. Le baptême lui est venu de l'étranger, comme une consécration internationale de votre découverte.

Les acrodermatites, confondues jusqu'à vous avec l'eczéma, ont été individualisées, décrites et diagnostiquées de main de maître dans plusieurs mémoires importants.

Le premier, vous avez su distinguer les érythèmes prémycosiques et vous avez montré que l'érythrodermie généralisée était souvent le prélude du mycosis fongoïde. D'ailleurs cette maladie a été le sujet de vos études de prédilection et vous avez élucidé plusieurs points obscurs de son histoire.

Au hasard, je cite encore vos travaux sur la lymphangite tuberculo-gommeuse dont vous avez établi définitivement la pathogénie.

Les nombreux lépreux que vous avez eus dans votre service vous ont fourni d'intéressants sujets de recherches et vous avez découvert et décrit, le premier, une manifestation rare de cette maladie : l'urétrite lépreuse.

Enfin je mentionnerai encore une forme particulière de lichen plan localisé, le *lichen plan scléreux*, dont vous avez établi les caractères et l'évolution morbide. »

D'autres discours ont été prononcés par M. Mesureur, au nom de l'Assistance publique, par M. le professeur Le Dentu et M. le professeur Berger qui viennent donner un témoignage de leur vieille amitié à leur camarade de jeunesse, par M. Balzer, le premier interne du Maître, et M. Railliet, son interne actuel.

Tous ces discours étaient empreints de l'estime profonde et de l'affection sincère que M. Hallopeau a su inspirer à tous ceux qui le connaissent.

Des délégués étrangers, M. Terebinski, au nom de la So-

ciété de dermatologie russe, M. Mosotti (de Bologne) vinrent à leur tour apporter au Maître de l'hôpital Saint-Louis le tribut de l'admiration de tous les dermatologistes du monde pour sa laborieuse et fructueuse carrière. Puis MM. Gastou et Fouquet donnèrent lecture d'innombrables dépêches de félicitations.

Enfin M. Hallopeau prit à son tour la parole pour remercier ses amis d'être venus si nombreux lui témoigner leur affection. Dans une allocution émue, il évoqua le souvenir de tous ceux qui de près ou de loin furent les témoins ou les collaborateurs de ses patientes recherches et qui tous lui ont gardé une constante affection.

PREMIÈRE LEÇON DU PROFESSEUR HUTINEL

Samedi dernier, aux Enfants-Malades, le professeur Hutinel a commencé son cours devant un auditoire des plus nombreux, où l'on pouvait remarquer M. le professeur Landouzy, MM. Jalaguier, Lesné, Méry, Papillon, Queyrat, Troisier, etc., et presque tous les chefs de service de l'hôpital. Il avait pris comme sujet de sa première leçon l'*enseignement de la pédiatrie en France.* Après avoir accordé à ses prédécesseurs un juste tribut d'hommages, il a montré, en termes particulièrement heureux, comment il fallait comprendre aujourd'hui la question. Pour les anciens auteurs, Rilliet et Barthez, Blache, Guersant, la pédiatrie se fondait exclusivement sur l'observation clinique; Parrot l'orienta vers l'anatomie pathologique, Grancher vers l'hygiène. Actuellement, si l'on veut résoudre le problème si délicat que soulève, à chaque instant, la pratique de la médecine infantile, il est indispensable d'avoir des notions d'obstétrique et de tératologie, de connaître la pathologie de l'adulte, de recourir aux méthodes que le laboratoire met à notre disposition. Mais, avant tout, il faut savoir examiner les petits malades, s'habituer à les retourner en tous sens, à attacher à des signes peu marqués une grande importance, à flairer la maladie avant qu'elle se déclare, à se passer d'une foule de renseignements qui, chez l'adulte, facilitent singulièrement le diagnostic. En médecine infantile, il faut donc, avant tout, faire preuve de sens clinique. D'unanimes applaudissements ont accueilli la fin de cette leçon et salué, dans le professeur Hutinel, le maître incontesté de la pédiatrie française.

LIVRES NOUVEAUX

Traité élémentaire de clinique thérapeutique [7e édition revue et augmentée] (1), par le docteur Gaston Lyon, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

Le Traité de M. G. Lyon est si répandu qu'il est presque superflu de rappeler la forme essentiellement utile qu'il a revêtue et les services considérables qu'il peut rendre aux praticiens. Son titre, dans lequel sont associés les mots *clinique* et *thérapeutique*, résume parfaitement l'esprit dans lequel il est écrit; ce n'est pas un simple formulaire longuement développé, ni une étude purement thérapeutique, c'est en même temps un véritable traité de clinique dans lequel le côté descriptif tient une place importante et donne un intérêt d'autant plus grand à l'application des méthodes de traitement. Grâce à ces qualités, il est rapidement devenu classique et, en moins de douze années, sept éditions françaises ont été publiées.

Non seulement les éditions successives ont été tenues rigoureusement au courant des progrès de la science, mais encore elles ont subi dans leurs parties primitives de tels remaniements de forme et de fond, que chaque édition a constitué pour ainsi dire un nouvel ouvrage.

De nombreuses et importantes modifications de forme et de fond, la réfection totale d'anciennes parties de l'ouvrage, l'addition de nouveaux chapitres, témoignent des grands efforts faits pour maintenir et légitimer la vogue du *Traité élémentaire de clinique thérapeutique.*

Dans cette nouvelle édition figurent quelques chapitres nouveaux : l'auteur a accordé une mention aux *paresthésies pharyngées*, c'est-à-dire à ces troubles nerveux assez fréquents dont le pharynx est le point de départ et qui sont susceptibles de donner lieu à de multiples erreurs de diagnostic; les *pleurésies hémorragiques*, les *paralysies du voile du palais*, les *trypanosomiases* enfin sont venues occuper la place qui leur était due.

Quant aux remaniements de détail que l'on a fait subir à l'ensemble de l'ouvrage, ils sont trop nombreux pour en faire l'énumération et nous devons nous borner à indiquer les principales modifications apportées à certaines parties de ce livre. Citons notamment celles qui portent sur les chapitres traitant des *auto-intoxications d'origine intestinale*, des *entéro-névroses*, des *indications du régime déchloruré dans le mal de Bright*, des *albuminuries orthostatiques*, de la *leucémie*, etc.

Avec les modifications et additions qui viennent d'être passées en revue, la septième édition du *Traité élémentaire de clinique thérapeutique* se présente non comme une simple réédition, mais comme un nouveau livre, reflet fidèle de l'évolution actuelle des théories et des applications pratiques dans le domaine de la thérapeutique. Son caractère essentiellement pratique assurera, une fois de plus, son succès. L. G.

(1) Grand in-8 de XVI-1726 p., relié toile. — Prix : 25 francs. — Paris, Masson et Cie.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal médical de Bruxelles. — (No 50, 12 déc. 1907.) Gheury : La pratique de l'ionisation. — Hustin : Anatomie clinique du pancréas.

Revue de chirurgie. — (No 12, 10 déc. 1907.) V. Cornil et P. Coudray : Ostéomes musculaires. Hyperostose consécutive à l'ablation du périoste. Etude expérimentale et histologique (12 fig.). — M. Potek : Sigmoïdites et périsigmoïdites. Affections inflammatoires simples de l'S iliaque (*fin*). — G. Massabuau : La structure histologique et l'origine embryonnaire des tumeurs mixtes des glandes salivaires (*fin*).

Revue de médecine. — (No 12, 10 déc. 1907.) Œttinger et N. Fiessinger : De la maladie de Banti, à propos de deux cas de splénomégalie primitive avec endophlébite splénoportale (3 fig.). — P. Coyne et B. Auché : Recherches sur le sérum polyvalent de la dysenterie bacillaire. — Marmorstein : Contribution à l'étude du cancer pancréatique et de la dégénérescence du foie au cours du canccer du pancréas. — Sacquépée : Les infections para-typhoïdes. — Schneider : A propos de la neurasthénie.

Revue médicale de l'Est. — (No 21, 1er nov. 1907.) S. Rémy : Valeur de la force utérine dans les accouchements. — L. Spillmann : A propos d'un cas de gangrène spontanée de la jambe dans le cours de la fièvre typhoïde. — A. Fruhinsholz : Petite dystocie de la bosse sanguine.

Revue scientifique. — (No 19, 9 nov. 1907.) Armand Gauthier : Origine des eaux thermales et de leur minéralisation. — Laloy : Evolution du système dentaire chez les mammifères. — René Bonnin : La réfrigération de l'air des tunnels métropolitains.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVE, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Notes.* — ANATOMIE. — Séance du 23 décembre : MM. Gosselin, 9; Ferry (Maurice), 10; Boutet, 7; Philippon, 12; Desbouis, 8; Pont, 11; Patenotre, 6; Maisons, 12; Théry, 4; Avezou, 10.

PATHOLOGIE. — Séance du 23 décembre : MM. Logre, 10; Escallier, 5; Bricout, 13; Mornard, 9; Fabre et Aine, 10; Chevallier (Pierre), 5; Pellot, 9; Lorin, 8.

Prochaine séance samedi 28 décembre, à quatre heures et demie, à la Charité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret en date du 20 décembre 1907, M. Pierre Marie est nommé professeur d'anatomie pathologique à la Faculté à partir du 1er janvier 1907.

HOPITAUX D'ALGER. — MUSTAPHA. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Narboni, Béguet, Régnier, Cazenave, Mariel, Belhandouze, Sadoun, Belicha, Sebenq, Fournié, Lemoine, Solacroup, Flottes, Hamaoua, Boutry.

Externes provisoires : MM. Zermati, Rougé, Masselot, Coudray, Maachou, Bernard, Mahiddine, Porry, Soucy, Richard, Laquière, Boulouk, Viguier, Aycard.

HOPITAL D'ORAN. — Après concours, M. le docteur J. Abadie, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier, a été nommé chirurgien-chef de service à l'hôpital d'Oran.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — M. Ancel, agrégé, chef des travaux anatomiques à la Faculté de Lyon, est nommé professeur d'anatomie à la Faculté de Nancy.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ALGER. — Un concours s'ouvrira le 27 février 1908 pour une place de chef de clinique obstétricale.

GUERRE. — Sont promus médecins-inspecteurs : MM. les médecins principaux de première classe Hocquard, directeur du service de santé du 8e corps d'armée; Calmette, directeur du service de santé du 3e corps d'armée.

LE RADIUM AU SÉNAT. — Au cours de la discussion du budget au Sénat, M. Audiffred a demandé la parole au sujet d'un crédit de 25 000 francs voté par la Chambre pour l'achat de radium destiné aux divers hôpitaux.

M. Audiffred a fait remarquer que le crédit de 25 000 francs est notoirement insuffisant pour acheter une substance qui coûte 40 000 francs le gramme. Il a demandé que le crédit soit affecté dans ce but à la caisse des recherches scientifiques (IIe section, médecine), qui n'a encore jamais reçu de subvention, afin de favoriser les études théoriques et pratiques sur le radium et la radio-activité.

A la demande du rapporteur général et pour ne pas retarder le vote du budget, M. Audiffred a retiré son amendement, et le budget de la caisse des recherches scientifiques (section de médecine), cette année encore, ne sera pas subventionné.

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS. — SUBVENTIONS. — Le Conseil municipal de Paris vient d'accorder les subventions suivantes : 18 000 francs à l'Œuvre de l'enfance contre la tuberculose; 6500 francs à l'Œuvre de la pouponnière, 3000 francs à l'Œuvre Henry Coullet, du lait maternel.

LA PESTE EN ALGÉRIE. — Depuis le 22 septembre, les cas de peste signalés à diverses reprises en Algérie se répartissent ainsi : Oran, 8 cas, 5 décès; — Philippeville, 9 cas, 3 décès; — Bône, 2 cas; — La Calle, un cas, un décès; — Constantine, un cas.

La libre pratique a été rendue aux ports d'Oran, Philippeville, Bône et la Calle, où la destruction des rats a été faite aussi complètement que possible.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Verhaeren (d'Alger).

COURS PRATIQUE DE LABORATOIRE. — MM. G. Rosenthal, E. Agasse-Lafont, chefs de clinique, et L. Rivet, ancien interne, commenceront le mardi 14 janvier, à deux heures, au laboratoire de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, un cours de laboratoire, *essentiellement pratique*.

Les élèves sont *individuellement exercés* aux recherches cytologiques, bactériologiques et chimiques, qui porteront sur le sang, les sérosités, le pus, les crachats, les urines, le suc gastrique et les matières fécales.

Le cours sera complet en 20 leçons. Le droit à payer est de 100 francs. Le nombre d'élèves est limité.

S'inscrire le matin, à la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, pavillon Moïana.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 12, déc. 1907.) BRAUN et MAROTTE : Troubles psychiques d'origine otique; leur importance médico-légale. — JOB et GRYSEN : Les bases de la prophylaxie rationnelle de la méningite cérébro-spinale épidémique. — JENNY : Trois cas de syphilis par tatouage. — MOTY et GUIBAL : Mort rapide par rupture de deux bronches. — LEJONNE : Observation d'une forme relativement rare de fracture directe de la rotule. — QUERLEUX : Simulation de morsure par chien suspect de rage. — CORDILLOT : Deux cas rares d'orchite.

Archives de médecine navale. — (N° 12, déc. 1907.) BELLILLE : Etude biologique et expérimentale d'un diplocoque pathogène des angines. — BARBE : Une observation de rhumatisme chronique post-ourlien. — CASTAING : Proposition de modification au gobelet actuel du charnier. — BARTET : Au sujet de l'urticaire d'origine filarienne. — CANNAC : Un traitement de la diarrhée chronique des pays chauds. — COUTEAUD : Sels marins de la Cochinchine et de l'Annam. — HAMY : Les blessés de Béveziers.

Medical Record. — (Vol. LXXII, n° 10, 7 sept. 1907.) W. RANDNITZ : L'opinion des autorités en matière de santé publique à l'égard de la stérilisation du lait par la chaleur. — Karl VON RUCK : L'expérience de seize années dans l'emploi de la tuberculine et d'autres produits dérivés du bacille tuberculeux pour le traitement de la tuberculose pulmonaire. — J. Edmund MACKENTY : Occlusion congénitale des choanes, avec deux observations. — Pooch VAN BAGGEN : Le surmenage de la voix et son traitement. — L. H. ADLER : L'obstruction stercorale. — C. PEDERSEN : Instruction pour les syphilitiques. — A. H. JACKSON : La détermination du sexe. — Norburn B. JENKINS : Tente pour l'aération continue des phtisiques. — (N° 11, 14 sept.) BERRY : La destruction des moustiques dans le district primitivement infecté lors de l'épidémie de la Nouvelle-Orléans en 1905; statistique de la fièvre jaune dans ce même district. — Frank LYDSTON : Fièvre typhoïde intercurrente dans les affections chirurgicales et rénales. — W. LEDERER : Rôle de la nutrition dans le développement des dents. — W. MEYER : Phtisiothérapie par l'émulsion de bacilles de Koch. — Ch. DOUGLAS : Le morphinisme. — Max EINHORN : La flatulence et son traitement. — J. HUNTER WELLS : Ablation d'une volumineuse tumeur cervicale d'origine thyroïdienne ; mort apparente ; retour à la vie dès l'enlèvement des pinces hémostatiques. — Dell B. ALLEN : Cancer de la tête du pancréas. — (N° 12, 21 sept.) Carleton P. FLINT : Traitement opératoire des fractures intéressant l'articulation du coude. — HEYDE KRALL : L'administration des protéides dans la tuberculose. — E. B. COBURN : Avantages et inconvénients de l'extraction simple de la cataracte. — H. RICHARDSON : Les fonctions hépatiques ; leur pathologie et leur traitement. — Thomas W. HARVEY : Un cas d'extrême dilatation du cæcum. — (N° 13, 28 sept.) — Prof. Wilhelm EBSTEIN : L'obésité, la goutte et le diabète sucré considérés comme des maladies du métabolisme cellulaire transmissibles par hérédité. — Ch. B. KELSEY : Y a-t-il un traitement chirurgical de la constipation ? — FISK : Valeur thérapeutique du chlorhydrate d'apomorphine. — Stuart HART : Des rapports de la compagnie d'assurances sur la vie avec le candidat présentant de la glycosurie. — (N° 14, 5 oct.) LEUF : Les symptômes d'uricémie et leur guérison par le colchique et les salicylates. — M. GOMPERTZ : Diagnostic précoce du cancer gastrique avec une observation. — R. BARKER : Quelle est la fonction de la vésicule biliaire ? — SILKMAN : Diagnostic comparé de la morve chez l'homme et au point de vue vétérinaire. — J. P. BISSEL : Incision et traitement du moignon dans l'appendicectomie. — Edwin BEER : Note sur la sensibilité du péritoine viscéral chez l'homme. — NILES : Pharyngite chronique. — Winfield PERKINS : Molluscum et tumeur du sein.

REVUE GÉNÉRALE (1)

L'ÉPITHÉLIOMA BRANCHIAL DU COU

Par Robert SIEGEL,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Historique. — Depuis longtemps les chirurgiens avaient remarqué au niveau du cou des tumeurs particulières dont ils ne s'expliquaient que difficilement l'origine et successivement Gorre, Tesnière (1842), Testre (1843), Staw (1844), Larrey (1847), Viscaro (1852), Huguier (1854), Stirel (1858), Perlin (1860), Curling (1863), Poland (1864), Bergeron (1872), Humbert (1878), Chambard (1880-1889) publient des observations d' « épithéliomas primitifs des ganglions du cou », interprétation qui, contraire aux lois de la spécificité cellulaire, ne les satisfait qu'imparfaitement.

Verneuil et ses élèves cherchent en vain le cancer primitif de la bouche, du pharynx, de l'œsophage, etc., dont ces tumeurs cervicales ne seraient que la manifestation ganglionnaire secondaire.

Langenbeck (1861), frappé par les rapports intimes de ces tumeurs avec le paquet vasculo-nerveux du cou, en fait des « carcinomes de la gaine des vaisseaux ».

Il faut arriver à Volkmann en 1882 pour avoir la première notion sur la véritable nature de ces cancers et le mémoire de ce chirurgien marque le point de départ d'une série de travaux de plus en plus précis dont nous ne ferons que citer les auteurs : Guttmann (1883), Bruns (1884), Lejars (1886), C. Regnault, Quarry-Sylcock (1887), Reverdin et Mayor, H. Richard, Treiberg, Jadynski (1888), Güssenbauer (1892), Eigenbrodt (1894), Berger, Plauth (1897), Brintet, Quintrie (1898), Perez, Jose Ribera y Sans (1899), Cunéo et Veau (1900).

La thèse de Veau en 1901 marque une nouvelle date dans l'histoire des tumeurs branchiales : reprenant tous les documents parus jusqu'alors, il met la question au point d'une façon qui paraissait définitive, quand l'année suivante Chevassu montra que les tumeurs branchiales devaient être divisées en deux groupes absolument distincts : les branchiomes épithéliaux et les branchiomes conjonctifs différents non seulement par leur origine qui se fait aux dépens des reliquats des fentes branchiales pour les premiers, aux dépens des reliquats des arcs branchiaux pour les seconds, mais encore et surtout par leurs caractères cliniques : les premiers étant des tumeurs effroyablement malignes, les seconds étant des tumeurs bénignes (pouvant toutefois se transformer en tumeurs malignes).

Depuis la thèse de Veau, la question commençant à être bien connue, les travaux se sont multipliés et nous pourrons citer : Richelot, Lapeyre, Fredet et Chevassu en 1902 ; Reclus, J.-L. Faure, Rusca, Deytieux, Zicas, Brunet, Lancet et Augier en 1903; Lebœuf, Ceci, Chavannaz, Vignard et Mouriquand en 1904; Fieschi, Delbet, Le Dentu, Arrou, Bérard, Jouffroy et Adler, Villard et Cotte, Barjon, Lepoutre, Latronche et Charrier en 1905; Reclus, Reynier, Morestin, Savariaud et Cruveilhier, Caldaguès, Bérard et Leriche en 1906.

En même temps Petit (d'Alfort) montre que ces tumeurs ne sont pas propres uniquement à l'homme, mais qu'on peut les rencontrer également chez les animaux.

Enfin en 1907 nous avons repris dans notre thèse inaugurale (1) l'étude des branchiomes épithéliaux (épithéliomas branchiaux) que nous avons nettement séparés des branchiomes conjonctifs (branchiomes mixtes) et nous avons réuni toutes les observations d'épithéliomas branchiaux publiées jusqu'à nous.

II

Pathogénie. — Nous verrons tout à l'heure que les épithéliomas qui nous occupent, puisque ce ne sont pas des tumeurs secondaires, ne peuvent provenir que des reliquats des fentes branchiales restés enclavés dans la profondeur du cou : mais il est intéressant de rapporter ici toutes les hypothèses qui ont été successivement émises pour expliquer ces tumeurs si particulières. Une théorie toute récente de Jaboulay ne nous arrêtera pas longtemps : pour ce chirurgien les épithéliomas branchiaux pourraient succéder à un traumatisme refoulant dans la profondeur des épithéliums superficiels qui, peut-être, suivraient la voie lymphatique. Cette hypothèse, très ingénieuse, nous semble réclamer des preuves, car, jamais, dans aucune des observations de branchiomes que nous avons étudiées, nous n'avons relevé la notion de traumatisme.

La théorie pathogénique la plus anciennement et la plus longtemps en faveur a été celle qui voyait l'origine des épithéliomas « branchiaux » dans les ganglions lymphatiques du cou; mais il fallut bien rejeter la possibilité de cette origine, le jour où fut connue la grande loi de la spécificité cellulaire qui dit que tout épithélioma naît là seulement où normalement il y a un épithélium, à moins qu'il n'y ait eu propagation directe de cellules épithéliales du foyer primitif par voie lymphatique ou sanguine.

Les ganglions du cou ne pouvant être le point de départ de ces tumeurs, les chirurgiens se tournèrent pour les expliquer du côté des glandes salivaires, mais cette hypothèse ne tient pas non plus devant une étude approfondie : en effet, l'épithélioma branchial type se rencontre presque toujours dans la région carotidienne, au voisinage de l'os hyoïde, or on n'a jamais rencontré de glandes salivaires, même aberrantes, dans cette région : la conclusion s'impose donc. Le problème est plus troublant si on envisage les épithéliomas branchiaux développés dans le voisinage immédiat des glandes parotides ou sous-maxillaires, mais ici encore nous ne pouvons admettre cette hypothèse : déjà, au Congrès de médecine de Paris (1900), Cunéo et Veau avaient émis l'hypothèse

(1) Siégel. *L'épithélioma branchial du cou*, Th. de Paris, 1907.

que les tumeurs mixtes de la parotide n'étaient autre chose que des branchiomes (considérés à cette époque comme des tumeurs mixtes) juxta ou intra-parotidiens; plus récemment Fredet et Chevassu montrent en se basant sur l'histologie que les épithéliomas branchiaux ne sauraient provenir d'une glande salivaire qui ne peut être le point de départ que de deux espèces de cancer épithélial : l'épithélioma glandulaire, développé aux dépens des acini sécréteurs, et l'épithélioma cylindrique, développé aux dépens des canaux excréteurs : donc l'origine aux dépens des glandes salivaires ne peut être admise.

D'autres auteurs voulurent voir l'origine des épithéliomas branchiaux dans le corpuscule rétro-carotidien, organe dont la véritable nature resta longtemps obscure : ganglion nerveux pour Anderch, glande vasculaire sanguine pour Luschka, organe vasculaire pour Arnold. Mais depuis que les travaux récents de Stilling, Kohn, Reclus et Chevassu ont montré que ce corpuscule rétro-carotidien n'est autre qu'un para-ganglion sympathique analogue aux para-ganglions développés le long des sympathiques pelvien et abdominal, il fallut bien rejeter cette hypothèse, puisque le corpuscule rétro-carotidien ne peut donner que des tumeurs homologues à lui.

Plus récemment enfin, on rechercha le point de départ des épithéliomas branchiaux dans les thyroïdes aberrantes, les parathyroïdes, le thymus, et si cette hypothèse semble pour la plupart des auteurs devoir être rejetée, elle possède toutefois encore des partisans, comme il résulte des discussions à la Société de chirurgie du 11 novembre 1906.

L'anatomie, l'histologie, l'embryologie nous serviront successivement pour discuter et rejeter cette hypothèse :

L'anatomie ne peut suffire, puisque, contrairement à ce qu'affirmait Veau dans sa thèse (1), il existe des goitres aberrants dans la région carotidienne et dans la région sous-maxillaire (Reynier, Soc. de chir., 11 nov. 1906).

Au point de vue histologique les épithéliomas branchiaux sont bien différents des cancers développés aux dépens des thyroïdes aberrantes, des parathyroïdes, du thymus : ce sont, en effet, des épithéliomas, en général pavimenteux, tubulés ou lobulés, et qui ne présentent jamais de substance colloïde, caractéristique des tumeurs d'origine thyroïdienne, ni de corps concentriques spécifiques pour Paviot et Gérest des épithéliomas d'origine thymique et bien différents des globes épithéliaux que l'on rencontre dans nos épithéliomas branchiaux. Quant aux cancers des parathyroïdes, ils ont, comme l'a montré Petit (d'Alfort), des caractères qui rappellent la structure des parathyroïdes, et qui les diffèrent nettement des épithéliomas branchiaux.

La question embryologique semble plus délicate à résoudre : en effet ce sont les fentes branchiales qui forment le thyroïde, les parathyroïdes, le thymus et ce sont les reliquats de ces mêmes fentes non utilisés pour la formation de ces glandes qui forment les tumeurs qui nous intéressent, donc à première vue tumeurs épithéliales branchiales et tumeurs thyroïdiennes thymiques doivent être semblables et réunies dans un même groupe, mais en regardant les choses d'un peu plus près, on voit que, si les épithéliomas branchiaux reproduisent le type épithélial primitif des fentes branchiales, les cancers thyroïdiens, thymiques, reproduisent la structure de ces glandes puissamment différenciées au cours du développement et ne rappellent que de très loin l'épithélium primitif, donc nos épithéliomas si particuliers ne peuvent dériver ni du thymus ni du thyroïde, et ne peuvent provenir que des reliquats des fentes branchiales, présentant dans certains cas, pour des raisons inconnues, une activité cellulaire désordonnée et la meilleure preuve que cette activité est reconnue par tous, c'est que personne ne conteste le point de départ des fistules branchiales et des kystes branchiaux qui sont dus également à des anomalies dans le développement des fentes branchiales.

(1) D'après Veau on n'avait jamais rencontré de thyroïdes aberrantes dans la région sus-hyoïdienne, et à plus forte raison dans la gaine des vaisseaux.

III

Anatomie pathologique. — L'épithélioma branchial siège presque toujours dans la région carotidienne, avec prédominance pour le voisinage de l'os hyoïde, mais il peut occuper également la région de la glande sous-maxillaire ou encore la région parotidienne constituant dans ce dernier cas une véritable tumeur de la parotide, mais en réalité restant indépendant de la glande.

Le volume en est essentiellement variable suivant les cas et suivant l'ancienneté de la tumeur, pouvant aller de la taille d'une amande à la grosseur d'une tête de fœtus à terme.

La forme est difficile à préciser, étant donné que, comme tous les cancers, le branchiome malin envoie des prolongements entre les organes voisins et se moule sur ceux-ci qui ne tardent pas à lui adhérer. On trouve fréquemment après l'extirpation des débris musculaires en quelque sorte fusionnés avec la masse néoplasique ; le muscle présente d'abord une réaction de myosite interstitielle, puis rapidement il est envahi par des traînées cancéreuses.

La trachée et l'œsophage peuvent être refoulés par la tumeur, mais ne sont qu'exceptionnellement envahis.

Le corps thyroïde est encore plus rarement atteint puisque nous n'avons rencontré qu'un seul cas d'envahissement du corps thyroïde, et encore y avait-il pénétration et non-envahissement de l'élément thyroïdien par l'élément cancéreux qui laissait aux tissus glandulaires leurs caractères propres ce qui nous autorisa à considérer ce fait comme un cas d'épithélioma branchial intra-thyroïdien analogue aux épithéliomas branchiaux intra-parotidiens.

Le paquet vasculo-nerveux du cou est très fréquemment envahi et d'une manière très précoce; c'est la jugulaire qui est prise la première et souvent elle seule est prise alors que la carotide est toujours englobée secondairement à elle. La thrombose de la jugulaire est loin d'être rare.

Les ganglions sont rarement atteints et ce sont

alors les ganglions carotidiens et sus-claviculaires; ils présentent dans ces cas des lésions analogues à celles de la tumeur primitive.

La généralisation est une rareté; nous en avons rencontré personnellement un cas (généralisation au poumon). Perez a signalé une généralisation au foie, enfin, Petit (d'Alfort) en a signalé deux cas chez le chien au niveau du poumon.

Macroscopiquement, l'épithélioma branchial se présente, soit sous forme d'une masse solide, soit sous forme d'une tumeur kystique à parois épaisses; dans les deux cas, le tissu cancéreux a sur la surface de section un aspect blanc lardacé analogue à celui du cancer du sein, parsemé fréquemment de petites granulations jaunâtres qui s'énucléent à la pression.

Le type massif ne doit pas nous arrêter plus longtemps; quant au type kystique il peut se présenter sous deux aspects différents : *A.* ou bien il s'agit d'une cavité kystique due à la transformation cancéreuse d'un kyste branchial préexistant; *B.* ou bien il s'agit d'un pseudo-kyste dû à la nécrose et au ramollissement central d'une tumeur primitivement solide. Dans le premier cas on est en présence d'une paroi tomenteuse, irrégulière, parsemée de végétations papillaires plus ou moins exubérantes, s'enfonçant dans la cavité kystique et envoyant vers la périphérie des tractus épithéliaux qui se ramifient dans la paroi; le contenu est un liquide généralement fluide et séro-sanguinolent. Dans le deuxième cas la paroi du kyste est formée par du tissu cancéreux absolument semblable à celui des tumeurs massives présentant une surface interne très anfractueuse, déchiquetée et de couleur grisâtre due à une mortification notable du tissu néoplasique, mortification qui s'expliquerait d'après Lapeyre par un processus d'épaississement de la paroi interne des vaisseaux aboutissant à leur oblitération complète; cette cavité renferme un magma crémeux, grumeleux, gris jaunâtre, constitué par un amas de bourbillons nécrotiques (Lapeyre) presque incolorables qui se continuent avec la partie la plus interne de la paroi ramollie et désagrégée.

Microscopiquement, l'épithélioma branchial, qu'Il soit massif ou kystique, est formé par une prolifération néoplasique reproduisant absolument le type ordinaire des épithéliomas pavimenteux; tantôt les cellules épithéliales sont groupées en traînées, en cordons pleins, plus ou moins ramifiés et anastomosés; tantôt elles forment des amas plus ou moins concentriques autour de globes épidermiques. L'ensemble des cellules cancéreuses est formé d'éléments très colorables à protoplasma dense et homogène, à noyaux volumineux et riches en chromatine.

Ces éléments épithéliaux sont renfermés au sein d'un stroma conjonctif généralement fibreux et d'importance très variable suivant les cas.

IV

Etiologie. — L'épithélioma branchial est un cancer et comme pour tous les cancers la cause de son développement nous échappe.

La position sociale, la profession des malades ne doivent pas entrer en ligne de compte pas plus que les antécédents pathologiques, tant héréditaires que personnels.

Les seules notions intéressantes sont tirées du sexe et de l'âge.

Le sexe a une influence considérable sur le développement des épithéliomas branchiaux, comme du reste sur celui de tous les cancers: dans le relevé des cas connus que nous avons fait et qui se monte à 79 cas, nous avons trouvé 73 hommes contre 6 femmes.

Pour ce qui est de l'âge, c'est à partir de quarante ans que les malades paient le plus lourd tribut à cette terrible affection.

Le côté atteint ne présente pas un grand intérêt et nous avons trouvé à peu près le même nombre de cas à droite et à gauche, avec toutefois une très légère prédominance à droite.

V

Symptomatologie. — Peu de tumeurs ont une allure aussi polymorphe que les épithéliomas branchiaux, aussi est-il difficile d'en donner une description d'ensemble et doit-on se contenter de condenser les divers symptômes qu'ils peuvent présenter.

Le début est le plus souvent absolument insidieux. Toutefois on a pu voir dans certains cas l'apparition de la tumeur précédée par des douleurs, des troubles de la phonation et de la déglutition; d'autres fois une tumeur congénitale, une tumeur à allure bénigne, ont précédé pendant un temps plus ou moins long le cancer branchial.

Peu à peu la tumeur a augmenté, est devenue moins mobile, légèrement douloureuse et le malade, en moyenne six mois après le début de l'affection, se décide à venir consulter le chirurgien qui, à ce moment, voit la tumeur à peu près à sa période d'état.

Le branchiome occupe en général la région carotidienne dans le voisinage de l'os hyoïde, mais peut également occuper la région parotidienne ou la région de la glande sous-maxillaire, présentant des limites variables suivant son volume qui va de la taille d'une amande à la grosseur d'un poing d'adulte, mais il fait rarement une saillie très marquée car l'épithélioma branchial a tendance à rester encastré dans l'épaisseur des tissus du cou; la peau est en général non altérée à son niveau.

La consistance de la tumeur est essentiellement variable, tantôt d'une dureté ligneuse, tantôt rénitente et même pseudo-fluctuante, tantôt à la fois dure et molle suivant les points considérés.

La peau en général mobile à sa surface au début ne tarde pas à contracter des adhérences plus ou moins intimes qui lui donnent quand on cherche à la plisser l'aspect classique de la peau d'orange.

La tumeur tantôt lisse et régulière, tantôt bosselée ne tarde pas à envoyer des prolongements dans toutes les directions, à se diffuser dans le cou et à se mouler en quelque sorte sur les organes voisins, de sorte que si au début elle est encore légèrement mobile surtout dans le sens horizontal, elle ne tarde pas à acquérir une fixité absolue.

Les ganglions carotidiens et les ganglions sus-claviculaires sont parfois envahis.

Les signes fonctionnels sont peu nets et peu importants : la douleur très inconstante siège au niveau du branchiome où la pression l'exagère; on la voit en outre irradier assez souvent vers l'oreille et la région occipitale.

La respiration, la déglutition, la mastication sont très rarement troublées et malgré le voisinage et même les connexions intimes qui existent entre la tumeur et les vaisseaux et nerfs du cou, il ne semble jamais y avoir de phénomènes de compression du côté de ces organes.

L'état général se maintient longtemps satisfaisant, l'appétit reste longtemps conservé et la cachexie est tardive.

VI

Marche. Durée. Pronostic. — L'évolution de l'épithélioma branchial est particulièrement rapide, et d'après les observations que nous avons étudiées, nous pouvons dire que la durée moyenne de cette affection est à peine d'un an et demi; nous avons vu un malade mourir sept mois seulement après l'apparition de la tumeur.

Le cancer livré à lui-même augmente plus ou moins rapidement de volume, la peau rougit et s'ulcère donnant passage à des bourgeons sanieux et saignant facilement.

Le volume, sur des malades inopérables et laissés à leur triste sort, peut devenir énorme, pouvant atteindre les dimensions d'une tête d'enfant.

Le pronostic est effroyablement mauvais, et à part quelques très rares cas de survies post-opératoires, la mort dans le marasme à brève échéance est la terminaison habituelle de l'épithélioma branchial.

VII

Diagnostc. — A cause de ses allures polymorphes que nous signalons plus haut, l'épithélioma branchial est d'un diagnostic difficile; au début, il a fréquemment les allures d'une tumeur bénigne et doit être differencié des tumeurs de cette nature ; plus tard il présente tous les caractères des tumeurs cancéreuses, et c'est d'avec les néoplasmes de toute sorte qu'il faut alors le diagnostiquer; mais faisons bien remarquer que cette division est tout à fait schématique.

A la période de début, il faudra tout d'abord éliminer les *goitres développés aux dépens de thyroïdes aberrantes*, ce qui ne pourra que difficilement être fait à première vue : les principaux éléments du diagnostic seront tirés de la lenteur extrême de l'évolution, de la persistance indéfinie des allures bénignes de la tumeur goitreuse et enfin de la notion de sexe et d'âge, vu que cette variété de tumeurs se rencontre surtout, à l'inverse de l'épithélioma branchial, chez la femme relativement jeune.

Les *tumeurs du corpuscule rétro-carotidien*, grâce aux travaux de Reclus et Chevassu, sont reconnaissables pour un observateur attentif; ce sont des tumeurs très rares, se développant chez des individus jeunes à évolution extrêmement lente; elles siègent au niveau de la bifurcation carotidienne, à la hauteur du cartilage thyroïde, atteignant à la période d'état le volume d'un œuf de poule. mais restant néanmoins lisses, régulières et mobiles dans le sens transversal, ce qui n'est pas le cas pour les branchiomes malins, et enfin présentant deux symptômes caractéristiques, des battements perceptibles à la main et un murmure perceptible à l'oreille.

Nous avons signalé, à côté des épithéliomas branchiaux, l'existence de *branchiomes mixtes*; ceux-ci diffèrent par la lenteur de leur évolution, leur développement presque exclusif chez la femme, leur mobilité et leur encapsulement; ce diagnostic, toutefois, a surtout une importance clinique, car le branchiome mixte étant très susceptible de se transformer en branchiome malin, il faut dès qu'on est arrivé au diagnostic de « branchiome » opérer de suite sans se laisser arrêter par la bénignité apparente.

Au fur et à mesure que l'épithélioma branchial se développe, il devient de moins en moins bien limité et mobile, et les diagnostics que nous venons d'étudier ne se posent même plus, par contre il peut être simulé par une série de nouvelles affections dont il nous faut dire quelques mots.

Le *lymphosarcome* se présente sous l'aspect d'une masse volumineuse, dure, peu mobile, adhérente et infiltrée qui de très bonne heure détermine des phénomènes de compression du côté des vaisseaux et des nerfs du cou, ce qui suffirait déjà à le différencier de l'épithélioma branchial qui malgré ses rapports intimes avec le paquet vasculo-nerveux ne retentit pour ainsi dire jamais sur lui, s'il n'y avait pas en outre en faveur du lymphosarcome la généralisation presque constante à tout le système ganglionnaire, généralisation qui est l'exception dans l'épithélioma branchial.

Le diagnostic avec la *tuberculose ganglionnaire*, quand il ne s'impose pas est parfois très difficile, pour ainsi dire même impossible, et c'est dans certains cas l'examen histologique seul qui a tranché la question.

L'*actinomycose* a une allure sub-inflammatoire, les téguments rougissent et adhèrent rapidement aux plans profonds, enfin l'ulcération relativement précoce, laisse échapper un liquide puriforme dans lequel le microscope retrouve facilement le parasite de l'actinomycose.

Les *gommes* du sterno-mastoïdien, outre qu'elles présentent tous les caractères des tumeurs musculaires rétrocèdent rapidement devant le traitement spécifique.

Mais de tous les diagnostics, le plus important et le plus délicat est le diagnostic entre l'épithélioma branchial, cancer primitif de la profondeur du cou, et l'*adénopathie cancéreuse* secondaire à un cancer profond; l'importance de ce diagnostic est considérable, car si l'épithélioma branchial doit être opéré on ne doit pas toucher à l'adénopathie cancéreuse à moins qu'on n'opère en même temps le cancer primitif; les caractères objectifs de la tumeur cervicale n'ont pas une grande valeur diagnostique, et le seul fait qui permette d'éliminer le cancer secondaire et

de diagnostiquer d'une façon à peu près certaine un épithélioma branchial, c'est la constatation de l'absence de toute tumeur primitive au niveau de l'un des organes dont les cancers peuvent réagir sur les ganglions cervicaux ; il faudra donc examiner minutieusement et à plusieurs reprises, la bouche, le pharynx, les fosses nasales, l'œsophage, l'estomac et même le testicule (Chevassu), et ce n'est qu'une fois qu'on aura reconnu l'intégrité absolue de tous ces organes qu'on pourra affirmer qu'il s'agit d'un épithélioma branchial, et encore doit-on faire des réserves en se rappelant que Poncet et Bérard ont décrit en 1889 la forme dite ganglionnaire du cancer du pharynx.

Nous avons vu plus haut que l'épithélioma branchial ne se rencontrait pas uniquement dans la région carotidienne et qu'il pouvait également se développer dans le voisinage de la parotide ou de la glande sous-maxillaire; il faut donc pouvoir les distinguer des *tumeurs de ces glandes salivaires.*

L'épithélioma branchial intra-parotidien décrit par Fredet et Chevassu ressemble cliniquement aux cancers de cette glande, et c'est l'histologie seule qui permet de faire une distinction; il en est de même pour la glande sous-maxillaire. Par contre, on peut différencier l'épithélioma branchial intra-glandulaire des tumeurs mixtes des glandes salivaires, qui présentent les allures bénignes des tumeurs mixtes; étant donné que ces tumeurs mixtes des glandes salivaires ne seraient autres, comme l'ont montré Cunéo et Veau, que des branchiomes mixtes intra-glandulaires, ce que nous avons dit plus haut du diagnostic entre le branchiome malin et le branchiome bénin peut se répéter ici.

Citons pour terminer cette longue étude diagnostique la possibilité d'une confusion possible entre l'épithélioma branchial et la *glande sous-maxillaire chroniquement enflammée* par la présence d'un calcul : l'exploration du canal de Warthon, à l'aide d'un stylet, tranche la question assez facilement.

VII

Traitement. — La malignité toute particulière de l'épithélioma branchial ne doit pas arrêter le chirurgien; celui-ci devra s'attendre à une opération grave, délicate, qu'il ne pourra mener à bien qu'au prix de sacrifices souvent importants et étendus; néanmoins, étant donné que dans certains cas les malades ont obtenu une survie appréciable il faudra intervenir chaque fois que le cancer est encore « opérable », condition qui ne se rencontre qu'au début de l'évolution; l'état général est encore bon et les adhérences en particulier au paquet vasculo-nerveux, sont encore limitées.

Le malade étant placé dans la position de la ligature de la carotide, on fera une incision variable suivant les dimensions de la tumeur ; simple incision linéaire suivant son grand axe dans les épithéliomas peu développés, incisions complexes dans les cancers étendus, incision cruciale pour Brüns et Güssenbauer, incision en U pour Shimanck, incision angulaire pour de Quervain, ayant pour but de mettre à nu toute l'étendue de la masse néoplasique dont il est quelquefois nécessaire de pratiquer l'hémisection.

Les principales difficultés opératoires se rencontrent an niveau de la face profonde de la tumeur qui adhère toujours plus ou moins au paquet vasculo-nerveux, en particulier à la jugulaire interne.

La résection de ce vaisseau, très souvent nécessaire, ne semble pas avoir une grosse importance : la circulation collatérale est préparée de longue date car lorsque la veine n'est pas thrombosée, elle est aplatie et sans fonction.

La ligature ou la résection des carotides primitive ou interne qu'on est parfois obligé de pratiquer pour arriver à faire une extirpation complète est beaucoup plus grave, mais néanmoins la mort n'est pas fatale, ce qui s'expliquerait par une hypertrophie compensatrice du système carotidien du côté opposé (les carotides englobées par le néoplasme étant plus ou moins rétrécies depuis un certain temps). C'est pourquoi plutôt que s'exposer à une extirpation incomplète et fatalement inutile, il vaut mieux sacrifier le vaisseau; toutefois avant de faire ce sacrifice, on peut tenter de libérer les carotides par une dissection attentive, même au prix d'une petite déchirure qui, d'après Lejars (Soc. de chir., 21 et 29 juin 1904), peut être refermée à l'aide de quelques points de suture sous le couvert d'une asepsie parfaite.

Pour ce qui est de la ligature simultanée de la jugulaire et de la carotide primitive ou interne, les auteurs ne sont pas d'accord ; si pour les uns, comme Lejars et Morestin, cette ligature est particulièrement grave, pour d'autres, comme Ceci, elle serait plus bénigne que la ligature de la carotide seule, la diminution de la sortie du sang étant ainsi proportionnée avec la diminution de l'entrée du sang.

La résection des nerfs craniens pneumogastriques, hypoglosse et du sympathique ne semble pas non plus avoir de conséquences trop graves, ce qui s'expliquerait par ce double fait que d'une part le nerf est modifié dans sa structure par la compression prolongée que lui fait subir le cancer, et que d'autre part, le nerf opposé est là pour suppléer.

Il peut arriver que la crosse du canal thoracique soit blessée au cours de l'opération; on remédiera à cet accident extrêmement rare, par une compression serrée ou par la ligature du bout périphérique du canal.

Cette digression sur la chirurgie des gros vaisseaux et nerfs du cou, est nécessaire pour montrer la gravité toute particulière de l'opération, dont il nous faut maintenant voir les résultats tant immédiats qu'éloignés.

A part de rares exceptions, les résultats immédiats sont bons et l'on est surpris de voir les malades supporter aussi bien une opération aussi grave; il n'en est malheureusement pas de même des résultats éloignés et dans notre statistique portant sur 79 cas, nous ne voyons que de très rares survies de plus d'un an, la plupart des malades récidivant rapidement et en général dans des conditions telles qu'une nouvelle opération n'est pas à tenter. Le Dentu seul a obtenu une survie de plus de dix-sept ans, et ce fait unique suffit, à notre avis, pour nous permettre de conclure en disant que chaque fois que

l'opération est matériellement possible, il faut la faire au prix de n'importe quels sacrifices.

Quand le malade se présente totalement inopérable on peut essayer de flèches de pâte de Canquoin ou des rayons X sur l'action desquels on ne peut encore se faire une opinion bien définie, et en dernier ressort on s'adressera à la morphine à haute dose pour adoucir les derniers jours du malheureux patient condamné à une mort fatale.

BIBLIOGRAPHIE

AMMON. Uber das branchiogene Carcinome, *Inaug. diss.*, Erlangen 1891. — ARROU. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1905.

BARJON. Branchiome inopérable traité par la radiothérapie. Soc. nat. de méd. de Lyon, 3 avril 1905. — BÉRARD, JOUFFROY et ADLER. Trois cas d'épithéliomas branchiogènes du cou, *C. r. de la Soc. des sc. méd. de Lyon*, 22 nov. 1905. — BÉRARD et LERICHE. De l'évidement de la loge parotidienne avec résection condylo-marginale, *Revue de chir.*, 1906, n° 12, p. 785-895. — BERGER. Epithélioma branchiogène et épithélioma aberrant de la thyroïde, *Cong. de chir.*, 1857, c. r., p. 112; — Tumeurs mixtes du voile du palais, *Revue de chir.*, 1857, t. XXVII, p. 361, 470, 551. — BERGERON. *Tumeurs ganglionnaires du cou*, Th. d'agr. de Paris, 1872. — BLACHE. Epithélioma de la région cervicale, *Bull. de la Soc. anat.*, 1865, p. 177. BOURDON et VERNEUIL. Carcinome primitif des ganglions du cou, *Bull. de la Soc. anat.*, 1872, p. 310. — BRAULT. Sur le développement des épithéliomas d'origine ectodermique et en particulier sur les modifications des cellules qui les constituent, *Presse méd.*, 1894, n° 28. — BRINTET. *Contribution à l'étude des carcinomes branchiogènes*, Th. de Montpellter, 1898. — BROCA. Art. MALFORMATIONS CONGÉNITALES DE LA FACE ET DU COU, *Traité de chirurgie* Duplay et Reclus, 1re édit., t. III, p. 53. — BRUNET. Uber das branchiogene Carcinome, *Samml. klin. Wort.*, N. F. Leipzig, n° 360, 1903, Chirurgie, n° 101, p. 555-566. — BRÜNS. Das bronchiogene Carcinome des Halses, *Beit. z. klin. Chir.*, 1884, t. I, p. 371. — BUFNOIR et MILIAN. Epithélioma pavimenteux du corps thyroïde, *Bull. de la Soc. anat.*, 1898, p. 352.

CALDAGUÈS. Epithélioma branchial, *Bull. de la Soc. anat.*, 12 oct. 1906. — CASANELLA. Su due casi di cisti branchiogene, *Giorn. ital. d. sc. med.*, Pisa 1903, p. 201-217. — CECI. Extirpation de la carotide primitive, de la jugulaire interne et du pneumogastrique dans l'ablation du cancer branchiogène; guérison, Cong. franç. de chir., 17-22 oct. 1904. — CESTAN. Kyste branchial de la région latérale du cou, *Toulouse méd.*, 1903, 2e semestre, VII, p. 157. — CHAMBARD. Du carcinome primitif des ganglions lymphatiques, *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1880, n° 2, p. 81; — Nouvelle contribution à l'étude du carcinome des ganglions lymphatiques, *Progrès méd.*, 1889, n° 22, p. 405. — CHAVANNAZ. Epithélioma branchiogène, *Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 15 nov. 1904. p. 230. — CHEVASSU. Les branchiomes cervicaux, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 17 août 1902. — COLRAT et LÉPINE. Notes sur un cas de carcinome primitif ganglionnaire, *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1878, n° 5. — CORNIL. Sur le développement de l'épithélioma du corps thyroïde, *Arch. de physiol.*, 1875, 2e série, t. II, p. 659. — CUNÉO et VEAU. Cong. de méd., 1900. — CURLING. Cas intéressant de cancer des glandes du cou (quarante ans) primitif, *Med. Times*, 1861, t. II, p. 175. — CUSSET. Etude de l'appareil branchial, *Revue de chir.*, 1886, p. 926.

DEBOVE. Sections multiples des nerfs craniens, *Presse méd.*, 4 fév. 1903. — DELBET. *Bull. de la Soc. de chir.*, 20 déc. 1905, 11 nov. 1906. — DELORE. Cancer de la thyroïde, *Revue de chir.*, mai 1904. — DEYTIEUX. Th. de Paris, 1902. — DUPLAY. Tumeur ganglionnaire de la région cervicale, *Presse méd.*, 7 oct. 1876; — Tumeur cancéreuse ganglionnaire du cou, *Presse méd.*, 21 juillet 1877.

EIGENBRODT. Branchiogene Carcinome, *Verhandl. d. deuts. Gesells. f. Chir.*, 1894.

FAURE (J.-L.). *Bull. de la Soc. de chir.*, 22 juillet 1903. — FIESCHI. Beitrag zum Studium der branchiogenen Neubildungen, *Arch. f. Dermat. u. Syphil.*, 1905, p. 17-37. — FREDET et CHEVASSU. Epithélioma branchial intra-parotidien, *Bull. de la Soc. anat.*, juillet 1902, p. 621-632; — Epithélioma branchial, *Bull. de la Soc. anat.*, 1902, p. 645.

GORRÉ. Tumeur cancéreuse du cou adhérente à la veine jugulaire interne, *Gaz. des hôpit.*, nov. 1842, p. 620. — GUSSENBAUER. *Beitr. z. Kenntniss d. branchiogenen Geschwülste Fetsch. von Billroth*, Stuttgard 1892. — GUTMANN. *Zur Entwikelung des sogenannten branchiogenen Carcinome*, Th. de Berlin, 1883.

HAUSER. *Das Cylinderepithelcarcinome der Magens und Diekdarms*, Iéna 1890. — HAYEM. Note sur un cas de tumeur ganglionnaire comprimant la trachée, *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 8 fév. 1865, n° 6, p. 85. — HERRENSCHMIDT. *Carcinome pavimenteux du corps thyroïde*, Th. de Paris, 1904. — HOFERT. *Uber malignis cervix Adenome*, Th. de Munich, 1897. — HUMBERT. *Des néoplasmes des ganglions lymphatiques*, Th. d'agr. de Paris, 1878.

JABOULAY. A propos des branchiomes, Soc. nat. de méd. de Lyon, 13 fév. 1905. — JADYNSKY. Un cas de cancer primitif du cou, *Gaz. hebdom.*, 1888, t. VII, p. 25-27. — JOULIARD. *Cancer de la glande sous-maxillaire*, Th. de Paris, 1888.

KALINDERO. Tumeur épithéliale de la région carotidienne, *Bull. de la Soc. anat.*, 1865. — KAPSAMMER. Goitre kystique aberrant, *Wien. klin. Wochens.*, 1899, n° 17, p. 461. — KIRMISSON. *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, Paris 1898, p. 166. — KOSTANECKI et MELECKI. Die angeboren Kiemelnfisteln, *Arch. f. path. Anat.*, *Phys.*, 1890, t. LXXII.

LANCET et AUGIER. Epithélioma primitif de la région sous-maxillaire d'origine branchiale, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1903, p. 511-515. — LANGENBECK. Beitr. z. chirurgischen Pathologie der Venen, *Arch. f. klin. Chir.*, 1861, t. I. — LANNELONGUE et ACHARD. *Traité des kystes congénitaux*, Paris 1886. — LAPEYRE. Epithélioma branchial du cou, *Gaz. des hôpit.*, 16 sept. 1902. — LATRONCHE et CHARRIER. Tumeur de la région cervicale gauche. Opération. Récidive vingt jours après, Soc. d'anat. physiol. norm. et pathol. de Bordeaux, 23 janv. 1905. — LEBŒUF. *Contribution à l'étude des branchiomes épithéliaux de la région cervicale*, Th. de Bordeaux, 1903. — LECÈNE. Les plaies opératoires du canal thoracique dans la région cervicale, *Revue de chir.*, 1904, p. 743-757. — LE DENTU. Tumeur maligne primitive des ganglions lymphatiques, *Leçons de chir.*, 1892, p. 97; — Sur les épithéliomas branchiaux, *Bull. de la Soc. de chir.*, 27 déc. 1905. — LEJARS. Epithélioma kystique de la région sus-hyoïdienne gauche, *Bull. de la Soc. anat.*, 1886; — Chirurgie des gros troncs veineux, Congr. de chir., Paris, 1906. — LEPOUTRE. Epithélioma branchial de la région sous-maxillaire, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1905, p. 231-234. — LINSER. Uber circulationstörungen in Gihirn nach munterbindung der Vena jugularis interna, *Beit. z. klin. Chir.*, 1896, XVII, p. 811. — LUSENA. Ciste ad epithelia cigliato in glandole paratiroïdee esternœ, *Anat. anz.*, 12 sept. 1898, t. XV, n° 4, p. 52.

MAC PHATTER (Neil). Extirpation de la jugulalre et des carotides dans une opération pour tumeur cervicale, *New-York Philadelphia med. Journ.*, 1904, p. 796. — MARSH. Kyste congénital du cou, *Brit. med. Journ.*, 1898. — MORESTIN. Art. TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES, *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, t. VI; — Epithélioma branchial du cou (présentation du malade à la Société de chirurgie du 20 nov. 1906); — Chirurgie des gros troncs veineux, Congr. de chir., Paris 1906.

NICAISE. *Epithélioma primitif des ganglions du cou*, Th. d'agrég. de Humber, 1878, p. 118.

OLIVIER. Contribution à l'étude des épithéliomas parathy-

roïdiens, *Revue méd. d'Uruguay*, Montévidéo 1904, VII, p. 369-379.

PALTAUF. Uber Geschwülste des Glandula carotica, *Zeits. beit. z. Pathol.*, 1892, t. XI, fasc. 2, p. 260. — PAVIOT et GEREST. Epithélioma primitif du thymus. Valeur des corps concentriques, *Arch. de méd. expér.*, 1896, p. 606. — PEREZ. Uber die branchiagenen Carcinome, *Beit. z. klin. Chir.*, 1899, t. XXIII, fasc. 3, p. 595. — PETIT. Trois observations de cancers branchiaux chez le chien, *Bull. de la Soc. anat.*, 1901, p. 685, et 1902, p. 37 et 318; — Cancer généralisé dérivé des glandules para-thyroïdiennes chez un chien, *Bull. de la Soc. anat.*, 1906, p. 632. — PETIT et BORREL. Epithélioma branchial chez une jument, *Recueil de méd. vétér.*, 15 août 1907. — PFISTER. Ein Beitrag zu den lateralen Kiemengangeschwülsten, *Deuts. med. Wochens.*, 29 déc. 1904, XXX, 1966-1968. — PLANTEAU. *Contribution à l'étude des sarcomes de la parotide*, Th. de Paris, 1876. — PONCET et BÉRARD. De la forme dite ganglionnaire du cancer du pharynx, XIII[e] Congrès français de chirurgie, 1889. — POLAND. Carcinome des glandes du cou, *Med. Times*, 1864, t. II, p. 541. — POUSOT. *Tumeur de la glande sous-maxillaire*, Th. de Lyon, 1894.

QUARRY-SILCOCK. Cystic epithelioma of the neck, *Brit. med. Journ.*, 1887, 18 mars, p. 620. — QUÉNU. *Des arcs branchiaux chez l'homme*, Th. d'agrég. de Paris, 1888. — QUINTRIE. Epithélioma ganglionnaire du cou, *Journ. méd. de Bordeaux*, 31 juillet 1898, p. 368.

RECLUS. Les branchiomes du cou, *Bull. méd.*, 12 mai 1906. — RECLUS et CHEVASSU. Les tumeurs du corpuscule rétro-carotidien, *Revue de chir.*, 10 août 1903. — REGNAULT. Die malignen Tumoren der Gefässcheide, *Arch. f. klin. Chir.*, 1887, t. XXXV, p. 50. — RENDU. Epithélioma des ganglions du cou, *Bull. de la Soc. anat.*, août et oct. 1869, p. 206. — REVERDIN et MAYOR. Epithélioma pavimenteux lobulé branchiogène, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1888, p. 162. — REYNIER. Des goitres aberrants et de la difficulté de leur diagnostic avec les épithéliomas branchiaux, *Bull. de la Soc. de chir.*, 28 juillet 1903. — REYNIER et CRUVEILHIER. Tumeurs de la région latérale profonde du cou développées aux dépens de corps thyroïdes aberrants, *Bull. de la Soc. de chir.*, 11 nov. 1906. — RIBERRA. Extirpation d'une tumeur du cou. Section du pneumogastrique. Guérison, *Rev. de med. y chir. prat.*, 7 mars 1901, p. 340. — José RIBERRA y SANS. Epithélioma du cou. Extirpation avec 8 centimètres de jugulaire interne, *Rev. de med. y chir. prat.*, 5 nov. 1899, p. 481. — RICHARD. Uber die Geschwulste des Kiemensfalsten, *Beit. z. klin. Chir.*, 1888, t. III. — RICHELOT. Epithélioma primitif du cou d'origine branchiale, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1902, p. 94. — RUSCA. Cancer branchial operado, *Rev. de med. y chir.*, Barcelone, t. VII, p. 376.

SAMTER. Contribution à l'étude des tumeurs des fentes branchiales, *Arch. f. pathol. Anat.*, 1888, vol. CXVI. — SAVARIAUD et CRUVEILHIER. Epithélioma de la parotide, *Bull. de la Soc. anat.*, 1905, p. 175. — SCHIMANCK. Primary branchiogeme carcinoma, *Philadel. med. Journ.*, 1901, vol. VII, p. 29. — SIEGEL. *L'épithélioma branchial du cou*, Th. de Paris, 1907. — STOÏCESKO. Cancer des ganglions du cou propagé au larynx, *Bull. de la Soc. anat.*, avril 1873, p. 296.

TERRIER et LECÈNE. Kystes branchiaux, *Revue de chir.*, 1905. p. 759. — TETU. Tumeur squirrheuse sur le trajet des vaisseaux jugulaires, *Mém. de méd. et de chir. milit.*, 1842, t. XXXI, p. 289. — TREIBERG. Zur Kasuistik des primaren Halscarcinom, *Vratsch*, 1883, n° 9, p. 129; — *Etude de l'épithélioma branchial du cou*, Th. de Paris, 1901. — TRÈVES. Malignant cystic of the neck. *Trans. of the pathol. Soc.*, London 1887, t. XXXVIII. — TUFFIER. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1903.

VAUTRIN. Considérations sur les plaies du canal thoracique dans la région cervicale, *Revue de chir.*, 1905, p. 1-20. — VEAU. *Les épithéliomas branchiaux du cou*, Th. de Paris, 1901; — Des plaies du canal thoracique dans sa portion cervicale, *Gaz. des hôpit.*, 1902, p. 1205-1208. — VIGNARD et MOURIQUAND. Des tumeurs parotidiennes d'origine branchiale, *Arch. gén. de méd.*, 1904, n° 35. — VILLARD et COTTE. Branchiomes malins du cou, Soc. nat. de méd. de Lyon, 13 fév. 1905. — VISCARO. *Des tumeurs ganglionnaires du cou*, Th. de Paris, 1852. — VOLKMANN. Das trefe branchiogene Halscarcinom, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1882, t. XLI.

ZICAS. *Contribution à l'étude des épithéliomas branchiaux*, Th. de Paris, 1903.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE 1907)

Elections. — L'Académie a renouvelé son bureau. M. Bucquoy passant président, M. Labbé a été élu vice-président par 78 suffrages sur 82 votants. MM. Troisier et Hanriot sont maintenus dans leurs fonctions de secrétaire annuel et de trésorier; MM. Berger et Kelsch sont élus membres du Conseil.

En remerciant ses collègues, M. LABBÉ a rappelé la lutte ardente et presque légendaire qu'il a dû soutenir pour entrer à l'Académie. Il ne fut pas seul, d'ailleurs, dans ce cas. Après avoir hésité à se présenter aux suffrages de ses collègues pour la présidence, M. Labbé s'est rendu au désir de ses amis et de ses élèves qui ont pensé qu'en dépit du nombre de ses années, il lui restait assez de jeunesse de cœur et d'esprit pour imprimer une nouvelle activité aux travaux de la Compagnie.

Les amis et les élèves de M. Labbé ont bien pensé. Il ne faut, en effet, à aucun prix, ajoute M. Labbé, que notre Académie puisse subir une diminution quelconque de son prestige. La sorte d'accalmie qui lui a été si amèrement reprochée a déjà pris place dans le passé et la vie active semble renaître. C'est au développement de ce mouvement que notre excellent maître entend consacrer tout ce qu'il peut avoir d'énergie et de dévouement.

L'allocution de M. Labbé a été vivement applaudie.

MM. Duret (de Lille) et Ledouble (de Tours) ont été élus membres associés nationaux.

Traitement de la coxo-tuberculose. — M. LANNELONGUE communique une étude sur le traitement de la phase initiale de la coxo-tuberculose. Quand cette phase est bien traitée, la curabilité est plus facile et les résultats sont plus satisfaisants. Il y a donc un grand intérêt à faire un diagnostic aussi précoce que possible. M. Lannelongue rappelle les principaux caractères de cette phase initiale, l'intermittence de la claudication, l'immobilisation de la hanche en mauvaise attitude, l'engorgement ganglionnaire, l'atrophie musculaire, la douleur.

A la formule de Gosselin : « Les coxalgiques meurent tous, » M. Lannelongue oppose la formule suivante : les coxo-tuberculeux guérissent à peu près tous. La méthode des injections successives intra et extra-articulaires qu'il a imaginée en 1902 a pour but d'abréger la durée de la maladie et de conserver la totalité ou une partie des mouvements. Voici la formule de de M. Lannelongue : huile d'olive, 90; éther, 40; iodoforme, 10; créosote, 2.

M. Lannelongue a été surpris de voir M. Calot venir proclamer les beaux résultats de cette méthode, en oubliant de citer les noms de ceux qui l'avaient employée les premiers, Villemin, Mayet et d'autres.

Aux injections intra et extra-articulaires, il faut ajouter le repos horizontal et l'extension continue, bien préférable à l'appareil inamovible d'où il ne sort que des malades anky-

losés. Pourquoi M. Calot propose-t-il deux traitements de la coxalgie : l'un, l'extension continue, pour les enfants riches, qui leur laissera la mobilité de la hanche ; l'autre, le plâtre, pour les enfants pauvres, qui leur laissera une ankylose définitive? C'est ce que se demande M. Lannelongue en faisant observer avec raison que la mobilité serait encore plus utile aux pauvres qu'aux riches.

M. Lannelongue fait ensuite connaître, en détails, la méthode des injections intra-articulaires successives et il résume ainsi le traitement de la coxo-tuberculose :

1° Repos horizontal, avec extension continue sur le membre malade. L'immobilisation par les appareils plâtrés ou silicatés constitue une méthode défectueuse qui ne corrige pas, en général, les attitudes, qui compromet la récupération des mouvements perdus, et qui fait souvent perdre ceux qui existent encore ;

2° En même temps que l'extension continue, on aura recours à la méthode des injections intra-articulaires successives, avec des substances dont la base doit être l'iodoforme, l'éther et la créosote, incorporés dans une huile quelconque. Le choix de ces corps repose sur leurs actions directes et immédiates sur les altérations tuberculeuses. L'un, l'éther, répand le médicament sur toute l'étendue de la surface interne de la jointure : fongosités, ulcérations cartilagineuses et osseuses, etc. Le second, l'iodoforme, a paru être non pas le spécifique du bacille, mais la substance qui, expérimentalement, aussi bien que chez l'homme, entrave le plus les effets nocifs du bacille, tout en favorisant une évolution meilleure vers la guérison des lésions tuberculeuses déjà produites. Le troisième enfin, la créosote, apporte son action sclérosante.

M. Labbé a entendu la communication de M. Calot. Il n'a pas protesté, pensant bien que M. Lannelongue le ferait. Il est, dit-il, regrettable qu'un homme de la valeur de M. Calot, qui, par la nature même de ses travaux, doit mieux que personne connaître la question, donne comme choses nouvelles ce qui n'est que la reproduction des travaux de ses devanciers. Enfin M. Labbé s'étonne, avec M. Lannelongue, que M. Calot ait un traitement différent pour les pauvres et pour les riches et applique de préférence à ces derniers le traitement qui serait beaucoup plus utile aux premiers.

Rein mobile et aliénation mentale. — M. Lucas-Championnière analyse un travail de M. Suckling (de Birmingham) dans lequel l'autenr relate un certain nombre de cas d'aliénation mentale guéris après la fixation du rein mobile. M. Suckling attribue, dans ces cas, les accidents à la toxémie due aux troubles de la sécrétion du rein déplacé. M. Lucas-Championnière pense plutôt que ces accidents sont dus à l'excitation directe des capsules surrénales et de leur plexus par le rein qui se déplace au-dessous d'elles.

La mortalité par syphilis. — M. Fernet, dans cette statistique relative à la mortalité par syphilis dans les hôpitaux, hospices et asiles de Paris, distingue les cas de syphilis acquise des cas d'hérédo-syphilis.

La part de la syphilis acquise dans les hôpitaux est de 2,25 p. 100 (2,74 pour les hommes, 1,60 pour les femmes). Dans les asiles d'aliénés, la proportion est de 40 p. 100. En réunissant ces deux catégories, on atteint le chiffre moyen de 4 p. 100.

L'hérédo-syphilis est plus meurtrière : 15 p. 100 des avortements lui sont dus. La mortalité s'élève à 18,4 p. 100 pour les enfants morts dans la période de viabilité de la vie intra-utérine ; elle est encore de 10,48 p. 100 depuis la naissance jusqu'à deux ans.

On peut évaluer, pour Paris, la mortalité par syphilis acquise à plus de 20 décès par semaine et, pour l'hérédo-syphilis, à plus de 50 par semaine.

La syphilis héréditaire n'est qu'une des causes accessoires de la dépopulation relative de la France, les pratiques abortives et la restriction volontaire en étant les causes principales.

Déclaration obligatoire de la conjonctivite granuleuse en Algérie. — Dans l'une des dernières séances, M. Vincent a fait un rapport concluant à la nécessité de la déclaration obligatoire de l'ophtalmie purulente et de la conjonctivite granuleuse en Algérie.

M. Chauvel revient sur cette question et combat la déclaration obligatoire.

M. Delorme ne partage pas l'opinion de M. Chauvel et estime que la déclaration obligatoire de ces deux maladies, si contagieuses et si communes en Algérie, doit être votée par l'Académie.

M. Vincent défend la même opinion que M. Delorme et sa proposition est mise aux voix et adoptée.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Le bromure de potassium est, ainsi que l'a montré M. le professeur Pouchet, tout particulièrement intéressant au point de vue de son action médicamenteuse, parce qu'en raison des métamorphoses qu'il subit dans l'économie, il permet la dissociation des actions pharmacodynamiques du brome et du potassium, répondant chacune à des indications et à des électivités spéciales.

Si on introduit le brome dans l'organisme sous forme de bromure de sodium, il agit sur le cerveau, calme la surexcitation nerveuse produite par un travail intellectuel trop prolongé et se conduit alors comme un hypnotique très efficace.

Si nous lui substituons, au contraire, le bromure de potassium, à l'action précédente viendra se joindre une influence sur le cœur, la respiration, la température dont on pourra entraver ou annuler les manifestations au moyen d'un exercice violent ou de tout autre procédé aboutissant à une exagération des phénomènes de nutrition, alors que l'influence cérébrale n'est empêchée en aucune façon.

Autant de cas, autant d'indications différentes en face desquelles le praticien sera heureux de trouver à sa disposition la gamme des bromures alcalins de Henri Mure d'un emploi si fidèle et toujours si exactement dosés à 2 grammes de sel par cuillerée à soupe et 50 centigrammes par cuillerée à café.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Courses de Nice. Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classe, à prix réduits, de Paris pour Cannes, Nice et Menton, délivrés du 2 au 24 janvier 1908.

Les billets sont valables vingt jours et la validité peut être prolongée une ou deux fois de dix jours moyennant 10 p. 100 du prix du billet.

Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

De Paris à Nice : 1re classe, 182 fr. 60 ; 2e classe, 131 fr. 50.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6 280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.......	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives. Emplois spéciaux:* ***SAINT-JEAN,*** maladies des organes digestifs; — ***PRÉCIEUSE,*** maladies de l'appareil biliaire; — ***DÉSIRÉE,*** maladies de l'appareil urinaire; — ***RIGOLETTE,*** chlorose, anémie; ***MAGDELEINE,*** maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE:

- *Acide sulfurique libre*................ **1.33**
- *Silicate acide*, *Arséniate* », *Phosphate* », *Sulfate* » — *Sesqui-oxyde de fer*......
- — *de chaux*................
- *Chlorure de sodium*................
- *Matières organiques*................ (ensemble) **0.88**

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE: 1 bouteille par jour.

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuilleréesp^r jour. Bd Haussmann, 41, Paris et ph^ies

---

VALÉROBROMINE LEGRAND

Bromovalérianate de soude:

0 gr. 50 par cuillerée à café (2 à 6 par jour).	0 gr. 25 par Capsule (4 à 12 par jour).

LIQUIDE — CAPSULES

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES-TUBERCULOSE

CAPSULES COGNET

TOUTES PHARMACIES — EUCALYPTOL ABSOLU IODOFORMO-CRÉOSOTÉ — PARIS 43, R SAINTONGE

Iodosol

Vasogène iodé 6 °/.

Cadosol	(Vas. cadique 20 °/.)
Créosotosol	(Vas. créosote 20 °/.)
Galacosol	(Vas. gaïacolé 10 °/.)
Iodoformosol	(Vas. iodoformé 5 °/.)
Ichthyosol	(Vas. ichthyolé 10 °/.)
Salicylosol	(Vas. salicylé 10 °/.)

Vente en flacons de **1** fr. **60** et de **4** fr.

VASOGÈNE Hg. (Vasogène consistant hydrargyrique à 33 1/3 0/0 et à 50 0/0

CAPSULES DE TROIS GRAMMES

La boîte de 10, **1 60** — La grande boîte **4** »

*N.-B. — Le Vasogène provoque l'****absorption rapide et profonde****; par la peau et les muqueuses, des médicaments qui y sont incorporés,* ***sans jamais occasionner d'irritation.***

Lactagol

Spécifique Galactogène

produit en deux ou trois jours un accroissement remarquable de la sécrétion lactée et une augmentation notable des matières grasses et albuminoïdes du lait.

DOSE: *3 à 4 cuillerées à café par jour de préférence dans du lait*

La boîte pour un traitement de 12 à 15 jours

PRIX: 3 fr. 50

DANS TOUTES LES PHARMACIES

Pour tous documents, littérature, échantillons

S'adresser à la Société Fédérale des Pharmaciens de France, 11, rue Payenne, PARIS

L'AMÉNORRHÉE, la DYSMÉNORRHÉE, la MÉNORRHAGIE

cèdent rapidement si l'on emploie, à la dose de 2 à 4 Capsules par jour

L'APIOL des DOCT^rs JORET & HOMOLLE

RÉGULATEUR PAR EXCELLENCE DE LA MENSTRUATION

PHARMACIE G. SÉGUIN, 165, Rue St-Honoré, Paris (*Place du Théâtre Français*) et toutes Pharmacies.

ANIOS

TRIOXYCHLOROMÉTHYLE de VANADIUM

Antiseptique, Désodorisant, KÉRATOPLASTIQUE de premier ordre

Production régulière et ininterrompue d'OXYGÈNE NAISSANT AU CONTACT DES PLAIES

Inodore, Incolore, sans Causticité, sans Toxicité ne tache pas, n'oxyde pas.

ANIOS LIQUIDE	ANIOS en POUDRE
SOLUTION A 2 °/₀	inodore
Puissance germicide absolue	
Remplace le SUBLIMÉ	*Remplace l'IODOFORME*

CHIRURGIE — GYNÉCOLOGIE — ACCOUCHEMENTS

Echantillons et littérature: Société des Produits ANIOS, 7, rue Grande-Allée, et 242, rue Nationale, LILLE.

MYCODERMINE DÉJARDIN

(EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES doué de toute l'efficacité de la LEVURE FRAICHE)

N° 149. — MARDI 31 DÉCEMBRE 1907. 80e ANNÉE. MARDI 31 DÉCEMBRE 1907. — N° 149.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE......... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes du jour de l'An, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Notes.* — ANATOMIE. — Séance du 27 décembre : MM. Malterre, 10; Petit (Jacques), 12; Roy, 9; Marie, 14; Bernard et Jolivet, 12; Guerrero, 4; Delagenière, 8; Salès, 10; Chamard-Bois, 12.

PATHOLOGIE. — Séance du 28 décembre : MM. Jullien, 6; Bobrie, 4; Boulongne, 3; Feil, 8; Pernet, 5; Bloch (André) et Maillet, 9; Tanzi, 6; Fouchet, 9; Sidoun, 4; Chauvet, 9; Prigent, 6.

Prochaine séance lundi 6 janvier 1908, à quatre heures et demie, à la Charité.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — *Prix de l'externat.* — Un prix de 100 francs : MM. Bezu, Ducatillon, Monnier, Leclerc; un prix de 50 francs : MM. Béra, Boissart, Desruelles, Desoutter, Fiévet, Eloy, Herbaux, Marescaux, Pellissier, Veaudeau, Vernier, Vouters.

— TOULOUSE. — Le concours de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. Dambrin.

Le concours de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. Dalous.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. le docteur Emile Roux, directeur de l'Institut Pasteur de Paris, a été nommé président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement de M. le professeur Debove, nommé président honoraire.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. Chantemesse, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, est nommé conseiller technique sanitaire du ministère de l'Intérieur.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 24 décembre 1907, les officiers dont les noms suivent ont été promus aux grades ci-après, et ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe André, maintenu médecin-chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Verdun; Barois, médecin-chef de l'hôpit. milit. de Toul; Richard, médecin-chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Grenoble.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Boppe, maintenu à l'hôpit. milit. de Nancy; Hublé, désigné pour les salles milit. de l'hosp. mixte de Reims; Billet, maintenu à l'hôpit. milit. Saint-Martin à Paris; Ferraton, à l'hôpit. milit. de Versailles; Gauthier, médecin-chef de l'Ecole d'application de cavalerie; Duval, médecin-chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Poitiers.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Deumier, maintenu au 38e d'inf.; Chéreau, au 36e d'inf.; Merlat, au 141e d'inf.; Rossignot, au 153e d'inf.; Roy, aux hôpit. de la division d'Oran; Mignon, au 60e d'inf.; Teissier, au 7e d'art.; Ducurtil, au 30e d'inf.; Vielle, au 9e d'inf.; Lenoir, au 159e d'inf.; Vuillaume, au 21e d'inf.; Renaud, rappelé à l'activité, et désigné pour le 163e d'inf.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Battez, maintenu au 33e d'inf.; Pichon, aux hôpit. de la division d'Oran; Marland, au 110e d'inf.; Périer, au 25e d'art.; Armeilla, aux hôpit. de la divisiou de Constantine; Miécamp, au 2e génie; Lentiéri, désigné pour les hôpit. de Tunisie; Pons, maintenu au 40e d'inf.; Bertrand, au 5e bat. du 4e zouaves; Champeaux, au 67e d'inf.; Joly, à l'orphelinat Hériot; Escher, au 33e d'art.; Mayrac, au 68e d'inf.

MARINE. — TABLEAU D'AVANCEMENT (ANNÉE 1908). — *Officiers du corps de santé.* — Pour le grade de médecin en chef de première classe : MM. les médecins en chef de deuxième classe Mercié et Bellot.

Pour le grade de médecin en chef de deuxième classe : MM. les médecins principaux Arène, Touchet, Pungier, Gorron, Girard et de Bonadona.

Pour le grade de médecin principal : MM. les médecins de première classe Lorin, Lefebvre, Bonnefoy et Pourtal.

Pour le grade de médecin de première classe : MM. les médecins de deuxième classe Cazamian, Donval et Duville.

TABLEAU DE CONCOURS POUR LA LÉGION D'HONNEUR (ANNÉE 1908). — *Officiers du corps de santé.* — Pour le grade d'officier : M. le médecin en chef de première classe Kermorvant; M. le médecin en chef de deuxième classe Guézennec.

Pour le grade de chevalier : MM. les médecins de première classe Viancin, Letrosne, Audibert, Hernandez, Normand, Carbonnel, Chabanne et Merleau-Ponty.

UNE GRÈVE DE MÉDECINS A AMIENS. — A la suite d'une réunion tenue vendredi, les médecins de l'Assistance publique sont tous démissionnaires à partir du 1er janvier.

Cette décision a été provoquée par le fait que le Conseil général a voté que si les dépenses totales du service dépassaient 250000 francs, les mémoires des médecins seraient réduits proportionnellement.

Les médecins, tout en maintenant leur décision, se sont

engagés à soigner gratuitement les indigents jusqu'au 1[er] mai prochain, mais sans aucun rapport avec l'administration.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 13 AU 18 JANVIER 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 13 janvier, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Pierre Duval et Ombredanne.

2[e] : MM. Ch. Richet, André Broca et Branca.

3[e] (1[re] partie, oral, (1[re] série) : MM. Kirmisson, Potocki et Mulon ; — (2[e] série) : MM. Reclus, Thiéry et Couvelaire ; — M. Desgrez, suppléant.

5[e] (chirurgie, 1[re] partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Segond, Gosset et Proust ; — (2[e] partie) : MM. Gaucher, Legry et Lœper ; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 14 janvier, à une heure. — 5[e] (chirurgie, 1[re] partie), *Charité* (1[re] série) : MM. Berger, Quénu et Morestin ; — (2[e] série) : MM. Pozzi, de Lapersonne et Lenormant ; — (2[e] partie) : MM. Hutinel, Carnot et Nobécourt ; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 15 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Gosset et Pierre Duval.

2[e] : MM. Gautier, Ch. Richet et Mulon.

3[e] (oral, 1[re] partie) : MM. Segond, Thiéry et Couvelaire ; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 16 janvier, à une heure. — 3[e] (2[e] partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. G. Ballet, Fernand Bezançon et Nicloux.

1[er] (oral) : MM. Pozzi, Launois et Cunéo.

2[e] : MM. Prenant, Langlois et Maillard.

3[e] (2[e] partie, oral) : MM. Hutinel, Nobécourt et Brumpt.

4[e] : MM. Pouchet, Richaud et Carnot ; — M. Desgrez, suppléant.

Vendredi 17 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Delens et Proust.

3[e] (2[e] partie, oral) : MM. Blanchard, Déjerine et A. Jousset.

4[e] (1[re] série) : MM. Pouchet, Macaigne et Lœper ; — (2[e] série) : MM. Joffroy, Thoinot et Richaud ; — M. Zimmern, suppléant.

5[e] (chrurgie, 1[re] partie), *Necker* (1[re] série) : MM. Reclus, Gosset et Lecène ; — (2[e] série) : MM. Segond, Pierre Duval et Ombredanne ; — M. Sicard, suppléant.

5[e] (obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Mulon, suppléant.

Samedi 18 janvier, à une heure. — 5[e] (obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Demelin et Jeannin ; — M. Langlois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 15 janvier 1908, à une heure. — M. MARTINEAU. Essais cliniques de radioscopie gastrique. (MM. Brissaud, président ; Roger, Sicard et Zimmern.) — M. MONTIER. L'aphasie de Broca. (MM. Brissaud, président ; Roger, Sicard et Zimmern.) — M. BERTHIER. Les sténoses du cardia. (MM. Roger, président ; Brissaud, Sicard et Zimmern.) — M. HAYES. Enquête sur le traitement actuel de la gibbosité du mal de Pott. (MM. Kirmisson, président ; Auguste Broca, Lecène et Ombrédanne.) — M. DEBELUT. Ophtalmo-réaction à la tuberculine. (MM. Kirmisson, président ; Auguste Broca, Lecène et Ombrédanne.)

Jeudi 16 janvier 1908, à une heure. — M. RAVAUD. Cachexie bothrio-céphalique (anémie pernicieuse symptomatique). (MM. Dieulafoy, président ; Chantemesse, Renon et Jeanselme.) — M. WOJLANSKI. Contribution à l'étude des complications ostéo-périostiques de la fièvre typhoïde. (MM. Chantemesse, président ; Dieulafoy, Rénon et Jeanselme.) — M. FORTIER. Contribution à l'étude de l'emploi de l'arsenic dans le traitement de la syphilis. (MM. Chantemesse, président ; Dieulafoy, Rénon et Jeanselme.) — M. PRUNIER. Contribution à l'étude de l'auto-intoxication mentale. (MM. Joffroy, président ; Raymond, Thoinot et Claude.) — M. CRUDELI. Contribution à l'étude de la polynévrite apoplectiforme dans ses rapports avec la poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte. (MM. Raymond, président ; Joffroy, Thoinot et Claude.) — M. BORY. Considérations sur les incurables de la maison de Nanterre. Nature, fréquence, étiologie de leurs maladies et considérations particulières sur le rôle de l'alcoolisme. (MM. Thoinot, président ; Joffroy, Thoinot et Claude.)

TABLE DES MATIÈRES

1907

A

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1907

D

E

F

G

H

T

U

V

W

Y

Z

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE